## Conferencia Interamericana 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.

Memoria del 1er. Seminario sobre los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud



**OPS** 

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Serie Estudios

42



Secretaría General

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Genaro Borrego Estrada Presidente

María Elvira Contreras Saucedo Secretária General

Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

**Dr. Mario Madrazo Navarro**Presidente de la Comisión Americana
Médico Social

Dr. Porfirio Cervantes Pérez
Titular de la División de Planeación y
Programación de la Dirección de Prestaciones
Médicas del IMSS

#### Coordinación Técnica de la Secretaría General

Ma. del Carmen Alvarez García Adolfo Bohórquez Ana Luz Delgado Izazola Octavio Jiménez Durán Rodolfo Pérez Reyes Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968-7346-65-5

## Organización Panamericana de la Salud

**Dr. George A.O. Alleyne**Director General de la OPS
(Washington, D.C.)

**Dr. José Luis Zeballos** Director de la Oficina en México de la OPS

Dr. Daniel López Acuña
Director de la División de Desarrollo de
Sistemas y Servicios de Salud de la OPS
(Washington, D.C.)

Dr. Leonel Barrios
Dr. Joaquín Molina
Consultores de la Oficina de
la OPS en México

Memoria del 1er Seminario sobre los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud Cd. de México 28, 29, 30 de julio de 1997

#### Coordinación editorial:

Ma. del Carmen Alvarez Alberto Cabrera Oscar Gutiérrez

**Apoyo Técnico:** Evelia López Arcelia Martínez

# Seminario sobre los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud

Compilación realizada por: Lic. Ma. del Carmen Alvarez Dr. Adolfo Bohórquez Dr. Porfirio Cervantes Dr. Joaquín Molina

Serie Estudios 42

Conferencia Interamericana de Seguridad Social Secretaría General

### INDICE

PRESENTACION	8
MENSAJEDEBIENVENIDA Lic. Ma. Elvira Contreras Saucedo Secretaría General CISS	11
MENSAJEDEBIENVENIDA Dr. José Luis Zeballos OPS en México	17
MENSAJEDEINAUGURACION Dr. Juan Ramón de la Fuente Secretaría de Salud, México	25
PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA REGION DE LAS AMERICAS Dr. Daniel López Acuña OPS	l 33
EL PAPEL DEL ESTADO EN LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL Dr. Luis Felipe Abreu UNAM	: 51
LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y POLITICAS SOCIALES Dra. Silvia Victoria Gerscham de Leis Esc. Nac. de Educación Pública, Brasil	69
LA REFORMA DE LOS REGIMENES DE SALUD DE LOS SEGUROS SOCIALES EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, EN LOS PAISES DE LA REGION Dra. Ana Sojo Comisión Económica para América Latina	
LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA SEPARACION DE LAS FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO Y FINANCIAMIENTO Dr. Cesar Oyarzo Universidad del Chile	111

PLURALISMOESTRUCTURADO COMOUN MODELO INNOVADOR DE LA REFORMA DE LA SALUD Dr. Julio Frenk Fundación Mexicana para la Salud	129
RECURSOS HUMANOS EN EL PROCESO DE REFORMA Dr. Ciro Sumaya Ministerio de Salud de los EUA	161
PERSPECTIVAS DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA LA POBLACION ABIERTA EN LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Dr. Javier Cabral Instituto Mexicano del Seguro Social	
HOSPITAL DEL FUTURO Arq. Jaime Latapí Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, México	203
LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA Dr. Gines González García Fundación ISALUD, Argentina	219
LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CHILE Dr. Cristian Baeza Fondo Nacional de la Salud, Chile	239
LA ATENCION A LA SALUD EN EL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA Dr. Mario Madrazo Navarro IMSS y Presidente de la Comisión Americana Médico Social CAMS	259
LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Dr. Eduardo Alvarado OPS	267
RECTORIA SECTORIAL Dr. Daniel López Acuña OPS	275
RECOMENDACIONES DE CADA GRUPO DE TRABAJO	291



La Seguridad Social en el Continente Americano está experimentando un proceso de transformación vertiginosa, a consecuencia de diversos factores de carácter externo e interno, de índole económica, política y social, que muestran en grados diferentes la necesidad de adecuar los modelos a las exigencias de los cambios que se presenten a fines del presente milenio.

La atención a la salud, dentro del ámbito de la Seguridad Social en el Continente Americano, se vio expuesta a una serie de problemas derivados de la inestabilidad económica, el incremento de los costos de la tecnología y los insumos para la salud, cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, así como la necesidad impostergable de alcanzar cobertura universal de salud para todos los ciudadanos, independientemente al sector de la economía al cual pertenezcan las personas y sus familiares. Estos factores han incidido en forma determinante en los cambios adoptados en los modelos de prestación de los servicios e influido sobre el rumbo seguido por los procesos nacionales de reforma del sector salud.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y su órgano técnico de apoyo, la Comisión Americana Médico Social, comparten con la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) la convicción sobre la importancia de realizar foros que congreguen a los hombres y mujeres preocupados e inmersos en el desarrollo de estos procesos, con la intención de profundizar en su análisis e intercambiar experiencias y conocimientos, contribuyendo así a enriquecer el debate en torno a una Seguridad Social más equitativa y eficiente.

Alentados de este espíritu, la CISS, en colaboración con la OPS/OMS, celebraron en la Ciudad de México los días 28, 29, y 30 de julio de 1997, el 1er Seminario "Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud", donde participaron expertos provenientes del campo académico, funcionarios de instituciones con altas responsabilidades en aspectos de salud y seguridad social de algunos países de América Latina, así como organismos internacionales dedicados a ésta problemática.

Este libro recoge la memoria de los trabajos expuestos en el seminario y aporta testimonios de las diferentes visiones y aristas que estos procesos conllevan. A todos los conferencistas les expresamos nuestro mayor reconocimiento por la excelencia de sus exposiciones y por el tiempo que destinaron al análisis y reflexión durante estos tres días.

	,		

## MENSAJE DE BIENVENIDA

LIC. MA. ELVIRA CONTRERAS

Conferencia Interamericana de Seguridad Social Mexico Licenciado Genaro Borrego Estrada Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Ramón de la Fuente Secretario de Salud de México

Dr. José Luis Zeballos Director de la Oficina en México de la Organización Panamericana de la Salud

Estimados representantes de las Instituciones Miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Señoras y señores expositores

#### Queridos amigos:

Me ha correspondido, en esta ocasión, el gran honor de dar a ustedes la más cordial bienvenida al Seminario: "Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud", organizado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y la Organización Panamericana de la Salud.

La seguridad social en el Continente Americano está experimentando transformaciones, a consecuencia de diversos factores de carácter externo e interno, de índole económico, político y social, que pusieron de manifiesto el agotamiento de los modelos desarrollados en el presente siglo.

En especial la atención a la salud, parte fundamental del ámbito de la seguridad social, se vio expuesta a una serie de problemas derivados de subsecuentes crisis económicas, del alto costo de la medicina moderna, del encarecimiento de los insumos de la salud, de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico y del alto costo de la tecnología. Estos factores han impactado directamente en la prestación de los servicios y en la cobertura y han determinado al rumbo a seguir en los procesos de reforma.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su órgano técnico la Comisión Americana Médico Social, comparten con la Organización Panamericana de la Salud la convicción de la importancia de realizar este tipo de foros donde se congreguen académicos, funcionarios y expertos involucrados en estos procesos de reforma en sus diferentes espacios de realización, con el propósito de profundizar en su análisis, a través del intercambio de experiencias y conocimientos y, de esta forma, contribuir a enriquecer el debate en torno a una seguridad social más universal, equitativa y eficiente.

Los resultados que nos hemos propuesto en la celebración de este Seminario, consisten en profundizar en el análisis de los diferentes niveles que caracterizarían el papel del Estado en las reformas del Sistema de Salud en la seguridad social; en conocer y valorar los principales aspectos conceptuales que fundamentan las actuales estrategias así como sus resultados y; en dar a conocer los principales elementos y experiencias de la reforma en diferentes países, que nos permitan hacer un examen comparativo para propiciar líneas de cooperación.

Para las exposiciones contamos con expertos provenientes de organismos internacionales, del ámbito académico, de altos funcionarios de instituciones de salud y de organismos privados de investigación, de diferentes países, quienes nos ofrecerán un panorama plural de las diferentes concepciones y experiencias que sobre el tema gravitan en América.

El día de hoy iniciaremos con una Conferencia Magistral del doctor Daniel López Acuña, de la OPS, sobre "Procesos de reforma del sector salud en la región de las Américas", los subsecuentes trabajos girarán en torno a: "El papel del Estado en la reforma de los sistemas de salud"; por el doctor Luis Felipe Abreu de la Universidad Nacional Autónoma de México; "La reforma de los sistemas de salud y políticas sociales", por la doctora Silvia Victoria Gerschman de Leis de la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil; "La reforma de los regímenes de salud de los seguros sociales en el marco de la reforma del sector salud en los países de la región", por la doctora Ana Sojo de la Comisión Económica para América Latina; "Las ventajas y desventasjas de la separación de las funciones de aseguramiento y financiamiento" por el doctor Cesar Oyarzo de la Universidad de Chile.

El segundo día comenzaremos con una conferencia magistral del doctor Julio Frenk, de la Fundación Mexicana para la Salud, denominada "Pluralismo estructurado como un modelo innovador de la reforma de la salud", posteriormente escucharemos exposiciones vinculadas con las estrategias de las reformas del sector salud, con los siguientes temas y ponentes: "La cuestión de los recursos humanos en el proceso de reforma", por el doctor Ciro Sumaya del Ministerio de Salud de los Estados Unidos de América; "Las perspectivas del modelo de atención de la salud para la población abierta", por el doctor Javier Cabral del IMSS y "Análisis conceptual de los hospitales del futuro", por el arquitecto Jaime Latapi del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social.

Durante la segunda parte de esta mañana se harán presentaciones sobre casos de reforma de los regímenes de salud de los seguros sociales ocurridos en diferentes países: Argentina, por el doctor Gines González García de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina; Chile, por el doctor Cristian Baeza del Fondo Nacional de la Salud Chileno.

El tercer día se continuará con los estudios de caso de los países, iniciando con la ponencia del doctor Mario Madrazo Navarro Presidente de la Comisión Americana Médico Social y Director de Prestaciones Médicas del IMSS, denominada "La atención a la salud en el proceso de reforma de la seguridad social mexicana" y con el trabajo del doctor Eduardo Alvarado de la OPS, sobre "La reforma del Sector Salud en Colombia".

Posteriormente se organizarán grupos de trabajo, con objeto de intercambiar puntos de vista sobre las estrategias para incrementar la cobertura de los programas de salud de los seguros sociales, que servirán de sustento para formular y presentar las recomendaciones emanadas de estas jornadas de reflexión, análisis y discusión.

Para concluir el doctor Daniel López Acuña, de la OPS, dictará una ponencia sobre "La rectoría sectorial en el proceso de reforma de los sistemas de salud".

La ceremonia de clausura estará a cargo del licenciado Genaro Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Director General del IMSS.

#### SEMINARIO SOBRE LOS PROCESOS DE REFORMA

A todos los conferencistas les reconocemos su invaluable colaboración y a los participantes su entusiasta presencia.

De nuevo les expreso mi más calurosa bienvenida a la casa de la Seguridad Social Americana y hago patente mi más sincero deseo para que las jornadas que hoy iniciamos enriquezcan y continúen el debate acerca de las reformas de los sistemas de seguridad social en materia de salud, aspecto sensible de la realidad de los países América.

## **MENSAJE DE BIENVENIDA**

Dr. Jose Luis Zeballos

Organizacion Panamericana de la Salud Oficina en Mexico



Señor Doctor Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud, Licenciado Genaro Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y Director del Instituto Mexicano del Seguro Social, Distinguidas autoridades y personalidades del presidium, señores Embajadores, Delegados de los Países, señoras y señores.

En primer lugar, deseo agradecer a la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y al IMSS por haber invitado a la Organización Panamericana de la Salud, a copatrocinar la realización de este evento de particular trascendencia para los países de la Región de las Américas hoy reunidos aquí para discutir sus puntos de vista e intercambiar experiencias en los procesos de aplicación de la Reforma Sectorial de Salud.

Como es de todos conocido, la reforma se produce en un momento en que en la región de las Américas y en el mundo hay una dinámica de procesos de cambio caracterizados por la consolidación de la democracia y el ejercicio del pluralismo, la globalización y el fomento a una mayor apertura económica e intercambio comercial, así como un mayor impulso a la modernización del Estado, entendido éste como el reordenamiento de las relaciones de los gobiernos con la sociedad civil, alentando una mayor participación de la regiones y los Estados dentro de cada país, con un fuerte impulso hacia la descentralización. Esto implica que los gobiernos centrales desarrollen un rol más normativo y regulador, pero manteniendo funciones fundamentales, acaso irremplazables, para lograr un desarrollo humano sostenible, como son la educación, la salud, la protección del medio ambiente, la preservación del patrimonio cultural, aspectos substantivos que garanticen el desarrollo de los países de manera armónica y conservando su identidad.

La reforma surge como una necesidad para satisfacer las demandas crecientes en materia de salud y para asegurar su financiamiento y su sustentabilidad, pero esto no quiere decir que no se hayan obtenido en el pasado logros importantes que han mejorado el nivel de salud de la población. A manera de referencia citamos la dramática reducción de la mortalidad infantil, gracias al esfuerzo mancomunado de los Estados y las instituciones de salud unidos por una causa común y con la intervención de estrategias comunes y costo-efectivas.

En efecto, la reducción de la mortalidad infantil causada por las enfermedades inmunoprevenibles se ha debido principalmente al concertado esfuerzo de los programas ampliados de vacunación que han permitido la erradicación de la poliomielitis salvaje en las Américas y la reducción a niveles bajos del sarampión, la difteria, la tosferina y el tétanos neonatal. Por otro lado, la reducción de la mortalidad de menores de 5 años por infecciones intestinales, entre ellas las infecciones diarréicas, son un claro resultado de los esfuerzos consistentes que han hecho los países en el aprovisionamiento de agua potable y control sanitario de las excretas tanto urbano como rurales, esfuerzos que los países han llevado a cabo de manera progresiva desde la firma del compromiso de Punta del Este en la década de los 60's, el Plan Regional de Salud para las Américas en la década de los 70's, el Decenio Internacional del Agua Potable impulsada por Naciones Unidas en la década de los 80's, los compromisos asumidos por los países en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y otros. Aunque aún resta mucho por hacer particularmente en el área rural, los logros que acabo de mencionar deben ser valorados en su justa dimensión.

También es necesario mencionar el aumento de la expectativa de vida de nuestras poblaciones que en muchos países de la región de las Américas ya superan los 70 años de edad comparado con los 50 años de edad que era el indicador promedio de hace aproximadamente 25 años, con seguridad los programas de atención primaria de la salud alentados por la OMS desde la iniciativa de Alma Ata en 1978 y los esfuerzos desplegados por las instituciones de la seguridad social con sus estrategias de medicina familiar y atención integral han contribuido a este logro.

Lamentablemente estos esfuerzos se han visto truncados en buena parte en la década de los 80's y parte de los 90's porque los países se han visto obligados a restringir fuertemente su gasto público y por lo tanto, sus inversiones en salud y otras áreas sociales por su obligación de cumplir con los compromisos de pago de su deuda externa. Esta situación, ha frenado en alguna medida los esfuerzos que venían haciendo los países en materia de salud y saneamiento.

En este período en que se aplican los procesos de la reforma y dentro de la heterogeneidad de los modelos y modalidades que los países están optando de manera preferente, es importante señalar los problemas que aún persisten y otros nuevos por afrontar. Por ejemplo, el crecimiento poblacional y la marginación social de aproximadamente 200 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe que según la CEPAL, viven en un nivel de pobreza sin acceso a educación, salud y vivienda y sin oportunidades para su realización personal. Aspectos que también tienen que ver con la salud de las personas porque dentro de la amplia definición de la Organización Mundial de la Salud, SALUD no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, social y mental.

Otros desafíos están relacionados con las enfermedades emergentes y reemergentes como por ejemplo, el SIDA y la Tuberculosis, que gravita de manera significativa en los costos de la atención médica y afecta la productividad. Otros problemas no menos significativos son el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción, las enfermedades ocupacionales por exposición a ambientes tóxicos, las enfermedades mentales como resultado de las exigencias de la vida moderna y las enfermedades de la tercera edad por el creciente número de adultos mayores que no solamente gravitan en los servicios médicos de la seguridad social sino también en otras instituciones de salud.

Para afrontar todos estos problemas, se requieren políticas inteligentes, procesos organizativos, desarrollo tecnológico y estrategias de atención a la salud con un fuerte enfoque de medicina preventiva y de promoción a la salud. Un principio fundamental de la reforma de salud, es el de proporcionar a todos los habitantes, servicios de salud eficientes y de buena calidad y con una cobertura que asegure el acceso de la población marginada.

Los pilares de la reforma de salud, se basan en los principios de equidad, eficacia y eficiencia, la OPS añade los principios de la sostenibilidad y la participación social.

El principio de equidad promueve que se garantice la accesibilidad de los servicios de salud a los más necesitados y no asegurados. La eficacia se entiende en el sentido que se ofrezcan intervenciones efectivas orientadas a la solución de los problemas del paciente en un contexto de un ejercicio humanista de la atención y con sensibilidad social, y eficiencia en el sentido de orientar apropiadamente el gasto de los recursos financieros de una manera más racional y con intervenciones costo-efectivas que no sacrifiquen la calidad de la atención orientada a la solución de los problemas.

Felizmente la revalorización de lo social emerge en estos tiempos cuando se empieza a analizar los efectos deletéreos y del impacto social de la crisis económica v de los modelos que se están aplicando para afrontar esta situación. El principio de equidad como aspecto substantivo de la reforma de salud, fue aprobado por los Jefes de Gobierno en la Cumbre de las Américas, efectuada en Miami, E.U.A. en diciembre de 1994, en su "PLAN DE ACCION SOBRE LA ERRADICACION DE LA POBREZA Y LA DISCRIMINACION EN NUESTRO HEMISFERIO", y recientemente fortalecido en la Segunda Cumbre de las Américas en Santa Cruz Bolivia, donde se introduce el tema de Desarrollo Humano y Medio Ambiente. También existe consenso de la inversión en el capital humano y del desarrollo humano como base del desarrollo económico, lenguaie que se usa comúnmente ahora en los foros internacionales de Naciones Unidas. Banco Mundial, BID, CEPAL y otros que ahora abogan mancomunadamente por la lucha contra la pobreza como estrategia para garantizar un desarrollo económico sostenible.

No debemos dejar de señalar una nota de alerta por la presión que existe en el mercado y las modalidades de participación en el financiamiento y la provisión de los servicios en los procesos de la reforma de la salud. Nos preocupan las tendencias hacia un enfoque predominante eficientista, enfocados más por el margen de ganancias que por la calidad de los servicios y la aplicación de esquemas rígidos de precalificación que lejos de buscar la equidad son excluyentes, y por lo tanto inequitativos.

En la gama de procesos de aplicación de la reforma, me permito señalar la sensibilidad social con que el Gobierno Mexicano está manejando el problema de la equidad al estar aplicando un ambicioso proyecto de ampliación de cobertura a cerca de 10 millones de población marginada y a los procesos de reforma dentro de la seguridad social que postula el aseguramiento de la calidad de la atención con un aspecto integral y con apertura de ofrecimiento de servicios a la población que trabaja en el mercado informal.

La Organización Panamericana de la Salud por mandato de sus Cuerpos Directivos y por el rol asignado en la Cumbre de Presidentes de las Américas reunidos en 1994, tiene el deber de acompañar y orientar los procesos de reforma en el sector salud que se están llevando acabo en nuestro hemisferio, facilitar la difusión de información técnica-científica,

impulsar el intercambio de experiencias y ajustar sus programas de cooperación técnica dentro del contexto de la reforma del sector salud. Es por esto que nos sentimos muy satisfechos de participar de esta iniciativa.

Para terminar, deseo felicitar a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social por la organización de este evento y asimismo estimular las discusiones en un amplio contexto en el que se permita sacar conclusiones que beneficien los postulados de la reforma sobretodo el relacionado con la equidad no solamente como un postulado de justicia social y de derecho individual, sino íncluso como un imperativo ético impostergable.

## **CEREMONIA INAUGURAL**

DR. JUAN RAMON DE LA FUENTE

MEXICO

,			
		± * .	

Quiero en primer lugar felicitar a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, a su Secretaría General y a la Organización Panamericana de la Salud, por la muy oportuna organización de este Seminario. En efecto el tema que hoy nos congrega y habrá de mantenernos trabajando durante los próximos dos días, no podría ser de mayor actualidad, prácticamente todos los países de la región se encuentran involucrados en un proceso de reforma de sus sistemas de salud y seguridad social, lo mismo ocurre o ha ocurrido recientemente en diversos países europeos y en no pocos países asiáticos, parece ser que el fin del siglo obligó a las naciones a revisar sus sistemas de salud y seguridad social con una perspectiva más clara a la luz de los cambios, resultado de la globalización que vivimos. En buena hora ha ocurrido esto, porque los procesos de reforma en los términos que se van dando en los diversos países van a rescatar para los próximos años la viabilidad de nuestros sistemas de salud y seguridad social, y sobre todo. van rescatando también el elemento fundamental y el propósito central de estos sistemas, el bienestar y el desarrollo sustentable de nuestras naciones.

México, no ha estado exento de este fenómeno mundial, desde diciembre de 1994, el Presidente de la República, instruyó el planteamiento y el avance subsecuente de un programa integral de reformas de nuestro sistema nacional de salud y seguridad social.

Puedo decir, no con el ánimo de festinar ni mucho menos, sino de compartir con ustedes algunas experiencias, que a poco menos de tres años, de haber iniciado este proceso en nuestro país, hemos avanzado, a mi juicio, en forma gradual pero con paso firme y quizá lo mas importante apuntando en la dirección correcta.

Los cuatro planteamientos fundamentales de la reforma de nuestro sistema de salud se sustentaban en la resolución de cuatro enormes retos que a su vez representaban problemas operativos y conceptuales de nuestro sistema de salud, el centralismo como un fenómeno burocrático y político que había impedido un desarrollo regional más equilibrado y armónico en el país, había que superar el centralismo de nuestro sistema nacional de salud y apoyarse en lo que ha sido una de las principales tesis del actual gobierno mexicano, el desarrollo del federalismo.

La renovación en nuestro país del pacto federal, entendiendo la necesidad de regresar a los estados y municipios lo que la inercia centralista les había quitado a lo largo de los años, de ahí que la primera estrategia de la reforma fuera impulsar la descentralización de los servicios de salud.

El segundo, y no necesariamente están en orden jerárquico, era encontrar la forma de cómo combatir a la pobreza, finalmente el combate a la pobreza constituye, probablemente, el reto mas importante que afrontan las naciones de prácticamente todo el mundo en este fin de milenio.

Para ello v tomando como base las experiencias internacionales, se instrumentó con apoyo del Banco Mundial, el programa de ampliación de cobertura, que tiene como propósito fundamental llevar un paquete básico de servicios de salud a aquellos mexicanos, que por diversas razones. históricas, geográficas, en la mayoría de los casos pequeñas comunidades dispersas a lo largo y a lo ancho de nuestro territorio, les habia sido negada. Como va se señalaba en un principio el proceso se estimó para una población aproximadamente de 10 millones de mexicanos, de una población global promedio de 90 millones de mexicanos. Hoy podemos decir que el PAC Programa de Ampliación de Cobertura, ha llegado va, a cerca de seis millones de mexicanos de estos diez que no tenían acceso regular a los servicios básicos de salud, pensamos que la estrategia por la que hemos optado ha mostrado su funcionalidad, ha mostrado su eficacia y aunque no ignoramos la complejidad que representa llegar a la población que aún nos falta, confiamos en que habremos de hacerlo de aquí al año 2000

El tercer elemento fundamental de la reforma requería de una modernización de la Secretaría de Salud, de nuestro Ministerio de Salud, una Secretaría de Salud que había cumplido con creces sin duda, a lo largo de la última mitad del siglo, su función solidaria con la población más pobre de nuestro país, aquélla que no tiene acceso a la seguridad social.

Pero con el tiempo y con los años también se habían generado inercias y burocratismos que habían limitado enormemente su eficiencia. Así que nos dimos a la tarea de modernizar la Secretaría de Salud, fundamentalmente, a través de un intenso proceso de desregulación que culminó con modificaciones a la ley general de salud que fueron aprobadas en nuestro país por todos los partidos políticos, fue una iniciativa que contó con el

consenso de todos los partidos, lo cual me parece que fortalece, desde luego, dicha iniciativa que envió el Presidente al Congreso.

Dentro de la desregulación fundamentalmente lo que hicimos fue evitar que el Ministerio de Salud, que es la Secretaría de Salud, siguiera siendo juez y parte de muchos procesos regulatorios, incorporamos figuras como de terceros autorizados, para dar mayor participación a las instituciones académicas y a las instituciones sociales, firmamos algunos convenios en este mismo sentido con la Organización Panamericana de la Salud e incorporamos algunas otras figuras tales como la Afirmativa Ficta, de manera de que los particulares tuvieran la certeza de que si transcurrido un breve tiempo no recibían la respuesta oportuna por parte de la Secretaría, estaban autorizados sus trámites; quitamos una gran cantidad de licencias sanitarias en actividades que no eran consideradas como de riesgo; establecimos mecanismos de corresponsabilidad con el sector privado y desregulamos también todos los aspectos que no eran esenciales para fomentar las exportaciones, de esta manera la Secretaría de Salud logró agilizarse, reducirse y asumir una función más moderna y eficiente.

Finalmente el Presidente decretó la creación de una Comisión Nacional de Arbitraje Médico que pudiese analizar y dirimir a través de la conciliación y en su caso el arbitraje, los problemas que se presentan entre usuarios y prestadores, tanto del sector público como del sector privado, los resultados a un poco más de un año de creada la Comisión, me parece que son alentadores, habiendo resuelto una gran mayoría de los asuntos.

Pensamos que el modelo mexicano que recoge experiencias de otros países pero que también tiene elementos originales puede ser un camino interesante, y aunque es prematuro todavía el poder hacer una evaluación global de su eficiencia, los resultados preliminares son alentadores.

En materia de seguridad social sin duda, la reforma más trascendente en materia de política social que ha dado el gobierno del Presidente Zedillo han sido las reformas a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, reformas que en su oportunidad fueron también aprobadas por el Congreso Mexicano y que fundamentalmente separan los aspectos de las pensiones de los aspectos propiamente dicho, relacionados a los servicios médicos.

Una reforma que permite disminuir la carga impositiva sobre la nómina, alentar el empleo, y de manera muy importante fomentar el ahorro interno para fortalecer el crecimiento económico de nuestro país, asegurarlo a mediano plazo y darle al Instituto Mexicano del Seguro Social la viabilidad que requería para afrontar los crecientes retos de los próximos años, el incremento en la esperanza de vida al nacer, y como ya se señaló la aparición cada vez con más fuerza de las enfermedades crónicas y degenerativas, que no solamente representan un grave problema para los servicios de salud, sino también una fuerte carga económica para las instituciones prestadoras de estos servicios.

Es excelente que en este Seminario se congreguen, expertos del Continente Americano a analizar ese componente fundamental de los servicios médicos dentro del proceso de reforma de la seguridad social y de la reforma nacional que emprende nuestro país, compete a las instituciones de seguridad social y sólo a ellas definir con precisión, cuales tienen que ser esos cambios para que puedan los servicios médicos que se prestan en los esquemas de seguridad social avanzar de manera sincrónica con los otros avances que ya se han dado. Yo señalaré simplemente, lo que desde mi perspectiva, podrían ser grandes lineamientos que debe observar el proceso de reforma de la seguridad social en materia de salud.

Primero, no puede apartarse de la concepción federalista de la reforma del Estado, lo que ya no es reversible es regresar a modelos centralistas que han demostrado su limitada eficiencia y los vicios que a lo largo de los años han ido asimilando. Fueron necesarios en una época de nuestro desarrollo pero hoy nuestro país, sin duda, quiere y reclama un federalismo que esté presente en todas las actividades de la vida pública y de la vida social y los servicios médicos, desde luego, no pueden ser la excepción.

Un segundo lineamiento, consiste en seguir como lo ha venido haciendo el Instituto Mexicano del Seguro Social, ampliando la cobertura para poder incorporar, de manera creciente, a aquellos sectores de la economía informal de las zonas urbanas, que tienen cierta capacidad y que pueden incorporarse a los beneficios de los servicios médicos de la seguridad social y se han planteado y diseñado estrategias que permitirán avanzar en esta vertiente. También fundamental para todos los sistemas de seguridad social, con prestación de servicios médicos del mundo, está el hecho de que hay que seguir generando mecanismos internos que

permitan incrementar la competitividad interna entre los prestadores de servicios, para mejorar la calidad de los mismos y poder empezar a operar sistemas diferenciados que incentiven de manera selectiva la mayor calidad en la prestación de estos servicios de innegables beneficios para los usuarios, para la población derechohabiente.

Y finalmente, y el contexto de la reforma creo que lo permite, por lo menos en términos conceptuales, identificar mecanismos que permitan una mayor participación de la medicina privada, una participación más responsable en la cobertura nacional de servicios de salud en países como el nuestro.

Ciertamente estos lineamientos pueden ser desde luego motivo de discusiones y de controversias y requieren en todo caso para su posible aplicación de una conceptualidad clara y precisa, debemos de tener definido como se ha venido haciendo en nuestro país y en otros países, exactamente qué queremos hacer y porqué queremos hacerlo, para que una vez teniendo este marco conceptual claramente definido podamos dar los pasos operativos que son complejísimos, desde el punto de vista político, una intensa negociación con los diversos partidos de oposición, con los gobiernos estatales y municipales, para tratar de construir un amplio consenso en torno a estos lineamientos.

Desde el punto de vista legislativo, conlleva cambios a diversos ordenamientos jurídicos, algunos de los cuales podrán resolverse localmente, pero muchos otros, son sin duda, materia de los congresos.

Los aspectos financieros serán tratados con la Secretaría de Hacienda o del Tesoro, según los países, porque estos cambios requieren sin duda, de un sustento financiero importante para su instrumentación, pero todos los planteamientos son sensatos, queda claro que son inversiones a corto plazo que serán altamente rentables para los países en el mediano y en el largo plazo, y aquí un componente que ha sido muy importante en las negociaciones financieras para impulsar estas reformas en México.

Hay que plantear también con claridad, el costo que representa no hacerlo, éste creo que es un elemento fundamental, tanto al interior del gobierno como sobre todo en nuestra comunicación con la sociedad que es el último de mis planteamientos y de mis reflexiones.

Todos estos cambios desde luego tienen que hacerse informando con la debida oportunidad y claridad a la sociedad y abriendo canales para que la sociedad pueda expresar sus puntos de vista sobre el particular, solamente de esta forma se puede avanzar en los programas de política social, en las democracias, solamente de esta forma se pueden construir los consensos que permiten darles fuerza y viabilidad a planteamientos tan ambiciosos y tan profundos como los que ustedes se habrán de analizar en este seminario.

## PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUDEN LA REGION DE LAS AMERICAS

DR. DANIEL LOPEZ ACUÑA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

#### DANIEL LOPEZ ACUÑA

Nacionalidad Mexicana, Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de México, Maestría y Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de John Hopkins.

#### Experiencia Laboral.

Actualmente se desempeña como Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, esta es la más grande de las Divisiones de la OPS, con sede en Washington, D.C., siendo el mexicano que tiene el más alto rango dentro de la OPS y la OMS (Organización Mundial de la Salud) y es colaborador del Diario El Nacional en México, del semanario "El País" (edición internacional) en España y de la publicación mensual Nexos que se edita en México.

También colaboró con la Organización Panamericana de la Salud en las tareas de consultor en Servicios de Salud, Analista de Programas y Asesor Ejecutivo en materia de Desarrollo de Políticas y Planificación de Programas para la Dirección de esa Institución; asimismo desempeñó el cargo de Secretario Ejecutivo del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, iniciativa encomendada en Madrid a la OPS para la Coordinación por la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado.

Estuvo como asesor de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República Mexicana y de la Secretaria de Salud en México.

Fue Profesor Titular y Visitante de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Escuela de Salud Pública de México y distintas Universidades de Estados Unidos, España y América Latina en materia de Epidemiología, Planificación de Servicios de Salud y Economía de la Salud.

Su producción escrita incluye varios libros y artículos especializados, entre sus obras se destacan: "La salud y la desigualdad en México" y " La salud ambiental en México", ha sido miembro de varios consejos editoriales de revistas técnicas y de divulgación.

Quiero compartir con ustedes algunas reflexiones que se desprenden fundamentalmente de la observación de las principales tendencias de las reformas del sector salud en los países de la región, y que dan origen a un debate intenso que se produjo en septiembre de 95 en una conferencia especial sobre las reformas del sector salud convocada conjuntamente por la OPS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras cinco Agencias más de cooperación multilateral y bilateral en el marco del mandato que fuera emitido por los presidentes en su reunión de Miami, en la cumbre hemisférica, la primera cumbre hemisférica, en diciembre del 94 y que trató de llegar a algunos consensos, -en este caso en la reunión del 95 en Washington,- sobre los principales criterios y orientaciones rectoras que tienen que estar presentes en los procesos de reforma del sector salud en nuestros países.

\*Esta ponencia se apoyó en acetatos

#### La naturaleza de la reforma del sector salud

Es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de la población.

Acetato i

Quiero empezar por enmarcar, dentro de lo que cabe, la naturaleza de los procesos de reforma del sector salud, de modo que no únicamente entendamos por procesos de reforma del sector salud algunos cambios cosméticos que puedan estar de moda en algún país o en otro, aquéllos cambios en la ordenación del sector que están suponiendo únicamente un proceso de disgregación de algunas de las funciones, y sobre todo, de transferencias de algunas de las responsabilidades financieras.

Creemos que el proceso de reforma del sector hoy, en todos nuestros países es en el fondo la pregunta profunda de cómo reorientar, y la acción comprometida, de cómo efectuar esta reconversión de los distintos subcomponentes que conforman el sector en cada uno de nuestros países. Esto lleva a plantear el proceso de reforma como un proceso, es decir, como un conjunto de cambios y no como una serie de medidas aisladas,

como una serie de medidas anecdóticas, sino más bien como un proceso de transformación continuo de los sistemas de atención de la salud, de un proceso que está orientado a introducir cambios sustantivos en las distintas instancias o instituciones que conforman el sector salud en su relación y, en las funciones que están llevando a cabo estas instituciones, pero naturalmente que todo esto se produce no únicamente en el afán del cambio por el cambio, sino en la medida de que esto pueda responder a la necesidad de aumentar la equidad en los beneficios del sector salud para los habitantes del continente, de cada uno de los países de latinoamérica y el Caribe, en la medida de que esto pueda contribuir a mejorar la eficiencia en la gestión de las distintas instituciones del sector y sobre todo en la medida que pueda contribuir a que se produzca una mayor efectividad de las prestaciones para satisfacer de esa manera, las necesidades de salud de la población.

Es decir, estamos ante una recomposición de las distintas piezas del rompecabezas que conforma el sector salud en todos y cada uno de nuestros países, evidentemente con grandes diferencias según el modelo organizativo del sector en cada país, a lo cual quiero hacer después referencia porque no hay manera, y sería realmente absurdo pretender identificar un paquete único, una prescripción única de reforma del sector salud, va que la reforma tiene que tomar en cuenta las realidades y cristalizaciones históricas de la conformación de instituciones que configuran el sector en cada país, pero además de que se esté dando este cambio profundo de las distintas piezas del rompecabezas que conforman el sector en cada país, en realidad este cambio no se hace sólo por pasar de un lado a otro o dimensionar en mayor o menor medida una y otra de las piezas, sino que se hace o se busca que hacer, o tendría que buscarse en mayor medida que respondiese a propósitos en donde se mejore la equidad de los beneficios del sector, se mejore la eficiencia de las instituciones y sobre todo se dé mejor respuesta a las necesidades de salud de la población.

Un proceso de reforma que no acometa acciones que den respuesta a estos tres grandes tipos de planteamiento va a ser necesariamente un proceso de reforma incompleto que o será sólo eficientista, o será solamente una recomposición de fuerzas dentro de las instituciones del sector, pero que no va a estar respondiendo a la globalidad de situaciones que tendría que estar respondiéndose hoy, para modernizar de manera

efectiva y de mejor manera decisiva, la operación del sector salud en todos y cada uno de nuestros países.

## ¿Por qué es necesaria la reforma del sector salud en la región?

- Hay una oportunidad significativa de mejorar la situación de salud.
- Los cambios demográficos hacen necesario reorientar los modelos de salud.
- Falta de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud.
- Falta de coordinación entre las instituciones, los subsectores los sectores nacionales.
- Asignación ineficiente de los recursos escasos.
- En algunos países existe un flujo insuficiente de financiamiento hacia el sector de la salud.
- Falta de sostenibilidad financiera.

Acetato II

Quizá, sea importante antes de caracterizar lo que está ocurriendo en los países, preguntarnos ¿por qué es necesario una reforma del sector salud hoy en los países de la región?.

Hay un conjunto de elementos variables que nos hacen plantear la necesidad urgente de los procesos de reforma en los países, en primer término, algo que parece casi una perogrullada, casi obvio porque es necesario subrayar, enfatizar de una manera muy decisiva, hay una oportunidad significativa de mejorar la situación de salud de los habitantes del continente. Cuando sabemos que la mortalidad prevenible y la morbilidad prevenible de evitar lo postergable asciende en promedio en la región alrededor del 45%, sabemos que hay espacio notable para mejorar la efectividad de nuestras intervenciones y que para esto también hay que disponer de un carácter institucional del sector para poder viabilizar estas intervenciones con mucho mayor eficacia, entonces hay un territorio por conquistar que es una mortalidad y una morbilidad notablemente reductibles o evitables o postergables a través de intervenciones sanitario asistenciales, no únicamente de servicios de atención a las personas a través de la gama entera de intervenciones sanitario-asistenciales pero que tienen que ser

estructuradas y organizadas desde el ámbito del sector y con el concurso de otros sectores.

En segundo término, muy importante, hay enormes cambios demográficos que hacen necesario reorientar los modelos de salud, la población está envejeciendo a ritmos acelerados, consecuentemente están cambiando los perfiles epidemiológicos que caracterizan la demanda y la utilización de los servicios, y se tiene que dar respuesta a problemas que veinte años atrás no asomaban en la medida que hoy asoman, ni suponían la carga para los sistemas y los servicios que hoy están suponiendo.

En tercer lugar, hay un serio problema de falta de equidad en el acceso en los servicios básicos de salud, estimamos que casi 100 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe no tiene un acceso permanente a los servicios de salud. Evidentemente esto tiene que ver no únicamente con la infraestructura y la capacidad instalada de los servicios, sino también con las profundas ineficiencias institucionales o de organización institucional del sector, que llevan a segmentaciones profundas con altos grados de marginalidad en los accesos a los servicios para grandes sectores de la población. Pero evidentemente ahí hay otro elemento y otro territorio que tiene que ser acometido a través de un proceso de reforma del sector salud.

Cuarto, falta coordinación entre las instituciones, los subsectores y los sectores nacionales para emprender acciones más decisivas en la transformación de los sistemas y en la ejecución de las acciones de salud, hay enormes duplicaciones de ineficiencia, enormemente reductibles también, no sólo para propósitos de ahorro y eficiencia en el gasto sino también para aumentar la eficacia institucional en materia de prestación de servicios de salud.

Quinto, se agrega el hecho de una asignación enormemente ineficiente de recursos, de los escasos recursos que muchas veces tiene el sector, ésto de nuevo, no es un asunto uniforme en todos los países del continente, en la medida en que hay países con un alto volumen de gastos, al sumar el gasto público y privado en salud. Pero hay también países en la región con una considerable déficit del financiamiento sectorial que necesita ser recuperado y acometido, pero que también requiere de un mayor grado de eficiencia en la asignación de recursos.

Por último, tenemos el doble problema de los recursos ineficientemente asignados y de la insuficiencia en el flujo del financiamiento del sector en un número considerable de países del continente y por si fuera poco, además de estos problemas enfrentamos el problema de la falta de sostenibilidad financiera para mantener con un flujo continuo de financiamiento, llámese únicamente público o público y privado, las operaciones o el volumen de las operaciones del sector en nuestros países.

#### Contexto y razones de la reforma sectorial en la región

- Ajustes macroeconómicos redefinición del papel del Estado en el marco de los procesos de democratización y evolución hacia sociedades más pluralistas.
- Replanteamiento de las políticas de gasto público y su orientación hacia el fortalecímiento de la capacidad resolutiva de los sectores sociales.
- Búsqueda de más equidad en las condiciones de vida y salud de la población, y el acceso a los servicios de salud.
- Búsqueda de aumento de la eficiencia y sostenibilidad financiera del sector en la producción de servicios de salud.
- Cambios demográficos y epidemiológicos y las nuevas posibilidades que plantea el desarrollo tecnológico sectorial para mejorar el impacto de los servicios sobre los problemas de salud.

Acetato III

Naturalmente este proceso de reforma del sector que hoy se vive en muchos de nuestros países no se da únicamente como un fenómeno sectorial en el vacío, o fuera de un contexto amplio que lo determine y que lo esté influyendo en su direccionalidad, esto se da en medio de un conjunto de factores que tienen que ver con ajustes macroeconómicos que se vienen realizando en nuestros países, prácticamente durante los últimos diez a quince años, que llevan a una redefinición del papel del Estado en el marco de los procesos de democratización, que al mismo tiempo están evolucionando hacia una democratización creciente y hacia sociedades mas pluralistas y más participativas.

Es decir, hay un conjunto de replanteamiento de gasto social ligado a los programas de ajuste macroeconómico en un gran número de países, con una reformulación del papel del Estado que lleva ciertamente a ir eliminando

su rol como productor directo en la actividad económica, pero en muchos de los casos a preservar su papel como garante de los servicios sociales fundamentales, entre ellos salud y educación, y esto se da en el marco de procesos crecientes, cristalizaciones profundas de mayor grado de democratización y de pluralismo social, que se están replanteando en muchos de nuestros países a lo largo de muchos años en las políticas de gasto público y su orientación hacia un fortalecimiento de capacidad resolutiva de los sectores sociales.

En aquellos países en donde meior se ha podido aprovechar la ventana de oportunidades que supone la redefinición del papel del Estado, ha habido algún grado de fortalecimiento del gasto en los sectores sociales, lo que naturalmente tiene que ser llevado a los altos niveles de eficiencia que le permita ser sostenible y que le permita apuntalar una respuesta social por parte del Estado en materia de salud y de seguridad social. Hoy en la región, los países se plantean más en su debate político la búsqueda de equidad, tanto en condiciones de vida como en condiciones de salud de la población, al mismo tiempo que mayor grado de equidad en el acceso de los servicios. Y finalmente, en este contexto que mencionábamos va está el enveiecimiento, los cambios demográficos y epidemiológicos y las nuevas posibilidades que plantea el desarrollo tecnológico, lo cual influye determinantemente en el modelo de organización sectorial, y la forma en que tiene que ser mejorada la organización para impactar más por parte de los servicios sobre las condiciones de salud o los problemas de salud de la población.

# Principales tendencias y características de las reformas del sector en la región

Relacionadas con la organización de los sistemas y servicios de salud:

- Ampliación de la cobertura de los servicios.
- Reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos de atención focalizada.
- Cambio en la organización y gestión de instituciones del sector.
- Descentralización y participación social.

Acetato IV

Antes de abordar este tema quisiera yo plantear algo que creo que está en el centro de la cuestión particularmente al hablar de la reforma de la seguridad social en salud en América Latina, y es que no nos olvidemos que excepción hecha de unos pocos países, que podemos contar con la mano, en la región tenemos todavía sistemas de atención a la salud profundamente segmentados y que establecen una diferencia por así decirlo, en vagones de primera, segunda y tercera clase, por ponerlo de alguna manera simple y quizá no por ponerlos de alguna manera más, agudizada, que alguna ocasión lo he citado en conferencias, le escuché refiriéndose esta segmentación de estos sistemas de salud al Ministro de Salud de Zimbagüe.

Hablo de que un sistema de salud segmentado en el fondo es como un "Apartheid" en materia sanitaria, que establece categorías por las cuales algún tipo de población accede a los servicios y otro tipo de población no accede a los servicios, para ponerlo en otras palabras casi en todos los países del Continente, a excepción hecha en estos momentos de Cuba, que tiene un sistema único de salud, de Costa Rica que tiene un sistema de cobertura universal, de Chile que desde los años cincuenta constituyó el servicio nacional de salud que unifica, aunque tenga otros mecanismos financieros que lo diferencien en este sentido, o diferencien del acceso sobre todo a la prestación público-privado, porque tiene un sólo sistema unificado, y el comienzo de la reforma que está viviéndose en Colombia.

Hoy todos los países del continente tienen sistemas de seguridad social en salud con una o varias instituciones que cubren a porciones reducidas o un poco más amplias, pero nunca a la totalidad de la población y sistemas de atención a población abierta, o población desamparada o población marginal, emprendida por los gobiernos centrales o los gobiernos estatales o provinciales como una acción de nueva beneficencia pública, pero no necesariamente como una acción de seguridad social en salud, esto nos plantea un reto enorme en los países del continente, el que nos preguntemos con toda honestidad y con toda vehemencia, los pasos necesarios para dar el tránsito de una unificación de los sistemas segmentados de modo que no exista diferenciación en el acceso a los servicios según la capacidad contributiva o la inserción en un ámbito laboral, entonces creemos que ese es en el fondo la pregunta, en última instancia, ¿De los procesos de la reforma de la seguridad social en salud, en que medida se puede trascender la segmentación para llegar a la seguridad social universal en salud, independientemente de si se trate de prestadores públicos y privados, públicos, privados, híbridos y quien efectúe o no la entrega directa de servicios?

Hoy por hoy, uno de los retos fundamentales, una de las razones fundamentales para plantearse la reforma del Continente, es la sobrevivencia que genera inequidades de los sistemas segmentados de atención a la salud, de los cuales un subsistema, llamémosle más privilegiado, es el subsistema de seguridad social en salud con coberturas minoritarias, dentro de lo que cabe, en la mayor parte de los países de nuestro Continente.

#### Relacionadas con el financiamiento del sector salud:

- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud
- Modificación de la mezcla público-privada nuevas modalidades de financiación de los servicios.
- Nuevas formas de remuneración de los prestadores de servicios.
- Nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial.

Acetato V

Tratemos de caracterizar en alguna medida cuales son las principales tendencias y características de la reformas del sector en la región.

En primer término, relacionado con los aspectos de organización de los sistemas de servicios de salud, un gran número de países de la región se plantean y tienen que plantearse y tienen que seguírselo planteando con más y más énfasis, la necesidad de tomar medidas instrumentales que permitan ampliar la cobertura de los servicios. Y esto es por cuestiones de financiamiento, por cuestiones de aseguramiento y por cuestiones de capacidad instalada para la provisión de servicios, es un problema no resuelto en el Continente, ni para los subsistemas de seguridad social, ni para los subsistemas de atención para la población abierta.

En segundo lugar, otra gran tendencia que se observa en la región, es la reformulación de los modelos asistenciales, y la definición y aquí podemos entrar en discusiones semánticas y no semáticas de más profundidad la definición de los componentes básicos de la atención, llámense paquetes

básicos de la atención focalizada en la versión más simplista que se pueda tener o paquetes de prestaciones de servicios, o planes obligatorios, o planes básicos o planes garantizados, es decir por un lado la reformulación de cómo atender los problemas de salud de una población más vieja, con otros problemas crónicos, con otros perfiles epidemiológicos, con otros perfiles de riesgos y por otro lado la definición del límite, el acotamiento de la responsabilidad pública en cuanto a lo que puede y debe ser atendido a través de planes obligatorios, o planes garantizados o paquetes de prestaciones.

En tercer término, se observa como tendencia, cambios notables en la organización y gestión de las instituciones del sector, tanto en su organización institucional y su reparto de funciones, como en la prácticas de gestión y en los instrumentos que se utilizan para poder asumir estos cambios organizativos sectoriales.

Y por último un fenómeno intenso, diría yo, con muchos pros en materia de organización del sector, pero a veces también con algunos regresos en la organización sectorial, que tienen que ver con la descentralización y con la participación social.

Se ha avanzado a pasos agigantados en los procesos de descentralización de algunas funciones de los sistemas y de la prestación de servicios, a veces con una excesiva atomización en los níveles municipales, en municipios que no necesariamente tienen la capacidad instalada para asumir estos procesos de gestión descentralizados, pero a veces también, con una ganancia neta en la toma de decisiones a nivel local, a nivel periférico, y a nivel intermedio, garantizando un mayor ajuste de la asignación de recursos hacia la resolución de problemas que tienen que enfrentar los sistemas.

Un tema que ameritaría una discusión en sí mismo que toca posiblemente en menos grado, muchas veces a la reforma de la seguridad social en salud, pero como lo señalaba el señor Secretario de Salud Dr. Juan Ramón de la Fuente al hablar sobre algunos elementos a tomar en cuenta para la reforma de la seguridad social en salud, en el caso de México, es que no puede estar divorciada la reforma de la seguridad social en salud a procesos de federalización o federalismo o no federalismo, que en México se expresan a través de un proceso descetralizador con recuperación en

el ámbito de acción del Estado y Municipio, pero que en otros países también se expresan intensamente con una reafirmación de las competencias de muchos de los niveles periféricos del Estado, tanto como en nivel intermedio como en nivel central, o local.

#### Objetivos de la reforma del sector

- Mejorar las condiciones de Salud y de vida en las Américas.
- Ser uno de los pilares de la Reforma Social en la Región.
- Reducir las desigualdades del estado de salud.
- Mejorar el acceso a servicios de salud de buena calidad.
- Fomentar que las instituciones, los individuos y las comunidades compartan responsabilidades.
- Modernizar y descentralizar la organización y el financiamiento de las instituciones públicas que prestan servicios de salud.
- Logra el equilibrio entre los subsectores público, sin fines de lucro y comercial del sector de la salud, con miras a conseguir que sus esfuerzos se complementen.
- Velar por que el sector cuente con recursos financieros razonables y a un nivel sostenible para que pueda lograr sus objetivos.

Acetato VI

En cuanto a las principales tendencias y características de las reformas en materia de financiamiento del sector salud, vemos como en los países tiende a producirse una tendencia dominante, más a la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. Una separación que incluso podíamos decir que no se agota sólo en la separación del financiamiento y la provisión sino que tiende más a separar tres funciones; la función del financiamiento; la función de aseguramiento y compra de servicios, y la función de provisión de servicios de salud.

Segundo, la modificación de la mezcla público-privada o de la complementaridad público-privada que implica nuevas modalidades de financiación y servicio en algunos de los casos y al mismo tiempo nuevas modalidades mixtas de prestación y servicios aun con financiamiento público.

Por último se presentan, marcadamente tendencias con nuevas formas de remuneración a los prestadores de servicios con formas de pago obligado

incluyendo elementos de incentivos o de elementos de contratos contra desempeños específicos por parte de la red de servicios, o de los establecimientos o de los prestadores individuales así como nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial en consonancia con los cambios organizativos y los cambios financieros del sector.

# Prioridades en el programa de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe

- Fortalecimiento institucional de las funciones políticas, reguladoras y evaluadoras de las autoridades sanitarias.
- Redefinición de los roles de los gobiernos centrales, intermedios y locales en la provisión de servicios de salud.
- Racionalizar la provisión pública y privada mediante la definición de relaciones de complementariedad entre diferentes proveedores.
- Fortalecimiento de la planificación sanitaria.
- Desarrollo de modelos de atención integrales.
- · Dirigirse a los grupos vulnerables.
- Reingeniería de los modelos de gestión de servicios de salud.
- Desarrollo de recursos humanos para atender nuevas realidades.
- Mejora de la capacidad operativa de la red de servicios.
- Diseño de mecanismos para la planificación de recursos basados en criterios de costo-efectividad.
- Fortalecimiento de los programas de control de calidad y de evaluación de las tecnologías sanitarias.
- Desarrollo de mecanismos de financiamiento más equitativos y sostenibles.
- Fortalecimiento de las inversiones públicas y privadas del sector, particularmente en apoyo a los procesos de reforma.

Acetato VII

Tenemos, que todas estas tendencias llegan a plantear la necesidad de fijar objetivos a la reforma del sector salud, y que estén presentes en la formulación de las políticas generales. Entre los objetivos de la reforma del sector salud tenemos las siguientes:

Primero, que los procesos contribuyan de modo efectivo a mejorar condiciones de salud de vida, en la región de las Áméricas.

Segundo, que sean los procesos de reforma sectorial uno de los pilares de la reforma social en la región.

Tercero que contribuyan a la reducción de las desigualdades en el estado de salud, es decir a las inequidades en materia de condiciones de salud en la expresión de los daños.

Cuarto, mejorar el acceso a servicios de salud de buena calidad.

Quinto fomentar que las instituciones, los individuos y las comunidades compartan responsabilidades y sin que esto signifique la renuncia a ciertas responsabilidades fundamentales del Estado en materia de asegurar el acceso a los servicios o a la atención a la salud.

Sexto, modernizar y descentralizar la organización y el funcionamiento de las instituciones públicas que adolecen de enormes problemas de rezagos sin coordinación y falta de modernización.

Séptimo, lograr un equilibrio entre sus sectores públicos sin fines de lucro comercial del sector de la salud y el sector público con miras a conseguir que sus esfuerzos se complementen.

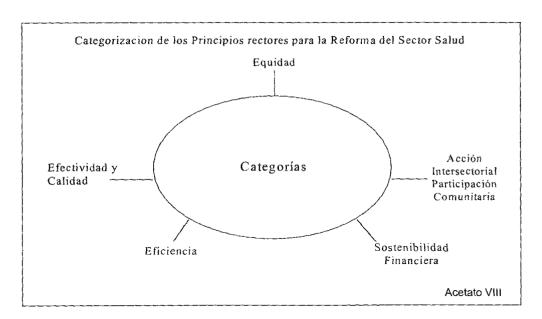
Octavo, velar por que el sector cuente con recursos financieros razonables y a un nivel sostenible que permita lograr los objetivos del sector.

Ante todo esto, entre las grandes prioridades que se plantean en materia de reforma sectorial, y en esto yo quisiera mencionar que mucho de lo que hemos estado tratando está contenido en un documento que acaba de publicar la OPS y que se intitula "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector en la región", donde se plantea grandes líneas de acción tales como:

- 1. Fortalecer las instituciones en sus funciones políticas reguladoras y evaluadoras que corresponden al ejercicio de la autoridad sanitaria.
- 2. Redefinición de los roles de los gobiernos centrales, intermedios y locales en la provisión de servicios de salud tanto de servicios de salud públicos como de servicios de atención a las personas.

- 3. Racionalizar la provisión pública y privada mediante una mejor definición de las relaciones de complementariedad de los distintos proveedores.
- 4. Fortalecer algo que está enormemente debilitado y que se requiere para ordenar y estructurar esta nueva composición sectorial que es la planificación sanitaria o planificación del sector que se ha visto enormemente desmantelada en las últimas dos décadas en todo nuestro continente.
- 5. Desarrollar los modelos de atención integral que respondan mejor a la problemática de envejecimiento de la población, los nuevos perfiles epidemiológicos y la innovación tecnológica y las nuevas demandas de la población están generando.
- 6. Focalizar mejor las acciones en los grupos vulnerables.
- 7. Acometer la reingenieria de los modelos de gestión de servicios de salud necesarias para reorientar esta organización y producción de servicios.
- 8. Desarrollar los recursos humanos ante las nuevas exigencias que estos procesos de reforma sectorial están demandando, que van a requerir un enorme esfuerzo por parte de todos y cada uno de los países para replantearse la ubicación de los recursos humanos de la nueva gestión sectorial.
- 9. Mejorar la capacidad operativa de la red de servicios que adolece en estos momentos, en el Continente; en todos los países del Continente hay serios problemas y entendiéndose no como redes segmentadas de servicios de las instituciones, sino como redes integrales de servicios que aglutinan toda la capacidad instalada posible al servicio de la prestación unificada de servicios de salud.
- 10.Diseñar los mecanismos para planificar recursos basados en criterios de costo y efectividad de mucho mayor medida, mejorar la asignación de recursos de esta manera.
- 11. Fortalecer los programas de control de calidad y reevaluación de tecnología sanitaria como una manera de incidir sobre una mejor prestación y sobre una asignación más racional de recursos.

- 12. Desarrollar la capacidad institucional para el análisis del gasto de los servicios de salud y como consecuencia, poder establecer también la capacidad de facturación de los establecimientos para garantizar un buen eje de separación de funciones, de financiamiento, aseguramiento y provisión.
- 13. Desarrollar mecanismos de financiamiento más equitativos y sostenibles y el fortalecimiento de las inversiones públicas y privadas del sector, sobre todo en apoyo a toda esta agenda de procesos de reforma



Quiero, por último reiterar las palabras del doctor Zeballos, en sus palabras en el acto inaugural y que venimos insistiendo por parte de la Organización en la medida del que fue el destilado de las discusiones de todos los gobiernos miembros de la Organización, sus Ministros de Salud, sus delegaciones que participaron en esta reunión especial sobre reformas del sector a fines del 95, y es que la reforma sectorial del continente tiene que responder a estos cinco grandes principios rectores y encontrar la articulación de los mecanismos instrumentales para poder responder a estas categorías y poder avanzar en materia de equidad, al mismo tiempo que se avance en

materia de una mejora en la efectividad y calidad de los servicios que se presten.

Que se construyan avances en materia de eficiencia, que se garanticen la sostenibilidad financiera y que se den pasos no sólo instrumentales, sino como fin en sí mismo, también de acción intersectorial y participación comunitaria.

El gran desafío en todos y cada uno de nuestros países es encontrar las medidas instrumentales que hagan compatible la agenda que de respuesta a todos estos principios rectores. Que se base en las cristalizaciones institucionales de cada país. Y que no privilegien una sola de las medidas de reforma en aras de la eficiencia o en aras de la sosten bilidad financiera, sino que busque construir al máximo posible un camino que dé la mejor respuesta posible a todos y cada uno de estas, no solo a las inquietudes sino también a las necesidades que el sector se plantea hoy en la región.

Quiero terminar señalando que el proceso de reforma es un proceso que no es único de los Ministerios de Salud, o no es único de los Institutos de Seguridad Social, tampoco lo es de las Instituciones Prestadoras, sino que es un proceso de reordenación de todas las piezas financieras, de aseguramiento y de prestación que conforman el sector en su conjunto.

Corresponde a la autoridad sanitaria ejercer un papel rector y orquestador de estos procesos de reforma, pero que sin lugar a dudas, sobre todo lo que tiene que ver con los procesos de reforma del financiamiento sectorial, y del aseguramiento para poder garantizar un mejor acceso o un acceso más equitativo a todos los ciudadanos, la reforma de la seguridad social en salud es un eje fundamental que tiene que ser profundizado y tiene que ser emprendido con determinación, y diría yo, valentía de nuestros valores sociales fundamentales para tratar de ir en el próximo siglo, si no ya construyendo los peldaños en los últimos años de éste, hacia un régimen universal de protección de todos los ciudadanos en salud creando todos los mecanismos necesarios de complementariedad de los financiamientos pero que no perpetúen la segmentaciones que son profundamente generadoras y profundizadoras de iniquidades.

		•	

# EL PAPEL DEL ESTADO EN LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Luis Felipe Abreu H. Claudia Infante C.

Universidad Nacional Autonoma de Mexico

## LUIS FELIPE ABREU HERNANDEZ

Nacionalidad Mexicana, Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizó estudios de Física en la Facultad de Ciencias de la UNAM, Maestría en Enseñanza Superior y candidato al Doctorado en Pedagogía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

# Experiencia Laboral.

Actualmente se desempeña como Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional de la Facultad de Medicina de la UNAM y Coordinador de la Maestría en Educación Médica, imparte cursos de: Control de calidad de la atención médica; Planeación y prospectiva de sistemas de salud y sobre el modelo de educación médica.

Su línea de investigación se ha centrado sobre la Revolución Científica y Tecnológica de la Regularización Social y de la Salud, ha establecido escenarios prospectivos sobre las exigencias del proceso globalizador y la economía; ha establecido diferente modelos de atención a la salud derivados de los diversos modos de producción, principalmente del Fordiano y de los nuevos sistemas de fabricación flexible.

En la UNAM ha sido Secretario Académico de la Coordinación General de Estudios de Postgrado, Secretario de Educación Médica de la Facultad de Medicina y Secretario del Consejo Académico de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Dada su experiencia ha sido invitado como conferencista a numerosos eventos, tanto a nivel nacional como internacional y es autor de diversas publicaciones.

# Introducción

La tesis central del presente trabajo se resume en la siguiente afirmación: La reforma del sector salud debe adecuarse no sólo a la transición demográfica y epidemiológica, sino también a la transición social derivada de la globalización económica y social. Los cambios estructurales en los modos de producción plantean nuevos retos y demandas al sector salud y al Estado\*.

Desafortunadamente contrasta la magnitud del reto con lo limitado de las respuestas, que consisten en la mayor parte de los casos en mecanismos de optimización del uso de los recursos, que aunque son necesarios y benéficos no van a la raíz del problema.

# El papel del Estado, pasividad o actividad

El papel del Estado en la reforma de los sistemas de salud en la seguridad social constituye un problema social, y como tal es producto de un proceso de definición.¹ El análisis de algunos aspectos críticos de la forma como se está produciendo dicha definición es lo que ocupa la primera parte de este trabajo. Examinamos en que sentido la manera como se ha contemplado el papel del Estado en la reforma de los sistemas de salud que tiene una definición restringida porque se ha concentrado fundamentalmente al sistema de salud en sí mismo, en un papel pasivo en donde predomina la 'adaptación' del sistema de salud al sistema social. Proponemos una perspectiva integral de la relación Estado - Sistema de Salud, en donde la salud esté articulada con la producción y reproducción de la sociedad en su conjunto para poder convertirse en un proyecto viable. El espíritu de la reforma del sistema nacional de salud debe buscar ser amplio e integral, lo cual significa contemplar una reforma social, es decir,²

<sup>\*</sup> En el presente trabajo la palabra Estado se entiende como sinónimo de Gobierno, a menos que se específique lo contrario.

George V. & P. Wilding, Ideology and social welfare, London, Routledge & Kegan Paul, 1979.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Intervención del Dr. Robert Badgley en: Spindola A. (moderadora), "Tendencias de la práctica", en, *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas*, Washington, D.C., OPS, 1993, p. 127.

una transformación social. No ignoramos la enorme dificultad de este hecho, pero el problema es mayor si lo ignoramos por completo.

Los sistemas nacionales de salud deben responder a las necesidades de salud del contexto social, económico, demográfico, cultural, tecnológico y político de los países en los cuales se ubican. Dentro de un enfoque sistémico, el sector salud es un subsistema interconectado con el resto de aquéllos que conforman a la sociedad en su conjunto, los cuáles están idealmente articulados dentro de una planificación y políticas nacionales. Dentro de la división tradicional de funciones socio-institucionales, al sector salud le ha correspondido satisfacer las necesidades de servicios personales y no personales preventivos y de atención a las necesidades de salud. Planteando el problema de esta forma, el sistema de salud se contempla como una institución cuya función social consiste en encontrar la mejor fórmula para dar la mejor respuesta a las necesidades de salud dadas de su población objetivo, ya sea una comunidad o nación con rasgos y recursos socio-económicos dados.

Así planteado, el sector salud se contempla como una instancia pasiva cuya meta es hacer accesible su servicio con la mayor equidad y calidad. Esta idea es comúnmente aceptada sin discusión, el problema real se inicia cuando -dentro de esta perspectiva- se discuten las estrategias para lograr las metas. En términos generales esto ha implicado que las discusiones sobre las posibles reformas de los sistemas de salud se hayan concentrado en las formas de financiamiento, de asignación, distribución, organización y prestación de los servicios. Es decir, los problemas que se identifican en el sector salud se definen como problemas sociales o de legislación de políticas sociales y se mantienen como problemas internos del sistema de salud, aun cuando muchos de ellos se deben a problemas económicos globales o por ejemplo a problemas de inequidad. Consecuencia de lo anterior es, el que el papel del sector salud se reduce a la búsqueda de fórmulas o alternatívas para la asignación y el manejo de los recursos económicos y sociales para atender primordialmente a la enfermedad.

Mays N., "Origins and development of the National Health Service", en: Scramber G. (Ed), Sociology as applied to medicine, London, Bailliere Tindall, 1991, pp. 199-220.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> George V. & P. Wilding, op.cit., pp. 6-8.

Entre otros, efectos de lo anterior son, por un lado, la medicalización de la salud, 5 y por otro, la individualización de la salud al sector salud (o como máximo a la coordinación con otros sectores para desarrollar ciertas acciones específicas) desviando la responsabilidad de ambos, del sector salud como parte del Estado, y del Estado, en la participación en acciones más radicales sobre la producción y construcción de la salud. Este hecho orienta a comprender que se trata de un problema social y que constituye un indicador de que estamos frente a un problema de estructura de poder en la sociedad, y que por lo tanto, su solución no es de tipo tecnocrático ni de fórmulas económicas, sino de resolución de un profundo conflicto de intereses económicos y de sistemas de valores, 6 para permitir la reconfiguración social necesaria para responder a los retos de la globalización.

El papel del Estado en la reforma del sector salud no puede reducirse solamente a hechos tales como el establecimiento de normas o a la evaluación de los servicios a través de medidas de resultado sólo técnicas, subjetivas o económicas; ni a decidir por una ampliación o retracción del gasto público en salud, ni a la definición de fórmulas para asignar los recursos para disminuir las inequidades socialmente creadas, ya sea de pobreza, de género, geográficas, etc.

Desde el enfoque amplio e integral, la participación del Estado en la reforma de los sistemas de salud toma otra perspectiva y se articula con el denominado proyecto de nación. Paralelamente, el sector salud se convierte en objeto y sujeto, en actor social y corresponsable de la construcción de la sociedad. En este sentido, cambia el enfoque tradicional de los servicios de salud vistos sólo como una resultante pasiva de su sistema político y constituyendo uno entre muchos factores que modifican la salud de la población.<sup>7</sup> Contemplar al Estado simplemente como

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Hillier S., "The limits of medical knowledge", en: Scramber G. (Ed), Sociology as applied to medicine, London, Bailliere Tindall 1991, pp. 175-184.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> George V. & P. Wilding, op. cit., pp. 13-17.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Banerji D, "The political economy of western medicine in Third World countries", en: McKinlay J.B. (Ed) *Issues in the political economy of health care*, New York, Tavistock, 1984, pp. 257-282.

Mahler H. "32nd World Health Assemby", WHO Chronicle, 33 (7-8), Ginebra, p. 245.

'apoyando' la reforma del sector salud, no permite comprender la congruencia de la seguridad social como una de las políticas sociales del Estado. Es decir, esta perspectiva más amplia del papel del Estado en la reforma del sector salud, permite la incorporación integral de la seguridad social al proyecto de nación y al de la reforma del sector salud. Por ejemplo, dentro de este marco las políticas sociales de la seguridad social van de la mano con las de generación y protección de empleos, la protección del salario y combate a la pobreza.

Reconocer el papel activo del Sistema Nacional de Salud en la conformación del Estado, y de la participación del Estado en la reforma de los sistemas de salud más allá de aspectos normativos y de financiamiento, permite incorporar la dimensión histórica como otro aspecto fundamental al problema analizado. El tipo de relación entre el Estado y el sistema de salud está determinado por el papel que juegan los modos de producción en la conformación de cada sociedad y de la relación entre éstos y los perfiles epidemiológicos y de atención a la salud asociados con las necesidades de salud y prioridades (económicas, sociales y culturales) correspondientes a cada modo de producción. Una visión amplia de la reforma podría contemplar una interacción entre sistemas nacionales de salud participativos y el Estado, lo cual permitiría hacer proyecciones conjuntas que respondan a las demandas y retos de los modos de producción emergentes en la era de la globalización económica y social. El enfogue restringido reduce lo histórico al monitoreo de las tendencias de los perfiles epidemiológicos<sup>8</sup> y a las experiencias con diferentes fórmulas de asignación, distribución y financiamiento del sector salud. Es decir, se parte del modelo socioeconómico, históricamente determinado como dado, y a partir de éste se hacen propuestas de la forma como el Estado puede participar en mejorar las condiciones de salud, en proporcionar servicios costeables, equitativos, etc.

# Transición social y transición del sistema de salud

Abordar el papel del Estado en la reforma de los sistemas de salud dentro de la seguridad social, es un problema complejo pues los tres componentes

OMS, Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud, OMS, Informes Técnicos 694, Ginebra, 1983, p. 16.

de este tema se hayan en un proceso de redefinición: El Estado está sufriendo modificaciones estructurales, los sistemas de salud están confrontando nuevos retos y la seguridad social se está reconfigurando. Los tres subsistemas sociales están en proceso de modificación y redefinición de las interacciones entre ellos. ¿Cómo abordar el estudio de tres actores con dinamismo propio? Una opción es ubicar el problema dentro de un marco de referencia que defina un espacio para encuadrar las acciones potenciales de cada uno de estos subsistemas.

En otras palabras, la reforma del sistema de salud, de la seguridad social y del Estado deben estudiarse como expresiones de una transformación social provocada por los procesos de globalización económica y social. El agotamiento del modelo de producción dominante, nos conduce a instrumentar una transformación económica y social indispensable para contender con el futuro. El debate debe establecerse desde el punto de vista de la planeación estratégica con un enfoque prospectivo, que nos permita visualizar nuevos futuros potenciales. Es preciso romper con el reduccionismo derivado de la medicalización del problema, que diagnostica, incluso los problemas sociales, a partir de una clasificación preestablecida. para luego aplicar una conducta terapéutica, tomada de un arsenal preexistente y "controlar" el problema para regresarlo a la "normalidad". O quienes reducen el aspecto social de la medicina a la salud pública y a la epidemiología. Esta actitud ha sido denominada por Herriot y Pemberton<sup>9</sup> "know how": que es la capacidad de resolver problemas sobre la base de la experiencia previa. Como tales autores postulan, es preciso poseer la capacidad de imaginar desde el presente lo que habrá que hacerse en el futuro, ("knowing beyond"). Sin esa capacidad de imaginar no podremos inventar y construir un futuro con una mínima viabilidad.

Es indispensable asumir la gran transformación económica y social que ya se han iniciado y que habrán de redefinir totalmente la estructura y función de los sistemas de salud y del Estado e incluso de la sociedad en su conjunto.

El modelo de producción dominante derivado de la revolución industrial que podríamos denominar mecanicista-fordiano se encuentra en proceso

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Herriot P. & Pemberton C., Competitive advantage trough diversity, organizational learning from difference, London, Sage, 1995.

de extinción. En su lugar emerge un nuevo modelo basado en los sistemas de fabricación flexible y el uso intensivo de los conocimientos.

#### El modelo mecanicista-fordiano

De manera esquemática podemos decir que este modelo se basa en la repetición de tareas simples que permiten producir objetos complejos, articula el trabajo humano con las herramientas y máquinas mediante una banda transportadora (línea de montaje), asegurando el ritmo de trabajo mediante el propio movimiento de la banda. Este sistema permite convertir en productivos a los impreparados y constituye de hecho un sistema de amplificación social donde los más producen lo diseñado por los menos, estableciéndose una estructura de mando vertical altamente jerarquizada. La estandarización de procesos, tiempos y movimientos y una estricta descripción de puestos que determinan las capacidades humanas necesarias para cada posición de trabajo y son consustanciales a este modelo.

En la base del sistema se haya la repetición rutinaria de tareas. Como puede comprenderse esta modalidad de producción es inflexible y reacia al cambio, pues la modificación de lo existente implica el rediseño de la propia planta industrial y el reentrenamiento del personal para que realice nuevas funciones, el sistema es por lo tanto de evolución lenta.<sup>10</sup>

Este sistema genera grandes masas de individuos que trabajan en condiciones estándar y que tienen intereses y aspiraciones comunes. En este contexto el problema central del Estado es incorporar a la mayor cantidad posible de individuos al sistema y atender las expectativas de igualdad y equidad que se derivan de condiciones de trabajo equivalentes. Se busca reducir el desempleo y es mediante el trabajo que los individuos se incorporan a los beneficios de la "seguridad social".

El paradigma científico concurrente con este sistema productivo es el derivado de la física y puede ser denominado newtoniano-laplaciano. Desde tal punto de vista, tal y como acontece en la mecánica clásica, a

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Hirschhorn L., Beyond Mechanization: Work and Technology in a Postindustrial Age, Cambridge Mass., MIT Press, 1986.

partir del conocimiento de las condiciones iniciales del sistema es posible predecir su comportamiento futuro con gran precisión. El paradigma de la física clásica ha permeado también las ciencias sociales e incluso la salud. pues se explica la enfermedad como resultado de agentes externos. Este modelo y la estructura matemática que de él se deriva permite calcular riesgos y distribuir los costos entre la población o prever mecanismos de capitalización que garanticen las pensiones por jubilación. En este paradigma el futuro es una mera extrapolación del presente, del tipo "mundo sin sorpresas". En consecuencia la función del Estado se limita a regular y mantener bajo control el funcionamiento del sistema social en su conjunto. Nótese que la función de control, entendida como lo establece la teoría de sistemas, implica una retroalimentación negativa, donde cualquier desviación es neutralizada para retornar a los valores normales. su función es esencialmente conservadora. Por ejemplo, cuando el mercado se desacelera, se inyectan recursos mediante obras públicas para reactivar la economía. Incluso la propia frase "seguridad social" implica la posibilidad de garantizar que las cosas habrán de ocurrir de determinada manera y no de otra.

En estas condiciones el sistema de salud proporciona la infraestructura necesaria para la reproducción de la fuerza de trabajo, con la preparación y vigor físico necesario para incorporarse a este tipo de sistema de producción.

El sistema de salud en el modelo mecanicista-fordiano cumple dos funciones centrales:

a) La primera es de carácter técnico y consiste en mantener la capacidad de trabajo físico. En consecuencia, se privilegia la atención a las funciones biológicas que subyacen la actividad corporal requerida para la producción, muchas veces en detrimento de lo psicológico o lo social. Además como los trabajadores exhaustos por la enfermedad pueden substituirse con relativa facilidad por fuerza de trabajo fresca, las acciones para atender la salud tienden a posponerse hasta que se afecta la capacidad laboral. Incluso frecuentemente se penaliza a quien se declara incapacitado para trabajar con un salario menor, o en los sistemas de atención privada mediante un deducible en el seguro médico, con ello se conmina a los individuos a evitar la solicitud de atención médica. La intervención es por lo general correctiva, a posteriori

de la desviación, de ahí el carácter esencialmente curativo de las acciones médicas, restringiéndose las acciones de salud pública a medidas de bajo costo. De facto, la definición operativa de la enfermedad se construye socialmente y considera sanos a quienes pueden desempeñar sus actividades laborales y enfermos a quienes se hayan impedidos para el trabajo físico. Cuando un individuo se declara enfermo, se valora la conveniencia de instaurar la atención y transcurrido un tiempo se evalúa el resultado de las acciones médicas, para determinar si el individuo es recuperable para el trabajo o se le declara incapacitado permanentemente y en tal caso recibe una jubilación anticipada y es reemplazado con relativa facilidad por otro.

b) La segunda función del sistema de salud es mantener la legitimidad del sistema social y asegurar la lealtad de la población al Estado-Nación. La seguridad social es un elemento consustancial a la democracia moderna.

Por ello, se ha visto el conflicto entre estas dos funciones como una contradicción entre el electorado que busca más beneficios sociales y los intereses económicos que buscan incrementar sus ganancias y la acumulación del capital.

Tal y como ha establecido Mechanic¹¹ la institucionalización de los derechos ciudadanos hace que las demandas de salud se incrementen como parte del aumento de las expectativas de la población basadas en el papel del Estado en la sociedad. Asimismo la noción de enfermedad es esencialmente infinita, se modifica con los descubrimientos biomédicos, las percepciones y el comportamiento entre otros factores.

Sin embargo el financiamiento del sector salud sólo puede representar una parte menor del excedente económico generado, su incremento depende, no sólo de la negociación política, sino se halla acotada por el incremento de la productividad general del trabajo humano.

Por tal razón el sistema de salud requiere algún tipo de racionamiento. Usualmente mediante el costo de los servicios privados o bien en el caso de los servicios públicos, mediante lo que Mechanic<sup>12</sup> denomina

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Mechanic D., *Medical Sociology, 2nd. De*, New York, Free Press, 1978. pp. 323-7.

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Mechanic D., op.cit., pp. 329-32.

racionamiento implícito, consistente en un control centralizado de los presupuestos, que limita el abasto de insumos para la salud y la disponibilidad de recursos humanos para la salud, situación que se traduce en prolongados tiempos de espera y en barreras para recibir la atención. Situación que obstaculiza la búsqueda de ayuda o hace que el paciente busque atención por sus propios medios.

En suma, los sistemas de salud del modo de producción mecanicistafordiano se orientan a la atención del hombre-masa inmerso en los engranajes de la producción estandarizada.

Hemos revisado de manera resumida cómo el modo de producción establece los determinantes sociales que acotan y limitan al sector salud. Desde este punto de vista el debate sobre el grado de centralización o descentralización, o bien sobre el carácter público o privado de los servicios no modifica su función sustantiva, aunque puede ayudar a optimizar su funcionamiento. El sistema de salud no puede permanecer anclado a las necesidades del modelo mecanicista-fordiano, y dejar de lado las nuevas demandas de los sistemas emergentes de producción, como la producción flexible, mantener un sistema de salud, que se encuentre por detrás de las exigencias sociales de la época, y puede convertirlo en un lastre para la evolución de la sociedad en su conjunto. Resulta indispensable establecer una visión prospectiva para permitir la adecuación de los sistemas de salud a las nuevas exigencias derivadas de las nuevas modalidades productivas, esa es la reforma de fondo que requiere el sistema de salud.

# El modelo emergente de producción flexible o pensar al revés, las nuevas exigencias de la restructuración social

En sentido estricto el trabajador humano realiza tres funciones:

- a) Ser fuente de energía y fuerza múscular.- Este es el nivel más bajo de las funciones humanas, y a lo largo de la evolución social las bestias de tiro y posteriormente los motores han permitido liberar al hombre de esta función.
- b) Controlar procesos.- El hombre se dedica a regular y controlar la actividad de las máquinas, sin embargo la introducción de la tecnología

informática y la automatización, permiten construir sistemas crecientemente auto-regulados y posibilitan que los trabajadores desarrollen nuevas tareas más complejas.

c) Desarrollar actividades intelectuales.- Controlar a los sistemas de control (metacontrol) reprogramándolos incesantemente para introducir aceleradamente innovaciones. Esta es una función intelectual por excelencia y es prototípicamente humana.

Podemos decir que los nuevos modelos industriales que articulan elementos electrónicos y mecánicos, dan origen a los sistemas de fabricación flexible. constituidos por la articulación de máquinas herramienta bajo control numérico, robots y sistemas de transporte, todos bajo el control de las computadoras, deian en manos de las máquinas las tareas rutinarias v como basta con reprogramar a las computadoras, son sistemas flexibles cuvo límite se encuentra en la capacidad intelectual de quienes los manejan. En este nuevo modelo emergente disminuye la necesidad de trabajo rutinario y en cambio cobra gran importancia la actividad de investigación y desarrollo conducentes a la innovación acelerada. Por eso, la docilidad, capacidad de repetición y el vigor físico que eran los elementos sustantivos del trabajador fordiano, son substituidos por nuevas cualidades como creatividad, inventiva, pensamiento divergente, capacidad para generar conocimiento, polifuncionalidad, habilidad para el aprendizaje autodirigido, trabajo en equipo y liderazgo entre otros. Este nuevo tipo de trabajo exige poseer cualidades morales y psicológicas, además de un compromiso moral con las tareas que se desempeñan.

En estas condiciones el capital humano es tanto o más importante que el capital físico. El conocimiento entendido como poder para la acción, <sup>13</sup> se vuelve indispensable y son los hombres que lo comprenden, interpretan, modifican o acrecientan la parte sustantiva de una empresa. La empresa actual adquiere valor por la inteligencia y el talento acumulado que posee. Así por ejemplo las empresas biotecnológicas sólo requieren de recursos e infraestructura comunes a un laboratorio universitario bien dotado, su competitividad y valor está dado por su capital humano. Lo mismo ocurre con las empresas dedicadas a la producción de software, la diferencia entre ellas no está en el tipo de computadoras sino en la clase de seres

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Stehr, N., Practical Knowledge, Applying the Social Sciences, London, Sage, 1992.

humanos que las integran y en su capacidad de construir redes sociales para educar a los usuarios. Avanzamos hacia una economía basada en el uso intensivo de los conocimientos y el saber. <sup>14</sup> Donde el éxito se basa en la innovación acelerada en una continua carrera contra el tiempo para ser los primeros en patentar e introducir al mercado la innovación.

En estas condiciones las empresas no pueden planear su futuro basándose en sus estadísticas de ventas, cuando las ventas caen por la aparición de un competidor es por lo general demasiado tarde para iniciar el desarrollo de un nuevo producto. Las empresas deben planear orientadas no sólo por el mercado, sino por el conocimiento, y seguir o mejor aún, liderear el estado del arte de los productos que fabrican. Además, como lo saben los productores de software y los laboratorios farmacéuticos, no basta con lanzar un nuevo producto al mercado, hay que organizar y educar a los usuarios para que lo utilicen, en la investigación, la educación y las ventas están articuladas. El proceso de regulación social de la producción se traslada desde el control del mercado hacia el control de la tecnología y el conocimiento. Detrás de la tendencia desreguladora de los mercados se oculta la tendencia a controlar la información la tecnología y el conocimiento. Mientras se propugna por el libre transito de mercancías, el conocimiento fluye por canales y redes restringidos. 15 La fuente de la riqueza nacional ya no se haya en la posesión de materias primas pues los sistemas de transporte a granel permiten trasladarlos a casi cualquier parte del globo, tampoco la mano de obra barata puede garantizar un desarrollo de largo plazo. Es el talento y el conocimiento lo que son buscados por las inversiones más productivas. El papel del Estado se transforma, su función principal no es el controlar los mercados, o los flujos monetarios, sino su capacidad para gestionar el desarrollo de un espacio cultural y constituir redes para el manejo y desarrollo del conocimiento avanzado, la soberanía ya no representa sólo soberanía territorial, sino soberanía cultural e intelectual, 16 recientemente Fukuyama 17 ha hecho notar cómo el capital

Bell D., El Advenimiento de la Sociedad Post-Industrial, Madrid, Alianza Editorial, 1976.

Abreu-Hernández L.F., "La tercera Revolución Industrial y la Reconfiguración de la Regulación Social", en Campos M. A. y Varela R. (Eds.), *Prospectiva Social y Revolución Científico-Tecnológica*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Abreu-Hernández L.F., op. cit., p. 271.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Fukuyama F., Confianza (Trust), Buenos Aires, Atlántida, 1996.

cultural es indispensable para la competencia económica moderna. El Estado debe asumir su nuevo papel como regulador y catalizador de la inteligencia social v esta tarea está muy alejada de la organización burocrática heredada del fordismo. Es más el Estado, si bien debe ser un gestor de la cultura, no puede ser el depositario principal del conocimiento pues para que este sea exitoso debe estar entretejido en el conjunto de la sociedad e implica los denominados procesos de cognición distribuida, es decir el manejo del conocimiento y el saber y no es sólo una función del gobierno, sino del Estado-Nación en su conjunto, pero el gobierno debe ser profundamente sensible a estas nuevas necesidades. De la misma forma que el trabajo humano emergente se orienta hacia el metacontrol, el gobierno debe orientarse al meta-gobierno, es decir a crear las condiciones para la obtención de información y el desarrollo y aplicación de conocimientos y la creación de entornos culturales tales que permitan a los diversos actores sociales autogobernarse sin perder la necesaria interacción v sinergía que nos permite actuar como un sistema social, coherente. finalista v abierto.

El desarrollo de las empresas emergentes basadas en el modelo de producción flexible plantean nuevos retos al sistema de salud:18

- a) La función de preservar el capital humano persiste, sin embargo es un tipo de usuario, más preparado y exigente que dificilmente adoptará una actitud pasiva y exigirá información y participación en la toma de decisiones, el sistema de salud debe responder a esta exigencia.
- b) Los nuevos trabajadores son portadores de conocimientos específicos de la empresa, se hayan integrados a grupos de trabajo y liderean el proceso productivo, en consecuencia resulta difícil remplazarlos, además todo el tiempo que sean alejados de trabajo por la enfermedad generan retraso en los proyectos y grandes pérdidas. En consecuencia las empresas demandarán respuestas rápidas, eficaces y eficientes del sistema de salud.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Abreu-Hernández L.F., "La Modernización de la Medicina Mexicana y la Educación Médica", *Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México*, UNAM, № 496, mayo de 1992, p. 25-28.

- c) Como la empresa invierte constantemente en la preparación y actualización de cada individuo y los períodos de estudio se prolongan, sólo se puede recuperar la inversión si se prolonga la vida socialmente útil de los individuos. Es decir el sector salud se verá sometido a la exigencia de realizar acciones preventivas y demostrar con evidencia el costo beneficio de sus acciones. Asimismo la educación para la salud y la modificación de conductas de alto riesgo, en favor de conductas saludables serán altamente apreciadas y recompensadas.
- d) En la medida en que el nuevo tipo de trabajo es fundamentalmente intelectual, las empresas promoverán no sólo la atención de la salud biológica, sino cobrará gran importancia la salud mental.
- e) La alta productividad de este tipo de trabajador hará costeables inversiones más altas en salud, pero se deberá transitar desde un sistema de racionamiento basado en los costos o lo que es peor implícito, hacia uno explícito<sup>19</sup> basado en la evidencia científica e investigación clínica.
- f) Por último la introducción de las nuevas tecnologías flexibles y miniaturizadas al sector salud permitirá una redefinición de los niveles de atención puestecnologías propias del segundo y tercer nivel migrarán hacia el primero, el uso de la computadora como instrumento de registro, etc. permitirá un nuevo modelo de atención centrado en el usuario con un estudio de riesgos individuales.

La aparición de tecnologías miniaturizadas y de bajo costo permitirán un nuevo modelo del consultorio del futuro:

Computarizado para el manejo del expediente clínico, el intercambio de datos e imágenes permitirá la interconsulta con especialistas (telemedicina), existirá la posibilidad de realizar pruebas funcionales como espirometría, pruebas de esfuerzo, y pruebas electrofisiológicas: Electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografía, potenciales provocados y promediados. Además la posibilidad de realizar baterías de análisis clínicos, usando incluso biosensores o bio-chips, la disponibilidad de imágenes (ultrasonido), endoscopía y cirugía de invasión mínima.

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Mechanic D., op. cit., p. 329-334

La acción médica en el consultorio demandará el trabajo coordinado de internistas, pediatras, gineco-obstetras y cirujanos generales, trabajando en equipo y con una gran capacidad resolutiva, pudiendo instrumentar terapia medicamentosa, génica, inmunológica, bioquímica o quirúrgica. Muchos de estos elementos ya existen desde un punto de vista técnico, pero no se han reunido para trabajar de esta manera. El consultorio del futuro será parecido a una sucursal bancaria moderna: de tamaño pequeño, cercana al usuario, capaz de responder a las necesidades personales, operada por expertos y asesores en finanzas y capaz de operar a escala global.

La teoría científica subyacente a los sistemas flexibles de producción es la denominada teoría de los sistemas dinámicos no lineales o "teoría del caos". 20 Se considera que contendemos con sistemas hipercomplejos constituidos por el acoplamiento de procesos electrónicos, mecánicos, químicos, biológicos y humanos que no pueden predecirse con ecuaciones, donde pequeñas variaciones, pueden producir una gran modificación del sistema en su conjunto, donde la lógica medios-fines se rompe pues una misma acción puede conducir a resultados diferentes, o bien el mismo resultado puede obtenerse por diferentes vías. Buscando un efecto podemos obtener otro diferente, además de efectos colaterales. Esta situación trastorna el cálculo de probabilidades pues no es posible predecir con certeza la ocurrencia de cierto sucesos.

## La sociedad trisecada

Es necesario destacar que si bien el "sistema mecanicista-fordiano", está en decadencia y el "sistema flexible" es emergente, en los países subdesarrollados existen millones de seres humanos que subsisten basados en el modelo preindustrial o artesanal. De tal forma que subsisten y se traslapan tres sistemas de producción, cada uno de ellos con necesidades específicas, organización y culturas específicas, por eso siguiendo a Toffler<sup>21</sup> decimos que la sociedad está trisecada y que el papel del Estado es apoyar el desarrollo de los nuevos sistemas de fabricación

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Briggs J. & Peat D., *Turbulent Mirror: An Illustrated Guide to Chaos Theory and the Science of Wholeness*, New York, Harper & Row, 1989.

Toffler A. & Toffler H., Creating a New Civilization: The Politics of the Third Wave, Atlanta, Turner Publishing, 1995.

flexible, favorecer la transformación de las empresas mecanicistas-fordianas en empresas flexibles y aminorar el impacto de la transformación sobre los sectores preindustriales. Por su parte el sistema de salud deberá contender con las necesidades específicas de cada uno de estos sectores. Al igual que debemos responder a los problemas que nos plantea la transición epidemiológica, deberemos responder a los retos de la transición social.

# Redefinición del concepto de seguridad social

El concepto de seguridad social y su relación con el Estado también se encuentra en redefinición por una serie de factores. Hace 13 años se decía en este mismo auditorio "La seguridad social... constituye la respuesta a una aspiración de seguridad en su sentido más amplio. Su propósito fundamental es dar a los individuos y a las familia la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no se verán significativamente menoscabados por ninguna circunstancia económica o social. Para ello no sólo es menester satisfacer las necesidades a medida que aparecen, sino igualmente comenzar por prevenir los riesgos".22 Años después nos encontramos aquí en medio del surgimiento de una nueva teoría del riesgo que responde a cambios en los sistemas sociales derivados de la modernización, la individualización, la destradicionalización y la desregulación social.23 ¿Cómo puedo mantener el viejo concepto de seguridad social y garantizar que el nivel y la calidad de vida no se verán significativamente menoscabados? Pues acciones emprendidas en cualquier parte del planeta pueden causar una onda de choque sobre amplios sectores de la industria. Daremos dos ejemplos: El impacto negativo que sobre la industria azucarera tuvo la introducción de los edulcorantes artificiales; o las repercusiones sobre la industria siderúrgica de la introducción de los materiales compuestos como los polímeros con fibras de carbono y los plásticos. ¿Cómo puedo garantizar o asegurar que no se afectarán los derechos de ciertos grupos de trabajadores si me confronto con la posibilidad de recibir ondas de choque, verdaderos tsunamis, y carezco de la capacidad matemática de predecir el riesgo para

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Villagordoa J.M., "Conceptos doctrinales contemporáneos de la seguridad social", en: CIESS/ CISS/ IMSS, *Marco conceptual de la seguridad social*, México, CIESS, 1984, p. 20.

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Turner B., *Medical power and social knowledge*, London, Sage, 1995, Cap. 12.

poder repartir su costo entre el conjunto de los asegurados? Un país puede recibir tal cantidad de ondas de choque sobre los sectores vitales de su economía que se produzca una crisis general de su aparato económico, con la consiguiente incapacidad de la seguridad social para absorber el impacto económico del riesgo transformado en realidad. Los riesgos se globalizan y pueden afectar varios países de manera simultánea y desquiciar la economía mundial. La planeación estratégica, la capacidad de inteligencia y el poseer un sector industrial innovador y líder en su campo, son los mejores elementos para reducir las sorpresas desagradables.

Nos encontramos frente a la gobalización del riesgo. Para el caso de la salud también poseemos riesgos globales como el SIDA y la contaminación ambiental. Sociológicamente dentro de la teoría de la modernización la noción de riesgo se ha vuelto crucial, entre otras cosas porque se ha intensificado y globalizado, es decir, muchos de los riesgos son ahora impersonales e inobservables y afectan a todos por igual, sin importar jerarquías, clases, géneros, razas, etc..<sup>24</sup> Adicionalmente, los riesgos en las sociedades requieren de nuevas formas de solidaridad: "mientras la solidaridad en las sociedades tradicionales se basaba en las necesidades humanas, la solidaridad en las sociedades de riesgo se basan en la ansiedad", en la percepción del riesgo, en la incertidumbre, en el pelígro. Dentro de este dinámico panorama actual, el papel del Estado, de los Sistemas Nacionales de Salud y de la seguridad social necesariamente habrá de cambiar, y los cambios rebasan la idea tradicional de la reforma de los sistemas de salud. Por ejemplo, los daños ambientales que causan efectos a largo plazo, la inercia insaciable de productos médicos y medicalizados, el efecto de la permanente vulnerabilidad y riesgo de desempleo. la feminización de la pobreza, la amenaza constante que constituye el bombardeo de los medios de comunicación sobre lo que ellos definen estilos de vida no saludables, etc., constituyen demandas al Estado y a los sistemas de salud de respuestas a nuevas modalidades de respuestas y nuevos retos de gobernabilidad.

Luhman N., "El Concepto de Riesgo, en Beriain J. (Comp.)", Las Consecuencias Perversas de la Modernidad: Modernidad Contingencia y Riesgo, Barcelona, Antrophos, 1996.

# LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y DE LAS POLÍTICAS SOCIALES

SILVIA VICTORIA GERSCHMAN

ESCUELA NACIONAL DE EDUCACION PUBLICA
BRASIL

## SILVIA VICTORIA GERSCHMAN

Nacionalidad Argentina, Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de Buenos Aires, Maestra en Ciencia Política por el Instituto Universitario de Río de Janeiro, Brasil y Doctora en Ciencias Sociales por el Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas.

# **Experiencia Laboral**

Actualmente se desempeña, como Jefa del Departamento de Administración y Planeación de la Escuela Nacional Pública y es Directora de Tesis del Doctorado de la Universidad Federal de Bahía, e Investigadora Titular en Salud Pública en la Escuela Nacional de Salud Pública

Colaboró como Investigadora Asistente en "Salud Pública" en la Escuela Nacional de Salud Pública, Profesora Visitante en el Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Stanford, Coordinadora del área de postgraduados de "Políticas Sociales y Salud" de la Escuela Nacional de Salud Pública

Profesora Titular de Política Social en la Escuela Nacional de Salud Pública, Profesora Colaboradora en el curso "Democratización comparativa de latinoamérica y otras regiones del mundo," Profesora Titular en el Centro de Estudios Latinoamericanos en la Universidad de Standford, Profesora Titular de la materia de "Políticas sociales" a nivel de Maestría y Doctorado en la Escuela Nacional de Salud Pública, Profesora y Coordinadora del modelo de "Políticas de salud" de la Universidad Federal de Matogroso, asesora de Tesis en los Programas de Maestría y Doctorado de la Escuela Nacional de Salud Pública, Profesora Integrante del Comité de Maestría de Salud Pública y de la Escuela de Servicio Social.

Coordinadora de Investigación de diversos proyectos, en material de Salud y Políticas Sociales en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Ha realizado también, actividades de asistencia técnica y asesoría, y a participado en diversos Seminarios, Conferencias y Encuentros Internacionales en su área de especialidad.

Su producción escrita, incluye varios ensayos sobre diversos temas, como son: Salud, Política social y globalización, Democracia y Reformas sanitarias.

Reflexionar a respecto de las reformas de los sistemas de salud y de las políticas sociales en los países del continente nos exige un esfuerzo de contextualizarlas en el marco de las así llamadas reformas del Estado.

Se trata de una discusión que, lamentablemente, no se origina en las enormes dificultades históricas de los Estados latinoamericanos de satisfacer de manera eficiente, resolutiva y equitativa las necesidades de salud, educación, vivienda, saneamiento, originadas por la pobreza creciente de nuestras sociedades.

Digo, lamentablemente, porque si fuese de esta manera estaríamos más cerca de un diagnóstico más preciso de los problemas, de las intervenciones políticas y de los recursos necesarios a ser disponibilizados por los órganos gubernamentales - Ministerios de Previsión Social, Salud, Educación, Vivienda, etc.

Hoy en lugar de subsanar los males que la pobreza crea en nuestras sociedades, el problema central se desplazó para las dificultades de financiamiento para el área social, independientemente del crecimiento de las necesidades que las formas tradicionales de pobreza, sumadas a la marginalización y exclusión social resultante de las políticas de ajuste presenta. Así la reducción del Estado parece ser la única manera de resolver las crecientes deudas fiscales y externa manteniendo la estabilidad de las monedas.

Dos cuestiones se colocan como ejes de análisis del contexto actual de la reformas:

a) La enorme deuda social de las últimas décadas fue resultado de políticas no redistributivas de la riqueza producida por la sociedad y de la responsabilidad atribuible a los Estados latinoamericanos por la dinámica imprimida en el ejercicio de la política pública.

La modalidad prevaleciente de actuación del Estado generó un crecimiento desmedido del mismo, creando una burocracia ineficiente y mal remunerada transformando la esfera pública en dominio privado, favoreciendo sectores históricamente privilegiados de la sociedad, con el predominio de prácticas de clientelismo político y corrupción.

Esta opción política distante de la sociedad, fue acompañada de las crisis económicas que se hicieron sentir desde los comienzos de los 80's. Así pueden detectarse serios problemas de gobernabilidad del Estado. Entendemos que los problemas de gobernabilidad del Estado, en un sentido lato, se situan en la dificultad de gerenciar las propias funciones de gobierno. En el momento que, éstas, enfrentan el crecimiento del desempleo, pobreza y marginalizacion social junto al aumento de demandas sociales por políticas mas ecuánimes, en un contexto de crecimiento de la deuda pública interna y externa. Podríamos caracterizar este proceso como un movimiento endógeno y vicioso del Estado en América Latina en las últimas décadas.

b) El segundo aspecto que es necesario considerar, podríamos denominarlo de factor exógeno, y se relaciona con el proceso de globalización que hoy ocurre a nivel planetario pero que tuvo su origen en los países desarrollados. De hecho, se trata de un factor exógeno en la medida que los Estados latinoamericanos no tuvieron influencia en su surgimiento, ni la tienen en los rumbos de la globalización, al menos hasta el momento. Lo que se puede observar al respecto es un acoplamiento reciente a las expectativas mundiales en torno de este proceso, sufriendo, América Latina, las consecuencias de adaptación y distantes de recrear nuevas formas de comprensión y de actuación que partan de las realidades nacionales o continentales.

Tal vez un enfoque más específico o propio de los Estados latinoamericanos ayudaría al reencauzamiento y/o readecuación del proceso de globalización y alguna originalidad saludable de las políticas gubernamentales y de los acuerdos entre los países latinoamericanos. Las preguntas que a mi entender deberían ser consideradas, se localizan en tres áreas de cuestiones sobre el proceso de globalización. Primero, ¿que es la globalización de la economía? ¿Cómo pensar la cuestión nacional en el marco de la globalización?. Segundo las políticas sociales en cuanto derecho de todo ciudadano al bienestar y. Tercero, consecuentemente, la obligación del Estado de proveerlas, ¿son incompatibles con la globalización? ¿O se trata meramente de una visión economicista de este proceso, pero no necesariamente la única?.

Las reformas de la seguridad social y de los sistemas de salud que en algunos países están hoy siendo ensayadas y que en otros se encuentran en su fase terminal, son guiadas por la restricción del gasto más que por la decisión de readecuar los sistemas a las necesidades en curso. No quiero decir que las

necesidades no estén consideradas, lo están, aunque en segundo plano, o sea, a posteriori de la definición del monto de recursos a ser colocados en el área social; en este sentido las políticas son condicionadas a los recursos. Es importante señalar que ésta no es una cuestión secundaria, ya que si la tenemos en cuenta cuando reflexionamos y planificamos sobre las reformas, podríamos estar más cerca de alcanzar una mayor eficiencia y efectividad de los sistemas de salud en lugar de acrecentar inequidades en el usufructo de la salud.

Si pasamos ahora a repasar las reformas de los sistemas de salud en las décadas de los 80's y 90's podremos constatar que éstas fueron implementadas de acuerdo a parámetros de racionalización financiera y administrativa, salvo escasas excepciones en Europa y América Latina, de las cuales apenas pueden mencionarse España y Brasil. Estas reformas ocurrieron en otro contexto político-social y económico, en Italia la reforma se produjo a fines de la década del 60's, en el marco del *Welfare State* europeo. En el caso de Brasil aunque fue posterior, a mediados de los 70's, la transfomación del sistema de salud nace con la crisis del régimen militar y las reivindicaciones sociales por una liberalización política junto a mejores condiciones de vida y especialmente de salud para la población.

En ambos casos se produjeron transformaciones de la base de sustentación de los sistemas de salud relativas a la propia concepción de la salud, a un cambio de perspectiva en la visión de la relación entre el Estado y la sociedad sobre la óptica de los derechos de la ciudadania y las transformaciones en las modalidades de gestión de los servicios, producción, atención y financiamiento de los mismos. La preponderancia del sector público de la salud, el acceso universal a los servicios, la descentralización, la participación social, el control social de los servicios por parte de la población y la no paga de los mismos fueron los parámetros directrices de estas reformas. Estas reformas, tuvieron origen en la sociedad y no consiguieron avances significativos en su implementación debido, fundamentalmente, a las tendencias identificadas en la relación al carácter del Estado.

Las reformas racionalizadoras que se originaron en Inglaterra y Estados Unidos fueron propuestas por los gobiernos conservadores de Thatcher en Inglaterra y Nixon en E.U.A. auspiciados por las crisis económicas de los 70's, y 80's. En este contexto, las reformas de los sistemas de salud defendían la introducción de mecanismos que incitasen al libre juego del mercado.

Resumidamente, podríamos enumerar algunas de estas reformas que ocurrieron principalmente en Europa y en los Estados Unidos, sin pretender mencionarlas todas, mas sobre tod o, con el objeto de ejemplificar los aspectos racionalizadores que las caracterizan.

El ticket moderador, básicamente, es un mecanismo de coparticipación del paciente en los costos de los servicios. La asistencia médica administrada que busca controlar la utilización de los servicios a través de la oferta y la demanda; donde los médicos son inducidos a prescribir los "servicios necesarios" y los pacientes ven restringidas las opciones de elegir el servicio y el profesional que los atenderá. La competición administrada que se sustenta en la creación de un sistema nacional de seguro de salud basado en la "libre" elección de consumidores conscientes y en la competición de precios entre planos alternativos. El modelo de competición pública que no engendra un cambio radical en la estructura pública del sistema de salud más promueve la eficiencia interna a través de la introducción de incentivos de mercado en el sector público de la salud.

En los años 90's en los países de América Latina las propuestas de reformas de los sistemas de salud se apoyan en la constitución de sistemas mixtos público/privados, con aranceles diferenciados y libre elección de los servicios por parte de los usuarios. Para las poblaciones que están por debajo del nivel de subsistencia, cabrían intervenciones focalizadas intermediadas por paquetes básicos de servicios de salud. En este sentido, la segmentación de las acciones de salud refuerzan la exclusión social, en la medida que la atención pasa a ser diferenciada por categorías sociales.

Al mismo tiempo, cualquier acción focalizada crea su propia demanda, como varios autores han comprobado al analizar la crisis de los *Welfares States* europeos, en los cuales acciones sociales para categorías sociales restrictas acaban multiplicando recursos administrativos y financieros. Este tipo de acciones contribuye, también, a la corrosión de la solidaridad social, sustentadora de los principios del *Welfare*, ya que el conjunto de la sociedad no se ve beneficiada con intervenciones dirigidas a grupos poblacionales específicos y, en cambio, es afectada por impuestos crecientes sutentadores de estas acciones.

Reformas de este tipo al quebrar con la universalidad en el usufructo del derecho a la salud, poseen un sentido contrario al carácter de inclusíon de las

políticas sociales, en las cuales el derecho inalienable al bienestar se constituye en un patrimonio de la sociedad como un todo.

Para finalizar me gustaría plantear el debate de las políticas sociales sobre la alternativa del ingreso ciudadano que es diferente de lo que hoy se conoce y se aplica en América Latina con el nombre de renta mínima. Esta propuesta comienza a ser discutida en varios países y aunque todavía se mantiene al interior del debate académico, me parece una propuesta interesante, que valdría la pena considerar en la medida que preserva y reproduce valores de solidaridad social. Paralelamente, restituye la esperanza de aproximarnos vía políticas sociales a una reforma del Estado, de manera eficiente y transparente para la sociedad, como componente indispensable para la viabilización efectiva de una sociedad más justa y equitativa.

Algunas consideraciones se tornan necesarias para establecer las diferencias entre la propuesta de **renta mínima** que surgió dentro de la concepción neoliberal y la propuesta de **renta ciudadana** que traemos para enriquecer la discusión sobre política social. La idea de renta mínima fue levantada por Milton Friedman¹ y propone la adjudicación para aquellas personas que están por debajo de la línea de subsistencia de un ingreso muy reducido de forma tal de que éste sea un estímulo para buscar cualquier ingreso adicional, sin transformaciones de peso en la estructura tributaria. La utilización que ha sido hecha en America Latina, exepto algunas exepciones locales en las cuales se aplicó de manera complementaria al sistema de seguridad social, llevó a un desmantelamiento de los componentes universales del sistema de políticas sociales ya que fue encarado como un programa encaminado a la población indigente, resultando en una reducción de la cobertura de los sistemas de seguro social, generando mayor regresividad tributaria, si tenemos en cuenta que deduce impuestos quien declara y quien declara es quien gana más.

La propuesta que colocó para el debate tuvo su origen en Europa en la década de los 90's, siendo sus mentores Van Parjis, Gorz, Bresson, Euzeby, Offe entre otros<sup>2</sup>. De una parte, la propuesta en cuestión busca establecer un

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Friedman, M. & Friedman, R., *Liberdade de Escolher-O Novo Liberalismo Económico*, Rio de Janeiro, Record.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Van Parjis, Philippe, Au delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'Etat providence et son depassement, Futuribles, París, nro.184, fevr.,1994.

sistema integrado de transferencias fiscales e impuestos, pretendiendose obtener la mayor redistribución posible de ingresos en una dirección que va de los sectores de altos ingresos para los más pobres. Por otra parte, se trata de una propuesta compatible con la preservación de otras instituciones de política social, particularmente si no se está en condiciones de garantizar a través del ingreso ciudadano un nivel pleno de satisfacción de todas las necesidades esenciales.

Se trata de un derecho de renta universal, todos los ciudadanos tendrían derecho al ingreso ciudadano sin que para recibirlo se exija ninguna contraprestación a cambio. En este sentido el ingreso ciudadano estimularía actividades que son socialmente útiles (servicios sociales) y que merecen ser remuneradas a través de las riquezas generadas socialmente. En términos de la operacionalización del ingreso ciudadano: 1) no requiere comprobación de recursos porque se paga a todos; 2) se garantiza previamente, es preventivo y no curativo; 3) define un piso sobre el cual las personas pueden acumular cualquier otro ingreso. Las unidades de tributación y de beneficio deben ser las mismas y la implementacion de un ingreso ciudadano no podría estimular a que las personas adopten un determinado arreglo familiar para recibirlo ya que el mismo es dado al individuo y no a la familia. Respecto al monto del ingreso ciudadano se buscaría que éste tuviese un nivel tan elevado como lo permita la riqueza de cada sociedad.

En lo que se refiere a la relación entre el ingreso ciudadano y el pago de impuestos, se prevé que el nivel del ingreso ciudadano no pagaría impuesto. Habría un punto de inflexión entre ingreso y tributación en el cual no habría tampoco tasación del ingreso total del ciudadano y que correspondería a un monto de ingreso ligeramente mayor que el nivel del ingreso ciudadano. Por encima de este punto, la persona pagaría impuestos proporcionales al ingreso obtenido. Diferentes autores proponen alternativas variadas en relación a las posibles reformas tributarias que acompañarían el ingreso ciudadano, pero

Bresson, Y., Le partage du temps et des revenues, París, Económica, 1994.

Euzeby, C., Du revenu minimum d'insertion au revenu déxistence, Futuribles, París, nro.177, jun.,1993.

Offe, C., "A Non-Productivist Design for Social policies", In Van Parjis, P. (org), Arguing for basic Income. Ethical Fundations for a Radical Reform, Londres, Verso, 1992.

Gorz, Revenue minimum et citoyenneté, Droit au travail vs, droit au revenu, Futuribles, Paris, fevr.1994.

consideramos que no vale la pena profundizar en este momento inicial de la discusión.

Finalizando, sólo quisiera señalar que la propuesta aquí lanzada no tuvo la intención de colocar una fórmula a través de la cual los problemas analizados se resolverían. Seguramente aparecerían muchos otros que ninguna fórmula puede prever, mi intención fue exclusivamente la de cuestionar visiones unilaterales y comprobadamente falladas para abordar los problemas comunes que hoy asolan las sociedades y Estados latinoamericanos.

	¥	

## LOS SEGUROS SOCIALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE ANTE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Ana Sojo Martinez

Comision Economica para America Latina
Chile

#### **ANA SOJO MARTINEZ**

Nacionalidad chilena, Doctorado en Ciencias Económicas y Sociales, Freie Universitaet Berlín (magna cum laude).

## Experiencia Laboral:

Se desempeña actualmente, como Oficial de Asuntos Sociales en la División de Desarrollo Social de la (CEPAL) Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas, en Santiago de Chile.

Fue Docente e Investigadora en la Universidad de Costa Rica, en el Instituto de Investigación de Ciencias Económicas (IICE) en el proyecto "Empresas Públicas", y en la Maestría Centroamericana en Sociología, se desempeño como Docente, Investigadora y Directora.

Autora de 3 libros diversos temas como: "Estado empresario y lucha política en Costa Rica", "Mujer y política", que es un ensayo del feminismo y el sujeto popular y por último "Centroamérica, política económica y crisis".

En los últimos 14 años su producción escrita incluye más de 30 artículos, en revistas de reconocido prestigio internacional, básicamente sobre temas de Política Sociales y Económicas Centroamericanas y en América Latina, Problemática Social de la Mujer Latinoamericana y el Pensamiento Iberoamericano, así mismo ha realizado consultorias en Cooperación Técnica en la CEPAL relativas a la evaluación del "Instituto de Selección de Beneficiarios en Costa Rica SISBEN" y la elaboración del "Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza" en apoyo al Gobierno de Costa Rica y para el Gobierno de Paraguay en el "Plan estratégico de desarrollo social". También, ha participado en Publicaciones Institucionales en la CEPAL tales como "Salud, equidad, y transformación productiva en América Latina y el Caribe" en Cartagena de Indias y "La brecha de la equidad, América Latina, el Caribe y la Cumbre Social" en la Conferencia de seguimiento de la Cumbre Mundial sobre desarrollo Social.

## 1. La equidad: implicaciones para los seguros sociales

Los mecanismos voluntarios u obligatorios de cobertura y el grado de integración sectorial destacan entre aquellos factores endógenos¹ del sector salud que condicionan la cobertura de la población y la cobertura de riesgos. En los dos ámbitos, los seguros sociales son relevantes para la equidad en salud.²

La reforma de salud se realiza en países de la región que difieren notablemente en cuanto al acceso a la atención de salud que garantizan a su población, a las desigualdades en salud prevalecientes, y a los recursos financieros y técnicos que le son asignados al sector. Y respecto del papel que pueden y deben jugar los seguros sociales en ese proceso, se evidencía también una amplia gama de situaciones.

Cuando el seguro social no tiene como meta una cobertura universal, atiende únicamente determinadas clientelas laborales u ocupacionales y no tiene un impacto redistributivo importante. Pero cuando los seguros llegan a la cobertura universal, como en Costa Rica, las subvenciones se orientan hacia los pobres y son progresivas.

Numerosos factores exógenos al sector también obstaculizan o facilitan el acceso de la población a los servicios de salud: desde las barreras topográficas y la calidad de las comunicaciones, hasta la heterogeneidad o la homogeneidad cultural o étnica de la población. Otros factores van de la mano del nivel de desarrollo social, tales como los índices de analfabetismo, o bien del desarrollo económico, tal como la estructura y concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados en la fuerza laboral. Las reivindicaciones políticas de salud tienen también un efecto importante.

Las diferencias de salud entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias expresan desigualdades de salud y se relacionan con los siguientes determinantes: acceso inadecuado a la sanidad básica y a otros servicios públicos; exposición a condiciones de vida y trabajo poco saludables y estresantes; selección natural o movilidad social relacionada con la salud, que afecte la tendencia de las personas enfermas a bajar de nivel en la escala social; comportamientos que atenten contra la salud, allí donde la capacidad de elección del nivel de vida esté muy restringida tanto por su inserción institucional como por su tipo de cobertura (Whitehead, 1990, p. 8). Como un todo, la región latinoamericana y del Caribe muestra un virtual equilibrio de las eras epidemiológicas (Banco Mundial, 1994); pero al considerar los singulares perfiles epidemiológicos y desigualdades de salud de segmentos de la población, en los países se traslapan claramente las enfermedades transmisibles y degenerativas, y el bienestar en salud se distribuye desigualmente en detrimento de los más pobres: por tanto, es pertinente hablar de que los países enfrentan, en grados diversos, una transición epidemiológica polarizada, que atenta contra la equidad en salud (Bobadilla et.al.,1990).

En países donde el grueso de la fuerza laboral tiene empleo y las políticas estatales amplían la cobertura de salud y la hacen extensiva al resto de la población -incluyendo grupos vulnerables como trabajadores por cuenta propia, ancianos y pobres- se eliminan las desigualdades que son inherentes a los sistemas de financiamiento con múltiples niveles, y se amplían los servicios de alcance universal. Ello requiere recursos financieros, determinación política y capacidad administrativa (Banco Mundial, 1993, p. 166). Ahora bien, que los seguros sociales sean unificados y tengan metas universales no elimina automáticamente las restricciones de acceso a la salud, que en ese caso pueden ser de orden financiero o de localización de los servicios.

La cobertura de salud en la región conforma un amplio espectro que va desde la efectivamente universal hasta aquélla que cubre sólo a un tercio de la población. De allí que en estas latitudes, de acuerdo con el grado de acceso a los servicios y con la equidad de su provisión, puedan distinguirse las siguientes categorías:

- i) países con cobertura universal y prestación equitativa;
- ii) países cercanos a la universalidad pero con prestación discriminatoria;
- iii) países con cobertura mediana y provisión muy discriminatoria; y
- iv) países con cobertura baja o muy baja y prestación extremadamente discriminatoria (OPS/CEPAL, 1997, p. 22).

Cuadro 1

ACCESO A LA SALUD Y EQUIDAD DE SU PROVISION:
UNA MATRIZ PARA LOS PAISES DE LA REGION

ACCESO EQUIDAD	Cobertura universal	Cobertura cercana a la universalidad	Cobertura mediana	Cobertura baja o muy baja
Prestación equitativa				
Prestación discriminatoria				
Prestación muy discriminatoria				
Prestación extremadamente discriminatoria				

Fuente: elaborada con base en OPS/CEPAL, 1997, p. 22.

Y en ese contexto, cabe destacar que el seguro social proporciona cobertura a la mayor parte de la población sólo en una minoría de los países, y que únicamente en dos presta directamente los servicios. Para que el seguro social fuera universal y cubriera a los pobres y al ritmo de la tasa anual promedio de aumento de la cobertura de la PEA que tuvo lugar en el período 1960-1985/1988, se estimaba que se requerirían de 45 a 64 años en México, Nicaragua y Colombia; de 80 a 98 años en Perú y Ecuador; de 176 a 272 años en Honduras, Bolivia, Paraguay, Guatemala y El Salvador, y 530 años en la República Dominicana (Mesa Lago, 1992, p. 25).

En ese grupo de países de cobertura rezagada, destaca hoy **Colombia**<sup>3</sup> (Colombia, 1995; Morales, 1996; Plaza, 1996) por haber emprendido una ambiciosa reforma global del sector salud, que marca un claro punto de inflexión. En un marco de descentralización del gasto, se implantó una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social integral y solidario: se distingue un régimen contributivo, que

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Esta síntesis del caso colombiano la hemos tomado de Sojo, 1997a.

se nutre de las contribuciones obrero patronales, de un régimen subsidiado, focalizado para los más pobres, ambos con prestaciones reguladas por un Plan Obligatorio de Salud.

El régimen contributivo puede asimilarse a un sistema de protección unificado en torno al Fondo de Solidaridad y Garantía, en el cual el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad se logran mediante una unidad de pago por capitalización, que es ajustada a grupos de edad para controlar la selección adversa de beneficiarios y considerar los diferentes costos asociados a la edad. El monto de contribución por trabajador afiliado es del 12% de su base salarial.

El régimen subsidiado es focalizado, y cuenta con recursos provenientes de las transferencías de la nación a los departamentos y municipios y de recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía que, por su parte, se nutre de una contribución correspondiente a un punto de cotización del régimen contributivo y de aportes del sistema de compensación familiar y de la nación.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) concentran la función financiera y aseguradora, vertebrando el sistema de prestaciones y cumpliendo con ello un papel integrador, son entidades privadas que por delegación del Fondo son responsables de la afiliación, del registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, y que organizan y garantizan a sus afiliados la prestación del Plan de Salud Obligatorio, debiendo ofrecer opciones de prestadores.

El Plan es brindado por las diversas instituciones prestadoras, públicas y privadas, de servicios de salud (IPS). Hay diversos mecanismos de control de costos, se ha establecido un monto de \$150 por persona para el pago por diagnóstico atendido, se ha establecido un listado de medicamentos genéricos y obligatorios.

Respecto de la transición del subsidio a la oferta por un subsidio a la demanda, no se contempla una substitución total; las proporciones finales de uno y otro (60% u 80% de subsidio a la demanda) aún no han sido definidas nítidamente.

En cuanto al proceso de contratación que realizan las EPS, sigue prevaleciendo aún el pago por servicio a las IPS, con los incentivos perversos concomitantes. El pago por capitación a las IPS se ha fortalecido fundamentalmente en el

primer nivel de atención; entre otras cosas, porque los prestadores están más anuentes debido al menor riesgo financiero asociado con este nivel. Se ha dado una importante expansión de IPS llamadas del "tercer sector" interesadas por brindar prestaciones al régimen subsidiado, organizadas en formas tales como cooperativas o entes comunitarios de autogestión.

Como se ve, esta experiencia pretende alcanzar logros de eficiencia fundamentalmente mediante mecanismos financieros y con la organización integral del sistema; cabe sin embargo ahondar respecto a modificaciones en el plano de la gestión orientadas hacia la eficiencia microeconómica y el incremento de la eficacia de las acciones en salud. La solidaridad del sistema y la necesidad de ampliar la cobertura hacen urgente contar con mecanismos fiscales eficientes que permitan controlar la evasión y la elusión. Por su parte y sea cual fuere la proporción final, la transición eficaz al subsidio a la demanda debe considerar obstáculos cuya superación requiere tiempo y medidas específicas, entre ellos: formas tradicionales de gestión; débil integración vertical y horizontal entre los diferentes niveles de atención. Además, es necesario reflexionar sobre mecanismos eficientes de financiamiento de externalidades que no serán cubiertas por el subsidio a la demanda, tales como las actividades docentes y de investigación en los hospitales públicos. La gran proliferación de EPS e IPS hacen extremadamente complejo el ejercicio de la función reguladora en este modelo.

En nuestra región, contribuir desde el seguro social a superar las desigualdades de salud y las ineficiencias sectoriales hacen perentoria su reestructuración: cuanto más discriminatorias, estratificadas e ineficientes sean sus prestaciones, de mayor raigambre debieran ser las transformaciones de la institucionalidad, así como de los niveles y calidad de los servicios hoy disponibles para los asegurados, y de los costos de las prestaciones. Pero la heterogeneidad de situaciones vigentes habla a favor de reformas acordes con las singularidad de las instituciones, con los obstáculos políticos concomitantes, y con la mezcla público-privado prevaleciente.

Los seguros sociales, insertos en una relación institucional sistémica del sector salud, debieran contribuir a lograr una atención universal básica fundamentada en la solidaridad de los niveles de ingreso. Cuando razones políticas imposibilitan corregir la regresividad de las subvenciones estatales a los grupos de ingresos medios u otros canalizadas hacia el seguro social,

que se reflejan en una determinada cobertura de población y riesgos y en cierto nivel de calidad de estos servicios, al menos debe ampliarse la cobertura en salud brindando a los pobres e indigentes paquetes acotados de beneficios, tal como el paquete básico de salud en México. Articular tales programas requiere seleccionar poblaciones objetivo por ingresos, riesgos en salud u otros criterios, lo cual pone un particular énfasis en políticas selectivas.

# 2. Contribución del seguro social a un sistema de salud eficiente y equitativo

La falta de integración o de coordínación entre los distintos proveedores de los servicios de salud -particularmente entre el Seguro Social y el Ministerio de Salud- ha acarreado duplicaciones de planta física y de equipo costoso, así como una ineficiente ocupación de la capacidad instalada de los hospitales, ineficientes combinaciones técnicas de recursos e incrementos injustificados de costos.

En relación con la equidad, la integración también es crucial para superar la discriminación de los pobres en su acceso a la salud y el carácter polarizado de la transición epidemiológica, de hecho, cuanto mayor es la coordinación o integración de los sistemas de salud, también tienden a reducirse las desigualdades en las instalaciones y normas de salud. Por el contrario, los sistemas estratificados brindan servicios de menor calidad para los pobres.

El Ministerio de Salud debe determinar el marco institucional y la formulación de las políticas nacionales de salud, así como dirigir su ejecución. La integración y coordinación de las diversas entidades que conforman el sistema de salud público-y así del Seguro Social-debe darse en el marco de una efectiva distinción y delimitación de la función reguladora de las prestaciones de salud públicas y privadas, de la función financiera y de compra de servicios, y de la función proveedora y productora de servicios.

Precisamente la separación y especialización de funciones en el sector público y las modificaciones de la combinación público-privado que han ocurrido en la región implican para los Ministerios de Salud crecientes atribuciones -por ejemplo en el campo regulatorio- que no se compadecen con su tradicional debilidad institucional. De allí la urgencia de fortalecer estas entidades en términos financieros y técnicos, so pena de que las reformas en

salud se vean truncadas en aspectos que le atañen de manera directa o indirecta

Conviene apreciar la interacción de los tres ámbitos de ejecución de la política social (la función proveedora y productora de servicios; las funciones financiera y compradora de servicios; y la función reguladora con un marco institucional general de las políticas) como un proceso, en el cual confluyen varias determinaciones.<sup>4</sup>

Por ejemplo, en el caso de la combinación público-privada en el campo de la salud, en razón de la competencia imperfecta, los límites de la soberanía del consumidor, las desigualdades de información y los diversos mecanismos de exclusión propios de estos mercados, es fundamental regular los mercados de salud en los ámbitos público y privado, tanto de las entidades financieras como de las proveedoras. Es así como el sector privado de la salud puede originar problemas que representan costos sociales, como son: sobreprestación de servicios, selección adversa de beneficiarios, altos costos de intermediación, alzas desmesuradas de planes de salud, inadecuada protección ante enfermedades catastróficas y de la tercera edad, subsidios cruzados del sector público al privado. La falta de transparencia de los diversos mercados prestadores de salud dificulta una adecuada competencia y una eficacia social de las prestaciones. En ese contexto, la combinación público-privada generalmente tampoco se caracteriza por adecuadas relaciones sinérgicas y de competencia (Sojo, 1997b).

Sin embargo, por encima de la racionalidad técnica expuesta, el desarrollo de la regulación - en este caso de estos mercados de salud- estará sujeto a la voluntad política y a la correlación de fuerzas entre los diferentes actores afectados favorable o adversamente.

Considerando precisamente la interacción de los tres ámbitos de ejecución, puede concluirse que las medidas privatizadoras en el campo de la política social no necesariamente disminuyen la magnitud de tareas del Estado. Ello a contrapelo, por ejemplo, de la ilusión subyacente a los planteos de focalización que postulan una relación causal entre mejor focalización, mayor

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Estas ideas sobre la interacción de los tres ámbitos y sus efectos sobre el ámbito regulatorio las desarrollamos recientemente en Sojo, 1997b, y las reproducimos acá.

alivio de la pobreza y menor gasto (Besley y Kanbur, 1990, p. 21). Y esto por las siguientes razones.

Cuando la equidad, la eficiencia y la eficacia siguen siendo parte de los objetivos de la política social, políticas tales como privatizar la prestación de servicios o establecer subsidios a la demanda exigen nuevas funciones públicas en el ámbito regulatorio; estas últimas pueden ser sumamente exigentes desde el punto de vista de las capacidades técnicas, de los recursos humanos y de otro tipo requeridos, y también evidentemente requieren ser financiadas. En ese caso, políticas que limitan la prestación pública de servicios, más que disminuir las tareas del Estado, modifican la combinación ("mix") de funciones del Estado. De allí que, por el contrario, para un Estado débil y que pretenda velar por la equidad, la eficiencia y la eficacia de la inversión social, estas políticas privatizadoras o de subsidio a la demanda incluso puedan representar una sobrecarga.

La distinción de funciones y la delimitación de las atribuciones que le toca cumplir a cada ente tienen como objetivo: superar traslapos, promover una institucionalidad integrada y armoniosa, establecer una beneficiosa oposición de intereses que maximice la eficiencia, construir un adecuado sistema de referencias, hacer viable el establecimiento de cuasimercados (ver diagrama 1).<sup>5</sup>

La relativa oposición y diversidad de intereses inherentes a la distinción de funciones promueve los objetivos sectoriales; la especialización de los agentes hace viable el logro de capacidades técnicas adecuadas al cumplimiento de sus atribuciones. De allí que esta perspectiva no se oponga a la integralidad, porque promueve una coherencia sistémica.<sup>6</sup>

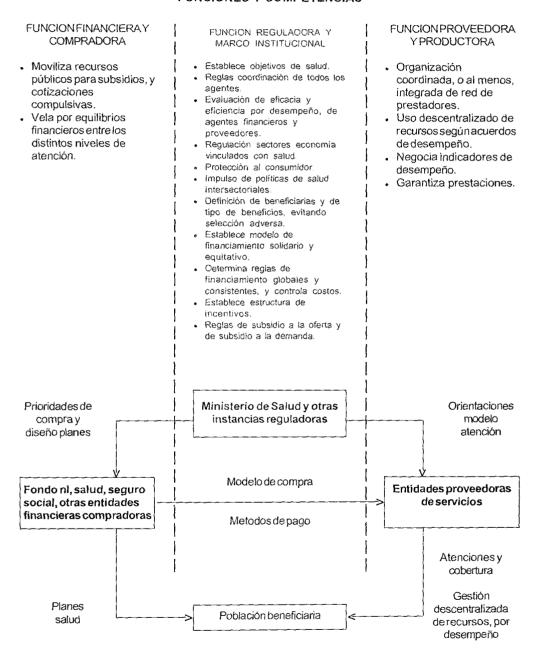
En el caso de la función proveedora, en ámbitos espaciales determinados, pueden coordinarse o integrarse recursos y servicios de diversas instituciones públicas en unidades conjuntas.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Este diagrama es provisorio, ya que se encuentra en proceso de elaboración.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Por el contrario, en BID (1996), p. 335, parece contraponerse la integralidad, vista como pertinente para países pequeños, con la separación de funciones, auspiciada para países más grandes.

#### Diagrama 1

### SISTEMA DE SALUD EFICIENTE Y EQUITATIVO: FUNCIONES Y COMPETENCIAS



Crear una institucionalidad del sector salud que se caracterice por relaciones sistémicas orientadas por la equidad, la eficacia y la eficiencia ha sido un objetivo dificil de alcanzar en nuestra región, y en algunos países ni siquiera se avizora. Entre otros causas, porque despierta resistencias de los diversos gremios presentes en el sector, que ven afectadas sus condiciones de empleo o sus ganancias. Las singularidades la mezcla público-privado son determinantes también en cuanto a las oportunidades y barreras que enfrenta la constitución de un sistema de salud con esas características.

Resultainteresante considerar la experiencia de Costa Rica, que ha consolidado uno de los sistemas públicos de salud más integrados de la región, pero a lo largo de un extenso y complejo proceso, que todavía está en marcha. Por ejemplo con la integración: en los setentas en los setentas se estableció que el Ministerio quedaba a cargo de las acciones de orden preventivo y la CCSS de las curativas, pero ello llevó a una dicotomía y falta de integralidad de la atención y tampoco la institucionalidad se integró plenamente. Entre otros problemas, afloraron: la existencia de estructuras orgánicas intactas, el deterioro ocasional de los servicios, el descuido ocasional de acciones preventivas, duplicaciones en niveles de jefatura y de recursos, descoordinación de horarios de atención, inadecuados "vasos comunicantes" del presupuesto, deficiencias serias del personal administrativo. Esta situación trató de enmendarse en los ochentas mediante la integración de servicios que se estipulaban en convenios de integración, el último de los cuales se firmó en 1992 (Güendell y Trejos, 1994; Weinstock, 1995).

Aunque el sistema de salud costarricense es uno de los menos estratificados y de los más integrados de la región, adolece de importantes fallas que se pretende superar: fragmentación y falta de continuidad en la atención, deterioro de la atención ambulatoria y disminución de la cobertura de programas preventivos, limitaciones en la accesibilidad geográfica, problemas en la relación médico-paciente y largos períodos de espera para citas - sobre todo de especialistas- y para entrega de medicamentos. El sistema es centralista, el desarrollo gerencial es débil, hay rigidez administrativa, ausencia de incentivos a la eficiencia, y los costos son crecientes y la productividad decreciente según mediciones recientes. La recaudación es ineficiente, la distribución y asignación de recursos no es adecuada, la evasión y la elusión son altas (Costa Rica, 1995; Costa Rica, 1996; Salas, 1996).

La actual reforma ha profundizado la separación de funciones: al Ministerio de Salud tiene funciones rectoras, promotoras y reguladoras, en tanto conducción política y estratégica; tiene a su cargo los programas de promoción de la salud, de nutrición y salud ambiental. La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tiene las actividades operativas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Cabe aún consolidar la capacidad ministerial para dirigir el sistema y para dictar políticas, y fortalecer su función reguladora. El vigoroso impulso de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) es una innovación que articula muchos propósitos de la reforma. A fines de 1995 se habían establecido 31 áreas de salud en las que operaban 229 equipos, es decir, un 28% de una meta total de 800 a lograr entre 1994 y 1998, para que la mitad de los ingresos de los hospitales regionales sean referidos por los EBAIS. Y, como se verá más adelante, otro importante eje se impulsa precisamente desde el seguro social, en el plano de la gestión.

En **Chile**, se está fomentando una integralidad del subsistema de salud público y una adecuada inserción en esa perspectiva del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Sin embargo, todo ello tiene lugar en medio de las restricciones impuestas por un sistema de salud dual no sólo en razón de la propiedad, sino de la propia lógica con que fue diseñado, que promueve la salida del subsistema público de quienes tienen mayores ingresos. Sus dos subsistemas se rigen por dos lógicas díversas y no compiten entre sí, inhibiendo una cobertura universal de la población y un uso eficiente de recursos: el seguro público tiene una lógica de reparto que favorece la solidaridad, y el seguro privado opera mediante cuentas y riesgos individuales.<sup>7</sup>

Durante el régimen militar, por vez primera, se separaron funciones que tradicionalmente habían tenido un alto grado de concentración y centralización. Se distinguieron tres, a ser ejecutadas por organismos diferentes: la normativa y de control se radicó en el MINSAL, la ejecutora en los servicios de salud (SNSS) y para la financiera se creó el FONASA. Sin embargo los entes retuvieron funciones híbridas, porque la reorganización nacional dió

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> El tratamiento del caso chileno ha sido tomado de Sojo, 1996b. Allí se consignan las referencias bibliográficas respectivas

cabida a ambigüedades sobre las atribuciones y responsabilidades de los diversos organismos.

Actualmente se trata de profundizar una efectiva distinción de funciones, promoviendo una oposición de intereses -por ejemplo, entre comprador y proveedor-que contribuya a maximizar la eficiencia y que permita especializar recursos en el proceso productivo. En aras de una organización armónica y sistémica, el Ministerio tendrá exclusivamente funciones supervisora y normativa, y no deberá tener funciones ejecutoras; FONASA concentra la función financiera y compradora. La función proveedora y productora se concentra en los Servicios de Salud (véase Diagrama 2).

Diagrama 2 DESCENTRALIZACION FUNCIONAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD FUNCION **FUNCION** FUNCION PROVEEDORAY **REGULADORAY FINANCIERAY** COMPRADORA MARCO PRODUCTORA INSTITUCIONAL Orientaciones Prioridades MINSAL modelo de compra y atención\* diseño planes Modelo de compra SNSS **FONASA** Métodos de pago Tipo de atenciones. Planes cobertura salud POBLACION BENEFICIARIA \* Recursos humanos; inversión en infraestructura; equipamiento y tecnología. Fuente: Elaboración propia a partir de Lenz y Fresard, 1995.

92

El FONASA, que básicamente administraba la modalidad de libre elección y servía como ente recolector y pagador de los servicios de salud, asume ahora funciones de administración, control y compra del seguro público de salud de carácter solidario; establece contratos con prestadores públicos y privados para promover eficiencia técnica y asignativa en el uso de los recursos; fiscaliza el correcto uso del seguro por parte de beneficiarios y prestadores, a fin de minimizar la filtración de recursos públicos; supervisa la recaudación de cotizaciones para minimizar la evasión; provee directamente o por medio de terceros un servicio de intermediación que facilite el acceso a los beneficios y la interacción de los prestadores con el sistema; maneja la estructura de beneficios y copagos de acuerdo con las prioridades político-programáticas y dentro de un marco de equidad y eficiencia.

FONASA haidentificado y registrado a los beneficiarios para evitar filtraciones y proveer información para la administración del seguro. Se han separado las cuentas de indigentes y cotizantes, medida relevante para desmitificar el presunto subsidio a los indigentes, que fomenta la migración hacia las ISAPRES. Conocer a los propios beneficiarios y obtener de las ISAPRES el registro de los suyos ha permitido restringir los subsidios cruzados.

Planteamientos sobre cambios de la morfología del sector de mayor raigambre se encuentran en un estado germinal; se destaca la reciente propuesta de un Plan Integral de Salud que, con una solidaridad razonable y cobertura universal y obligatoria, garantice efectiva libertad de elegir el seguro de salud y el proveedor de atenciones en el campo público y privado, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras. Se ha planteado que satisfacer esta prestación universal implica un financiamiento mixto entre las cotizaciones individuales y el subsidio estatal para crear un fondo único que se reparta entre los distintos administradores del sistema, o bien, un sistema de compensaciones entre cotizaciones y costos per cápita del seguro. La cotización individual podría ligarse, no a las remuneraciones, sino al costo del seguro único.

Implicaría determinar: el organismo encargado de la función redistributiva, que ejercería como seguro de segundo piso para garantizar los montos por persona que financiarían el plan integral; los organismos que funcionarían como seguro de primer piso, otorgando directamente la cobertura de salud; el organismo encargado de la función reaseguradora para eventos catastróficos; el organismo encargado de la regulación de la seguridad social de salud.

También, evaluar la actual cotización obligatoria en lo que respecta a su monto y su vinculación al ingreso, y precisar el papel del aporte fiscal y de los copagos.

En aras de un sistema de seguridad social integrado y solidario, estable y viable en términos financieros, se transitaría de una lógica de seguro individual a una lógica de seguro colectivo, creando un centro de regulación de seguros eficaz. Ello no implica un desmedro del sector privado y plantea un gran desafío para la red asistencial actual en términos de aumentar su eficiencia. Tendrian que crearse mecanismos eficaces de contención de costos.

Pero para resolver de manera estable y previsible los problemas de inequidad -particularmente los de la tercera edad y de enfermedades catastróficas- y superar la falta de competencia asociada al sistema de salud dual vigente, se discute la necesidad de cambiar su lógica básica. En tal caso, se plantea, ¿podría definirse un plan integral de salud de cobertura obligatoria y universal para toda la población, cuyo prestador pudieran elegir libremente las personas, sin posibilidad de rechazo por parte de las instituciones aseguradoras, y pudiendo pactarse beneficios adicionales?. Tal reforma, por su raigambre, supone sendos acuerdos sociales sobre los grados de solidaridad y equidad que pueda expresar.

## 3. Reformas financieras que atañen al seguro social<sup>8</sup>

Los seguros sociales pueden someterse a una serie de reformas financieras o vincularse con políticas en el campo fiscal, que tienen implicaciones para la equidad y para su propia sustentabilidad económica.

Un ámbito importante de medidas financieras se refiere de manera directa a la equidad. En aquéllos países donde el gasto social en salud es regresivo y donde existen seguros sociales, la regresividad puede modificarse sustancialmente, sometiendo toda la remuneración a los impuestos del seguro social, y eliminando los topes de los aportes para la afiliación y el

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Los planteamientos sobre reformas financieras recuperan ampliamente, pero con modificaciones y exclusiones, la rigurosa sistematización realizada por Mesa Lago, 1992, pp. 234 y 235. Nuestro análisis integra elementos adicionales.

pago, salvo para los pobres. Cuando razones políticas o técnicas inhiben fiscalizar eficientemente el cumplimiento de los aportes, al menos debe promoverse la afiliación voluntaria pero fortaleciendo el financiamiento de programas de asistencia social para los indigentes.

Es fundamental la introducción de mecanismos financieros para facilitar el acceso de los pobres, que naturalmente se ajustan a la viabilidad financiera y a la voluntad y consensos políticos. Existen un amplio espectro de medidas:

- a) Establecer un aporte de los trabajadores autónomos, de grupos informales o rurales pobres o indigentes, más bajo del que compensaría el aporte del empleador;
- b) Asegurar a los pobres e indigentes, acceso a las prestaciones completas que brinda el seguro social mediante un financiamiento a cargo del Estado, tal como en Costa Rica;
- c) Cuando se asegura a los pobres un paquete de atención básica, es necesario subvencionarlo, ya que los beneficios no pueden ajustarse al aporte;
- d) Fortalecer el impacto redistributivo de las subvenciones estatales al estructurar las prestaciones del servicio social en los tres niveles de atención.

En algunos países es necesario incrementar los recursos con que cuenta el seguro social y, en todos los casos, como se verá en el apartado 4, es necesario mejorar la eficiencia y eficacia del uso de los recursos. En cuanto al incremento de ingresos, existen múltiples expedientes, de diversa relevancia y factibilidad según el país:

- a) Reducir la evasión y las moras en los pagos;
- b) Como se mencionó, puede someterse toda la remuneración a los impuestos del seguro social, eliminando topes de los aportes para la afiliación y el pago, excepto para los pobres;
- c) Renegociar e indexar la deuda estatal con el seguro social;

### LA DEUDA ESTATAL Y LA CONSOLIDACION FINANCIERA RECIENTE DE LA CCSS

En lo que respecta a experiencias de renegociación de la deuda estatal con el seguro social, cabe destacar que en **Costa Rica** el Estado canceló las deudas acumuladas con la CCSS hasta el pasado 31 de marzo y que ascendían a 42.658, 4 millones de colones, mediante una entrega de títulos valores por un monto total de 42.410 millones de colones, y de un lote a la institución. Al documentarse la deuda, que sólo existía como registro contable, la Caja devengará intereses del orden de los 1.000 millones de colones anuales. Además, el Ejecutivo ordenó a todas las dependencias públicas presupuestar sus obligaciones con la CCSS, y los oferentes de contrataciones públicas deberán certificar que no quardan morosidad alguna con la institución.

Por otra parte, al enfrentar el Estado costarricense la onerosa carga de la deuda pública interna, ello incidió en la CCSS: 45.000 millones de colones en bonos estatales que estaban en sus manos fueron transformados en títulos de unidades de desarrollo (TUDES) y en bonos tasa real. De esta manera, si bien se ampliaron los plazos de pago, se aseguraron los recursos contra el riesgo inflacionario y contra la caída de las tasas de interés, asegurando tasas reales.

Cabe subrayar que este proceso de consolidación financiera de la CCSS se vio apuntalado por la reforma global de las pensiones vigentes y la constitución de un sistema de pensiones, política que será descrita más abajo. Una vez que se instauró el régimen de pensiones administrado por la CCSS como el sistema exclusivo de las pensiones con cargo al presupuesto nacional, se llegó a un acuerdo respecto de la necesidad de sanear las finanzas de su régimen de invalidez, vejez y muerte.

- d) Cuando es bajo, puede aumentarse el aporte de los asegurados o bien de otras contribuciones porcentuales insuficientes;
- e) Pueden explorarse nuevas fuentes de financiamiento, como el impuesto a la renta y el IVA.9

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> El documento de compromiso se firmó el 5.6.1997.

<sup>9</sup> En Chile, dadas las restricciones redistributivas del sistema dual de salud vigente, el fortalecimiento del sector salud se ha hecho de manera importante recurriendo a impuestos generales.

Por otra parte, para fortalecer la base financiera del seguro social, sus diversos programas deben tener un financiamiento específico, a fin de eliminar indeseables transvasijes que ocurren en la actualidad y que afectan tanto la equidad, como la eficiencia y la estabilidad macroeconómica:

- a) El programa de enfermedad-maternidad debe autofinanciarse mediante ingresos mayores y/o gastos menores, y debe eliminarse las transferencias de otros programas para cubrir su déficit;
- b) El programa de pensiones debe consolidarse en términos financieros y su financiamiento no debe tener vasos comunicantes con los programas de salud. Esto remite a la intersectorialidad de las políticas: que el destino del sector salud esté siendo influído por los crecientes recursos que se destinan al sector previsional, es aún más evidente cuando hay vasos comunicantes en los presupuestos que limitan los recursos dado el déficit de los sistemas de pensiones.

# BRASIL: RESTRICCIONES A LA REFORMA EN SALUD IMPUESTAS POR DILACIONES DE LA REFORMA PREVISIONAL

La relevancia de este aspecto intersectorial en relación con las pensiones se destaca dramáticamente en Brasil (Brasil, 1995; Medici, 1994)¹, donde se ha buscado consolidar en la presente década el Sistema Unico de Salud (SUS) que unificó los servicios públicos de salud y los servicios de seguridad social, objetivo muy ambicioso considerando las dimensiones y la complejidad del país. La atribución de las diferentes funciones y atribuciones institucionales ha sido polémica, razón por la cual la delimitación del sistema no es definitiva: existe aún una relativa indefinición de los papeles evaluadores, reguladores y de control.

Sin embargo, el financiamiento de la salud en Brasil ha sido un problema crítico: oficialmente se afirma que el achatamiento de los valores pagados por procedimientos hospitalarios y ambulatorios es de tal magnitud, que hará inviable a corto plazo la actual disponibilidad de servicios. El financiamiento se ha visto sometido a fuertes turbulencias asociadas con el ajuste fiscal y con el entrelazamiento de fondos en el nivel federal (Orçamento da Seguridade Social-OSS-) con el presupuesto de pensiones: los recursos para salud se han visto influídos por la dilación de la reforma del sistema previsional, que se encuentra aún en proceso de discusión. Es fundamental asegurar una regularidad del flujo de recursos hacia los estados y municipios para incrementar la calidad de sus servicios de salud, y velar por la coherencia fiscal del gasto descentralizado. Está pendiente dar un financiamiento específico a la salud de carácter asistencial, que actualmente se confunde con la contribución general sobre las planillas.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> El caso de Brasil se ha tomado de Sojo, 1997.

Según la data de establecimiento del sistema de seguridad y su desarrollo posterior pueden distinguirse en la región países pioneros, intermedios y tardíos (Mesa Lago, 1978), cuyos sistemas se diferencian por la antigüedad de sus programas, la cobertura de la población, la carga salarial y económica, el equilibrio financiero y aspectos demográficos. Cabe considerar que generalmente se caracteriza por la falta de equidad: su desarrollo no ha sido uniforme y sólo una pequeña parte de la población, urbana y perteneciente al sector formal, se encuentra cubierta; además, existen marcadas e injustificadas desigualdades entre grupos y regiones geográficas cubiertas. Junto con la cobertura limitada resaltan los obstáculos que dificultan su ampliación. En muchos casos los sistemas tienen costos excesivos debido a elevados gastos administrativos, sus déficits son crecientes, hay alta evasión y mora, la deuda estatal es cuantiosa, y las inversiones de los fondos tienen un bajo rendimiento real (CEPAL, 1997).

## LA REFORMA DE PENSIONES EN COSTA RICA TIENE EFECTOS EN EL SECTOR SALUD

Al contrario de Brasil, en el caso de **Costa Rica**, la sustentabilidad del financimiento del sector salud se ha visto beneficiada por la reforma global de los regimenes de pensiones tradicionales y la articulación de un sistema, a raíz de tres leyes aprobadas en 1995: la Ley de normalización y sostenibilidad del sistema de pensiones con cargo al presupuesto nacional, la Ley de Régimen Privado de Pensiones Complementarias, y la Ley de Pensiones del Magisterio Nacional que, conjuntamente, buscaron solucionar de manera simultánea y perdurable el desequilibrio de las finanzas públicas y satisfacer los principios de equidad, solidaridad y seguridad social.

El problema fundamental de los regimenes de pensiones ha sido en Costa Rica el notable y creciente desequilibrio financiero entre los ingresos legales programados y el perfil de beneficios comprometido.¹ Además, la variedad de los regimenes vigentes había instaurado una dispersión de beneficios fuente de serias desigualdades, y diversas anomalías legalizadas dieron lugar a pensiones juveniles y a jubilaciones de lujo.

Destacan de la reforma: el aumento de ingresos mediante el aumento de las cotizaciones, tanto de los funcionarios activos y patronos como de los pensionados de acuerdo con una escala de ingresos; la introducción de altas cotizaciones específicas para el caso de pensiones elevadas y restricción de sus privilegios; se uniformaron los diferentes sistemas de jubilación con cargo al presupuesto nacional, al instaurarse el régimen administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como el sistema exclusivo de estas pensiones; el elevó y se uniformó la edad de jubilación; para determinar la cuantía de las prestaciones, se amplió notablemente el período de cálculo del salario de referencia; como requisitos de elegibilidad, se ampliaron también el período de cotización y el tiempo de servicio; se estableció, en el caso de prestaciones completas, el monto de las prestaciones

en un porcentaje del salario de referencia. Debido a los derechos adquiridos con ta antigua legislación, se establecen algunas excepciones transitorias.

En casi todos los aspectos mencionados, los beneficios garantizados por la Ley del Magisterio Nacional siguen siendo mayores que los del régimen de la CCSS. Pero el régimen de reparto del Magisterio se transformó en transitorio, válido para las pensiones vigentes, al crear su ley un sistema de financiamiento mixto -de reparto y capitalización-inédito en la legislación costarricense. Este último debe verse en conjunción con la normativa que autoriza y regula la creación de los sistemas o planes privados de pensiones y complementarias y de ahorro individual.

dustamente la instauración del régimen de pensiones administrado por la CCSS como sistema exclusivo de las pensiones con cargo al presupuesto nacional³ contituyó una buena base para que se sanearan las finanzas del régimen de invalidez, vejez y muerte de la CCSS. Esto coadyuvó en general a un proceso de consolidación financiera de la institución en relación con la deuda del Estado, que ha sido ya analizada.

En cuanto a la equidad, queda pendiente la ampliación de la cobertura del régimen de pensiones de contribución obligatoria administrado por la CCSS, y fortalecer financieramente los regimenes no contributivos destinados a indigentes.

Como un último punto relativo al financiamiento, cabe señalar que debe velarse por un financiamiento adecuado de las funciones reguladoras, financieras y proveedoras, en el marco de sistemas de salud armónicos, equitativos y eficientes: ello debe condicionar una distribución de los recursos, que además sea acorde con los perfiles patológicos y de morbilidad del país. Estando en manos del Ministerio de Salud el marco general de políticas de salud y la función reguladora general del sistema, según las singularidades nacionales, pueden recaer en el seguro social diversas funciones proveedoras, financieras y reguladoras.<sup>10</sup>

En el caso del Magisterio, ello fue calificado oficialmente como una "tendencia explosiva". Cifras oficiales para 1995 situaban su déficit en 13.000 millones de colones y el aporte del Estado por concepto de cuotas patronales, cuotas estatales y subsidios ascendía al 79% de los gastos: sólo por concepto de subsidios no contemplados por la ley el Estado debía financiar un 53% de los gastos.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Se exceptúan las pensiones del Magisterio, Poder Judicial, Diputados. Las últimas fueron también objeto de reforma.

De acuerdo con decreto firmado en junio de 1997, el próximo presupuesto extraordinario, se incluirá una partida por 5.000 millones de colones para cubrir el costo que implica el traslado de los afiliados del regimen de pensiones del Magisterio Nacional al seguro de invalidez, vejez y muerte de la CCSS.

Ver respecto de la función reguladora, las funciones que están asumiendo FONASA y la CCSS en relación con los compromisos de gestión.

## La reforma de gestion en los seguros sociales

El esfuerzo de integración es la reforma de gestión más comprensiva en el caso de los seguros sociales. Dentro de la política social, quizá el sector salud es el que muestra más dramáticamente la débil integración institucional: la coordinación y complementariedad entre los programas, entre las instituciones y los diferentes niveles de prestación de servicios y sus productos es precaria; los sistemas de referencia son muy débiles. De allí que existan evidentes traslapos de funciones y programas, discontinuidades de la prestación de servicios que reducen su impacto y elevación de costos, por ejemplo, por un uso indebido de los servicios de urgencia.

Es interesante en ese contexto, indagar en la relación entre los gastos administrativos de los seguros sociales de la región y la diversa institucionalidad: estos gastos son muy altos, pero sobre todo en los países con instituciones administrativas múltiples o con baja cobertura de la población. En países con cobertura universal, donde los seguros sociales surgieron relativamente unificados y se han fortalecido los procesos de unificación y normalización, los gastos administrativos son más bajos (Banco Mundial, 1993; Mesa Lago, 1992).

Los altos gastos administrativos, o algunas cifras "record" sobre el mal uso del recurso "cama" en los hospitales de la región, son indicadores que de manera impresionista sintetizan la magnitud del esfuerzo en materia de gestión que hay que emprender. Este esfuerzo debe abarcar también a los países más rezagados, donde es ineludible un giro para que la responsabilidad pública en salud sea viable.

En el caso de los seguros sociales, puede reconocerse un amplio espectro de medidas de contención del gasto como son: reducir consultas antieconómicas en el nivel terciario, en el marco de un adecuado sistema de referencias; lograr economías de escala al adquirir medicinas y suministros médicos; eliminar algunos beneficios demasiado generosos y de escaso impacto redistributivo; usar adecuadamente la capacidad instalada de las instituciones de salud, al integrarlas como sistema; modificar radicalmente el uso del recurso "cama" elevando su rotación y en general mejorar la combinación técnica de insumos en la prestación de servicios hospitalarios; lograr equilibrios adecuados entre personal médico y paramédico, y hacer un uso adecuado de sus capacidades; fortalecer la atención ambulatoria.

Los seguros sociales, además de la reforma de integralidad que tiene un carácter más comprensivo, deben abocarse urgentemente a reformas de gestión en su manejo interno, entendidas como acciones orientadas a obtener eficacia y eficiencia en la capacidad de ejecución (Prats, 1992, p.32). A tal fin es fundamental: aclarar los objetivos de gestión; establecer claras responsabilidades individuales e institucionales en la prestación del servicio; tener claras obligaciones y relaciones recíprocas con el beneficiario, y adaptar la oferta de servicios a las necesidades de salud prevalecientes; evaluar el impacto de los servicios prestados; conocer y evaluar la estructura de costos de las prestaciones y el patrón de utilización de servicios. Internamente, ese proceso hace necesario distinguir claramente la adscripción de competencias en la producción y compra de servicios, y de las tareas regulatorias concomitantes.

Galvanizar y mantener una alta productividad de los recursos humanos es un núcleo fundamental de la reforma de gestión. Para cumplir con los objetivos, utilizar óptimamente los recursos, y comprometer a los funcionarios con su trabajo es necesario asignar responsabilidades individuales en el proceso de generación del producto.

Los seguros sociales deben disponer de nuevos sistemas de remuneraciones, con componentes flexibles e incentivos que faciliten la vinculación entre las remuneraciones al desempeño y a la calidad de la prestación, es decir a la productividad y resultados, no sólo la antigüedad, sino los méritos laborales, la calidad del desempeño, las características de la tarea, la capacitación y la experiencia serán elementos sustantivos de la carrera funcionaria. Debe ampliarse la flexibilidad de contratación, para facilitar el desarrollo de los planes de trabajo de los servicios y establecimientos.

Para superar la inflexibilidad en la contratación de personal, que nutre el binomio "malas rentas con estabilidad" e impide aplicar mecanismos serios de evaluación del rendimiento, debe modificarse la racionalidad de su entrada y permanencia; promover el acceso a los cargos de planta por concurso; evaluar la carrera funcionaria para la promoción y las remuneraciones. Hay que desarrollar un ámbito de carrera funcionaria dedicada a la gestión de recursos. Los ahorros en eficiencia y productividad pueden contribuir a una mejora de las remuneraciones, asentada en los

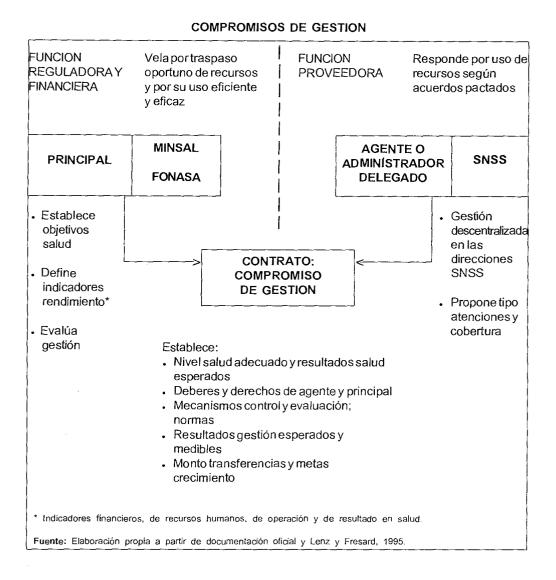
nuevos criterios. Se debe promover la capacitación y el reciclaje, potenciar altos niveles de identificación, participación y cooperación.

El financiamiento de los servicios debe vincular la transferencia de recursos a resultados. Ello implica una serie de condiciones como es promover que la información financiera en los entes prestadores esté agregada en formas que posibiliten usarla para incrementar eficiencia del uso de recursos; por ejemplo para identificar combinaciones de recursos, o ámbitos de ahorro de costos. Se debe consolidar la capacidad supervisora y evaluadora del cumplimiento de objetivos, del logro de estándares de calidad y de la capacidad de gestión. Debe modificarse el recabamiento de información, de manera que ésta sea pertinente para tales fines y confiable; debe crearse centros de costos para usar más eficientemente los recursos e incentivar ahorros.

La reforma de gestión no debe transformarse en un discurso o en una práctica formal. Si se quiere premiar o sancionar por rendimiento, por ejemplo, éste tiene que medirse efectivamente. Es necesario también desarrollar incentivos para que los "mánager" asuman plenamente sus funciones, a lo cual puede coadyuvar el financiamiento vinculado con resultados. Para que la reforma de gestión tenga una incidencia importante en la eficacia y calidad de las prestaciones del seguro social, los indicadores de desempeño no pueden restringirse a aspectos cuantitativos. Por ejemplo, metas de desempeño traducidas en índices de actividad se relacionan más con los insumos que con los productos, y dan cuenta fundamentalmente de la eficiencia en tanto desempeño microeconómico. De allí la importancia de elaborar también mediciones y estandarizaciones de desempeño relativas a la calidad del servicio.

En algunos países de la región se están realizando interesantes esfuerzos en este plano. Por ejemplo, introduciendo mecanismos que permitan medir el desempeño. Es el caso en Chile de los "compromisos de gestión", firmados entre el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y los servicios de salud, que establecen anualmente el tipo de servicios a brindar, el nivel de colocación y transferencia de recursos, así como indicadores de desempeño para evaluar las metas acordadas.<sup>11</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Esta parte se basa en Sojo, 1996b.



Estos instrumentos hacen de los resultados y del desempeño el núcleo del financiamiento, establecidos en una relación contractual, y permiten evaluar las diferencias entre los servicios planificados y efectuados por medio de indicadores predeterminados. Para garantizar su viabilidad y efectividad real, es fundamental lograr un acuerdo respecto de los indicadores válidos, así como de su interpretación. Los "compromisos de gestión", por ejemplo, implican negociaciones en torno a una definición de la misión e identidad de las entidades, las actividades y las necesidades financieras concomitantes.

El modelo dual de salud en Chile acota significativamente la eficacia de estas reformas de gestión, que tratan de regular desde lo financiero elementos que le son endógenos, tales como el ausentismo y el incumplimiento de las jornadas médicas, relacionadas con diferencias de salario entre el sector público y el privado.

Por otra parte, las excesivas regulaciones legales y reglamentarias a que debe ceñirse los servicios son también obstáculos para mejorar la calidad y la eficiencia. Por ejemplo, regulaciones presupuestarias, incluso para realizar pequeñas transacciones o cambios de gasto, rígidas y que requiere aprobación externa. O bien el prevaleciente centralismo interministerial y una relación de desconfianza por parte del Ministerio de Hacienda que limita la gestión sectorial. Se ha propuesto, por ejemplo, eliminar la forma discrecional con que FONASA recibe los recursos desde el Ministerio de Hacienda en favor de una asignación per cápita global, asociada al logro de ciertos compromisos o a la provisión de un conjunto de planes de salud.

Las reformas de gestión entran en tensión con los marcos legales vigentes. Conservando limitaciones del marco presupuestario que son razonables, hacen necesario viabilizar una mayor capacidad de gestión de los recursos: el desglose en "items" específicos impide adaptar los recursos a circunstancias que son, por definición, cambiantes. Los controles deberían ejercerse "expost", y el control de la calidad de los gestores, sujetos a remoción, debiera ser el fundamental.

Luego, el éxito de la reforma de gestión de la salud en Chile estará vinculado no sólo con la superación del dualismo de la actual morfología del sector salud y con la eficacia de los nuevos instrumentos de gestión y de manejo de los recursos humanos, sino también con profundas modificaciones del sistema presupuestario chileno. Se han tomado algunas iniciativas sectoriales para flexibilizar y aumentar la discrecionalidad del uso de los recursos, por ejemplo, a partir de 1995, la transferencia de recursos a los servicios de salud para remuneraciones y bienes de consumo es global. Los pagos *per cápita* y asociados a diagnóstico son también más flexibles que los sistemas anteriores. También resulta interesante en ese sentido la introducción de un nuevo mecanismo para evaluación del desempeño y del impacto, mediante paneles de expertos que deberán hacer evaluaciones de las instituciones para un período de tres años.

Por su parte, los indicadores de desempeño utilizados en Chile son primordialmente cuantitativos, se relacionan principalmente con los insumos y no con los productos, lo cual imposibilita medir calidad, sentido último de la reforma de gestión. En salud, el uso de índices de actividad ha enfatizado la eficiencia microeconómica más que la eficacia. Se deben establecer, por tanto, mediciones y estandarizaciones de desempeño de la calidad del servicio, importantes también porque fuerzan a establecer cuáles resultados se esperan en ese plano.

La viabilidad y profundidad de las reformas financieras y de gestión también tienen como factor crítico de éxito la modernización logístico-operativa de entidades tales como los hospitales y, en general, la profundización de funciones de las instituciones en lo propio, externalizando aquéllas secundarias. Los logros de eficiencia se deben asociar con un incremento de las competencias de los organismos involucrados y de la libertad de elección, lo cual implica fortalecer el proceso descentralizador.

No existe una racionalidad económica o social, o algún determinismo que conduzca inexorablemente a modernizar la gestión pública. Por el contrario, la fuerza determinante parece ser un procesos dinámicos de modernización política según sugiere, al menos, la experiencia europea reciente. En su ausencia, el anclaje institucional de la reforma es débil, y orientaciones tales como la gestión por objetivos o por resultados, arriesgan degenerar fácilmente en formalismo y letra muerta en manos de la burocracia (Naschold, 1995, pp. 12 y 13).

La reforma siempre estará en tensión con las voluntades políticas. En el caso de la salud, es muy relevante el poder del gremio médico, de las compañías de seguro privadas. El corporatismo de los diversos actores involucrados y afectados por la reforma subestimaría los imperativos que enfrenta el sector y puede eregir obstáculos, en tanto que la colaboración creativa contribuirá a respuestas genuinas y concertadas.

En Costa Rica, a fines de 1996, los centros hospitalarios también firmaron con la CCSS compromisos de gestión que incluye algunos aspectos innovadores. En una perspectiva descentralizadora, se contemplan varios dispositivos que debe contribuir al uso flexible y descentralizado de recursos: un Fondo de Compensación Solidaria, que estimula el cumplimiento de los objetivos

del compromiso introduciendo flexibilidad y autonomía en la gestión hospitalaria, ya que permite utilizar en forma flexible ahorros obtenidos de la mejora de gestión; un Fondo de incentivos, que flexibiliza la gestión presupuestaria porque permite definir a las autoridades locales cómo premiar la gestión eficiente; los compromisos contemplan también que ciertas reasignaciones de presupuesto se den mediante trámite interno de la CCSS en el marco de una normativa dispuesta por la Contraloría General de la República.

Por otra parte, se utilizan algunos procedimientos para medir calidad, y hay una apertura a la opinión del usuario. Es interante que el instrumento se usa también para articular un sistema de referencias entre los tres niveles de atención

## Bibliografía

Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud, Washington D.C., enero, 1993.

Banco Interamericano de desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996. Tema especial: Cómo organizar con éxito los servicios sociales*, Washington D.C., 1996.

Besley, Timothy y Rabi Kanbur, "The Principles of Targeting", Working Papers No. 385, Washington D.C., World Bank, marzo, 1980.

Bobadilla, J.L., J. Frenk y R. Lozano, "The Epidemiologic Transition and Health Priorities", *The World Bank/Health Sector Priorities Review*, julio, mimeo, 1990.

Brasil, Ministério da Saúde, "Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil", ponencia presentada a la Reunión especial sobre Reforma del sector salud, organizada por BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID en Washington, D.C., septiembre, 1995.

Dietrich Budäus, *Public Management. Konzepte und Verfahren zur Modernisierung öffentlicher Verwaltungen, Modernisierung des öffentlichen Sektors/Band* 2, 3a. edición, Berlín, Edition Sigma, 1995.

Caja Costarricense de Seguro Social, Compromiso de gestión CCSS-Area de salud de Chacarita, 6 de diciembre, 1996.
, Compromiso de gestión Hospital Hospital William Allen Jiménez y área de salud Turrialba, Año 1997, 5 de diciembre, 1996.
, Compromiso de gestión Hospital México, Año 1997, 14 de diciembre, 1996.
CEPAL, La brecha de la equidad: América Latina, El Caribe y la Cumbre Social, LC/G.1954 (CONF.86/3), documento de trabajo de la Primera conferencia regional de seguimiento a la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Brasil, Santiago de Chile, marzo, 1997b.
Colombia, Ministerio de Salud, "El sector salud en Colombia, pasado, presente y futuro", ponencia presentada a la Reunión especial sobre Reforma del sector salud, organizada por BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID en Washington, D.C., septiembre, 1995.
Costa Rica, Ministerio de Salud, "Informe sobre la reforma del sector salud", ponencia presentada a la Reunión especial sobre Reforma del sector salud, organizada por BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID en Washington, D.C., septiembre, 1995.
, Ministerio de Planificación, <i>Panorama Social 1995. Balance anual social, económico y ambiental</i> , San José, agosto, 1996.
Rony Lenz y Christian Fresard, "Compromisos de gestión: algunos aspectos conceptuales y empíricos", <i>Serie Documentos de trabajo del CPU,</i> No. 14/95, Santiago de Chile, julio, 1995.

Carmelo Mesa Lago, Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality, Pittsburg, University of Pittsburg Press, 1978.

noviembre, 1994.

A.C.A.C. Medici, "A dinâmica do setor saúde no Brasil: Transformações e tendências nas décadas de 80 e 90", Versión Final del Documento, Sao Paulo,

\_\_\_\_\_, Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe, Washington y Virginia, OPS/Interamerican Foundation, 1992.

Morales, L.G., "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia", informe del proyecto CEPAL-GTZ "Reformas del financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe", presentado al Seminario regional de la CEPAL y el Ministerio de Salud de Chile sobre Reformas a la seguridad social en salud en Argentina, Chile y Colombia, Santiago de Chile, noviembre, 1996.

Frieder Naschold (1995), Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa, Modernisierung des öffentlichen Sektors/Sonderband 1, Berlín, Edition Sigma, 1995.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) y CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Washington D.C., Cuaderno técnico No. 46 OPS, 1997.

B.B., Plaza, B., "Mecanismos de pago/Contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia", informe del proyecto CEPAL-GTZ "Reformas del financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe" presentado al Seminario regional de la CEPAL y el Ministerio de Salud de Chile sobre Reformas a la seguridad social en salud en Argentina, Chile y Colombia, Santiago de Chile, noviembre, 1996.

Joan Prats i Català, "La modernización administrativa en las democracias avanzadas: las políticas de los 80: contenidos, marcos conceptuales y estrategias", reelaboración de ponencia presentada al Primer congreso de administración pública de la Comunidad Valenciana, mimeo, Barcelona, febrero, 1992.

Alvaro Salas, "Costa Rica: una reforma dentro del sistema de salud vigente", en Serie Políticas Sociales No. 14, Santiago de Chile, CEPAL, en prensa, 1996.

Ana Sojo, "Naturaleza y selectividad de la política social", *Revista de la CEPAL No. 41*, Santiago de Chile, agosto, 1990.

, "La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes", Serie Reformas de Política Pública No. 17, Santiago de Chile, CEPAL, 1993.
, "La política social frente al ajuste y al incremento de la productividad en América Latina y el Caribe", <i>Situación No. 1</i> /1996, Bilbao, Servicio de estudios Banco Bilbao Viscaya, 1996a.
, "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión en la salud en Chile", <i>Revista de la CEPAL No. 59</i> , Santiago de Chile, agosto, 1996b.
, "La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos, en prensa en UNICEF, <i>Procesos de reforma de las políticas de salud en Costa Rica</i> , San José, 1997a.
" "La política social en la encrucijada: ¿opciones o disyuntivas?" Versión revisada de exposición en la Cátedra Pública de Políticas Sociales, organizada por la Secretaría de Desarrollo Social de la Argentina y FLACSO, Buenos Aires, 24 de junio de 1997, mimeo, 1997b.
Herman Weinstock, "El proceso de reforma del sector salud en Costa Rica", exposición en seminario, Santiago de Chile, octubre, 1995.
Margaret Whitehead, <i>Conceptos y principios de igualdad y salud</i> , Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

<del></del>			

# ASPECTOS CONCEPTUALES APLICADOS A LA EXPERIENCIA CHILENA

Dr. Cesar Oyarzo

### **CESAR OYARZO MANZILLA**

Nacionalidad Chilena, Licenciado en Ciencias Económicas, Ingeniero Comercial y Masters of Arts in Economics.

# **Experiencia Laboral**

A la fecha es Director del Programa Interfacultades de Administración en Salud de la Universidad de Chile y Asesor de la Comisión de Estudios del Proyecto de "Reformas de la Seguridad Social de Salud" en el Ministerio de Salud de Chile

Fue Director del Fono Nacional de Salud y responsable de la Reforma Financiera del Sector Salud. Superintendente de Instituciones de Salud.

Ha desempeñado labores de académicos de la Universidad de Tarapacá e Investigador Asociado en ILADES Georgetown University.

En los últimos 7 años efectúo consultorias y asesorías de proyectos en diversos programas como:

El programa "Integrado de Salud Materno Infantil" en el UNICEF, en el proyecto de "Fortalecimiento a la Reforma del Sector Público", del Ministerio de Salud de Chile, en los proyectos del Banco Mundial tales como: "La reforma del sector salud de Costa Rica", en los aspectos relativos al diseño de "Un modelo de compras para servicios de salud" y al "Desarrollo del sistema de información de la gerencia de la división financiera de la Caja Costarricense del seguro social". En el proyecto de reforma del sector salud de Nicaragua, diseñó "Mecanismos de asignación" de recursos en salud y modalidades de seguro público de salud" y en el proyecto de la "Reforma del sector salud en Ecuador", diseñó "Mecanismo de pago", así mismo para el Ministerio de Salud de Nicaragua trabajó en los proyectos en el "Componente de fortalecimiento institucional del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social" y en el diseño de "Términos de reforma para un sistema de evaluación de la calidad de los prestadores salud", también colaboró con el Ministerio de Economía de Argentina en el diseño de un sistema de "Control de calidad para los prestadores de salud". Así como en la revisión del "Manual tarifario del SAOT".

Voy a presentar un tema que debe entenderse dentro del contexto de la discusión que podíamos enmarcar en una palabra común, que es la búsqueda de algún equilibrio de competencias manejables, no nos hemos puesto muy de acuerdo en el nombre, en el cual evidentemente uno de los elementos centrales tiene que ver con la discusión en relación a las ventajas de la separación de funciones y mi presentación.

Voy abordar el tema desde un ángulo más general, porque yo pienso que los principios que están en la búsqueda de un equilibrio entre competencia y regulación se pueden aplicar tanto a países de los cuales hoy día no existen algunas de estas funciones y hay que construirlas como en los países en los cuales están integradas y hay que separarlas, desde ese punto de vista mi marco analítico de presentación va a ser más amplio.

\* Esta ponencia se apoyó en acetatos.

## Introducción

La presente exposición pretende discutir los problemas que genera el manejo de escasez en los esquemas tradicionales de la seguridad social en salud y sugiere algunos de los lineamientos básicos para superar dichos problemas. Estos elementos se aplican a la experiencia de los seguros de salud chilenos.

Acetato I

Quiero motivarlos en el sentido de que el problema de la competencia administrada tiene que ver con la búsqueda o no del equilibrio, entre algunos objetivos difíciles de compatibilizar, de manera muy resumida, el tema muy conocido como ¿cuáles son las principales fallas de los sistemas públicos de carácter monopolio?, luego va a ir el tema de las fallas de los seguros individuales privados, para finalmente entonces mirar un nuevo esquema de organización donde identificamos la función de financiamiento y la función de aseguramiento como dos elementos distintos.

### Conceptos preliminares

La restricción de recursos impone un límite a los principios de universalidad e integralidad.

Pretender administrar sistemas con estos principios hace que la escasez se exprese en forma de racionamiento implícito.

El racionamiento implícito se expresa en la falta de oportunidad de atención y listas de espera, y en restricciones al acceso a cierto tipo de atención.

El problema mayor es que nadie tiene derechos conocidos que pueda exigir.

Este problema implica definir un conjunto de derechos garantizados que se expresa en la noción de plan básico.

Las limitaciones de recursos requieren definir quiénes van a ser los beneficiarios prioritarios de los subsidios.

Finalmente, el problema de elección obliga a combinar los criterios de priorización de - atenciones y de personas.

Acetato II

Quiero señalarles, que visualizo el problema como ya lo señalaba, la competencia como la búsqueda de conciliar tres principios: equidad, eficiencia y libertad de elección, creo que sobre este punto debería destacar, ¿ por que en la mayor parte de nuestro análisis se destaca el tema de la equidad o la solidaridad en cualquiera de sus expresiones?, también el de la eficiencia, pero creo que en definitiva la comprensión de lo que se discutió en torno a la búsqueda de un eje de competencia administrada, tiene que ver con la inclusión del tercer principio que es la libertad de elección

Los sistemas de seguridad clásicos, probablemente descuidaron el elemento que involucra a la persona como un individuo que tiene un espacio de toma de decisiones, particularmente en el sector sanitario que proviene de la visión más tradicional de la salud pública, y en general con un énfasis importante en lo técnico, con muy buenos resultados, descuidaron por largo tiempo el problema de libertad de elección.

Yo creo que en definitiva cuando el mercado vivía la revalorización de la persona y de la capacidad de tomar decisiones que ellos tenían en todos

sus aspectos de la vida, incluido el de la salud, apareció el tema de la reforma, necesariamente es la búsqueda del equilibrio de principios y no sólo pasa hoy día, por el tema de la equidad o por el tema de la eficiencia, sino también por los espacios de libertad que los individuos van a tener dentro del sistema.

Cada uno de estos principios se expresa en fórmulas que ya conocemos, la eficiencia en términos de control de costos, la equidad la expresamos en términos de la búsqueda en definitiva, de lo que aquí hemos llamado universalidad.

Estos conjuntos de objetivos específicos no son más que representaciones de los principios de orden general.

### ¿Qué debe asegurarse?

Cuando se reconoce el problema de la escasez, la priorización debe incorporar necesariamente la maximización de un objetivo sujeto a la restricción presupuestaria. Esto implica considerar los costos en que se incurre.

El objetivo a maximizar es importante ya que considerar, años de vida saludable conduce a distintos ordenamientos de los problemas a ser tratados.

La priorización requiere analizar el par diagnóstico-tratamiento. Se debe recordar también que el conjunto de elementos que tienen que ver con las amenidades que acompañan al tratamiento requieren de una priorización:

La priorización debe separarse de la fuente de financiamiento.

Prioritario no implica que el Estado deba financiar dicha atención para toda la población.

Si hay problemas de información o coordinación el Estado puede obligar a consumir lo que no implica que deba financíar.

Prioritario no implica objeto de aseguramiento.

La confusión surge de distintas funciones cumplidas por los organismos de seguridad social.

Lo asegurable, en un sentido técnico, debe ser ordenado en función del grado de riesgo que presente el gasto.

Asegurar es distinto de garantizar.

Acetato III

Quiero señalar mi convencimiento de que cuando uno busca sistemas en los cuales podamos encontrar el equilibrio entre estos tres principios, donde ni los sistemas monopólicos estatales, ni los seguros privados de orden individual lo han podido encontrar un adecuado equilibrio entre estos principios, los problemas a resolver son muchos y el camino largo.

### ¿A quiénes debe asegurarse?

Es necesario dirigir los subsidios de salud a los más pobres. Sin embargo, hay que considerar que los pobres, entendidos como aquéllos que no tienen capacidad de pago, pueden variar en número dependiendo de la cantidad de prestaciones que se les quiera garantizar.

Gastos altos requieren que exista el seguro de manera que dicho costo se reparta entre sanos y enfermos.

Esto permite concentrar los subsidios en los grupos de menores rentas.

La focalizacion excesiva genera problemas de incentivos. Cuanto mejores son los subsidios mayor es el costo de abandonar el grupo definido como pobre.

Acetato IV

Si miramos los sistemas de carácter monopólico, generalmente de orden público, la mayoría de ellos alcanza buenos resultados en la relación costo-efectividad, al mirar la experiencia internacional es indudable que los países que aparecen como modelos en cuanto a la combinación de costo-efectividad, son aquellos países en los cuales tenemos una alta integración de sistemas.

Un sistema público global, por ejemplo el caso de Inglaterra, que es el más conocido en estos ámbitos, controla los costos por la vía del racionamiento, en donde el racionamiento se expresa en una forma denominada de carácter implícito, estos sistemas dentro de sus fortalezas al dejar de lado el mando individual, captan mejor los problemas de penalidades de bienes públicos y se orientan por lo tanto de una manera bastante mas clara, al servicio de la efectividad en materia de salud.

# ¿Cómo debe organizarse la administración de los subsidios de bienes asegurables?

Los seguros públicos organizados en función de subsidios a la oferta derivan en una administración de tipo monopólico que genera ineficiencias.

Al no incorporar las preferencias de las personas. La asignación de recursos y los criterios de racionamiento implícito se definen según los intereses del proveedor.

Los seguros individuales permiten que existan aseguradores orientados a la satisfacción del usuario. Sin embargo, si los subsidios a la demanda no reconocen la diferencia de riesgos de las personas, los aseguradores tienen incentivos a competir seleccionando los mejores riesgos.

En los países en que coexisten ambas opciones, los seguros públicos funcionan como asegurador de última instancia, pues concentran a la población más riesgosa, y/o entregan prestaciones a beneficiarios del sistema de seguros individuales.

La solución a este problema pasa por diferenciar la función de financiamiento (define fuentes de recursos del sistema y su asignación global) y de articulación (administración del riesgo del seguro).

En este esquema, pueden existir articuladores privados competitivos (seguros de primer piso) y un ente financiador (seguro de segundo piso) que define reglas de solidaridad y que desincentiven la selección de riesgos.

Acetato V

Sin embargo, el problema de estos sistemas parte del hecho de que la restricción de recursos impone un límite a los principios de universalidad e integralidad. Si bien en el discurso puede ser un objetivo buscado, está claro y especialmente hoy día, dado los adelantos en materia tecnológica, que dentro del sector salud podamos gastar, algunos le llamamos invertir cantidades de recursos que realmente son imposibles y que han traído el tema de la escasez de una manera mucho más visible, y ya prácticamente como un elemento sobre el cual tenemos que construir nuestra planificación, nuestro diseño de sistemas, hace que en definitiva entonces pretender administrar estos sistemas con restricción de recursos, nos llevo necesariamente a un problema de racionamiento implícito, este racionamiento implícito significa que quedan personas fuera, o sea que no estamos en capacidad de cumplir con el principio de la universalidad o que empezamos a restringir las acciones de salud que están incorporadas

dentro de nuestra cobertura, vale decir, comenzamos a violar el problema de la integralidad.

El punto central no tiene que ver, con que haya que racionar, porque al menos los que estamos entrenados, y duramente entrenados, en la economía sabemos que el problema de la escasez trae inequívocamente el problema de racionamiento, lo que pensamos es que distintas formas de racionamiento involucran distintas formas de equidad, distintas formas de respeto de los derechos individuales, y distintas formas en general de eficiencia sobre el sistema.

Lo que hay, por lo tanto en estos sistemas públicos monopólicos es que se ha definido y propuesto buscar la universalidad y la integralidad con restricción de recursos en la práctica, con un sistema de racionamiento de carácter implícito.

Estos sistemas de racionamiento implícito se analizan a continuación.

### Experiencia chilena: diagnóstico

Estructura inequitativa de financiamiento y focalización inadecuada de subsidios .

Falta de acceso a un conjunto de derechos garantizados.

Restricciones a la libertad de elección en sistema público.

Sistema dual que genera y profundiza la selección por riesgo.

Poca transparencia y altos gastos administrativos en sistema privado.

Acetato VI

Se presta fundamentalmente falta de oportunidad de atención, en lista de espera, y en general en restricciones al acceso a cierto tipo de prestaciones. A mijuicio, el problema mayor que tiene que ver con la dimensión individual de derechos, es que en estos sistemas nadie tiene derechos conocidos que puedan exigir, o sea le hemos cambiado un concepto valórico de universalidad-integralidad que al funcionar con racionamiento transforma

a cada uno de los individuos en un individuo carente de derechos dentro del sistema.

El correlato de estos sistemas, llamémolos, sistemas de seguros individuales y competitivos, que en termino de propiedad generalmente van acompañados de propiedad privada, son a mi juicio sistemas en los cuales los aseguradores compiten y dependen de la atracción de las personas y se orientan fuertemente a la satisfacción del usuario, estos sistemas no han sido buenos controladores de costos, los casos, nos muestran que estos sistemas se ubican rápidamente en la casilla de aquéllos que tienen los más altos costos en relación a los indicadores de salud que se alcanzan.

Son sistemas en los cuales se expresa la falta de inequidad en el sistema, o sea no hay una generación de equidad, donde normalmente grandes grupos de la población son excluidos por razones de ingreso o por razones de estado de salud. Esto es lo que técnicamente se denomina selección de riesgo, o sea estos sistemas en general se caracterizan por seleccionar el riesgo de tal manera que, o por razones de ingreso que imposibilitan pagar altos costos de planes o por razones de estado de salud que lleva también a la compañía de seguros a cobrar altos precios de prima genera grupos poblacionales que quedan fuera de estos sistemas.

Si uno analiza el funcionamiento de estos sistemas ve también que la movilidad entre ellos genera problemas adicionales, esto técnicamente significa que los seguros de salud difieren de muchos otros en términos de la disminución correcta del producto en un plazo temporal, el hecho de la existencia de enfermedades crónicas y el hecho de que en definitiva no sea posible recuperar los estados de salud que se tienen previos a la enfermedad, producen serias dificultades para que existan seguros basados en contratos de corto plazo, ahí están todos los incentivos para que estos seguros de carácter individual, traten de volver a seleccionar temporalmente el riesgo sacando a la persona que ya han asegurado una vez y que ésta ha contraído el problema de salud, particularmente, de alto costo o de carácter crónico.

Por lo tanto estos sistemas no sólo generan en su partida, dificultades, sino que también involucran serias dificultades en la movilidad, porque al haber contratos de tiempo definido, producen incompatibilidad con esta noción de aseguramiento de un problema que tiene una proyección temporal

mucho más allá de lo que son los contratos normales de compañías de seguros.

Finalmente, quiero destacar que en los países donde existen estos seguros individuales de carácter competitivo que selecciona riesgos con sistemas de reparto, se produce una situación en la cual el sistema público, llamémoslo como aliado de reparto, es en definitiva lo que actúa como asegurador en última instancia, esto ocurre en la mayor parte de los países de América Latina.

Encontramos esta realidad en Chile donde el sistema público se hace cargo de todo aquello que las DISAPRES no resuelven, y esto se expresa en definitiva en todos nuestros países en los cuales estos seguros de reparto, terminan de una u otra manera haciéndose cargo de todas aquellas cosas que fracasan.

# Objetivos de la reforma de la seguridad social en salud: mayor eficiencia

Mejorar transparencia y competitividad.

Explicar los derechos a la salud y las condiciones de satisfacción.

Contención de costos.

Reducir diferencias de gasto per cápita entre subsistema público y privado.

Mejorar cobertura de salud de grupos vulnerables.

Focalización de los subsidios públicos.

Acetato VII

Yo planteo que la búsqueda o no del sistema equilibrado implica en primer lugar reconocer que los sistemas basados en seguros individuales necesariamente requieren mayor regulación y fortalecimiento de la equidad a través de la creación de un financiamiento, aquí aparece el punto central del tema del cual voy a hablar, la función del financiamiento y ¿si es o no posible que esta función pueda corregir la falla que presentan los sistemas

de seguros competitivos basados en el individuo?, y por el contrario los sistemas monopólicos, como punto de partida, nos llevan a la discusión de separar las funciones del financiamiento que puede seguir siendo concentrada por el organismo público de la función de aseguramiento.

La noción del pluralismo estructurado donde la palabra articulación también ha pasado de alguna manera a ser sinónimo de aseguramiento dentro de este esquema global.

Este sistema de alguna manera no puede entonces permitir la coexistencia de aseguradores privados competitivos, que en alguna terminología también hoy día se les denomina seguros de primer piso, con un ente financiador que por ubicarlo en términos de piso podríamos denominarlo seguros de segundo piso que defina reglas de solidaridad y que produce de ese sentido a la selección de riesgos.

¿Qué hace entonces esta función de financiamiento en un esquema en la cual funciona como lo acabo de señalar?.

Primero, administrar las reglas de solidaridad del financiamiento, aquí aparece claramente el tema de definir un conjunto de derechos garantizados para todos los beneficiarios del sistema, definir quiénes serán objeto de subsidio y administrar los subsidios para evitar el decrecimiento.

En cada uno de estos elementos aparecen dificultades de orden técnico de una gran magnitud, administrar las reglas de solidaridad en el financiamiento implica conciliar un sistema en el cual podamos obtener este financiamiento sin producir grandes ineficiencias a nivel de la economía o sin producir esquemas de los cuales la evasión pasa a ser la característica central que dificulta el logro de la solidaridad.

Aquí hemos estado hablando de países que hoy día presentan una reforma como ésta, por ejemplo, en el caso colombiano con la elevada tasa de cotización, se está produciendo uno de los flancos más débiles en el proceso de reforma; esto es un alto nivel de evasión. El doctor Alvarado, probablemente, nos va a ilustrar de mejor manera esto, pero esto es un principio general que desafortunadamente enfrentamos en los sistemas de seguridad en los cuales al tratar de mezclar a los trabajadores de más altos ingresos con los indigentes, basado en una cotización única del trabajo,

produce fuertes incentivos para evadir esta cotización, estimula los mercados informales y por lo tanto la solución de cómo compatibilizamos el alto grado de solidaridad del sistema, con la necesaria eficiencia, dentro del esquema de financiamiento, es la primera dificultad que obviamente enfrenta este tipo de función. El redefinir un conjunto de derechos garantizados, nos hace preguntarnos:

### ¿A quiénes debe asegurarse?

Es necesario dirigir los subsidios de salud a los más pobres. Sin embargo, hay que considerar que los pobres, entendidos como aquéllos que no tienen capacidad de pago, pueden variar en número dependiendo de la cantidad de prestaciones que se les quiera garantizar.

Gastos altos requieren que exista el seguro de manera que dicho costo se reparta entre sanos y enfermos.

Esto permite concentrar los subsidios en los grupos de menores rentas.

La focalizacion excesiva genera problemas de incentivos. Cuanto mejores son los subsidios mayor es el costo de abandonar el grupo definido como pobre.

Acetato VIII

Probablemente respecto al tema de que debe asegurarse cuando se reconoce el problema de la escasez, la priorización debe incorporar necesariamente la maximización de un objetivo sujeto a la restricción presupuestaria. Esto implica considerar los costos en que se incurre.

A mijuicio, esto explica fundamentalmente hoy día la priorización de lo que debería asegurarse como un problema de costo-efectividad en la elección del conjunto de prestaciones que se van a asegurar.

### Componentes de la reforma

Institucionalidad.

Cobertura.

Financiamiento.

Acetato IX

Señalo que esta función del financiamiento debe maximizar un objetivo en el cual hay que tener consideraciones éticas bíen definitivas porque el objetivo maximizar es importante en la selección del tipo de riesgos que vamos a cubrir, de esta manera si la cuota efectividad sólo se expresa en términos de aquellas cosas que impactan, por ejemplo en los indicadores de mortalidad descuidando aquellos aspectos que tienen que ver con la morbilidad, evidentemente que el paquete de acciones cuota-efectiva pueda variar de manera sustancial, hay aquí por lo tanto una profunda discusión ética a realizarse en relación a cual objetivo buscamos en términos de la efectividad, ¿buscamos más años de vida saludable?, eso involucra necesariamente un concepto de distinta forma de ordenar el querer asegurarse.

Llamo a reflexión que la priorización requiere analizar el par diagnósticotratamiento, o sea que debemos recordar que lo que debe asegurarse no sólo es un problema que tiene que ver con el tipo de patología que vamos a cubrir dentro de la estrategia que debe definir las funciones de aseguramiento, sino que debe ponerse el énfasis en que tipo de tratamientos o con que tipo de tratamientos vamos a enfrentar esa patología, muchas veces el ordenamiento de estos tipos de razonamiento explícito se pone de manera muy dramática en términos de que tipo de enfermedades vamos a cubrir cuando en realidad lo relevante es qué tipo de enfermedades, con qué tipo de tratamientos como el elemento central sobre el cual se puede hacer una mejor priorización.

Creo importante también señalar que un elemento fundamental en el costo es un tercer elemento que está dentro de lo que cubrimos y que no es precisamente un diagnóstico ni un tratamiento, sino que tiene que ver con algo que podríamos denominar amenidades, o sea, en que forma vamos a entregar aquélla cobertura que estamos ofreciendo de una alta incidencia sobre el costo, esto naturalmente muestra imágenes más claras sobre como atender gente en hospitales, este concepto de amenidades no sólo se aplica al tema de las camas hospitalarias, sino que tiene una amplia aplicación en relación en cómo vemos a este conjunto de casos.

Por lo tanto cuando uno esta priorizando no sólo está tomando en cuenta el par diagnóstico-tratamiento, sino también debe incorporar un tema de alta incidencia de los costos que es lo que podríamos denominar las amenidades o el conjunto de elementos no técnicos que van a acompañar al conjunto de cosas que esta cubriendo.

#### Institucionalidad

- · Sistema mixto integrado.
- Profundización de la competencia permitiendo libre elección de la institución de seguro.
- Institucionalidad que minimice selección de riesgos.

Acetato X

Planteo que la fuente del financiamiento debe separarse del tema de la priorización, y esto no significa que el Estado deba financiar dicha atención para toda la población, si hay problemas de información o coordinación el Estado puede obligar a consumir lo que no implica que deba financiar.

Respecto a este punto lo que normalmente nosotros identificamos es una mezcla de lo que debe asegurarse con las personas aseguradas, y aquí no es esto, lo que yo trato de destacar es que cuando se combinan ambos elementos lo que debe asegurarse con quienes son los asegurados hay que hacer esta distinción porque prioridad no implica que el seguro o el Estado debe hacerse cargo del financiamiento, sino que directamente tiene algunos mecanismos adicionales con los cuales debe lograr este mismo objetivo.

Prioritario entonces, no implica, objeto de aseguramiento, esto es importante porque entonces jugamos con tres palabras: financiamiento, priorización y aseguramiento, el aseguramiento como concepto puro de seguro que proviene de lo que utilizamos para otros mercados se expresa principalmente en términos del riesgo y cuando hablamos de priorización y cuando hablamos de financiamiento no involucra necesariamente un problema esencial de riesgo, lo voy a explicar de otra manera, existe en la forma de priorización hoy día dos enfoque distintos que están compitiendo, uno que es un enfoque que va desde el costo-efectividad, que nos dice que lo que debe cubrir el Estado son aquellas acciones más costo-efectivas y otro el enfoque que proviene más del campo de seguros y que nos dice que si

queremos priorizar desde la perspectiva de seguros, lo que debe priorizarse desde la perspectiva de seguros son aquellas cosas de alto costo y que están sujetas a un grado mayor de incertidumbre. ¿Como compatibilizar estas dos cosas?, es un problema que evidentemente tiene que resolver esta función de financiamiento si le damos a ella la responsabilidad de establecer que es lo qué va estar cubierto.

En general los organismos tradicionales de la seguridad social no han distinguído esta dicotomía del costo-efectividad sobre el aseguramiento. Yo creo que aquí hay un tema importante que resolver porque definir que es lo que vamos a cubrir desde una perspectiva que pone mayor énfasis en lo financiero y en el campo de seguro nos lleva a una priorización distinta a la de tomar una perspectiva de costo-efectividad la que no hace énfasis en el problema del riesgo. Los resultados que uno puede observar son evidentemente coberturas distintas en términos de lo que se define, lo que uno podría llamar el plan, el programa, o lo que se va a asegurar, lo asegurable como ya decía.

### Cobertura

El plan garantizado de beneficios de salud como eje de la reforma.

Punto de partida en los actuales beneficios de fonasa.

Extensión en el tiempo según criterio de costo efectividad.

Acetato XI

Desde un sentido técnico debe ser ordenado la función del grado de riesgos que presenta el gasto, pues asegurar en definitiva es distinto de garantizar. La segunda dimensión del problema a definir por esta función de financiamiento es a quiénes debe asegurarse, aquí hay un principio que pareciera estar orientando fuertemente a lo que son las experiencias de reforma y que es el tema de la focalización.

La focalización expresa que es necesario dirigir los subsidios de salud a los más pobres sin embargo, hay que considerar que los pobres, entendidos

como aquéllos que no tienen capacidad de pago, puede variar en numero dependiendo de la capacidad de prestaciones que se les quiera garantizar, el tema de salud es un claro ejemplo de como un porcentaje muy importante de la población, puede llegar a ser pobre o indigente frente a enfermedades de alto coso, y que por lo tanto la definición más tradicional de pobreza basada en la canasta básica, nos lleva a cierta cobertura que puede originar un problema serio para grandes cantidades de la población en lo que concierne a gastos específicos de altísimo costo en materia de salud.

Gastos altos por lo tanto requiere que exista un seguro el costo se reparta entre sanos y enfermos, esto ratifica la idea de que el aseguramiento tiene que ser de orden general, y naturalmente uno no puede abordar el problema del aseguramiento, como un problema de focalización hacia algunos, sólo en la medida de que desde la perspectiva del aseguramiento estos altos costos de salud para la población estén cubiertos, podemos entonces concentrar subsidios en los grupos de menores rentas.

Finalmente, respecto a este tema es necesario recordar que ya se ha planteado que si bien este principio de focalización es atractivo, a la hora de tener recurso de casos hay que recordar que la focalización excesiva genera problemas serios de incentivos, cuanto mejores son los subsidios mayor es el costo de abandonar el grupo definido como pobre. Y desde ese punto de vista se genera el ya conocido tema de la trampa de la pobreza, que producen estos esquemas de excesiva focalización.

Pasando al tema de la función de aseguramiento nos preguntamos ¿que se entiende por esto?. Tenemos un nombre de función de aseguramiento o de articulación puede ser, cualquiera de los dos porque, es primero una función cuyo rol llega a administrar el plan garantizado que debe definir la función de financiamiento, este administrador debe tener los incentivos para ser el promotor de la eficiencia en el mercado de la atenciones que es el plan garantizado, es importante y crítico que se estructure este conjunto de incentivos, para que se fundamente en la función de aseguramiento y se pueda dar una competencia orientada hacia los precios y no como la conocemos normalmente en esta función de aseguramiento competitivo donde la competencia se expresa en diferentes productos y en la selección de pacientes, vale la pena decir que si uno no es capaz de construir un esquema de incentivos donde la función de financiamiento haga a estos aseguradores convertirse efectivamente en instituciones que sean

promotores de la eficiencia y que por lo tanto su competencia se exprese en reducir el precio de las primas a través de un adecuado funcionamiento del mercado de prestaciones y nos preguntamos, ¿estamos en serias dificultades de tener este conjunto de aseguradores de orden competitivo?

¿Cómo se puede hacer un sistema mejor?, primero definir de manera correcta un plan, no sé sí sea esto a través de un esquema de subsidios diferenciados, pero esa es la primera solución teórica que hoy en día se conoce como la solución holandesa. Segundo buscar que la selección de riesgos se evite por el hecho de que esta función de financiamiento le entregue a cada uno de los aseguradores una cantidad equivalente al riesgo que las distintas personas tienen.

Este sistema en teoría puede operar, pero en en la práctica no se ha encontrado la forma de hacerlo funcionar y eso hace que el principio que hoy día representa este tipo de tendencias de tener un seguro de segundo piso, o fondo central, y aseguradores competitivos no haya podido solucionar en la práctica algo que aparece interesante en la teoría que es que se defina un plan único para todos los miembros de este fondo y que se pague a cada uno de los aseguradores y que no tengan incentivos a decretar una prima diferenciada por riesgos.

Repito, la solución teórica existe, la solución práctica a esto, aún en los países de mayor sofisticación, no ha prosperado.

La otra solución es la que se ha planteado en esquemas como la propuesta que tuvo la administración Clinton, propuesta que no prosperó, en la cual se sustituía este término por el concepto de alianza, esto significaba cambiar el eje desde el sistema de seguros individuales, al sistema de seguros colectivos donde el problema de la selección de riesgos se evitaba fundamentalmente por la vía de licitar grupos de personas, o conjuntos de personas que constituían estas alianzas a estos seguros competitivos que a través del esquema de licitaciones competían, por grupos de personas y no por individuos de sistemas a través del cual se pretendía evitar esta selección de riesgos, esto es una propuesta teórica que tampoco está funcionando en ningún país.

La tercera forma de solucionar esto, es que los competidores no puedan funcionar en este esquema de aseguramiento a través de sistemas de contrato voluntario individuale sino que estén obligados a afiliar a cualquier persona, ésta es la solución, llamémosla de alguna manera que toma como eje central la reforma colombiana, y que se espera evitar la selección del riesgo principalmente por la vía de obligar a los aseguradores a inscribir a las personas. Yo creo que este sistema tampoco está funcionando porque los sistemas dinámicos llevan a que en los puntos de partida de las aseguradoras no esperan a la gente sino que la van a buscar, y la fuerza de venta de las aseguradoras lo primero que buscan con un criterio de selección de riesgos son aquellas personas jóvenes que tienen conocidamente menores probabilidades de ser objeto de grandes gastos.

Desde este punto de vista por lo tanto ninguna de las soluciones, de multiseguro, hoy día, en el mundo está funcionando, por lo tanto las dificultades de estructurar este típo de sistemas no son menores y mi mensaje es que si uno trata de buscar hoy día un equilibrio, este equilibrio es delicado porque tenemos la presión, por un lado de mejorar la satisfacción de la población descontenta con muchos de nuestros sistemas monopólicos, pero que la búsqueda de esa mayor satisfacción de la persona es a través de esquemas en la cual dividamos el financiamiento y el aseguramiento donde podemos tener una pérdida significativa de la equidad y efectividad del sistema, eso es evidentemente un riesgo alto entre dos o tres objetivos sobre de los cuales tratamos de equilibrar.

La solución no la conocemos hoy día, no podemos, a mi juicio, presentar una experiencia exitosa en esta materia y evidentemente en los puntos de partida de cada uno de nuestros países debe ser elemento a considerar plenamente en la reflexión a la hora de elegir si separamos funciones, construimos funciones porque aquí no hay un camino donde exento de desventajas, desafortunadamente, aquí el equilibrio entre los objetivos involucra tener muy claro y de aquí el titulo de mi exposición el cual era ventajas y desventajas en la construcción de este tipo de sistemas.

# PLURALISMO ESTRUCTURADO COMO UN MODELO INNOVADOR DE LA REFORMA DE SALUD

JULIO FRENK

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD

### JULIO FRENK

Nacionalidad Mexicana, Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestría en Salud Pública y en Sociología y Doctorado en Organización de la Atención Médica y Sociología, todo esto en la Universidad de Michigan.

# **Experiencia Laboral**

Actualmente se desempeña como Vicepresidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud y como Director del Centro de Economía y Salud, en la misma Institución; además, es profesor de la asignatura de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México.

Participa en 16 cuerpos colegiados, incluyendo el Grupo Asesor de Expertos de la Organización Mundial de la Salud Panamericana, La Comisión Mexicana de Investigación en Salud y el Consejo sobre Salud Internacional del Instituto de Medicina de Estados Unidos.

Fue Director fundador del Centro de Investigación en Salud Pública y Director General fundador del (INSP) Instituto Nacional de Salud Pública, con la cual continúa colaborando en actividades de investigación y enseñanza, así mismo, se desempeña como Profesor Visitante del Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo de la Universidad de Harvard, fue Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud.

Su producción escrita incluye 26 libros y monografías, 42 capítulos de libros, 75 artículos en revistas académicas y 68 en revistas culturales y periódicos. Es trivestigador Nacional Nivel II; también es miembro de los Consejos Editoriales de 10 revistas nacionales y extranjera, así como de 12 Agrupaciones Científicas y Profesionales, incluyendo la Academia Nacional de Medicina de México y el Institute of Medicine de Estados Unidos

Su trabajo académico de investigación se centra en el estudio sobre "La educación y el empleo de los médicos" y "Las Implicaciones parar la salud del tratado de libre comercio" recientemente llevó a cabo un estudio sobre "Las opciones de reforma que hoy se abre ante México y otros países semejantes para mejorar el sistema de salud".

A la memoria de José Luis Bobadilla, visionario y constructor de un mejor futuro para la salud en América Latina y en el resto del mundo.

### Introducción

Los sistemas de salud se encuentran en una encrucijada. En el mundo entero se está dando una búsqueda por mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. Existe un sentido de innovación inminente, por el cual una diversidad de países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos se han embarcado en procesos de reforma. Si bien el resultado final es todavía incierto, es muy posible que esta búsqueda conduzca a nuevos modelos conceptuales y prácticos para los sistemas de salud.

El presente trabajo busca desarrollar opciones para ree structurar los sistemas de salud. En particular, intenta examinar las deficiencias de los modelos actuales y ofrecer una alternativa. Nuestro enfoque es sistemático, en cuanto a que analiza cada elemento dentro de un marco coherente, así como sistémico, en el sentido de que considera todo el sistema de salud, otorgando un énfasis particular a las relaciones entre sus principales componentes. En el complejo entorno actual, la mayor parte de los problemas tienden a estar interrelacionados. En consecuencia, las soluciones no pueden examinarse desde un solo ángulo del sistema de salud, ignorando todos los demás. Por ejemplo, si las reformas se limitan a la descentralización de los servicios sin modificar los mecanismos de financiamiento, los incentivos o los criterios para establecer prioridades, es muy probable que lo único que se consiga sea multiplicar los problemas del sistema previamente centralizado. Los problemas de esta naturaleza requieren enfoques cabales para abordar el sistema de salud en su conjunto. Dado que las fallas actuales son sistémicas, la respuesta de la reforma debe también ser sistémica.

Si bien los tópicos que aquí se abordan son de interés potencial para la mayoría de los países del mundo, nos referiremos básicamente a América Latina. Estamos conscientes de que las generalizaciones pierden su fuerza ante la enorme heterogeneidad de los países que conforman esta región. De hecho, nuestro análisis pondrá especial énfasis en la necesidad de desarrollar políticas que tomen en cuenta las diversas condiciones que coexisten ahí. En

gran medida, la desigualdad social y económica explica el multifacético panorama de los retos que enfrenta la salud en América Latina, en donde los problemas de países ricos y pobres se encuentran yuxtapuestos. Esta desigualdad se ve reflejada y reproducida por la heterogeneidad de las instituciones de atención a la salud, las cuales han respondido a las necesidades de los diferentes grupos sociales de manera fragmentada.

El documento inicia con un breve análisis de los principales retos que enfrentan la población y las instituciones de atención a la salud en América Latina. A continuación se identifican y comparan los principales modelos de organización del sistema de salud existentes, así como las opciones para reformarlos. Una vez analizadas las limitaciones de las alternativas extremas, se procede a desarrollar un modelo de pluralismo estructurado como un enfoque equilibrado para la reforma de los sistemas de salud. Aquí se examina también lo que parece ser una convergencia hacia este modelo.

El mensaje central es claro: Los retos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina son tan amplios que el no reformar encerraría costos enormes para el bienestar social, el desarrollo económico y la estabilidad política. Más aún, la dinámica de las transformaciones es tan intensa que tarde o temprano será necesario emprender la reforma. Mientras más se retarde la decisión de reformar, mayores serán los costos del inevitable cambio. Por eso es necesario apoyar vigorosamente, con propuestas serias, las iniciativas de reforma que, como la del Instituto Mexicano del Seguro Social, abren la perspectiva de un mejor futuro para la salud en América Latina.

## El doble reto de la salud

La mayoría de los países latinoamericanos tienen frente a sí múltiples oportunidades producto de los avances en la reforma económica y la democratización. Al mismo tiempo, sin embargo, estas sociedades tienen que contender con una serie de retos muy complejos, que en gran medida derivan de las rápidas transformaciones que han caracterizado la segunda mitad de este siglo. Durante este período, muchos países latinoamericanos experimentaron cambios que en los países desarrollados ocurrieron a lo largo de siglos. El ritmo de esta modernización ha sido muy diferente en los diversos segmentos de la sociedad, lo que ha agudizado la desigualdad entre ellos (Morley, 1995; Londoño, 1995a; Altimir, 1996; Deininger y Squire, 1996).

La combinación de un cambio rápido y desigual ha colocado a muchos países latinoamericanos frente a una serie de nuevos retos característicos de las sociedades desarrolladas, antes de haber logrado resolver por completo los viejos problemas asociados con las sociedades más pobres. Así, el pasado y el futuro chocan en un presente complejo. Esto se refleja en la yuxtaposición de rezagos acumulados y problemas emergentes. Debido a la desigualdad, cada conjunto de retos afecta de manera diferente a los diversos grupos sociales y áreas geográficas.

En el campo de la salud, esta dualidad se manifiesta con claridad. Todo análisis sistemático de la situación de la salud debe considerar dos elementos clave, a saber, las poblaciones y las instituciones. La documentación empírica de estos retos rebasa los alcances de este artículo. Aun así, es conveniente señalar algunos de sus aspectos clave.

# Retos para la población

Los retos que afectan a la población son un reflejo de la dinámica demográfica y epidemiológica de la región. En un trabajo previo hemos analizado empíricamente las experiencias de diferentes países latinoamericanos en términos de sus patrones de transición demográfica y epidemiológica (Frenk, Bobadilla y Lozano, 1996). Además, existen nuevas proyecciones al año 2020 sobre las principales causas del peso de las enfermedades y las lesiones en la región (Murray y López, 1996). A juzgar por la evidencia, resulta claro que América Latina sigue padeciendo un importante rezago epidemiológico que se manifiesta en la presencia de enfermedades infecciosas comunes, desnutrición y problemas de salud reproductiva.

La persistencia de estos problemas refleja la brecha entre los logros que serían potencialmente alcanzables si los sistemas de salud funcionaran bien y los logros que tales sistemas de hecho alcanzan. Una forma de medir esta brecha consiste en calcular los niveles de salud que cabría esperar en una región determinada, dado su nivel de desarrollo, y comparar dichos niveles esperados con los observados. Un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (Inter-American Development Bank, 1996) ofrece una amplia documentación empírica sobre la existencia de esas brechas en diferentes ámbitos de la política social, incluyendo la salud. Para cuatro indicadores se comparan los niveles observados en América Latina y el Caribe alrededor de 1995 con los niveles que cabría esperar en función del ingreso per capita de

la región. Estos niveles esperados se calculan analizando la relación entre los indicadores de salud y el ingreso *per capita* en todo el mundo. Como puede verse, América Latina y el Caribe presentan una situación de salud peor de la que podría esperarse. El tono triunfalista de muchos informes oficiales debe matizarse ante la persistencia de esta brecha.

Sin haber resuelto los retos acumulados, la población de América Latina enfrenta ya una serie de presiones emergentes. El "envejecimiento" demográfico provocado por la disminución de la fecundidad, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles y lesiones. Además, los sistemas de salud se han visto en la necesidad de confrontar los retos de nuevas infecciones, tales como el SIDA, o de enfermedades que están resurgiendo pese a haberse mantenido bajo control por mucho tiempo, tales como la malaría, el denque, el cólera y la tuberculosis.

Para complicar aún más el panorama, los sistemas de salud se han visto cada vez más en la necesidad de hacerse cargo de las consecuencias de diversas formas de desintegración social, incluyendo la guerra, el desplazamiento de las poblaciones y el creciente tráfico de drogas (Desjarlais et al., 1995). Quizá como un reflejo de estos procesos. América Latina está experimentando un rápido crecimiento de los padecimientos neuropsiquiátricos, cuya prevalencia ha llegado a ser de 10.18 por cada 100,000 personas, nivel que es 56% superior al promedio mundial de 6.53 por 100,000. El lugar predominante que ocupan los padecimientos neuropsiquiátricos es un rasgo distintivo de la transición epidemiológica en la región. Este problema se ve agudizado por una tasa de violencia desproporcionalmente alta. América Latina es la región que padece el peso de homicidios más alto; la tasa correspondiente es de 7.7 homicidios por 1,000 personas, lo cual es más de dos veces mayor que el promedio mundial de 3.5 por 1,000. Algunas estimaciones recientes indican que el número de homicidios por año es mayor a 100,000, en contraste con los 30,000 que se registran en todos los países industrializados (Londoño y Moser, 1996).

La dinámica epidemiológica de la región está teniendo efectos muy complejos en la demanda por servicios de salud. El descenso en la fertilidad se reflejarn en una reducción relativa de la demanda por servicios materno-infantiles, si bien este efecto tomará algunos años para desarrollarse plenamente en razón del fenómeno de inercia demográfica, por el cual el descenso en el número absoluto de nacimientos sufre un retraso respecto de la reducción en la tasa de fecundidad, ya que hay un gran número de mujeres en edad fértil que nacieron en las condiciones previas de alta fecundidad (Bobadilla et al., 1993). De manera similar, el incremento en la demanda debido al envejecimiento de la población tomará algún tiempo para expresarse plenamente. Lo que parece definitivo es que, en la próxima década, la región experimentará un incremento generalizado de la demanda de servicios de salud, si bien este proceso estará marcado por la profunda heterogeneidad existente al interior de los países y entre ellos mismos.

Otra presión emergente para la población es la expansión de la democracia en todo el continente, misma que probablemente conducirá a crecientes presiones políticas por mejores y más diversificados servicios (Londoño, 1995), en la medida en que las sociedades incorporen la atención a la salud como parte de sus derechos ciudadanos (Fuenzalida-Puelma y Scholle-Connor, 1989).

### Retos institucionales

Como puede apreciarse, América Latina experimenta una alineación de fuerzas que apuntan al surgimiento de presiones crecientes sobre los sistemas de salud. Las instituciones que conforman dichos sistemas, de hecho, también se encuentran sujetas a la dualidad de retos acumulados y retos emergentes. Así, la mayoría de los países de la región no han terminado de resolver los viejos problemas característicos de los sistemas menos desarrollados, tales como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutiva, sistemas de información limitados y administración deficiente de organizaciones específicas. Sin embargo, estos mismos países enfrenta ya muchos de los problemas que aquejan a los sistemas más desarrollados, tales como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y, en general, los muchos problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto por encima de sus organizaciones específicas, incluyendo los retos que plantea el pluralismo creciente.

La fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio resultante en los gastos, está provocando una carga financiera excesiva en toda la

población y, en especial, en los grupos más pobres. En efecto, como porcentaje del ingreso familiar, los hogares pobres incurren en mayores gastos directos que los ricos. Por ejemplo, en 1992 el 10% más pobre de las familias mexicanas urbanas destinó 5.2% de su ingreso a la atención de la salud, mientras que el 10% más rico asignó sólo 2.8% (Frenk, Lozano y González-Block, 1994). Colombia y Ecuador son dos casos extremos. En 1994, el desembolso personal en atención a la salud entre la población ubicada en el decil más pobre de la distribución del ingreso alcanzó el 12% del ingreso por hogar en Colombia, y 17% en Ecuador.

Las causas de esta yuxtaposición de retos en los sistemas de salud en América Latina son diversas. Sus raíces pueden localizarse en los procesos históricos particulares por los que las fuerzas económicas, políticas y culturales han dado forma a las instituciones actuales. La revisión detallada de tales factores históricos rebasa los propósitos de este artículo, pero puede afirmarse que el resultado neto ha sido la coexistencia en la región de diversos modelos de organización para el financiamiento y la prestación de servicios de salud, todos los cuales enfrentan serios obstáculos para su desempeño óptimo. Estos modelos se describirán y compararán en la siguiente sección.

De hecho, los retos a los que se enfrentan la población y las instituciones acentúan las limitaciones intrínsecas de los arreglos actuales para otorgar atención a la salud. En la mayoría de los países, tales arreglos han regido por varias décadas y es posible que en su momento hayan constituído una respuesta aceptable a las entonces condiciones vigentes de salud. Sin embargo, esos mismos arreglos han tenido un crecimiento insospechado, han alcanzado un nivel de complejidad enorme y no han cambiado al ritmo que hubiera requerido la rápida transformación del contexto epidemiológico, demográfico, económico, político, tecnológico y cultural.

En resumen, los retos poblacionales y las limitaciones organizacionales de las instituciones que conforman a los sistemas de salud de la región nos obligan a proponer y discutir alternativas innovadoras que ofrezcan una mejor respuesta a nuestras necesidades. Esta oferta de propuestas y su discusión, sin embargo, deben alejarse del terreno ideológico y evitar las descalificaciones que en nada contribuyen a la construcción del nuevo modelo de atención que los tiempos demandan. La discusión de estas alternativas debe empezar por desechar el falso conflicto que supuestamente existe entre los servicios públicos y los servicios privados de salud. El reto más bien consiste en

encontrar la mezcla público-privada que mejor responda a las necesidades de salud de la población y a las exigencias organizacionales de nuestras instituciones.

# Modelos actuales de sistemas de salud

En función de toda una compleja red de fuerzas económicas, políticas y culturales, cada uno de los países latinoamericanos ha ido desarrollando su propio sistema de salud. Sin pretender negar esta especificidad, resulta válido tratar de identificar los patrones comunes que se observan en el conjunto de los países. Un ejercicio así sólo puede llevarse a cabo si se centra en los componentes esenciales de los sistemas de salud, sustrayéndose de la infinidad de detalles que convierten cada situación nacional en algo único.

Como resultado del proceso histórico de la mayor parte de los países latinoamericanos, el aspecto crucial que los sistemas de salud han tenido que resolver es la cuestión de la *integración*. Tanto en la literatura académica como en los documentos oficiales, este término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado. La integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, a saber, las poblaciones y las instituciones.

Respecto de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud. Si bien dicho acceso constituye una variable continua, resulta útil establecer una dicotomía. Uno de los extremos de la dicotomía es la segregación. Como reflejo de las profundas desigualdades que afectan a la región, los sistemas de salud de muchos países segregan a los diferentes segmentos de la población en diferentes instituciones de atención a la salud. Por lo general, las posibilidades financieras e incluso legales de moverse de un segmento a otro son limitadas.\* El otro extremo de la dicotomía es lo que

<sup>\*</sup> Estrictamente hablando, la segregación siempre es parcial, pues en todos los países los servicios del Ministerio de Salud se encuentran, en principio, abiertos a la población entera y las barreras financieras suelen ser las más bajas del sistema. En contraste, otros segmentos del sistema de salud sí excluyen a ciertos grupos de la población en función ya sea de disposiciones legales como en muchas instituciones de seguridad social o de barreras financieras como en el sector privado. En consecuencia, el grado de segregación depende de qué tan importante sea el Ministerio de Salud como prestador de servícios.

podría llamarse integración horizontal,\*\* en la que todos los grupos de la población tienen acceso a las mismas instituciones. Esta situación puede presentarse en uno de dos escenarios opuestos: o bien porque existe libertad de elección, o porque existe una única institución en el país.

Respecto de las instituciones, la integración se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones esenciales de los sistemas de salud. Como veremos después con mayor detalle, las dos funciones tradicionales son el financiamiento y la prestación de los servicios. Una vez más, el establecimiento de una dicotomía facilita las cosas. En uno de los extremos se encuentra la "integración vertical", lo que significa que la misma institución se encarga tanto de financiar como de prestar los servicios. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones.

Cabe señalar que no hay país que constituya una expresión pura de cualquiera de estos modelos. Los modelos representan tipos ideales que sirven para comparar las principales soluciones organizacionales existentes hasta ahora. Dicha comparación pondrá de manifiesto las limitaciones de los arreglos actuales, permitiendo así la visualización de nuevas opciones. Para fines analíticos, examinaremos primero los casos polares representados por el modelo público unificado y el modelo privado atomizado.

# El modelo público unificado

En este caso, el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En su variante extrema, que actualmente se presenta solamente en Cuba, este modelo logra la integración horizontal de la población a costa de la libertad de elección, pues resulta ilegal ofrecer servicios fuera del monopolio gubernamental. De acuerdo con la tradición burocrática latinoamericana, este modelo excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor, y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios. Así, los usuarios no pueden elegir porque, en la conocida formulación de Hirschman (1970), no tienen ni

<sup>\*\*</sup> Estamos conscientes del hecho de que otros autores usan el término integración horizontal para significar la consolidación, dentro de una organización, de unidades que tienen el mismo nivel de complejidad o desempeñan las mismas funciones. De acuerdo con nuestro uso, integración horizontal no es un proceso que ocurra en el lado de la oferta (o institucional) del sistema de salud, sino en el lado de la demanda (o de la población).

voz ni opciones de salida. A su vez, los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles.

Una variante menos extrema de este modelo se da en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal, pero no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio. En este tipo de casos, el virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del Estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios (Musgrove, 1996). En efecto, como el Estado no financia a otros proveedores, éstos deben cobrar lo que los servicios cuestan, o bien obtener algún subsidio privado. En cambio, los servicios públicos rara vez cobran a los usuarios el costo real. Esta ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público (Organisation for Economic Co-Operation and Development, 1992). Por su parte, la diferencia con el modelo segmentado radica en el hecho de que existe un solo presupuesto público, en vez de que se le divida entre el Ministerio de Salud y la seguridad social.

# El modelo privado atomizado

En este modelo, la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo en su forma pura, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo.

La primera es una modalidad de mercado libre, que se observa en países en los que la abrumadora mayoría del gasto es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago. Un ejemplo de ello es Paraguay, en donde 87.5% del gasto en salud es privado (Govindaraj, Murray y Chellaraj, 1994). Aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la población de su nivel superior. A la luz de las conocidas imperfecciones del mercado de servicios de salud, la diversidad de financiamiento y de entidades de prestación no necesariamente se traduce en competencia. De hecho, no existe un mecanismo disponible para agregar la demanda, de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por

las asimetrías en la información. Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud.

La segunda variante del modelo privado atomizado puede denominarse modalidad corporatista.\* Esta se caracterizapor la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas. Esta variante es muy poco frecuente en América Latina. El caso más ilustrativo lo representa el sistema de obras sociales en Argentina. En contraste con la experiencia de casi todos los países restantes de América Latina, estos fondos atomizados no han llegado a unirse en un instituto único de seguridad social. Asimismo, a pesar de que existen en gran número, no existe competencia entre ellos, ya que la afiliación es obligatoria en función, casi siempre, de criterios ocupacionales.

# El modelo de contrato público

En algunos cuantos casos, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado. Pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un

<sup>\*</sup> Recogemos este término de las ciencias políticas, en las que el corporatismo se define como un sistema de representación de intereses caracterizado por asociaciones ocupacionales jerárquicas y no competitivas, mismas que representan los intereses de sus miembros mediante negociaciones directas con el Estado. Para un tratamiento clásico de este tema, véase Schmitter (1979).

conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad.

A pesar de las anteriores ventajas, uno de los problemas más serios es la fragmentación de la prestación, lo cual complica enormemente el control de la calidad y los costos. Aunque este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, lo cierto es que no ha logrado los niveles de regulación que se observan en Canadá. Por lo tanto, en la versión latinoamericana ha resultado imposible alcanzar los mismos niveles de igualdad y eficiencia. En América Latina, Brasil ha sido ejemplo de este modelo durante la última década.

# El modelo segmentado

Este es el modelo más común en América Latina, por lo que requiere de una explicación detallada. Su estructura puede describirse de manera simplificada mediante una matriz. Esta matriz relaciona las funciones del sistema de salud con los diferentes grupos sociales (Frenk et al., 1994).

Con respecto a la primera dimensión de la matriz, todo sistema de salud debe desarrollar cuatro funciones esenciales: la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación.\* Como se mencionó antes, las funciones de financiamiento y prestación son las mejor conocidas.

En sentido estricto, el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (porejemplo, fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios. A su vez, la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (i.e., servicios de salud) que generan un resultado (i.e., cambios en el estado de salud del usuario).

<sup>\*</sup> Aunque estamos conscientes de la importancia de los servicios de salud pública, nuestro análisis se centrará en la producción de servicios de salud personales, los cuales absorben la gran mayoría de los recursos en todos los países de América Latina.

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término modulación.\*\* Este es un concepto más amplio que el de regulación. Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores. Con demasiada frecuencia, esta función se ha descuidado, particularmente en aquellos sistemas de salud en los que el ministerio de salud dedica la mayor parte de sus recursos humanos, financieros y políticos a la prestación directa de servicios. Más adelante, cuando se proponga un nuevo modelo para los sistemas de salud, plantearemos que la modulación debe fortalecerse.

La última función del sistema de salud puede denominarse articulación. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita. Una de las innovaciones importantes en muchas de las propuestas de reforma ha sido la de explicitarla y asignar la responsabilidad de llevarla a cabo a entidades diferenciadas. Así, articulación corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama organización y gerencia del consumo de la atención. Esta función abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el patrocinador en los modelos de competencia administrada (Enthoven, 1988; Starr, 1994).

Lo que se quiere significar con el término articulación es la noción de que esta función reúne y da coherencia a diversos componentes de la atención a la salud. Así, la articulación abarca actividades clave que permiten que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo de la atención a la salud. Algunos ejemplos de sus funciones incluyen la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, la organización de redes de proveedores de forma que se estructuren las posibilidades de elección por parte del consumidor, el diseño y la instrumentación de incentivos a los proveedores a través de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención.

<sup>\*\*</sup> Agradecemos al Profesor Avedis Donabedian, de la Universidad de Michigan, el haber sugerido este término.

Especialmente en los sistemas integrados verticalmente, como el modelo segmentado, las funciones de modulación y de articulación pueden estarse desempeñando sólo de manera implícita, o bien, pueden encontrarse ausentes porque de otra manera entrarían en conflicto con las funciones restantes.

Pasando a la segunda dimensión de la matriz el modelo segmentado en América Latina tradicionalmente ha organizado los servicios dividendo a la población en tres grupos sociales. Para empezar, se ha hecho una distinción fundamental entre los pobres y la población con capacidad de pago. A su vez, esta última abarca a dos grupos. El primero está formado por todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía (y con frecuencia sus familiares también), mismos que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social.

El segundo grupo está constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social.\* Las necesidades de salud de este grupo casi siempre son atendidas por el sector privado, mediante un financiamiento que proviene fundamentalmente de desembolsos del propio bolsillo. Cada vez más, algunas familias de este grupo empiezan a cubrirse mediante la contratación de seguros o planes de prepago privados, ya sean comprados directamente u ofrecidos por los empleadores. Si bien se trata de una opción minoritaria en el panorama global de la región, en muchos países registra ya un rápido crecimiento.

De cualquier manera, las diversas formas de aseguramiento privado se ajustan al modelo general como una modalidad más de participación privada.

Finalmente, se encuentran los pobres, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados. En el diseño del modelo segmentado, los ministerios de salud se encargan de suministrar servicios personales a los pobres (además, por supuesto, de realizar programas de salud pública que benefician a toda la población).

<sup>\*</sup> Estrictamente hablando, muchos miembros de estas clases, en especial aquéllos con ingresos elevados, pagan contribuciones a la seguridad social, pero nunca utilizan sus servicios. En la práctica, ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento.

En promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado.\*\*

El modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico.

Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos (Musgrove, 1996). Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos. Así, el ministerio de salud integrado presenta todas las desventajas del modelo público unificado, pero sin las ventajas de la cobertura universal. De manera similar, cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva. Y el sector privado presenta las limitaciones que se examinaron antes en el caso del modelo privado atomizado.

El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrecen el sector privado o el ministerio de salud (González-Block, 1994). El problema es que la carga de tal decisión recae sobre el consumidor, ya que se ve obligado a pagar por la atención que recibe en otra parte, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento. Esto

<sup>\*\*</sup> Estos cálculos derivan de estimaciones a nivel nacional elaboradas por la Organización Panamericana para la Salud (1994).

conduce a una importante fuente de inequidad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas una carga financiera desproporcionada.

Otra fuente de inequidad es que el traslape de la demanda es unilateral, ya que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social (excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad). Más aún, muchos ministerios de salud han fracasado en el intento de focalizar sus servicios en los pobres. La noción de que los servicios privados están reservados para las clases medias y altas, liberando así recursos públicos para la atención de los pobres, no se ve respaldada por los datos existentes sobre utilización de servicios. En la mayoría de los países que cuentan con tales datos, lo cierto es que el sector privado es una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que, como ya se vio, destinan una proporción mucho mayor de sus ingresos en pagos directos para la salud que los hogares de mayores ingresos.

#### La búsqueda de opciones

Las deficiencias de los cuatro modelos analizados hasta ahora han suscitado una búsqueda intensiva de otras soluciones que ha inspirado al movimiento de reforma del sistema de salud en América Latina y en otras partes del mundo.

En particular, el modelo segmentado, el arreglo actual más común, ha sido objeto de un escrutinio creciente. Dado que este modelo segrega a los grupos de población en función de su capacidad de pago y organización social, su sustentabilidad depende de la dualidad de los mercados de trabajo y de la existencia de políticas estatales de exclusión. La modernización económica y la expansión de la democracia han provocado que cada vez resulte más difícil sostener los privilegios que este modelo acarrea para grupos relativamente pequeños. Por lo tanto, son varios los esfuerzos que se han realizado para corregir las fallas de los sistemas segmentados. Hasta ahora, dichos esfuerzos se han orientado en dos direcciones; lo interesante es que ambas apuntan hacia los modelos polares.

Algunos países han intentado romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un

sistema público único. Esta fue probablemente la estrategia de reforma más popular hasta la década de los ochenta y aún cuenta con muchos defensores. La búsqueda de equidad al amparo de esta estrategia ha dado pruebas de ser incompatible con los requerimientos de eficiencia y de una respuesta sensible frente a las necesidades y preferencias de las poblaciones.

Ya sea por cuestiones de preferencias ideológicas o por restricciones en el financiamiento público, algunos otros países han buscado entregar la organización de los servicios de salud a instancias diferentes del gobierno central. En América Latina se han desarrollado dos variantes de este tipo de reforma. La primera ha sido la estrategia de privatización, en particular respecto de la seguridad social. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) chilenas constituyen el mejor ejemplo de esta estrategia. La segunda variante ha sido la estrategia de descentralización, con la devolución de responsabilidades previamente centralizadas a las autoridades locales. En este caso, Brasil y Bolivia son ejemplos que cabe destacar. Uno de los principales problemas que han presentado ambas variantes ha sido la debilidad del esfuerzo modulatorio requerido para establecer reglas del juego claras en la transferencia de responsabilidades. En lugar de ello, los tomadores de decisiones centrales han actuado bajo la suposición implícita de que la iniciativa local o privada sabrá resolver de alguna manera las limitaciones importantes en la atención a la salud. En estas condiciones, muchas iniciativas de privatización y de descentralización han resultado ser incompatibles con los requerimientos de equidad y, paradójicamente, tampoco han podido producir las ganancias esperadas en términos de eficiencia.

Como puede apreciarse, las estrategias de reforma que simplemente se han movido dentro de las opciones limitadas que ofrecen los cuatro modelos convencionales siguen presentando serias deficiencias. En razón de ello, un creciente número de países ha comenzado a buscar alternativas realmente innovadoras. En efecto, ha llegado el momento de visualizar y poner a prueba nuevos modelos para orientar el futuro de los sistemas de salud.

En este contexto de innovación, son varias las iniciativas de reforma que se han propuesto o se están llevando a la práctica como una opción que busca minimizar las desventajas y optimizar las ventajas de los otros modelos, de forma que se alcance un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad. Si bien las propuestas y experiencias en marcha presentan diferencias importantes entre sí, el término pluralismo estructurado capta bien el espíritu

de este modelo emergente. A continuación se describirá esta prometedora alternativa.

#### Pluralismo estructurado: un nuevo modelo

El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. Pluralismo evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. Estructurado evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. Por ejemplo, la subordinación de los consumidores es un resultado común tanto del modelo público unificado a través de la ausencia de elección como del modelo privado atomizado a través de la asimetría de la información. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores. Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares.

#### Hacia la innovación como futuro

Así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, de la misma manera el pluralismo estructurado las compensa. Esta solución puede visualizarse remitiéndonos a la matriz de funciones y grupos sociales. La propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk et al., 1994). De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud.

En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del ministerio de salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios por lo general el más débil, el Ministerio de Salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Este énfasis en la modulación no debe dar lugar a la concentración burocrática de poder. Por el contrario, al establecer reglas del juego transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones modulatorias a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El manejo de ese pago se convertiría en un elemento clave de la función de articulación, que ahora sí se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas. Estas podrían recibir el nombre genérico de organizaciones administradoras de servicios integrales de salud (OASIS). Existen varias opciones para el desarrollo específico de estas organizaciones dependiendo de las condiciones de cada país. En la áreas urbanas estas organizaciones competirían entre sí para afiliar individuos y familias. En las áreas rurales, rara vez se reúnen las condiciones para tal competencia. No obstante, aun ahí es posible fomentar un pluralismo que responda a las necesidades de la población. En efecto, a fin de estimular la elección y la eficiencia no es necesario tener todas las condiciones para una competencia plena. Una alternativa es la licitación pública a organizaciones que se responsabilicen, durante un tiempo determinado, por la salud de una población definida. Algunas innovaciones ya apuntan hacia tales posibilidades, como es el caso de las cooperativas organizadas en Colombia bajo la designación de empresas solidarias de salud y del tipo de franquicias propuesto para México (Frenk et al., 1994).

Por último, como consecuencia de la existencia de mayores opciones en la función de articulación, la prestación directa de servicios quedaría abierta a todo un conjunto plural de instituciones, tanto públicas como privadas.

En suma, el reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas.

En términos de nuestra tipología original de los modelos de sistemas de salud en América Latina, el pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público, al tiempo que supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad de la población mediante la integración horizontal, así como la separación de funciones. La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter estructurado a este tipo de pluralismo.

#### Hacia la convergencia institucional en América Latina

La expansión de experiencias innovadoras en América Latina empieza a colocar algunos de los cimientos del pluralismo estructurado. Más aún, muchas de las propuestas actuales de reforma apuntan en la misma dirección. Una característica interesante del pluralismo estructurado es que resulta posible llegar a él por diferentes rutas. Las barras multiples en los modelos segmentado y privado atomizado representan el hecho de que hay diferentes grupos de población que se encuentran segregados en diferentes arreglos institucionales. Los diferentes tipos de letras para la modulación/regulación y la articulación ilustran el hecho de que esas funciones se vuelven más explícitas e importantes conforme uno se mueve hacia el modelo del pluralismo estructurado.

En el caso del modelo público unificado, sería necesario convertir a la regulación burocrática en auténtica modulación, separar el financiamiento de la prestación y volver explícita la función de articulación. En el otro modelo polar (privado atomizado), también sería necesario modular la operación de los mercados de seguros y servicios, así como establecer entidades articuladoras, las cuales competirían a fin de que la libertad de elección fuera una realidad para toda la población. El aumento de la movilidad de la población también sería una prioridad en el modelo segmentado, y ello podria lograrse separando funciones y abriendo cada segmento de manera competitiva. El modelo de contrato público requeriría que la función de articulación se hiciera explícita y competitiva mediante su separación del financiamiento. Además, como se dijo antes, todos los modelos existentes requerirían un fortalecimiento de la modulación.

El mensaje clave es que el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma. Lo que ofrece es una opción centrista que evita los extremos y, al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema. Así, las OASIS tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección. La equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos.

Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño. Es precisamente esta búsqueda equilibrada de equidad, calidad y eficiencia la que no se ha logrado en los modelos existentes, y la que el pluralismo estructurado intenta alcanzar en forma explícita.

Las experiencias innovadoras en marcha y los elementos convergentes presentes en la mayoría de las propuestas de reforma proporcionan tierra firme para avanzar con optimismo. Aun así, a excepción del caso notable de la reforma reciente en Colombia, que está desarrollando un enfoque integral y universal hacia el pluralismo estructurado, y de los interesantes esfuerzos en Argentina y Brasil, la mayor parte de las acciones innovadoras en América Latina se han restringido a grupos particulares de la población, especialmente

a las clases medias urbanas. Con ello corren el riesgo de convertirse en un segmento más del sistema de salud. Aun cuando muchas de sus piezas se encuentran ya colocadas, es mucho lo que queda todavía por hacerse para que el pluralismo estructurado arraigue como un modelo integral. Para que esto suceda, las iniciativas de reforma deben sacar al pluralismo estructurado del mero ámbito de las innovaciones limitadas para convertirlo en una pieza central de la política pública. Esto implicaría la adopción de una estrategia para que este modelo se extendiera gradualmente a toda la población. Para lograrlo será necesario tomar en cuenta la heterogeneidad de las poblaciones en cada uno de los países de América Latina.

#### Una respuesta a la heterogeneidad de la población

Así como el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para los diferentes países, de igual manera tampoco presenta un enfoque único para los diversos grupos de población en cada país. Por el contrario, este modelo es sensible a las enormes diferencias sociales existentes en la mayoría de los países latinoamericanos. Lo que el pluralismo estructurado propone no es una solución única, sino más bien un continuo de soluciones, que dependerán, en cada caso, de la situación general de desarrollo.

El reto consiste en ofrecer soluciones que resulten adecuadas para cada grupo, sin que por ello se caiga de nueva cuenta en la segregación del modelo segmentado. El pluralismo estructurado resuelve este reto en dos formas. Primero, aplica los mismos valores y principios a todos los grupos de población, por ejemplo, la búsqueda de respuestas equilibradas que eviten los extremos, el énfasis simultáneo en la equidad, la eficiencia y la calidad, la elaboración de reglas del juego transparentes con base en una modulación justa, el carácter explícito de la articulación, la importancia de la información, la pluralidad de opciones, la búsqueda del mayor grado de libertad posible en cada circunstancia, el equilibrio de poder entre los actores y el enfoque sistémico. Segundo, el pluralismo estructurado evita la segregación fortaleciendo deliberadamente la movilidad de todos los grupos sociales entre las diversas soluciones institucionales.

Con el fin de entender la forma específica en que el modelo pluralista responde a las necesidades de las diferentes poblaciones, resulta útil considerar que existen tres grupos sociales básicos en América Latina: a) el núcleo de extrema pobreza, ubicado en su mayoría en áreas rurales dispersas y zonas periurbanas marginadas; b) los sectores informales que viven en la pobreza y que se ubican principalmente en áreas urbanas y periurbanas; c) los sectores formales, concentrados en las áreas urbanas. La proporción de estos grupos varía enormemente entre los diferentes países latinoamericanos. Por lo tanto, cada país tendrá que adoptar las prescripciones de política que mejor se ajusten a sus niveles de heterogeneidad. Consideremos brevemente las respuestas clave que ofrece el pluralismo estructurado a cada uno de estos tres grupos de población.

En el caso del grupo en extrema pobreza, el acceso actual a los servicios de salud formales es inexistente o mínimo (con frecuencia limitado a campañas esporádicas de salud pública). Para corregir esta situación se requiere la formulación de un paquete de intervenciones esenciales como un instrumento de política central (Banco Mundial, 1993). La palabra esenciales es clave, y debe diferenciarse en forma tajante de los adjetivos mínimas o básicas. El paquete esencial no se basa en el principio de lo mínimo para los pobres, sino más bien en el de lo mejor para todos. De hecho, este paquete está integrado por aquellas intervenciones que los análisis de costo-efectividad han destacado como las mejores inversiones para la salud (Jamison et al., 1993). Por lo tanto, constituyen el núcleo de la universalidad, es decir, el conjunto de intervenciones a las que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral. Este nuevo tipo de universalidad, orientada por análisis explícitos de costo, efectividad y aceptabilidad social, evita las trampas de la universalidad clásica, cuya promesa de todo para todos ha dado pruebas de ser insostenible incluso en los países más ricos. En este sentido, el análisis de costo-efectividad es mucho más que una herramienta tecnocrática, va que representa un medio, cientificamente fundamentado, éticamente sólido y socialmente aceptado, de lograr la asignación óptima de los recursos para la salud. Por lo tanto, un paquete esencial promueve la equidad tanto como la eficiencia de asignación de recursos. Dado que representa un compromiso social basado en los principios de ciudadanía, el financiamiento debe ser fundamentalmente público. El pluralismo estructurado convierte la definición de paquete esencial en un elemento clave de la modulación participativa. Al mismo tiempo, introduce innovaciones organizacionales que permiten que la función de articulación pueda desempeñarse dentro de un marco pluralista que incorpore la participación activa de la comunidad.

El segundo grupo social está integrado por aquellas personas que tienen ya un acceso parcial a los servicios de salud, pero que no cuentan con una protección financiera porque pertenecen al sector informal de la economía y han quedado, por lo tanto, excluidos de la seguridad social. En este caso, la prescripción fundamental de política sería la ampliación de la seguridad social con un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepago y subsidios orientados a la demanda según el ingreso de los hogares. Con el fin de evitar los escollos del aseguramiento social tradicional, el pluralismo estructurado propone que, desde un principio, este tipo de programa se base en una modulación clara, una articulación explícita y la libertad de elección de los proveedores de primer nivel, de forma que las fuerzas competitivas empiecen a estimularse.

El tercer grupo está integrado por la población ubicada en la economía formal, que tiene acceso a servicios integrales con una protección financiera (en su mayoría a través de la seguridad social), si bien con todos los problemas de equidad, eficiencia y calidad que ya se examinaron antes. En este caso, el análisis de costo-efectividad entra en escena como una herramienta de evaluación tecnológica que permitiria identificar las fuentes potenciales de desperdicio y restringirlas mediante la acción modulatoria y el diseño de incentivos. Además de esta preocupación por la eficiencia en la asignación, las políticas deben encargarse también de los aspectos de equidad, eficiencia técnica y calidad (incluyendo la satisfacción del paciente). En este grupo de población, las condiciones son ya propicias para poder instrumentar de lleno la competencia estructurada. Esta es la variante más desarrollada de pluralismo estructurado; en ella sería posible alcanzar una especialización plena de funciones entre los agentes, y las poblaciones integradas horizontalmente podrían guiar la competencia entre las entidades articuladoras y los proveedores a base de ejercer su libertad de elección. Las condiciones para el avance de esta forma de competencia se reúnen ya en la mayoría de las ciudades latinoamericanas, donde la oferta de proveedores es abundante, hay una presencia de consumidores relativamente bien informados y existen los niveles necesarios de desarrollo institucional.

En el caso de los tres grupos de población, el carácter público del financiamiento constituye un rasgo central del pluralismo estructurado. En el grupo más pobre, éste adopta la forma de subsidios; en los otros dos grupos, adopta la forma de contribuciones obligatorias que anticipan episodios de enfermedad. La aplicación de los principios de finanzas públicas diferencia nuestro modelo

de propuestas de reforma simplistas que giran alrededor de la recuperación de costos. Asimismo, introduce una importante diferencia respecto de las propuestas de competencia actuales, ya que en nuestro modelo, el pluralismo está concentrado en las funciones de articulación y prestación, y no en el financiamiento.

En suma, el pluralismo estructurado ofrece una respuesta que puede adaptarse a las diversas condiciones prevalecientes en un país determinado, al tiempo que mantiene la movilidad de todos los grupos a medida que éstos convergen hacia una cobertura integral acompañada de protección financiera y libertad de elección.

#### Conclusiones

Las condiciones actuales de salud en América Latina y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro apuntan todas en una dirección muy clara: la necesidad de una reforma cabal. En este esfuerzo, es muy importante preservar los elementos de progreso obtenidos durante el último medio siglo. Al mismo tiempo, es muy necesario identificar y superar los obstáculos que se oponen a un mayor avance.

La reforma debe ser guiada por un enfoque sistémico que incorpore a las poblaciones e instituciones. De esta forma, estar en mejor posición para abordar el doble reto al que se enfrentan los sistemas de salud en América Latina, a saber, eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones emergentes.

Los arreglos actuales han dado pruebas de ser incapaces de resolver ese doble reto de forma que se fomente la equidad, la calidad y la eficiencia. Por lo tanto, hemos propuesto un nuevo modelo de pluralismo estructurado. Se trata de un enfoque pragmático y centrista que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores. Este modelo bus ca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones. El modelo propone innovaciones específicas para cada una de estas funciones. La modulación se convierte en la responsabilidad pública medular, centrada en el desarrollo de reglas del juego justas. El financiamiento se vuelve la misión central de una seguridad social renovada que se encuentra

mejor adaptada a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas de América Latina. La articulación se convierte en una oportunidad para el mejoramiento creativo basado en instrumentos simples para mediar las transacciones. La prestación de servicios pasa a ser un espacio para introducir el pluralismo con los incentivos correctos.

Así, nuestra propuesta se aleja de la actual integración vertical de las funciones en una sola organización y de los conflictos de intereses resultantes. Sin embargo, no proponemos una adopción automática de la noción simple de separación entre financiamiento y prestación, tan común en el debate sobre la reforma. En el pluralismo estructurado, la separación de funciones va más allá de una prescripción simplista e incluye diversas modalidades. Primero, la modulación es diferenciada del financiamiento y la prestación, lo que evita los conflictos de intereses en los ministerios de salud, tradicionalmente integrados de manera vertical. Segundo, existe una distinción entre la compra y la producción de servicios, lo cual abre la posibilidad de introducir organizaciones innovadoras para la articulación de los servicios de salud. Tercero, mientras que la separación entre financiamiento y prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud, las OASIS específicas pueden desarrollar diversas formas para combinar las funciones de aseguramiento con la participación directa en el mercado de servicios de salud.

El aprendizaje cuidadoso de las experiencias en otras partes del mundo puede ayudar a los países latinoamericanos a dar un salto para desarrollar efectivamente el pluralismo estructurado. Resultaría improductivo limitarse a copiar modelos como los contratos públicos europeos, la autonomía de los proveedores canadienses o la competencia gerenciada norteamericana. Todas éstas han probado ser estrategias válidas para sus circunstancias respectivas. El modelo de pluralismo estructurado aprende las lecciones derivadas de esas experiencias, incorporando sus elementos positivos y corrigiendo sus deficiencias; pero sobre todo adaptándose a la situación particular de América Latina. Es claro que cada país tendrá que llevar este proceso de aprendizaje y adaptación a sus propias circunstancias.

Ante todo, el curso de la reforma determinará el sentido profundo del esfuerzo social para cuidar de la salud. El sistema de salud puede seguir reproduciendo las desigualdades o puede asumir su papel central de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los retos de la vida en igualdad de oportunidades. Vivimos tiempos de exploración y renovación. A través del

esfuerzo por imaginar e implantar un estado de cosas más deseable que el actual, están surgiendo nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud que deben analizarse y debatirse. Las reformas implican opciones que deben discutirse desde una perspectiva lo menos prejuiciada y lo más informada posible, que busque además consensos razonables, no descalificaciones estériles. Los tiempos exigen cambios que de postergarse profundizarán y ampliarán los problemas ya existentes, lo que además podría poner en mayor peligro la estabilidad que requiere la atención de nuestras necesidades de salud. Aunque las sociedades latinoamericanas corren muchos riesgos al innovar, tienen, también, el privilegio de inventar un mejor futuro para sí mismas.

#### Reconocimientos

Este trabajo está basado en los siguientes artículos:

- Londoño, J.L., Frenk, J., "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", En: Frenk, J. (ed). Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios, Políticas, México, D.F.; Fundación Mexicana para la Salud (en prensa), 1997.
- Frenk, J., Bobadilla, J.L., "Los futuros de la salud", *Nexos: Sociedad, Ciencia, Literatura*, no. 157 (enero): 59-68, 1991.
- Frenk, J., "Dimensions of health system reform", *Health Policy* 27: 19-34, 1994.
- Frenk, J., "Comprehensive policy analysis for health system reform", *Health Policy* 32: 257-277, 1995.

Por lo que respecta al primero de estos artículos, agradecemos los valiosos comentarios de Phillip Musgrove, Alain Enthoven, Miguel Angel González Block, Enrique Ruelas y Javier Bonilla.

La responsabilidad por el contenido del presente trabajo es exclusiva de los autores y no refleja la posición oficial de sus respectivas instituciones de trabajo.

#### Referencias

Aguilar Camín, H., Después del Milagro, México, D.F., Caly Arena: 15, 1990.

Altimir, O., Economic development and social equity: A Latin American perspective, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1996.

Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud, Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial, 1993.

Bobadilla, J.L., Frenk, J., Lozano, R., Frejka, T., Stem, C., "The epidemiologic transition and health priorities", en: Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R., Bobadilla, J.L. (eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial: 51-63, 1993.

Chernichovsky, D., *Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm*, Milbank Quarterly 73: 339-372, 1995.

Deininger, K., Squire, L., Measuring income inequality: A new data base, Washington, D.C., Banco Mundial, 1996.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries, Nueva York, Oxford University Press, 1995.

Enthoven, A., Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, Amsterdam, North Holland, 1988.

Frenk, J., Bobadilla, J.L., Lozano, R., "The epidemiologic transition in Latin America", en: Timaeus, I.M., Chackiel, J., Ruzicka, L. (eds), *Adult Mortality in Latin America*, Nueva York, Clarendon Press-Oxford: 123-139, 1996.

Frenk, J., Lozano, R., González-Block, M.A. et al., *Economía y Salud:* Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Fuenzalida-Puelma, H.L., Scholle-Connor, S. (eds), *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. 1989.

González-Block, M.A., Health care access policy and service utilization. The case of prenatal care and child delivery in Mexico, Health Policy and Planning 9: 204-212, 1994.

Govindaraj, R., Murray, C.J.L., Chellaraj, G., *Health expenditures in Latin America*, Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C, 1994.

Hirschman, A.O., Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1970.

Inter-American Development Bank, *Economic and Social Progress in Latin America*. 1996 Report. Special Section on Making Social Services Work, Washington, D.C., Johns Hopkins University Press para el Banco Interamericano de Desarrollo, 1996.

Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R., Bobadilla, J.L. (eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York, Oxford University Press para el Banco Mundial, 1993.

Londoño, J.L., *Poverty, inequality and democracy in Latin America*, Trabajo presentado en la Primera Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Rio de Janeiro, 1995a.

Londoño, J.L., La estructuración social hacia el nuevo siglo y el rol del Estado, Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C., 1995b.

Londoño, J.L., Moser, C., Violencia urbana en América Latina, Trabajo presentado en la Segunda Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Bogotá, 1996.

Morley, S., *Poverty and Inequality in Latin America*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1995.

Murray, C.J.L., López, A.D., "Annex 1: Global patterns of cause of death and burden of disease in 1990, with projections to 2020", en: *Investing in Health Research and Development: Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud: 133-185, 1996.

Musgrove, P., *Public and private roles in health: theory and financing patterns*, World Bank Discussion Paper No. 339. Washington, D.C., Banco Mundial, 1996.

Organisation for Economic Co-Operation and Development, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies No. 2. París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 1992.

Organización Panamericana de la Salud, Condiciones de Salud en las Américas, Washington, D.C., OPS, 1994.

Schmitter, P.C., "Still the century of corporatism?", en: Schmitter, P.C., Lehmbruch, G. (eds), *Trends toward Corporatist Intermediation*, Beverly Hills y Londres, SAGE Publications: 7-52, 1979.

Starr, P., The Logic of Health Care Reform, Nueva York, Whittle Books, 1994.

<del></del> -		

# RECURSOS HUMANOS EN EL PROCESO DE REFORMA

DR. CIRO V. SUMAYA

MINISTERIO DE SALUD E.U.A.

#### CIRO V. SUMAYA

Nacionalidad Estadounidense, Médico Cirujano por la Universidad de Texas con sede en Galveston y Maestro en Salud Pública y Medicina Tropical por la Universidad de Tulane.

#### **Experiencia Laboral**

Actualmente se desempeña como Secretario Asistente en materia de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos con sede en Washington. Su principal responsabilidad es coordinar el Desarrollo de Políticas Intersectoriales de Alto Nivel para que los Centros Académicos de Salud y los Profesionales de Salud del país sean capaces de enfrentar los retos de los cambios ambientales actuales.

Fue Administrador de Recursos de Salud y Administración de Servicios (HRSA), Entidad Federal que busca la innovación en el otorgamiento de salud y la capacitación de profesionales de salud a través de toda la nación, el Dr. Sumaya es el primer funcionario de origen estadounidense que dirige un Organismo de Servicios de Salud Pública en Estados Unidos.

Fue Profesor e Investigador en el Centro de Ciencia de la Universidad de Texas, en San Antonio.

Fue Fundador del Centro de Investigación de Salud y del Centro de Educación para la Salud, ambos al sur de Texas, asimismo del Centro de Investigación sobre "Efectividad de los Tratamientos Médicos. "También fue una de la 6 personas que contribuyó a la fundación de la Administración Académica y Política de Salud de la Asociación de Centros Académicos de Salud.

Su producción escrita, incluye 110 artículos para revistas profesionales y capítulos de libros sobre "Infecciones vírales pediátricas" "Atención médica para poblaciones marginadas" entre otros.

Dada su gran experiencia en investigación, ha participado como conferencista en numerosos eventos, tanto a nivel nacional como internacional.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y a la Organización Panamericana de la Salud y a sus distinguidos miembros, por haberme invitado a participar en las discusiones de un tema tan importante como es la seguridad social en materia de salud.

Por lo tanto, estoy muy contento por habiarles el día de hoy sobre el estado actual de "Los sistemas de cuidado de salud y la reforma", en los Estados Unidos de Norte América.

Durante los últimos cinco años, han ocurrido un gran número de cambios en el sistema, mediante el cual se provee cuidado de salud a los 250 millones de personas de los Estados Unidos. Para comprender mejor esta situación que tiene un desarrollo y una evolución rápida, voy a mencionar ciertos puntos y perspectivas en general del sistema de salud de mí país.

Primero, la salud pública y la prestación de servicios de cuidado de la salud son entidades separadas en los Estados Unidos. Varias funciones de salud pública, como son la higienización, el control de las enfermedades infecciosas, etc., han sido responsabilidad del gobierno de los Estados Unidos.

En contraste, el gobierno federal históricamente, ha desempeñado sólo un rol periférico en diseñar, supervisar, o controlar la repartición de servicios de la salud. Se puede argumentar que, en los E. U. A., aún, no se ha impuesto un verdadero sistema para la dirección del cuidado de la salud.

Nuestras instituciones no gubernamentales —incluyendo profesionales de la salud, hospitales, empleadores, compañías de seguro y otros que se consideran el "sector privado" de nuestra economía— son las que han tenido mayor responsabilidad para dirigir el servicio de salud en comparación con el gobierno federal.

El gobierno federal autoriza pagos para cubrir los gastos del cuidado de la salud de personas en edad avanzada, o sea más de 65 años, por medio de un programa de seguro llamado "Medicare". El gobierno federal también patrocina junto con los estados un programa que provee un seguro público de salud para personas o familias muy pobres, llamado "Medicaid".

Adicionalmente, el gobierno federal comparte la autoridad política y otros programas de apoyo — en alianza — con los gobiernos de cada uno de nuestros 50 estados. Dentro de cada uno de los estados, la más amplia autoridad está en manos del condado (municipio), la ciudad, y otros gobiernos locales.

Segundo, el sistema de cuidado de la salud comprende, por sí solo, el sector más grande de nuestra economía. Un dólar de cada siete dólares dentro de la economía esta dedicado al cuidado de la salud. Esta es una cantidad mucho mayor que la de cualquier otra nación.

En proporción a nuestra economía, en los Estados Unidos gastamos el 13 por ciento de nuestro Producto Interno Bruto (PIB), contrario al porcentaje mundial del ocho por ciento (o un estimado del cinco por ciento del Producto Interno Bruto en América Latina y el Caribe).

Este nivel de costos sigue aumentado debido al incremento rápido de la tecnología médica, la expansión de especialistas con prestaciones de servicios asociados con atención secundaria y terciaria, y un sistema de seguros que no controlaba utilización o volumen de prestaciones de servicios. En suma, los costos de los servicios de cuidado de la salud en mi país se han cuadruplicado desde 1980.

Sin embargo, a pesar de esta inversión inmensa se reconoce con lástima, que millones de personas en los Estados Unidos no tienen acceso adecuado a alguna fuente de cuidado de la salud. Actualmente alrededor de 40 millones se personas de nuestra población no tienen la protección de un seguro privado de salud a través de su empleo; ni siquiera un seguro público provisto por los gobiernos federales y estatales bajo el programa de Medicaid que proporciona acceso al cuidado de la salud para los pobres.

Estas circunstancias anotadas arriba, entre otras, nos conducen a los recientes esfuerzos en los Estados Unidos por promover la reforma del cuidado de la salud — primero, por los medios políticos, y últimamente, mediante cambios en los mecanismos económicos que controlan en gran parte nuestro sistema.

En 1993, el Congreso de los Estados Unidos se negó a convertir en ley un programa desarrollado y defendido por el Presidente Clinton. Este

programa fue diseñado con el propósito de hacer que el servicio de cuidado de salud sea accesible a todos; es decir, toda la población iba a estar cubierta con el seguro médico.

Mientras este programa apoyado por el Presidente NO fue aprobado, los mecanismos del sector-privado han montado un movimiento formidable con consecuencias profundas en nuestro sistema de salud. Concurrentemente, el gobierno federal y el de los 50 estados siguen dando pasos adicionales aunque menos comprensibles que la ley nacional no aprobada, pero que continúa y hace reformas que se incrementan progresivamente al sistema de la salud.

#### "Managed Care" - Desarrollo y Evolución

Quisiera ahora mencionar unos ejemplos con más detalle sobre los cambios mayores que están ocurriendo actualmente en el sistema de salud del país.

Planes de la salud que utilizan prestaciones de servicios coordinados ("managed care") se están extendiendo rápidamente en todas partes. Estos planes de la salud de "managed care" cubren poblaciones definidas con servicios definidos.

Hay muchas variaciones entre equipos de personal médico y de arreglos de pago dentro los planes de salud de "managed care", con versiones nuevas emergiendo continuamente.

Los organismos de "managed care" más viejos y tradicionales se componen de sistemas de prestaciones de servicios que tienen su propio personal o equipo de médicos de atención, primaria y de especialistas. Normalmente se paga por adelantado por cada persona (o familia) que participa en el plan de salud sobre un período de un año; este método de pago se llama "capitation".

Los nuevos planes de salud de "managed care" tienen más flexibilidad y los pacientes inscritos utilizan a médicos contratados por el plan, pero estos médicos ven a los pacientes en sus consultorios privados o en clínicas privadas de grupos de médicos. Y estos médicos individualmente o en

grupos pueden tener contratos para examinar pacientes inscritos en diferentes planes de salud de "managed care".

Hay varios métodos para pagar los cargos de estos servicios de "managed care", sean "capitation", honorarios a la hora de la prestación de los servicios, descuentos de esos honorarios, y "capitation parcial" u otras combinaciones.

"Managed care" ha ganado popularidad porque se anticipa que puede controlar el aumento del costo de atención médica, un problema que ha plagado el sistema del cuidado de la salud de la nación como comenté anteriormente.

Factores relacionados con el control de costos de atención médica son varios incluyendo los siguientes: más productividad, más eficiencia, menos utilización, y el uso de guardabarreras de atención primaria o coordinadores de servicios para que haya menos referidos y atención de especialistas.

En muchas instancias, organismos de managed care utilizan enfermeras o ayudantes de los médicos para completar o a veces sustituir al médico de atención primaria. El uso de este personal también es otro mecanismo para reducir costos.

La prevención de enfermedad y la promoción de salud se mencionan comúnmente como componentes mayores de sistemas de los "managed care". Pero, hay medidas de prevención que no se cubren en el paquete de prestaciones de servicios y mecanismos para monitorear y determinar la eficacia de las medidas de prevención y se estorban por razones de que los pacientes tienen la oportunidad periódicamente de cambiar a otros planes de salud.

Pero aunque hay evidencia que los costos de atención médica se pueden controlar por "managed care", por lo menos en las fases tempranas en el desarrollo de estos sistemas, se sospecha que esto se debe no sólo al cuidado más eficaz sino también porque los pacientes más saludables se inscriben en estos planes de salud, y los sistemas de "managed care" no tratan a pacientes no asegurados o cuyos seguros pagan poco por las prestaciones de servicios.

Asimismo sigue aumentando la preocupación de que el enfoque del sistema de "managed care" para controlar costos resulta de una reducción de prestaciones de servicios necesarios y un decrecimiento en general de la calidad en la atención médica. Un ejemplo de esto sería la recomendación de muchos planes de salud de "managed care" en reducir la estadía en el hospital para madres y sus recién nacidos.

Se han visto muchos casos donde las madres y su recién nacido dejan el hospital entre 12 a 18 horas después de nacer el bebe. Recientemente se han publicado datos donde esta práctica está asociada con más reingresos de la madre o el recién nacido.

El gobierno está desarrollando medidas más drásticas, incluyendo la formación de una comisión para monitorear la calidad de atención médica en sistemas de "managed care", así como el apoyo legal para proteger al consumidor.

Varios estados en el país también están proponiendo sus leyes y regulaciones enfocados en actividades de "managed care" y en la habilidad con que el pueblo pueda hacer demandas legales contra prestaciones de servicios impropios o dañosos.

A pesar de este aumento en limitaciones y regulaciones, la industria de "managed care" continúa creciendo rápidamente. Además existe mucha actividad en otras áreas: hospitales grandes o sistemas/alíanzas de hospitales por-ganancia están comprando otros hospitales, incluso hospitales de no-por-ganancia. Hay también muchos casos donde clínicas médicas u hospitales se están uniendo o ligando.

En general, ventas, uniones, aventuras de capital entre hospitales, conversión o transformación de hospitales no-por-ganancia a hospitales por ganancias, etc., son parte de una pelea o fenómeno económico para conseguir y detener una parte del mercado nacional o regional de prestaciones de servicios.

Las clínicas y hospitales que quedan fuera del circulo de triunfadores en el mercado de servicios de salud proceden a la bancarrota, venta, o cierre.

#### "Managed Care" - efectos/influencias positivas

El movimiento de "managed care" parece tener una influencia positiva en la mezcla o proporciones de especialistas y médicos de atención primaria en el país. Durante las últimas dos décadas, hemos producido más y más especialistas y relativamente pocos médicos de atención primaria. La proporción de especialistas en E.U.A. es aproximadamente 70% entre todos los médicos que practican.

Los cambios se están notando en la selección de residencias entre graduados recientes de las facultades de medicina: por el tercer año seguido el número de graduados escogiendo residencias en atención primaria está subiendo mientras que el número escogiendo la opción de residencias en especialidades está bajando.

Se piensa que este fenómeno esta relacionado, por lo menos en parte, con el papel importante que médicos en atención primaria juegan en "maneged care".

"Managed care" también parece tener un efecto indirecto en el número de residentes formados en el país. Se reconoce que sistemas de "managed care" utilizan un número compacto de médicos/clínicos de especialistas, que sirven a poblaciones definidas inscritos en sus planes de salud.

El porqué del número de residentes, particularmente en áreas de especialidades ha aumentado durante esta década, es una preocupación porque los sistemas de "managed care" están en aumento.

El gobierno federal esta tomando un papel mas activo al tratar de reducir el número de residentes recibiendo capacitación, particularmente los que escogen especialidades. El Estado de Nueva York está participando en una demostración federal con el reto de reducir el número de residentes en formación por 25% durante los próximos 6 años; concurrentemente este programa de demostración de incentivos para aumentar el número de residentes que escogen áreas de atención médica primaria.

Se piensa que otros estados de la nación van a querer hacer demostraciones similares al de Nueva York. Esfuerzos para reducir el número de residentes que son graduados de facultades de medicina, extranjeros que están bajo

discusión pero ningunas medidas específicas se han tomado debido al tumulto político que éste puede crear.

"Managed care" ha tenido un efecto positivo al expandir las prestaciones de servicio en sitios ambulatorios de parientes externos y también en el hogar. Se toma en cuenta que muchas medidas diagnósticas y de tratamiento no se tienen que ejecutar en hospitales.

Esta redirección en las prestaciones de servicio no solamente ha disminuido los costos del cuidado médico, sino también ha proveído mejoras en la continuidad de los servicios, la habilidad de utilizar más medidas preventivas, y mejorar la comunicación con los pacientes.

Se anticipa que con la expansión de la capacitación/formación de nuestros profesionales de la salud en estos sitios ambulatorios, se descentralizarán los sitios de capacitación fuera de hospitales urbanos universitarios, podremos mejorar la distribución geográfica y el acceso de profesionales de la salud a mucha de nuestra población en desventaja.

Otra consecuencia de la expansión de visitas ambulatorias es la disminución en el número de camas en hospitales que se están utilizando. Así es que algunos hospitales están en un proceso de disminuir su capacidad en camas mientras que están en un proceso de expansión en servicios ambulatorios para pacientes externos.

# Reforma "Managed Care - efectos a investigaciones científicas y clínicas, misión educativa, centros académicos de la salud

Otra preocupación con la expansión de "managed care" es que ha provocado un mercado de cuidado de calidad de prestaciones de servicios muy competitivo y comercializado, y ésto implica a las instituciones que producen investigaciones científicas y clínicas y que, también, están involucradas con la formación/capacitación de los profesionales de la salud.

La razón de esto es que, los mayores productores de investigación y capacitación de los profesionales de la salud, compuestos principalmente de una infraestructura llamada centros académicos de salud, no pueden

competir suficientemente bien contra sistemas de "managed care" cuando se trata de prestaciones de servicios a pacientes.

Los centros académicos de la salud en los E.U.A son diferentes a un hospital de enseñanza (donde ocurre la formación de residentes), una facultad de medicina, y facultades de otras disciplinas profesionales como enfermería, odontología, salud pública, farmacia y otros relacionados con la salud.

Existen 125 de estos centros en todo el país. Porque tiene responsabilidades de investigación y educación además de las prestaciones de servicios, incluyéndolos para las poblaciones pobres, los centros académicos tienen dificultades compitiendo lo suficiente en efectividad y eficiencia con sistemas u organismos como "managed care" que concentran todas sus energías en prestaciones de servicios y a un costo más reducido.

Hay hallazgos tempranos indicando que los centros académicos de la salud están perdiendo pacientes que tienen seguros de salud, los ingresos, resultado de las prestaciones de servicios están disminuyendo, mientras que, el número de pacientes pobres y sin cobertura de seguros de salud que acuden a los centros académicos están en aumento.

Estos cambios en el campo de servicios están teniendo un efecto adverso en los recursos financieros que los centros académicos utilizan para apoyar las actividades de investigación y la misión educativa. Es importante notar que el sistema de "managed care" comercial no acepta pacientes sin seguro.

Para evaluar los efectos de la Academic Health Centers (AHCs) en la producción de investigaciones científicas y de capacitación de nuestros profesionales de la salud del futuro, el Ministerio de Salud ha desarrollado una iniciativa sobre el futuro de los Centros Académicos de la Salud. Yo estoy a cargo de esta iniciativa.

Hemos establecido, una comisión y grupos de trabajo, que están examinando la política del gobierno pertinente a las misiones de AHCs, analizan la información y consiguen datos sobre cambios en el sistema de atención médica, (y sus consecuencias potenciales), todo ello consultado por grupos y competentes relacionados con AHCs (líderes gubernamentales,

organismos de la comunidad, organismos de las profesiones de la salud, planes de la salud, aseguradores).

Vamos a desarrollar un informe al Ministerio de Salud que proporciona opciones de la política y acciones estratégicas con implicaciones para legislar, presupuestar y regular los diferentes programas (a nivel nacional y estatal). La fecha límite es septiembre de 1997.

Además, el gobierno está muy interesado en ampliar la cobertura de seguro de la salud para la población que no tiene seguro, privado o público. La meta será cubrir a la gran mayoría, si no es que a todos, sí por lo menos a los niños del país con seguros públicos (del gobierno), en las circunstancias donde los padres no pueden obtener seguros privados para sus hijos.

En conclusión, el sistema de cuidado de la salud en los E.U.A. está en una etapa de transformación significativa. Se están haciendo esfuerzos para disminuir los costos de prestaciones de servicios mientras se mantenga una alta calidad en la atención médica. Estamos tratando de mantener un nivel alto en investigación científica relacionada con la salud y un esfuerzo robusto de capacitación para los profesionales de la salud para el futuro.

Quedamos optimistas de que después de estas reestructuraciones significativa con cambios, allí emergerá un sistema de cuidado de la salud más fuerte, más accesible, con mejoras para nuestro pueblo.

### PERSPECTIVAS DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA POBLACION ABIERTA EN LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

JAVIER CABRAL SOTO

COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA
IMSS-SOLIDARIDAD

#### JAVIER CABRAL SOTO

Médico Cirujano, Egresado de la Universidad de Guanajuato, de 46 años de edad, con un Curso de Salud Pública de la Secretaría de Salud y una Maestría en Administración Médica y de Hospital de la Facultad de Contaduría de la Universidad Nacional Autónoma de México

#### **Experiencia Laboral:**

Asesor Médico en la Subsecretaría de Planeación de Desarrollo de Secretaría de Salud.

Asesor Médico en la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asesor Médico en la Jefatura de Servicios de Medicina Familiar Dendiente de la Subdirección General Médica.

Asesor Médico de la Jefatura de Planificación Familiar Dependiente de la Subdirección General Médica.

Jefe de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estudio de Zacatecas.

Asesor del Programa IMSS-Solidaridad.

Titular de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, y actualmente es Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad.

Esta es una oportunidad única de contribuir al conocimiento del proceso de reforma de seguridad social en México, agradezco al Comité organizador de este evento la invitación hecha al programa IMSS-Solidaridad de participar. Espero que mi contribución signifique una mejora en la comprensión de dicha reforma y ayude a ampliar las oportunidades de alcanzar una seguridad social más justa para la población mexicana que lo requiere.

\* Esta ponencia se apoyó en acetatos

"La recuperación económica de América Latina es sorprendente pero podría desmoronarse a menos que los gobiernos tomen medidas urgentes para ayudar a los pobres".

Banco Mundial, 1992.

Acetato I

El Banco Mundial en su último informe anual, correspondiente a 1992, advierte que "La recuperación económica de América Latina es sorprendente, pero podría desmoronarse a menos que los gobiernos tomen urgentes medidas para ayudar a los pobres".

Con esta afirmación quiero poner de manifiesto la urgencia que tenemos de propuestas de atención surgidas a la luz de las reforma a la seguridad social y dirigidas a aquella población carente de recursos económicos, asimismo la importancia de revisar los alcances y tendencias de las mismas, situación necesaria no sólo para países de América Latina sino también para otras regiones del mundo.

RETOS PARA LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A POBLACION ABIERTA

Llevar a grupos con rezago social y económica

- El desarrollo
- La producción de bienes
- · Instaurar un desarrollo sustentable

Lo que significa invertir más en salud

Acetato II

México vive un nuevo tiempo de democracia, de crecimiento y desarrollo donde se buscan políticas económicas reales que tengan un alto contenido social para responder a vastos sectores de la población que transitan en una etapa de desconcierto y que buscan en programas como IMSS-Solidaridad una alternativa viable de acceder a los beneficios implícitos en la seguridad social: el reto es llevar al desarrollo a estos grupos poblacionales, a la producción de bienes y al desarrollo sustentable para invertir mas en salud.

#### EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN POBLACION ABIERTA

Seguro Social

Regímenes especiales

Asistencia social

Paquetes esenciales de salud

Dependen de ingresos fiscales Efectivos Eficientes

Acetato III

Es acuerdo de expertos que es difícil extender regímenes no contributorios para cubrir a personas que de cualquier forma no podrían pagar, ni asegurar un cumplimiento de formas de retribución, lo que se convertiría en una tarea administrativa compleja.

Si bien se han ideado formas modestas de seguridad social para grupos de población que en alguna medida se están integrando a los sectores productivos modernos, las prestaciones de asistencia social o una gama limitada de prestaciones universales, a menudo muy esenciales, constituyen generalmente los únicos medios prácticos que permiten proteger a aquellas personas ubicadas fuera del campo de acción de la seguridad social institucionalizada. Estas prestaciones están sujetas a la existencia de ingresos fiscales efectivos y eficientes, estas, las prestaciones sociales se enfrentan entonces a problemas esenciales de la recaudación de impuestos: la base impositiva es muy pequeña en comparación con los gastos estimados.

## VIABILIDAD DE LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A POBLACION ABIERTA

Diversidad de fuentes de financiamiento

Logro del impacto con la mayor eficiencia

Acetato IV

Las perspectivas de la atención abierta tienen que sustentarse en 2 aspectos fundamentales para su viabilidad; el adecuado financiamiento y el logro del impacto con la mayor eficiencia, de lo contrario están condenados al fracaso, al despilfarro y a la ineficiencia de los servicios, sin ningún o poco impacto en la salud de la población.

#### FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL A POBLACION ABIERTA

- · Productos fiscales
- Deuda externa
- Donaciones internacionales

Acetato V

El primer gran desafío es el financiamiento. ¿ De dónde se paga la atención a la salud de una población sin capacidad contributoria, sin empleo, sin escolaridad con los mayores riesgos de enfermar y con una situación de pobreza extrema?

Sin duda alguna esto tiene tres fuentes; el dinero proveniente de los productos fiscales o de la deuda externa o de donaciones internacionales.

#### ASIGNACION DE RECURSOS

#### Criterios de eficiencia

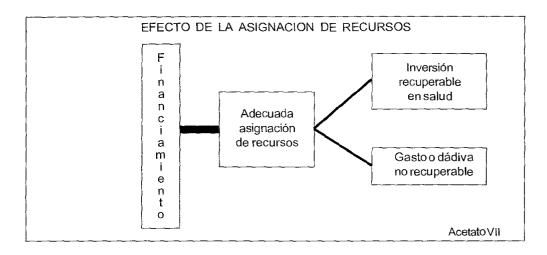
- Relación insumos productos
- Metas programadas
- · Impacto en salud

Acetato VI

Segundo, una vez financiados estos servicios a población abierta, urge revisar su productividad o eficiencia en la relación insumo-producto, su eficacia en el logro de las metas programadas y, lo más importante; conocer su impacto en la salud de la población que se atiende.

La evaluación de la operación de los servicios y sus resultados, deben ser una constante que permita asignar los recursos fiscales a las instituciones que aseguren resultados y no sólo distribuirlos entre las diferentes y varias instituciones que existen para atender la población abierta en materia de salud.

La evaluación de la eficiencia y eficacia, del impacto en salud de la eficiencia, del costo beneficio y del costo efectividad deben ser una perspectiva real para invertir los escasos recursos con que se dispone; de nada sirve planear acciones o modelos de atención médica ya sea de primer, segundo o tercer nivel de bajo costo y alto impacto si su aplicación es ineficiente y no produce resultados en una población.



La competencia, la comparación de la eficiencia administrativa y el resultado en salud deben ser premisas para asignar recursos provenientes de la vía fiscal, de donaciones o de la deuda externa, a la población con mas rezagos y con mayor probabilidad de enfermar y morir, de tal forma que este financiamiento se traduzca en una inversión recuperable y no un gasto o dádiva a la población abierta; el reto es invertir con eficiencia para sacar a estos grupos poblacionales del rezago en salud y bienestar, que en muchos de

nuestros países no representan precisamente a "grupos" sino a estratos de población de un tercio a casi la mitad de las mismas.

#### **EVALUACION PARA ASIGNACION DE RECURSOS**

Análisis:

Epidemiológico Demográfico Económico

VS

Criterios:

Políticos

Discrecionales

AcetatoVIII

Así, los gobiernos deben evaluar mediante resultados reales y medibles, más aún ahora con las excelentes herramientas epidemiológicas, demográficas y de economía de la salud disponibles, evitando repartir recursos con criterios discrecionales o políticos entre las instituciones prestadoras de servicios, ya que este dinero y la oportunidad en tiempo son únicos y las instituciones son varias.

Las bases o las perspectivas fundamentales de atender en salud a la población abierta están en la causalidad de la economía de un país y en la eficiencia y efectividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. El dinero es limitado, las necesidades son crecientes y el tiempo es irreversible, entre todas, más aún en un marco plural y democrático, ésta es la respuesta.

#### EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Conceptualización

1943: Ley del Seguro Social

Limitante

Sustento basado en economía formal

Acetato IX

Sin embargo en nuestro país, desde la promulgación en 1943 de la ley del seguro social, se conceptualizaba la extensión de la seguridad social a la totalidad de la población, situación que obviamente no se había dado por ser la economía formal el inicio de la seguridad social. Hoy, gracias a la reforma de la ley del iMSS, la posibilidad real de ampliar la seguridad social es un hecho al abrir a la economía informal la afiliación a través del seguro de familia.

#### EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### Impulso

1973: Modificaciones a la Ley del Seguro Social

#### Apoyos

- Expansión de la solidaridad social
- · Crecimiento del IMSS
- Conjunción de esfuerzos IMSS gobierno y Secretaría de Salubridad y Asistencia

Acetato X

En 1973 el gobierno de la república promovió cambios sustanciales en la legislación del seguro social posibilitando extender la seguridad social a la población sin capacidad contributiva pero con financiamiento fiscal, así hace casi 24 años el Consejo Técnico y la Asamblea del Instituto Mexicano del Seguro Social aprobaron esta novedosa idea, que se sustentaba en los inicios y crecimiento de la seguridad social, cuando en México el IMSS estaba en crecimiento óptimo, a la mitad de los años que hoy tiene de existencia, fue factible que esta institución tripartita se solidarizara con sus compatriotas que tenían el infortunio de no estar dentro de la economía formal, que no tenían empleo, contribuyendo con el gobierno federal a extender la cobertura de servicios de salud a la población mexicana que no tenían capacidad contributiva y que eran responsabilidad de la Secretaría de Salud.

#### ANTECEDENTES DE LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1974: Programa Solidaridad Social por cooperación comunitaria

#### Enfoques

- Impulso de la solidaridad social en el campo y zonas marginadas
- Participación voluntaria de la comunidad
- · Financiamiento federal
- Administración institucional

Acetato XI

Este hecho, pionero en el continente, dio pauta en 1974 para la creación del programa Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, que fue una respuesta en salud a las zonas olvidadas del país, y fue el impulso de la

seguridad social al campo bajo la premisa de que el eje fundamental de este programa es la participación comunitaria, para afrontar los principales problemas de salud que la afectan.

### ANTECEDENTES DE LA EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### 1979: Programa IMSS COPLAMAR

- Proteger con servicios de salud a población de zonas marginadas
- Financiamiento federal
- Administración institucional

Acetato XII

En 1979 bajo el nombre de IMSS-COPLAMAR, la capacidad de cobertura se ve ampliada al conferírsele la responsabilidad de proteger con servicios de salud a población de algunas zonas marginadas.

El proyecto de extender los servicios de salud fue posible dada la experiencia y la calidad técnica, administrativa y médica alcanzada por el IMSS mediante el financiamiento proveniente del gobierno federal producto del crecimiento económico del país vía fiscal.

#### EXTENSION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### Estrategia

· Atención primaria a la salud

#### Fundamentos

- Participación comunitaria
- Bajos costos de operación

Acetato XIII

Fue y es un programa basado en la estrategia de atención primaria a la salud, con dos fundamentos; costos bajos y alto impacto, así se formulo y se continúa hasta la fecha trabajando, es un programa que opera y administra el IMSS con mucho orgullo, su eficiencia y resultados han sido impresionantes y sus costos son obviamente muy bajos en relación a los esquemas de seguridad social, pero diferentes a instituciones de asistencia social dedicadas a la población abierta.

#### PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

#### Factibilidad

- Ampliar participación de recursos humanos
- Simplificación de normatividad
- Respeto a la tradición y costumbres indígena y campesina

Acetato XIV

Este programa fue factible porque todos; médicos, enfermeras, administradores, financieros y sindicato, aportaron sus conocimientos y su experiencia en la administración de servicios de salud; de tal forma que se formo un equipo multidisciplinario a partir de cada una de las áreas normativas del IMSS, todas, bajo el mando e instrucción de la Dirección General del IMSS, planearon un programa de salud que simplificara toda la normatividad del régimen obligatorio y se adaptase a las condiciones rurales pero sobre todo respetara las costumbres y tradiciones indígenas y campesinas. La realización del proyecto y la ejecución del mismo fue un éxito, se construyeron en un inicio y en un tiempo récord cerca de 1,000 unidades médicas y 22 hospitales. Todo este programa debía adaptarse a los escasos recursos disponibles, pero tenía que ser y, lo es, altamente eficiente, con una productividad entre el 90 y 100% para obtener un alto impacto en salud como lo ha hecho hasta la fecha.

#### PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

#### Bases de trabajo

- Relación contractual
- Becarios
- Conservación y mantenimiento

Acetato XV

La creatividad y el ingenio de los compañeros de aquel entonces, que a la fecha continúan en el IMSS, fijó reglas y dio resultados. Las bases fundamentales se gestaron en todas las áreas, destacándos e la relación contractual, la utilización de personal becario y las obras de conservación y mantenimiento. Fue pues, y es un programa simplificado, operativo, de bajo costo, de alto rendimiento y gran impacto en salud acompañado del desarrollo comunitario de las localidades donde se encuentra.

#### PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

#### Caracterización

- Modelo de atención propio
- · Replicabilidad del modelo
- Compromiso de extensión de cobertura a: 10'000,000 de habitantes Mediante contraprestación de servicios

Acetato XVI

Es importante señalar que no se replicó el esquema operativo del regimen obligatorio a las áreas rurales e indígenas, sino se adecuó a un modelo de atención a ellos, por lo tanto sus principios son vigentes a la fecha y pueden ser replicables en cualquier país o estado.

El IMSS se comprometió con el gobierno federal en que este programa alcanzaría a cubrir hasta 10 millones de habitantes aproximadamente, que les daría los servicios a cambio de su participación en obras y servicios a la comunidad, que ellos con su contraprestación de servicios hicieran obras de saneamiento ambiental, caminos, agua, mejoramiento de vivienda, drenajes, letrinas, reforestación, etc.

#### PROGRAMA IMSS-COPLAMAR

1983-1984: Decreto de descentralización

- 14 estados
- 900 unidades médicas y 22 hospitales

Acetato XVII

Esta meta casi se alcanzó para 1983, diez años después de su implantación, con una presencia semi nacional. En ese entonces el gobierno federal decidió transferir los recursos financieros a la Secretaria de Salud y a los gobiernos de los estados por lo cual el IMSS entregó cerca de 900 unidades médicas rurales y 22 hospitales en 14 estados de la república.

#### PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

1989: Programa IMSS-Solidaridad

- 17 Estados
- 10.9 Millones de mexicanos
- 3.540 unidades médicas rurales y 68 hospitales rurales

Acetato XVIII

Hoy, el programa permanece en 17 estados de la república, bajo la denominación de IMSS-Solidaridad, administrados por el Instituto a través de sus delegaciones estatales con un financiamiento federal del 100%, el cuál incluye el pago de la administración del programa por el IMSS y ampara a cerca de 11 millones de habitantes, que residen en 1,262 municipios, y para atenderlos cuenta con una infraestructura de servicios de salud de primero y segundo nivel que comprende una red regionalizada de servicios con 3,540 unidades médicas y 68 hospitales rurales, y casi 12 mil asistentes rurales en las localidades más cercanas de las unidades médicas, también cuenta con 507 vehículos, enlazado todo este sistema por radio entre las unidades médicas y los vehículos con los hospitales.

	AMBITO DE RESPONSABILIDAD DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD	
Marginalidad	Estados	Población
Muy alta	Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla	49%
Alta	Campeche, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán, Zacatecas	26%
Media	Durango, Sinaloa	23%
Baja	Baja California, Coahuila, Chihuahua, Tamaulipas	2%
		Acetato XIX

La pobreza y la pobreza extrema son un fenómeno de considerables proporciones en el ámbito de trabajo de IMSS-Solidaridad, según informes del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), el 88% de los municipios atendidos son considerados de muy alta y alta marginalidad, es ahí donde se ubica el mayor porcentaje de infraestructura, la presencia del programa en entidades de media o baja marginalidad se concentra en localidades rezagadas o con presencia de grupos indígenas.

### CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

- 80% de las localidades menores de 1,000 habitantes
- 86% viviendas dispersas
- 63% acceso sin pavimentación
- 62% sin abastecimiento de agua
- 95% carecen de drenajes

Acetato XX

El perfil de la población atendida por el programa plantea un complejo panorama, con carencias de todo tipo, combinadas con infinidad de hábitos y costumbres del medio rural, reflejo de la diversidad cultural y étnica de sus habitantes. Conforme al diagnóstico de áreas marginadas el 80% de las 12,734 localidades tienen menos de 1,000 habitantes, en el 86% de ellas, las viviendas están dispersas y al 63% se accede por camino sin pavimentación, el 95% de las localidades carecen de red de drenaje y únicamente el 38% tienen abastecimiento de agua.

#### CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

- 30% Población indígena
- 22% de analfabetismo
- 38% primaria incompleta
- 90% agricultores

Acetato XXI

Destaca que 30% de la población es indígena, 60% son analfabetas o bien no concluyeron la instrucción primaria y el 90% de la fuerza laboral se dedica a la agricultura.

#### UNIDADES MEDICAS RURALES

- · Médico y enfermera
- Area definida

Localidad sede

Cuatro localidades de acción intensiva

- Asistente rural voluntario de cada localidad de acción intensiva
- Acciones de salud de primer contacto

Acetato XXII

La supervisión es la estrategia de mayor importancia para garantizar una funcionalidad regionalizada. Así tenemos, que un conjunto de 10 a 20 unidades de primer nivel, son permanentemente supervisadas por un equipo de salud zonal con un intervalo de un mes entre una visita y otra. Del mismo modo, todas las unidades de una zona de supervisión que pertenecen a un hospital rural y todos los equipos zonales, son supervisadas por un equipo regional con una periodicidad similar.

#### SERVICIOS EN LOS HOSPITALES RURALES

- Consulta externa medicina familiar
- Consulta externa y hospitalización de:

Gineco-obstetricia

Cirugía

Medicina interna

Pediatria

Medicina preventiva

Planificación familiar

Orientación nutricional

- Atención odontológica
- Farmacia

Acetato XXIII

En este contexto, mantener y elevar el nivel de la salud de esta población significa enormes retos, para enfrentarlos se ha realizado la adecuación progresiva de la normativa institucional a las condiciones de la realidad a través de un modelo de atención integral a la salud, sustentado en la estrategia de atención primaria, que fundamentalmente promueve la corresponsabilidad de la población en el mejoramiento de sus condiciones de salud mediante la participación comunitaria y el autocuidado de la salud.



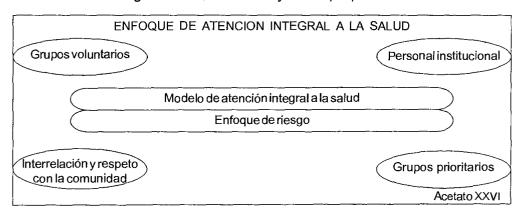
La estrategia de ubicar la protección a la salud de la población como objetivo primordial, siendo esencial incidir en los factores primarios que determinan los riesgos para la salud y no detenerse sólo en el análisis de las consecuencias propias de la pérdida de la salud, implica claramente un enfoque preventivo de las actividades de salud.

El modelo rescata conceptos modernos de la salud pública ya que las acciones del modelo desde el enfoque integral están dirigidas tanto a personas sanas como enfermas en el interior de las unidades médicas y en el ámbito comunitario, la planeación de actividades responde a necesidades locales y las metas se basan en el análisis de la información que realiza el personal operativo.



Aunque este análisis puede tener limitantes, el nivel básico de la organización rescata la participación de la comunidad en la definición de prioridades de salud con métodos de planeación que siendo simples, mantienen el principio de máxima eficiencia al incluir la plena participación de grupos de profesionales, técnicos, auxiliares y miembros de la comunidad, capacitados de acuerdo con las circunstancias y características propias de cada comunidad.

El origen del modelo de atención integral tiene sus sustento en el análisis del vasto mosaico cultural y étnico de la población, situación que debe ser entendida y respetada, también se tiene respeto por las ancestrales formas de organizarse, costumbres, tradiciones y prácticas en torno a la salud. Los primeros diagnósticos mostraron que tanto los riesgos como los daños a la salud eran producto de sus condiciones de vida y que para modificarlas se requería de un concepto de salud integral que pudiese aportar respuestas acordes con la carga cultural, ambiental y social propia de las comunidades.



Mediante la permanencia de este modelo de atención ha sido posible evitar la creación de subprogramas, los que generalmente atomizan la atención cotidiana de los profesionistas de la salud. La delimitación de un programa general que se aplica a través de un solo modelo de atención permite que las políticas de moda no afecten su orientación, ni desvirtúen sus objetivos, situación que duplicaría la utilización de los cada vez más escasos recursos, encareciéndolos al ser subutilizados.

El modelo tiene como otros rasgos distintivos adicionales:

- Evaluar resultados a través de un diagnóstico de salud que permite establecer un programa de trabajo a través del cual planean, organizan, ejecutan y supervisan las acciones que corrijan la problemática encontrada, su periodicidad aunque anual puede ser tan frecuente como sea requerida.
- El segundo punto se refiere a la capacidad que permite a la comunidad vincular sus recursos a los recursos aportados por el programa y por instituciones publicas responsables del desarrollo rural, con base en un propósito único.

## ORIENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD

- Dirigido a población rural, énfasis en población marginada
- · Se aplica conforme a necesidades locales
- Respeto

Cultural Etnico Tradicional y hábitos

Acetato XXVII

Los pasos que permiten al equipo de salud llevar a la práctica el modelo de atención integral a la salud parten del diagnóstico de salud local que se elabora cada año conjuntamente con la comunidad, donde se identifica de que enferma y muere la población y cuales son las causas de ello, a fin de planear, programar y ejecutar las actividades para mejorar las condiciones de salud considerando los recursos disponibles en la comunidad. La evaluación de los impactos obtenidos se realiza en forma global con la redefinición del diagnóstico.

### CARACTERISTICAS DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL

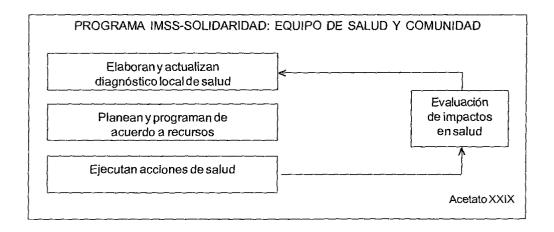
- Sólo existe un programa IMSS-Solidaridad
   Un modelo de atención "único"
   No está constituído por subprogramas
   Políticas de moda no afectan objetivos u orientación
- Diagnóstico periódico para evaluar avances
- Vinculación de recursos locales e institucionales en un propósito único: la salud

Acetato XXVIII

El trabajo continuo a largo plazo ha dado como resultado una forma de organización comunitaria que opera en el universo de trabajo del primer nivel de atención conforme a la siguiente estructura:

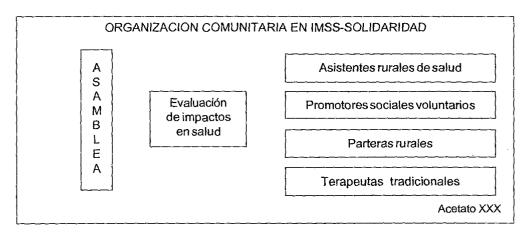
- la asamblea.
- el comité de salud y solidaridad,
- los asistentes rurales de salud.
- los promotores sociales voluntarios rurales,
- las parteras rurales,
- los médicos tradicionales e indigenistas.

Esta amplia participación facilita las actividades del equipo de salud, pues sólo con ella se toman decisiones y establecen compromisos colectivos, además se logra una completa vinculación con la comunidad.



De particular relevancia es la participación de esa estructura comunitaria en la realización de actividades educativas, la identificación y derivación de personas enfermas, se llevan a cabo actividades preventivas como la orientación para completar esquemas de vacunación y la detección de personas en riesgo. Es relevante su participación en la orientación para el mejoramiento de las condiciones de vida y otras actividades encaminadas a eliminar factores de riesgo.

Aunque el establecimiento de la organización comunitaria descrita es una responsabilidad de cada comunidad, el médico y el promotor de acción comunitaria tienen la obligación de propiciarla cuando no exista y de consolidarla donde se encuentre operando en forma parcial.



La organización que he presentado ha obtenido alcances significativos en cuanto a proporcionar una atención de alta calidad así como tener la capacidad de implementar todas las actividades que el sistema nacional requiere para la prevención y control de diversas enfermedades transmisibles como no transmisibles. Ejemplo significativo es el sensible impacto en la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedad diarréica mas allá de los indicadores propuestos internacionalmente, mediante la adecuada aplicación de las estrategias del programa nacional de control de enfermedades diarréicas.

# ACTIVIDADES DEL PERSONAL COMUNITARIO DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

#### Participan en:

- · Promoción de la salud
- Saneamiento básico
- Mejoramiento de la vivienda
- Producción de alimentos
- Control de la fauna nociva
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de baja complejidad

Acetato XXXI

El programa tiene los niveles más altos de cobertura de aplicación de las vacunas contempladas en el esquema nacional de vacunación, hecho que se ha visto reflejado en una baja frecuencia, a una ausencia de casos de enfermedades prevenibles por estos procedimientos.

# AVANCES DEL MODELO DE ATENCION (I) ENFERMEDADES DIARREICAS

- 100% de las unidades ejecutan las estrategias de prevención y control de las enfermedades diarréicas e infecciones respiratorias agudas
- · Pionero en la instalación de centros de rehidratación oral
- 100% de las unidades cuentan con centros de rehidratación oral

Acetato XXXII

También se han dado avances considerables en materia de salud reproductiva donde se mantiene una reducción tanto de la mortalidad materna como de la perinatal, situándose entre las más bajas del país. Asimismo se tiene un comportamiento favorable en la atención temprana del embarazo y cada vez es mayor el número de mujeres que demanda la atención del parto en unidades médicas institucionales y que acuden a consultas prenatales. El programa es pionero y ejemplo de la estrategia del "hospital amigo del niño y de la madre".

### AVANCES DEL MODELO DE ATENCION (II) PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

- Cobertura de 97% en esquema básico en niños de 1 a 4 años de edad
- Participación del 100% de las unidades médicas en vacunación
- Ausencia de casos Poliomielitis Difteria
- Disminución de la incidencia y mortalidad en:

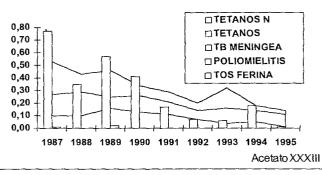
Tetanos neonatal

Tosferina

Tuberculosis

Sarampión





Esta misma organización ha permitido tener una amplia capacidad de respuesta ante enfermedades emergentes, ejemplo sustancial es el caso del cólera, donde los mecanismos implementados de vigilancia han permitido efectuar oportunamente las acciones de prevención y control pertinentes, situación semejante se presenta en el caso del dengue.

# AVANCES DEL MODELO DE ATENCION (III) SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

- Reducción de daños a la salud
   Mortalidad materna a 7.1x10,000 NV
   Mortalidad perinal a 21.1x1,000 NV
   Tétanos neonatal de a 0.02x100,000 SH
- Incremento de acción

Atención del parto institucional a 75% Promedio de consultas prenatal a 5.2

Consolidación estrategia "hospital amigo del niño y de la madre"

Acetato XXXIV

Especial atención se da en el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, donde la participación comunitaria es esencial para obtener altas tasas de curación, ya que el tratamiento de la misma debe ser proporcionado y supervisado por el personal de salud y la estructura comunitaria.

Se han establecido métodos específicos para detectar daños a la salud que antes cursaban inaparentes y se han mejorado los ya existentes, esto facilita una mejor identificación de daños y toma de decisiones.

# AVANCES DEL MODELO DE ATENCION (IV) COLERA

- Certificación del saneamiento básico
- · Apoyo a municipios en la cloración del agua
- Implementación de modulos para cultivo y tipificación de vibrio cholerae
- Tratamiento oportuno y adecuado (letalidad <1%)</li>
- Control de brotes

Acetato XXXV

Con la substancial mejora de los sistemas de información para el registro y notificación de enfermedades, el programa IMSS-Solidaridad ha entrado en una nueva etapa de reorientación de actividades, que conforme al análisis de las causas de enfermedad y muerte en la población le han permitido identificar e integrar 5 grandes prioridades:

- la salud reproductiva y la planificación familiar.
- la vigilancia nutricional del menor de 5 años, la mujer embarazada y la mujer lactante.
- control de los padecimientos asociados al deficiente saneamiento ambiental.
- el programa de salud escolar.
- la detección de enfermedades crónicas y degenerativas.

# AVANCES DEL MODELO DE ATENCION (V) PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

- El 100% de las unidades médicas realizan detección
- · Lectura de baciloscopias en el 100% de los hospitales
- Tratamiento proporcionado y supervisado por personal de salud y la estructura comunitaria

Acetato XXXVI

La primera de estas prioridades implica implementar o mejorar actividades encaminadas a disminuir la mortalidad materna y perinatal, así como proveer de mejores sistemas de preservación del estado de salud de la mujer con un enfoque de dignidad y equidad. Consideramos que un control prenatal oportuno y la adecuada atención del parto son los elementos de muy alto beneficio.

#### PRIORIDADES EN SALUD

- Salud reproductiva y planificación familiar
- Atención nutricional del menor de 5 años, la embarazada y la lactante
- Control de padecimientos asociados a deficientes saneamiento ambiental
- · El programa de salud escolar
- Detección de enfermedades crónicas y degenerativas

Acetato XXXVII

La segunda de estas prioridades permite ejercer acciones especificas para mejorar la alimentación y nutrición en el seno familiar, dado que la desnutrición afecta primordialmente a población más joven. La inversión social en mejores individuos es la que más beneficio obtendrá, tal como vemos se requiere de programas de educación, apoyo en producción de alimentos y de sistemas adecuados de monitoreo del estado nutricional, implicando así al equipo de salud, así como a la estructura comunitaria en su totalidad.

# ACCIONES INTEGRALES EN SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

- Control prenatal oportuno y de calidad
- · Atención del parto por personal capacitado

Acetato XXXVIII

En relación a las enfermedades asociadas al mal saneamiento básico, la participación comunitaria juega un papel preponderante en el control de estos problemas ya que las acciones planteadas le corresponden en su totalidad al estar relacionadas con la mejora de sus condiciones de vida y conservación de un medio ambiente propicio para la salud.

Hay que destacar que el hecho de mencionar prioridades, no significa que se modifique el modelo de atención, se plantea en términos operacionales el énfasis en algunas acciones que inciden como elementos propiciadores del mayor beneficio a la salud en un momento determinado.

Con el propósito de dar a conocer las perspectivas del programa utilizaré como referencia las diferentes estrategias y actividades implementadas para abordar las tres prioridades enunciadas.

#### ACCIONES INTEGRALES DE SALUD EN NUTRICION

- Aprovechamiento adecuado de alimentos disponibles en la región
- · Producción familiar de alimentos
- Vigilancia nutricional del menor de 5 años, la embarazada y la lactante

Acetato XXXIX

La salud integral en el medio rural está muy vinculada al proceso reproductivo y sus efectos sobre la salud materno-infantil. En este contexto, el concepto integral de la salud reproductiva, adquiere gran relevancia para mejorar el estado general de bienestar físico, mental y social de la familia y en especial de la mujer que evidentemente se relacionan a los aspectos de fecundidad.

Con el propósito de abatir el rezago en materia de planificación familiar en las comunidades a cargo del programa IMSS-Solidaridad, se están implementando nuevas estrategias operativas de extensión de cobertura de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar que implican técnicas avanzadas de capacitación, acercamiento de los servicios y educación para la salud.

# ACCIONES INTEGRALES EN SALUD SANEAMIENTO AMBIENTAL

- Uso adecuado del agua para consumo humano
- Disposición sanitaria de excretas
- Eliminación higienica de basura
- · Control de la fauna nociva
- · Mejoramiento de la vivienda

Acetato XL

Así se instrumentó un modelo de comunicación educativa para todo el personal del programa, tanto institucional como comunitario y que comprendiese la totalidad de las nuevas actividades instrumentadas; técnicas de información, comunicación y educación, inserción del dispositivo intrauterino, así como técnicas innovadoras en metodología anticonceptiva y realización de jornadas de salud reproductiva en las cuales se realizan técnicas quirúrgicas simplificadas.

Este modelo de comunicación educativa propicia la participación activa y consciente de la población en las acciones de autocuidado de la salud. Se sustenta en la capacitación y participación comunitaria, denominado "con la población para la población" su efecto es el informar a toda la comunidad en general sobre los beneficios del ejercicio de una sexualidad informada y responsable, para que las parejas determinen con libertad su reproducción, por lo cual esta estrategia se denominó "consentimiento informado y compartido".

#### SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

#### Estrategias

- Capacitación
- · Acercamiento de los servicios
- Educación para la salud

Acetato XLI

Asimismo se estableció un sistema de vigilancia activa del suministro de servicios de planificación familiar que satisficiese los requisitos de oportunidad y suficiencia a fin de evitar el desgaste del personal por una falta de los elementos necesarios para el desarrollo de las actividades y cubrir al máximo la demanda insatisfecha.

Como elemento de acercamiento de los servicios se establecieron jornadas quirúrgicas en las que se realizan procedimientos de bajo riesgo como oclusión tubaria bilateral, inserción del dispositivo intrauterino y la realización de vasectomías entre otras.

### SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

#### Instrumentación (I)

- Capacitación
   Metodología anticonceptiva
   Tecnología para información y educación
- Modelo de comunicación educativa
   Participación activa y conciente para el cuidado de la salud
   Acetato XLII

En adición a las acciones citadas se está consolidando la participación del personal voluntario de la comunidad; asistentes rurales y parteras, su participación ha sido contundente en los resultados obtenidos por el programa, de las 287,590 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar en 1996, este personal capto 38,446 de ellas, así como un 35 por ciento de las

mujeres en control prenatal a partir del primer trimestre de la gestación. El personal comunitario atendió el 26% de los 145,174 partos registrados.

#### SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

Instrumentación (II)

- Vigilancia activa del suministro de planificación familiar Oportunidad
   Suficiencia
- Jornadas quirúrgicas

Acetato XLIII

Desde sus orígenes el programa IMSS-Solidaridad ha mantenido dos estrategias para enfrentar los problemas de nutrición; la capacitacion y la unidad familiar productiva, que se sustentan en la participación activa de la mujer de cada familia del medio rural a fin de crear una verdadera cultura de la autosuficiencia alimentaria, a lo que se agrega, recientemente un nuevo enfoque de la nutrición que prioriza la atención integral del estado nutricional del menor de 5 años, la mujer embarazada y la mujer lactante, estos dos últimos elementos de reciente concepción.

# SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR PARTICIPACION COMUNITARIA EN 1996

38,466 nuevas aceptantes de planificación familiar 35% de las mujeres en atención prenatal desde el primer trimestre Atención del 26% de los 145,172 partos registrados

Acetato XLIV

Para extender el proceso de capacitacion debemos referimos a la extensión de los Centros de Educación Nutricional (CEN), que en la actualidad funcionan en la totalidad de los 68 hospitales rurales y 3,540 unidades médicas rurales.

Los CEN son verdaderos centros de atención matemo-infantil comunitarios, donde el personal de salud y personas de la comunidad realizan conjuntamente actividades de educación nutricional para capacitar a la comunidad a través de sesiones grupales, estas actividades están dedicadas a lograr un cambio favorable de actitudes y conductas a fin de mejorar la nutrición familiar.

#### NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCION INTEGRAL DEL ESTADO NUTRICIONAL

Capacitación

Modificación de hábitos y actitudes alimentarios Autosuficiencia alimentaria y el aprovechamiento de los alimentos locales

Atención integral al niño sano menor de 5 años, embarazada y lactante

Acetato XLV

Se han promovido en forma permanente acciones destinadas a la autosuficiencia familiar en la producción de alimentos, estrategia denominada unidad familiar productiva, en donde destaca el impulso de las crías de especies menores, la creación o enriquecimiento de huertos familiares y la recolección de plantas silvestres, que en sus últimas etapas ha ampliado la variedad de productos incluidos. La mujer del medio rural constituye el eje de esta estrategia de unidad familiar productiva, a través de la cual se obtienen satisfactores de todos los ecosistemas naturales o transformados, y provenientes de las parcelas y el traspatio, entre otros, que contribuyen a la autosuficiencia de las familias en alimentos

Esta actividad benefició en 1996 a 1'009,838 personas; además en muchas ocasiones se logran producciones excedentes posibilitando su venta, lo que permite mejorar relativamente las condiciones de pobreza de estas familias y también posibilita el empleo de mano de obra, fundamentalmente de la mujeres indígenas y campesinas.

#### NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCION INTEGRAL

Centros de educación nutricional

- Funcionan en el 100% de las unidades del programa
- Educación nutricional
- Técnica de demostración y devolución de procedimiento

Acetato XLVI

Un amplio efecto en la salud materno-infantil ha tenido la aplicación desde 1992 del programa "hospital amigo del niño y de la madre" que brinda adicionalmente apoyo a la lactancia al seno materno.

Así el programa marcha a la vanguardia al tener el 100% de sus unidades hospitalarias. Acreditadas como "hospitales amigo del niño y de la madre".

Una ventaja adicional de este programa lo representa la protección anticonceptiva posterior a la atención de un evento obstétrico (parto o cesarea), logrando coberturas de postparto y transcesarea del 84.3% y 86.8% en postaborto.

#### NUEVO ENFOQUE DE LA ATENCION INTEGRAL

Autosuficiencia alimentaria

- Unidad familiar productiva
- · Aprovechamiento de recursos locales
- Mujer, eje de estrategia
- Potencial fuente ingresos adicionales (producción rebasan necesidades)

Acetato XLVII

Por ultimo, en lo relativo a las acciones destinadas a evitar los padecimientos asociados a deficiencias en el saneamiento básico, se tiene un caudal de acciones realizadas con la total participación de la comunidad; durante 1996 se realizaron 2,169 obras de rehabilitación de sistemas de agua, mejoramiento de fuentes de abastecimiento e instalación de cloradores, beneficiando a 142,880 familias, así mismo se realizaron 70,176 sesiones de orientación a voluntarios sobre saneamiento básico.

Todas estas acciones permitieron una contención del cólera en 1996, presentándose tan solo 141 casos con una letalidad menor al 1%, igualmente se ha avanzado en el control de las diarreas en el menor de 5 años.

# "HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE"

100% de unidades hospitalarias recertificadas

- · Lactancia al seno materno
- Protección anticonceptiva postevento obstétrico

Acetato XLVIII

Casi el 90 por ciento o más de las familias hicieron acciones para disponer sanitariamente sus excretas y basura y participaron en la vigilancia y cuidado del agua. Concluimos el año con 327,444 acciones de mejoramiento de la vivienda, acciones acordes con la estrategia de atención primaria a la salud. Con la intención de potencializar estas actividades se mantiene una constante actualización de convenios o acuerdos de colaboración con diversas dependencias gubernamentales, que apoyan en acciones específicas de saneamiento así como de educación, apoyo en especie y vigilancia.

# "ACCIONES PARA EVITAR PADECIMIENTOS ASOCIADOS AL MAL SANEAMIENTO BASICO (COMUNIDAD)

Abastecimiento y cloración de agua

- Rehabilitación y mejoramiento de fuente de agua
- Instalación sistemas cloración
- Orientación sobre saneamiento

Acetato XLVIX

El programa IMSS-Solidaridad cumple varios años de vigencia en el medio rural de nuestro país, enfrentando condiciones económicas, culturales sociales y geográficas diversas y en ocasiones adversas. Su tarea es compleja, pero se han dado pasos de tal naturaleza que es imposible detener, el avance de la protección a la salud de estos compatriotas con profundas carencias; se ha dado a través de un esquema novedoso de coordinación interinstitucional, donde el gobierno federal aporta los recursos financieros y el Instituto Mexicano del Seguro Social su experiencia, su administración desconcentrada y su eficiencia, para operar un programa que atiende con enfoque de atención primaria a la salud a numerosas familias del medio rural.

# "ACCIONES PARA EVITAR PADECIMIENTOS ASOCIADOS AL MAL SANEAMIENTO BASICO" (VIVIENDA)

- Disposición de excretas
- Disposición de basuras
- Mejoramiento de vivienda
- Educación
- Convenios intersectoriales

Acetato L

Todos ellos aportan su ancestral solidaridad, iniciativa y compromiso al contribuir junto con los equipos de salud a aliviar las necesidades de elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de los mexicanos, disminuir la exclusión social. Es en este sentido en el que concentra sus esfuerzos por abatir la desigualdad y conforma acciones orientadas a establecer oportunidades equitativas de recibir beneficios de la seguridad social en lo relativo a la atención de salud como elemento sustantivo y concomitantemente mejorar sus condiciones de vida al establecer acciones de mejora del medio ambiente y vivienda.

#### EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD EN 1997

- · Vigencia y aceptación
- Coordinación interinstitucional Recurso financieros federales Administración institucional (IMSS)
- · Atención primaria a la salud

Acetato LI

Su operación resultado de una gestión coordinada e integral debe dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales en cada punto del país donde se ubica. Se trata de un programa con un eminente componente comunitario, que incorpora la medicina institucional, tradicional e indígena, bajo un esquema ágil donde las adecuaciones operativas correspondan a las necesidades específicas de la población.

Promueve la participación total de la comunidad en las acciones de salud. La finalidad es asegurar y fortalecer la participación local en la gestión y el rendimiento de los recursos, acercando las decisiones a los lugares donde surgen las demandas. Se mantiene la premisa de obtener un modelo de atención que asegure la permanencia de los servicios a un costo que las comunidades y el país puedan cubrir. Es de esta manera que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha puesto su parte en la consolidación del derecho constitucional a la salud, en el caso del área rural a través del programa IMSS-Solidaridad.

En conclusión, las tendencias y perpectivas del modelo de atención a población abierta en el marco de la reforma de la seguridad social, son factibles siempre y cuando quede establecido que estos programas tienen como propósito final ayudar a este tipo de población a salir de su rezago en materia de salud y desarrollo social, para que sean autosuficientes y se incorporen al desarrollo local y nacional y por ende a los esquemas de seguridad social que en primera instancia serán de la economía informal y después de la formal.

La perspectiva de su existencia se fundamenta, como ya lo señalamos, primero en el financiamiento que el gobierno federal aporte a la institución de seguridad social; segundo, la institución de seguridad social debe ser una institución madura y suficiente de manera que otorgue solidariamente técnica médica y administrativa en programas simplificados de alto impacto y bajo costo. Y tercero, la tendencia es que permanezcan junto con las instituciones

# SEMINARIO SOBRE LOS PROCESOS DE REFORMA

de seguridad social siempre y cuando sean eficientes y dejen alto impacto en los niveles de salud.

Finalmente, la tendencia de estos programas será, que si tienen éxito en la productividad y en sus resultados, se incorporen a la seguridad social por la vía de la universalidad de la seguridad social pero con el financiamiento que determinen en forma solidaria la población contributiva, los gobiernos y las instituciones de seguridad social.

# **EL HOSPITAL DEL FUTURO**

JAIME LATAPI LOPEZ

CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, A.C.

MEXICO

## SEMINARIO SOBRE LOS PROCESOS DE REFORMA

# **JAIMELATAPILOPEZ**

Nacionalidad Mexicana, Arquitecto de la Universidad Iberoamericana en la Ciudad de México.

# Experiencia Laboral

Actualmente, se desempeña como Director General del Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, A.C. (CEDESS), empresa dedicada a la elaboración de estudios prospectivos para la reforma de la seguridad social nacional, así como Director General de Latapí Clausell y Asociados, S.C., empresa dedicada a la planeación y proyectos de Unidades Médicas, también es Director General del Hospital Management & Equipment de México S.A. de C.V. (HOME), empresa dedicada a la promoción de Unidades Hospitalarias, por último es Profesor y Fundador de la de la Especialidad en "Planeación y diseño de unidades para la salud", que se imparte en la Unidad de Postgrado de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Fue Subdirector de Proyectos de la Comisión e Ingeniería Sanitaria de la Secretaría de Salud y Asistencia (S.S.A).

Colaboró en el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) como: Jefe del Departamento de Planeación de la Jefatura y en Planeación y Proyectos.

Fue Presidente de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, A.C.

# Introducción

Los sistemas de salud en el mundo, al igual que otros sistemas organizados por el hombre, se encuentran ante la necesidad de cambios fundamentales; lo que había sido fijo, inamovible por años, lo que no sufría por décadas ninguna transformación, hoy se cimbra ante el cambio completo que se requiere en todas sus estructuras. Los modelos de atención a la salud que hasta hoy han sido aplicados, se desarrollan y modifican dentro de un acelerado proceso de transformación.

Los criterios a seguir cambian en algunos casos diametralmente; lo que hasta ayer se consideraba necesario, positivo e indispensable de realizar dentro de un modelo de salud, hoy se encuentra ante un proceso de reevaluación completa, de reingeniería, ante nuevas formas de concebir las sociedades y ante nuevos paradigmas, ante las nuevas necesidades que se deben satisfacer y frente a los nuevos recursos técnicos, humanos y financieros con que se puede contar.

Esta crisis de los sistemas de salud, no es solamente nacional; se presenta indistintamente en los países Europeos o en Norteamérica, de la misma forma que en Brasil o Venezuela. Su raíz proviene, no de una evolución de una serie de factores de la producción, la distribución o el consumo, sino de una gran revolución científica y tecnológica, aunada a los enormes impactos que representa la globalización de la economía que, entre otros factores, ha ocasionado una considerable crisis mundial la que se incrementará en aquellas sociedades que sigan siendo rígidas, con arcaicos intereses creados y que no permitan la adaptación social a las nuevas condiciones mundiales.

La crisis presenta riesgos pero también oportunidades de cambio.

En la actualidad, ha cobrado relevancia en todos los países del mundo el incrementar el capital humano que constituye la principal riqueza de una nación.

La salud, junto con la educación, constituye parte fundamental de dicho capital humano, por lo que uno de los principales retos que enfrentan los países, es el de dotar de mejores niveles de salud a la población, para con ello mejorar

el bienestar social y generar procesos productivos que deriven en una mayor generación de riqueza.

Aunado a esto, la necesidad de ser más competitivos hace imperativo instrumentar medidas que garanticen una mejor utilización de los recursos. En el caso de la salud esto implica no sólo-avanzar en la eficiencia, sino asegurar que se eleve la calidad de la atención, se amplíe la cobertura de población (universalidad) y se mejore la equidad en la prestación de servicios.

La necesidad de un proceso de reforma en los servicios de salud, además de fundamentarse en lo prioritario que es para un país invertir en capital humano, implica el considerar con especial atención la manera de disminuir la proporción que representa la utilización de inmuebles para la salud en relación con el costo total de la prestación de los servicios de salud.

Es en este contexto que cobra relevancia el análisis de las características del **Hospital del Futuro**, tema central de esta ponencia.

# Principales impactos del nuevo entorno sobre el hospital del futuro

Los principales impactos que la evolución del entorno tendrá sobre el hospital del futuro son:

- 1. Cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población.
- Globalización económica.
- 3. Descentralización de los servicios de salud.
- 4. Cambios tecnológicos.
- 5. Cambios socioculturales.
- Cambios en los sistemas de financiamiento.

# 1. Cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población

Uno de los factores que, sin duda, afectará de manera más decisiva el comportamiento de la demanda de hospitales, será el de los cambios demográficos del entorno.

Estos se caracterizará, principalmente, por lo siguiente:

Disminución en las tasas de crecimiento de la población.

Está disminución traerá consigo un menor crecimiento relativo de la demanda de espacios hospitalarios.

 Cambios en la composición de la demanda de servicios por estratos de edad.

La menor tasa de crecimiento de la población generará un creciente ensanchamiento relativo de la pirámide de edades de la población en el vértice con la consecuente disminución en la base. Esto generará un decrecimiento relativo de la demanda de atención gineco-obstétrica y pediátrica y, un aumento de la demanda de atención médica para la creciente población de adultos mayores.

Esto significa una constante presión sobre los costos de atención a la salud, ya que, por una parte, el gasto percápita por atención a enfermedades crónico-degenerativas es más elevado que el tratamiento de la mayor parte de los padecimientos y, por la otra, esto representa un uso más frecuente de los servicios de consulta y de internamiento hospitalario.

Cambio en los patrones migracionales.

Los cambios económicos y la búsqueda de mejores oportunidades de vida han generado crecimientos significativos en la migración total y en su concentración en zonas urbanas del norte del país con la consecuente generación de zonas altamente expulsoras de población.

 Cambios en los perfiles epidemiológicos tanto a nivel nacional como regional.

La transición epidemiológica del país también tendrá un impacto significativo en la demanda de hospitales. Cada vez menos, en términos relativos, será necesaria la atención a enfermedades infecciosas y mayor será la atención a enfermedades emergentes y a las crónico-degenerativas.

Sin embargo, a nivel regional seguirán presentándose diferencias significativas. Hay que reconocer que aún hay muchos Méxicos dentro de nuestro territorio y que necesitaremos seguir enfrentando el incremento en la cobertura de los grupos de población que carecen de atención médica.

### 2. Globalización económica

La creciente presión hacia la disminución de costos de producción para que las naciones sean más competitivas en un mundo con economías más abiertas ha generado procesos de producción compartida a nivel internacional así como un mayor comercio internacional, fruto, además, de la formación de bloques económicos y comerciales así como de la liberalización y de la apertura de las economías.

Este fenómeno -denominado genéricamente globalización económica- ha presionado a los países a eficientar el costo y la calidad de sus procesos productivos, para competir en los mercados nacionales e internacionales con mejores productos y con mejores relaciones calidad-precio.

Este fenómeno, en el que no sólo compiten empresas en los mercados nacionales einternacionales, sino que compiten naciones, ha hecho necesario reformar diversos sistemas del entorno que afectan la competitividad de las empresas. Por tanto, los países se han empeñado en realizar diversas reformas estructurales a sus economías así como una reconceptualización del papel del Estado en la economía.

Dentro de estas reformas, una de las más importantes por sus impactos en la economía y en la sociedad, es la de sus sistemas de salud y de seguridad social.

En efecto, la salud de la población es uno de los principales factores del crecimiento de la productividad de la economía y, en consecuencia, de su competitividad internacional.

Por otra parte, un costo muy elevado de la reforma puede representar presiones en los costos de producción y, en consecuencia, puede sacar a las empresas de rangos de competitividad internacional.

Por tanto, es indispensable que los países busquen un sano equilibrio en la asignación de recursos para lograr el abatimiento del peso de la enfermedad, el cual es un indicador que permite determinar las necesidades de salud de los derechohabientes al calcular bajo una metríca común (tiempo) las pérdidas en salud por todas las causas y en todas las edades. Su unidad de medida son los años de vida saludables conocidas como **AVISA**.

Deseo hacer enfasís que es en el Instituto Mexicano del Seguro Social donde por primera ocasión en el mundo se realiza el ejercicio de determinar el peso de la enfermedad en la población derechohabiente.

El lograr el abatimiento del peso de la enfermedad se debe lograr mediante una mayor eficiencia, eficacia y calidad en procesos de prestación de servicios para la salud y no mediante un aumento de los costos.

El reto es más salud, con más calidad y con menores costos.

Es en este contexto que el hospital del futuro cobra especial relevancia.

En efecto, será necesario atender una mayor demanda con el mayor aprovechamiento posible de los hospitales existentes.

Esto planteará, sin duda, una mayor demanda de remodelación de hospitales para adaptarlos flexiblemente a demandas cambiantes así como para crear espacios adecuados -al menor costo posible- para la aplicación de nuevas tecnologías de atención a la salud.

Por otra parte, implicará mejorar la administración de los hospitales actuales, disminuyendo costos de energía y de mantenimiento.

La necesidad de aprovechar mejor los recursos disponibles hará que florezca la actividad de un nuevo tipo de organización. Me refiero a las Administradoras de Servicios de Salud, cuya acción principal será la de fungir como agentes colectivos a los cuales se les podrá contratar servicios de salud por parte de las instituciones de seguridad social o de los organismos del sector privado.

# 3. Descentralización de los servicios de salud

Otro de los factores que está cambiando y continuará haciéndolo en el futuro, es la descentralización de los servicios de salud.

En efecto, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre del presente año, señala, en su capítulo V, que en los programas sustantivos se engloban aspectos relacionados con la consolidación y modernización de la infraestructura así como la instrumentación de programas relacionados con la regularización de inmuebles.

El citado Acuerdo plantea la necesidad de avanzar en la tarea de diseñar mecanismos concretos de participación permanente de la ciudadanía en la elección de alternativas, políticas y programas gubernamentales, fortaleciendo un nuevo estilo de gestión pública.

Esto implica que la descentralización de los servicios de salud tendrá un importante impacto sobre el hospital del futuro al descentralizarse la toma de decisiones sobre su planeación, proyecto, construcción, operación y mantenimiento.

Por su parte, la adopción del esquema de regionalización del Instituto Mexicano del Seguro Social también está orientado a acercar más los servicios hospitalarios al derechohabiente para lograr mayor oportunidad, eficacia, calidad y calidez.

# 4. Cambios tecnológicos

No cabe duda de que la humanidad está presenciando en los cambios tecnológicos, uno de los factores que están generando más modificaciones en la forma como la sociedad produce bienes y servicios, en sus valores y en las condiciones bajo las cuales vive.

La salud no ha sido -desde luego- ajena a estos procesos. Es más, la medicina es uno de los campos en los que se han presentado mayores y más aceleradas transformaciones.

Se han estado gestando nuevas concepciones axiológicas en el concepto de la salud y, en consecuencia, en la atención médica, así como en la orientación de los desarrollos tecnológicos en el campo de la salud.

Parece ser -en mi opinión- que los principales cambios tecnológicos se orientan en las siguientes direcciones:

- Centrarse más en la salud que en la enfermedad.
- Enfoques más centrados en el paciente, abandonando su concepción como objetivo pasivo de la atención, para convertirlo en sujeto participativo responsable de su salud.
- Más énfasis en la medicina preventiva y el fomento a la salud que en la medicina curativa y rehabilitatoria.
- Enfoques más integrales que trascienden conceptos de una medicina vertical jerárquica hacia una medicina más horizontal, más centrada en la prestación eficaz y eficiente de servicios de atención a la salud mediante redes de sistemas de atención a la salud en zonas geodemográficas con perfiles epidemiológicos relativamente homogéneos.

Veamos, de manera ejemplificativa algunos de los cambios tecnológicos vigentes que mayor impacto están teniendo tanto en la demanda como en las características de la planeación actual de unidades hospitalarias.

# Medicina:

- Organización de procesos en banda continua.
- Enfoque ambulatorio de la atención.

# Cirugía:

- Microcirugia no invasiva.
- Laparoscopía.
- Telecirugía.
- Electrocirugía láser.
- Radiocirugía (Gamma Knifę).
- Anestesia monitorizada y computarizada.
- Alfombras antibacterianas.
- Arcosultravioleta.

# Nuevos medicamentos:

Nuevos antivirales.

# Auxiliares de diagnóstico:

- Videoendoscopias.
- · Resonancia nuclear magnética.
- Topografía axial computarizada.
- Sondas de DNA.

# Telemática

### Telemedicina:

 Desde simples consultas por fax, pasando por enlaces de video, voz y datos hasta el telediagnóstico y la telecirugía.

# Sistemas expertos:

· Tarjeta inteligente.

En los umbrales del Siglo XXI, estamos a menos de 1000 días para esa fecha, ya se empiezan a dibujar algunas líneas que caracterizarán a la medicina del futuro, y por ende a las instalaciones y equipamiento necesarios para su práctica. Permítanme mencionar lo que serán los avances más importantes:

- Prevención de enfermedades hereditarias como la fibrosis quística y la hemofilia a través de ingeniería genética.
- Inyecciones de ADN para sustituir genes o moléculas dañadas.
- Hemotransporte dirigido de algunos fármacos para impactos terapéuticos selectivos.
- · Hormonas obtenidas por ingeniería genética.
- Utilización de vacunas de recombinación genética para sintetizar futuras vacunas contra padecimientos en los cuales no hay antibioterapía específica o bien resistencia a la existente.
- Consolidación de la telecirugía con técnicas no invasivas, utilizando la realidad virtual.
- Organos de los sentidos (oído, vista) artificiales con micrócamaras que producen imágenes en los ciegos y simulan perfectamente la función del caracol en los sordos.

• Carnet genético preventivo para el pronóstico y detección de enfermedades inscritas en los genes.

Sin duda que todos los avances mencionados, repercutirán, como ya se dijo, en la dimensión y forma de las instalaciones y equipos hospitalarios, ya que se consolidará el enfoque anticipatorio de la medicina, habrá más selectividad y precisión en los procesos diagnóstico-terapéuticos y se fortalecerán los esquemas de atención ambulatoria.

Todo lo anterior generará menores estancias hospitalarias y menos presiones para la construcción de camas y de espacios de hospitalización.

# 5. Cambios en patrones socioculturales

Se trata de una dimensión generalmente poco considerada en la planeación y el proyecto del hospital del futuro. Sin embargo, la velocidad con la que se están empezando a generar estos cambios hace que ya se manifiesten antes de la terminación de vida útil de las instalaciones.

Creo que los principales cambios en los patrones socioculturales de la población que tendrán mayor impacto en el hospital del futuro son:

- Cambio en el concepto del paciente como sólo objeto de la atención, hacia el de un paciente responsable de su salud con la capacidad de participar activamente en su mejoramiento y mantenimiento.
- Cambios culturales en la concepción de la medicina orientados hacia el incremento de los potenciales de salud individuales y colectivos.
- Cambios en la concepción de los sistemas de atención a la salud para enfocarse cada vez más en las necesidades de salud de la población y menos en la atención de demandas de medicina curativa y rehabilitatoria.
- Mayor educación en general y mayor cultura médica en la población lo que se traducirá en el incremento de sus niveles de exigencia de calidad y eficacia.

### 6. Cambios en los sistemas de financiamiento

Los cambios en los propios sistemas de financiamiento tendrán impactos considerables.

Estimo que los principales sistemas de financiamiento del hospital del futuro serán:

# Cuotas obrero-patronales y recursos fiscales.

En el futuro, las cuotas que reciban las instituciones de seguridad social así como los recursos fiscales federales, estatales o municipales que asignen para la salud, seguirán siendo la principal fuente de recursos financieros para el desarrollo del hospital del futuro.

## Externalización.

Se trata de contratar externamente servicios no sustantivos para abatir los costos de producirlos internamente. Usualmente puede pensarse en externalizar servicios de preparación y entrega de alimentos, lavandería mantenimiento, limpieza, etc.

Es claro que las decisiones de externalización tienen impactos muy importantes en la planeación y el proyecto de las unidades hospitalarias del futuro.

# Subrogación.

Se trata de contratar a otras instancias productoras de servicios de salud tanto del sector público como del privado, con el propósito para prestar servicios sustantivos, de abatir costos aprovechando frecuentemente capacidades ociosas de dichos prestadores.

Dos casos particulares de subrogación merecen atención.

El primero se refiere a la negociación de convenios de intersubrogación entre instancias del sector público (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Sistema de Salud de entidades federativas, DDF, etc.) para aprovechar las capacidades ociosas y/o bienes mediante condiciones y cuotas previamente negociadas.

El segundo caso puede configurarse mediante la construcción y equipamiento de clínicas y hospitales que el sector privado arriende a instancias prestadoras de servicios de salud del sector público para que los opere con su propio personal.

# Oferta de servicios a terceros.

Se trata de un sistema de financiamiento que consiste en aprovechar las capacidades disponibles u ociosas vendiendo diversos servicios sustantivos a población no derechohabiente (en el caso de instituciones de seguridad social) o bien a sistemas médicos privados, aseguradoras o administradoras de servicios de salud. Es el caso de, por ejemplo, diagnósticos sofisticados o cirugías de alta especialidad.

Estos esquemas posibilitan, además incentivar el desempeño y la calidad del personal médico y paramédico, logrando mejorar sus ingresos. Desde luego habría que prever el diseño de candados para evitar que se presentaran incentivos perversos.

Nuevas formas de financiar el desarrollo de hospitales propios.
 Existen nuevas y diversas formas de financiar inversiones en hospitales propios.

Los más generalizados son los esquemas de arrendamiento financiero y los proyectos llave en mano.

Hay que recordar un esquema que implica en casi todos los reglamentos de uso de suelo y construcción, el aprovechar áreas de donación en fraccionamientos para clínicas y hospitales así como el de incorporar desde el proyecto de unidades habitacionales, clínicas pequeñas de cinco consultorios que además de agregar plus valía facilitar ían una mejora en la oportunidad de prestación de servicios de medicina familiar.

En el caso del IMSS esto podría lograrse mediante convenios con el INFONAVIT y en el del ISSSTE con el FOVISSSTE.

## Ahorro de recursos.

Se trata de un sistema básico de financiamiento que consiste en lograr ahorros de costos por medio de un más eficiente uso de los recursos

físicos, financieros y humanos disponibles. Se trata de aumentar la productividad para lograr aumento en los servicios con los mismos recursos.

Para ello, los sistemas de incentivar al personal y los esquemas de autonomía de gestión hospitalaria dentro de sistemas de atención a la salud en zonas geodemográficas con perfil epidemiológico homogéneo, pueden servir de apoyo muy eficaz para el efecto.

#### Otros sistemas.

Existen otros sistemas que es necesario explorar con mayor profundidad a fin de diseñarlos sin contravenir ningún principio de equidad. Tal es el caso de los sistemas denominados genéricamente como de "copago" que pueden ser utilizados para servicios adicionales a los estándares mínimos de calidad de cada institución.

# Reflexiones finales

Resumiendo, parece posible afirmar que todos los factores antes mencionados influirán de una manera determinante sobre el modelo de atención a la salud que opere en el futuro, modelo que seguramente evitará la atención segmentada, buscará la eficiencia en el uso de los recursos, la participación de los usuarios como evaluadores permanentes de la calidad al permitirles la libre elección de los prestadores de servicios. Asimismo, dicho modelo establecerá novedosos esquemas de remuneración y estímulos ligados a la autonomía de gestión y al buen desempeño, estimulando la competencia administrada y consolidará los esquemas de contención de costos, la participación de la comunidad, el enfoque ambulatorio de la atención y la incorporación de tecnología costo-efectiva.

Creo que más allá de los cambios en el entorno y sus efectos sobre el hospital del futuro, debemos percatarnos de que están ocurriendo cambios más profundos en la forma como la sociedad se está reconceptualizando a sí misma y a la manera de ver la solución de sus principales problemas.

Bajo esta óptica cobran nuevas dimensiones los cambios en el entorno. En efecto, vistos así son síntomas, expresiones de una etiología más profunda: se trata de cambios axiológicos en la manera en que la humanidad está

percibiendo, a la sociedad, al concepto del Estado y sociedad civil, y al de la participación responsable de los individuos en la construcción de su futuro.

En fin son cambios en la claridad teleológica del establecimiento de fines y medios y en la visión ética de la vida.

Ante esta nueva perspectiva considero que el principal reto que enfrentará la conceptualización del hospital del futuro, derivará de un cambio en la manera como nos concebimos a nosotros mismos.

De esta nueva conciencia surgirá-estoy completamente seguro-una renovada responsabilidad de participación de todo el personal relacionado con la salud en lo que será el hospital del futuro.

# LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

DR. GINES GONZALEZ GARCIA

#### GINES GONZALEZ GARCIA

Nacionalidad Argentina, Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Córdoba, Diplomado en Salud Pública con especialidad en Administración en Salud en la Universidad Nacional de Buenos Aires.

# Experiencia Laboral

Actualmente se desempeña como Presidente de la Fundación ISALUD, también es Presidente de la Comisión de Salud de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, así como Presidente de la Asociación de Economía de la Salud.

Fue Director de Servicios Técnicos y Jefe de Areas Programáticas del Sistema Integrado de Salud, también fue Asesor de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Fue Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Su producción escrita, incluye varios libros sobre diversos temas como "El gasto en salud y medicamentos" entre otros.

El tema es cómo son esas reformas, el Dr. Daniel López Acuña decía, la reforma es un conjunto de acciones buscando eficiencia, equidad, satisfacción de los usuarios y efectividad sanitaria.

En la reforma de la Argentina, me parece que se dice esto como una especie de discurso común, que por supuesto lo que busca es mayor equidad, universalidad de cobertura, mayor eficacia, mayor eficiencia, y mejores resultados sanitarios y mayor satisfacción de la gente.

Yo no estoy convencido de eso, desde ya lo digo, en general no tengo por norma criticar demasiado a mi país pero sobre todo fuera de mi país, adentro si la tengo y tengo algunos líos por eso, pero lo que quiero decir con esto es que en realidad sobre lo que tenemos que discutir es sobre este tipo de reuniones, es una especie de idea única, una especie de sentimiento único que no creo que es muy favorable a las cosas que están pasando, si bien es cierto que el cambio es un hecho permanente, que la reforma es un hecho permanente, nada hay permanente más que el cambio, decía Heraclio en el siglo V, A.C. o sea, hace 2500 años pero, efectivamente nuestras sociedades están cambiando, la economía argentina y la sociedad argentina han cambiado brutalmente, Argentina no tiene una década perdida, Argentina tiene dos décadas perdidas.

Argentina perdió veinte años y los ha recuperado de una manera asombrosa, hoy es una de las economías más dinámicas del mundo, pero en su sistema social, particularmente en sus sistemas de salud, es un sistema que está enfermo y en esto uno no dice nada nuevo, porque en general los sistemas de salud están enfermos, quizá porque no tuvieron en cuenta algunos de estos cambios sociales y tecnológicos que han sido mucho más rápidos que los cambios del sistema, de hecho, nosotros los médicos somos habitualmente bastante conservadores en nuestro pensamiento colectivo y en un sistema de salud no es tan fácil moverlo porque tienen múltiples decisiones cotidianas y además, estructura dentro de una trama cultural muy profunda, muy anterior a la existencia misma de los médicos guizás de los sacerdotes, por lo cual no se hacen tan fácil los cambios. Pero bueno, como les decía, en Argentina el sistema está enfermo, a mi modo de ver, esencialmente porque domina la enfermedad de cada una de las enfermedades que hegemónicamente tiene alguno de los sistemas, es decir, yo creo que todos los sistemas son mixtos, todos los sistemas tienen

un poquito de cada uno, de los modelos tradicionales sea Beverdige, Bismark seguros privados, etc.

Claro que el sistema argentino es muy mixto, digo esto y es una especie de barbaridad con el idioma porque no hay ninguna hegemonía con algún sector como pasa en otros países que caracteriza al sistema la hegemonía de ese sector; en la Argentina quizá que los subsectores sean tan parecidos establece una fragmentación aún mayor que la que tiene nuestro propio país, que es un país federal, que tiene veinticuatro jurisdicciones y que entonces esto complica de una manera muy notable la coexistencia de estos tres sectores porque le suma la enfermedad o lo peor, de cada uno de esos subsistemas a la cuestión general.

\* Esta ponencia se apoyó en acetatos

#### La Reforma:

- · Es poco discutida.
- No tiene en cuenta las muchas Argentinas que conforman la Argentina.
- Es más un proyecto que una reforma.
- Es más financiera que sanitaria.

Acetato I

Las características principales de la Reforma Argentina son quizás, en cuanto a la cuestión de tipo general, es una reforma muy poco discutida, la discusión además, para mi gusto, tiene una cosa muy frívola, muy trivial, bueno la discuten algunos brokers, algunos publicistas, algunos bancos, pero no es una discusión que tenga la consistencia política que tiene que tener una reforma, no lo digo con todo dolor, lo digo riéndome pero con dolor, pero no es la discusión que tendría que ver para mi gusto, tener desde una cosa tan fundamental como es, como construir un sistema solidario, para el conjunto de la población, la segunda cosa que pongo, que tampoco es ninguna novedad, Platon decía... "toda ciudad son muchas ciudades"..., es así que se habla de la reforma de la Argentina, y Argentina son varias Argentinas, por lo menos dos o tres Argentinas, entonces es

muy difícil hablar de un proyecto de reforma con una receta y con una estructura de reingenieria básicamente financiera, como dice más adelante, mucho más financiera que sanitaria, que eso son todos los problemas que tiene, en donde además ustedes van a ver, es un proyecto muy parcial sobre un sector de la salud de la Argentina, mucho más que un proyecto integral, es decir, en una palabra es financiera más que sanitaria y además trabaja sobre un sector del financiamiento de la salud que ni siquiera, es el sector mayoritario desde el punto de vista de la financiación solidaria es decir, que tiene inconvenientes de ser muy parcial, además de ser a mi modo de ver, mucho más financiera que sanitaria, el tema puesto-discusión no ese tema, porque en realidad en sociedades que trabajan sobre el concenso y que además están construyendo un destino común con fondos que cuesta mucho juntar entre todos, es un problema verdaderamente muy complicado.

# Reformas del sistema de salud en Argentina

Década	Proyecto	Tiende a un modelo
70's	SNIS	Universal (Beveridge)
80's	Seguro Nacional de Salud	Seguro Unico
90's	Desregulación	Seguros Privados Acetato II

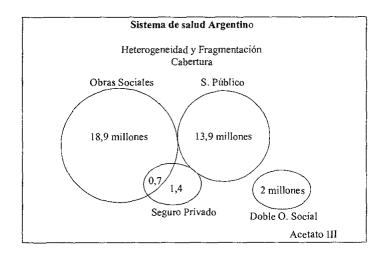
En Argentina, bueno, como pasa en casi todos los sistemas de salud, ha tenido generaciones de reforma y si uno mide el escenario mundial hay como olas de reforma que tienen una caracterología, un tanto tipológica, en los año 70's hubo un intento de reforma muy importante, que era el sistema integrado de salud, modelo tipo Beveridge, soy de alguno de los combatientes heroicos que quedaron hasta el final en ese sistema, pero el sistema no se impuso con el golpe militar, fue absolutamente dejado de lado y ya tenía algunos problemas estructurales, para no echarle toda la culpa a los militares.

En la década de los 80's el gobierno radical con una regresión de democracia intentó un proyecto de seguro único que por distintas razones, en este caso no estuve combatiendo en su contra, pero por distintas razones, mi combate era leal porque soy todavía un buen amigo del que era Ministro en ese momento, creo yo que entre otras cosas, más que por falta de viabilidad política, porque en realidad había consenso para la modificación, se intentó un seguro nacional de salud y en los años 90's de la mano del mercado y de todos los fenómenos tardíos, en el caso de Argentina, después de la regulación de su economía y de apertura de su mercado de una manera masiva, bueno, alegremente también se empezó a pensar que la solución del mercado era la mejor, además la que más fuerza tenía, porque no solamente tenía fuerza política sino intereses importantes, que intentan legitimarla como la gran solución para el conjunto de la población, nosotros estamos inmersos entonces en una palabra no muy feliz que es la que caracteriza a la reforma de salud de la Argentina, que es la desregulación, todos sabemos que cualquiera que, el pensamiento común de gran parte de los países del mundo es justamente en regulación y no en desregulación.

De todas maneras, la idea de la desregulación, se empezó aplicar masivamente.

El sistema de salud argentino en lo que es su cobertura, bueno nosotros tenemos un sistema de seguridad, es un sistema modal, un sistema hegemónico, el sistema de seguridad social tipo Bismark, como en todos los sistemas de seguridad social originado por los trabajadores como pasó en todo el mundo, mas allá de que apareciera algún político como fue el industrial Filcon que impulsó el socialismo en Alemania y la reforma y que después tuvo la mala suerte de encontrarse con Birsmark enfrente, la tomo éste y la hizo él, hizo de él sistema de la seguridad social Alemán y lo que se conoce hoy como seguridad social en casi todo el mundo.

En el caso de los seguros privados ustedes vean que coinciden con las obras sociales y quiero decir que primero no son muy grandes y en segundo, muchos de ellos son tributarios de la crema de la seguridad social, es decir la seguridad social que tienen mayor ingreso per capita, suelen subcontratarse como seguros privados por eso hay una coexistencia de cobertura, y en el otro lado tenemos el sector público que bueno, son las coberturas al modelo Beverdige, es decir el sistema nacional de seguro de salud argentino, que son los hospitales públicos y que sigue siendo la red hospitalaria todavía hoy más importante con que cuenta la Argentina.





Bueno, esto es uno de los temas que tiene el sistema de salud argentino la coexistencia de los subsistemas, sobre todo con el público, ustedes vean que los otros sistemas utilizan el público y lo utilizan de la peor manera, que la C va un poquito más arriba no son los del seguro privado que también están dentro del universo público, la utilizan de la peor manera, o sea quiénes son los que utilizan el sistema público, naturalmente como ustedes se imaginan, son aquellos que tienen las patologías más complicadas, los más enfermos, los que son de las patologías no rentables como los accidentes de tránsito o los casos muy complejos o los que quedan dentro de la letra chica de los seguros privados, que como ustedes saben las contingencias de alto riesgo generalmente no se tienen contempladas. Es

decir, ustedes vean que hay un 30% de las prestaciones del sector publico que coexisten con los otros sistemas.

	COBERTURA	
73,7 18 entre 29 y 53,7	Prepago + O.S Doble O.S Prepago Sin Cobertura Obra Social	1.1 millones 2.0 millones 2.5 millones 13.6 millones 18.9 millones

Fuente: Elaboración propia, Fundación ISALUD, 1996

En el sistema de obras sociales ustedes vean que este es el número de personas y lo que vemos evidentemente es una enorme asignación de personas, esto piensen que son recursos obtenidos solidariamente por el conjunto de los argentinos, entonces en el sistema fíjense que hay una enorme diferencia de asignación per capita, que es esto, pero ya cuando dice sin cobertura de sistema público quiere decir, sin cobertura de seguridad social, no es que no tenga cobertura, sino que es la cobertura del sistema publico, de todas maneras la asignación de recursos per capita, tiene enormes diferencias según los subsistemas, inclusive intrasistemas dentro del sistema de la propia seguridad social, estos son recursos per capita, como se observa en el acetato V, todas las fragmentaciones y todas las diferencias de iniquidad en cuanto al monto asignado para cada una de las poblaciones cubiertas

Tabla 1. Indicadores demográficos de cinco provincias seleccionadas República de Argentina Año 1993 Fundación ISALUD

	Capital Federal	Buenos Aires	Mendoza	Neuquén	Formosa
% menos 15 años	19.1	28.9	31.9	37.1	39.9
% 65 y más	16.3	9.1	7.7	3.8	4.7
T. Natalidad	13.2	16.7	22.2	23.8	28.2
T. Mortalidad	12.4	8.1	6.7	3.7	5.4
T.M. Infantil	14.6	22.3	20.5	16.2	27.9
Esp. de Vida	72.2	69.5	70.1	67 <b>.7</b>	66.0
·	 			<u> </u>	Acetato VI

Fuente: Elaboración propia.

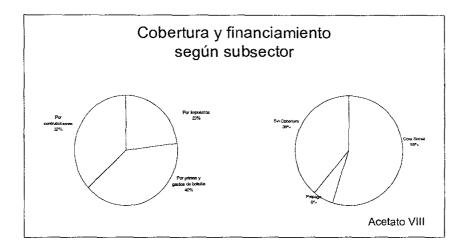
Les muestro esto que les decía, de las muchas argentinas, es muy difícil pensar en un sistema de salud cuando uno se encuentra en un sitio donde el 40% de la población es menor de 15 años u otro sitio donde se tiene el 20% verdad, o cuando las tasas de natalidad tienen esta brutal diferencia, o cuando la mortalidad infantil tiene esta diferencia.

Tabla 2.
Indicadores sociales de cinco provincias seleccionadas
República de Argentina
Año 1993
Fundación ISALUD

	Capital Federal	Buenos Aires	Mendoza	Neuquén	Formosa
NBI	8.3	24.3	24.4	40.2	54.4
Analfabetos	0.7	2.4	4.6	5.3	8.2
Viv. Inadecuada	1.7	21.1	20.4	18.3	61.4
Tetrete c/d	97.1	91.8	85.4	79.2	51.4
Cobertura	80.3	63.3	5 <b>7</b> .8	59.7	42.7
					Acetato VII

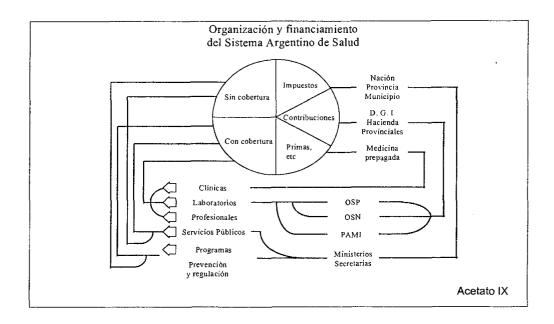
Fuente: Elaboración propia.

En la Argentina hay muchas Argentinas, por ejemplo la carga de enfermedad lo que son las proporciones en defunciones por cardiovasculares en la Capital, lo que son en Formosa el doble, y lo mismo trabajando por AVE es muy distinta según la provincia, entonces esto implica que hay una demografía distinta, una epidemiología distinta, y que hay una realidad socioeconómica absolutamente distinta, brutalmente distinta, está la Argentina europea, la que algunos de ustedes conocen, está la Argentina americana que es la que menos conocen pero de todas maneras es muy difícil, y esto si me parece que es un error conceptual grave, hablar de las reformas en la seguridad social argentina cuando pasa estas brutales diferencias entre las distintas Argentinas, no es cierto. Fíjense que la población en Formosa tiene casi un 55% de gente insatisfecha contra un 48 en la capital o un 40 en Neuquén.



En la gráfica observamos la cobertura y el financiamiento, la seguridad social que es como ustedes vieron de un 55% de la gente, los prepagos al 6 y los sin cobertura reitero, estos son sector público, el argot nacional de sin cobertura, porqué sin cobertura de seguridad social, y cómo lo financiamos por un caso por impuestos, esto en rentas generales obviamente, con contribuciones y aportes ésto es de naturaleza obviamente patronal-laboral.

En algún caso anticipado a punto de consumo pasamos las primas de seguro privado y en otro caso en punto de consumo como es el gasto de bolsillo, finalidad modal, forma modal de financiación argentina. Hoy la forma mas importante de financiar la salud es privada con todas las iniquidades que hemos visto hasta ahora.



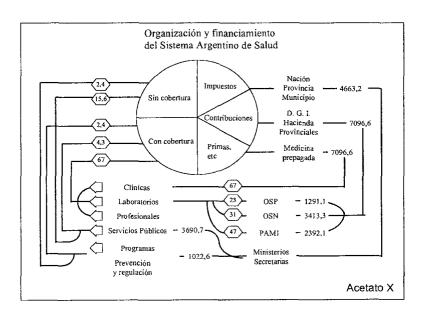
٠

Lo que quiero es mostrarles mediante esta gráfica, la parte de la organización y financiamiento del sistema argentino de salud, que es lo que vimos reciéntemente; es decir el pago de impuestos, las contribuciones y primas en el caso de los seguros privados que se llama medicina prepagada en Argentina, las contribuciones son obviamente por el sistema nacional y provicial, hay impuestos nacionales y provinciales y bueno ésta es la forma en que todo esto confluye, estas son obras sociales provinciales, obras sociales nacionales, PAMI, es decir las distintas jurisdicciones que tiene el sistema de seguridad social, porque además las obras sociales provinciales son 24, porque son 24 las provincias argentinas, las obras sociales nacionales nadie sabe cuantas son ahora, llegarán a ser 300, probablemente sean 200, seguramente la tasa de mortalidad seguirá siendo alta, pero de todas manera seguirán siendo muchas y están muy fragmentadas.

El PAMI es el gran instituto que tiene a los jubilados detrás de ellos, con todo lo que esto implica desde la organización de la atención médica hasta la implicancia política, Argentina afortunadamente es un país que ha elegido por sus viejos pobres y no por sus niños pobres, el 93% de los argentinos tienen cobertura de la seguridad social y solamente el 48% de los niños argentinos por ejemplo, tienen cobertura de seguridad social.

De todas maneras ustedes saben que los debates, un poco por votos y otro poco por implicancia, siempre tienen mucho mas jerarquía y además porque el sistema de atención médica vive de lo que le vende a los viejos, mucho mas de lo que le vende a los niños, entonces tiene mucho más preponderancia en el debate político con el tema de los viejos que el de los niños.

La atención es entonces el flujo de dinero que va dirigido a clínicas privadas, laboratorios, y profesionales. En Argentina el sistema de atención ambulatoria es por los médicos en sus consultorios, la estructura pública es muy baja en Argentina, la privacidad de la relación médico-paciente está hecha en los consultorios de los médicos, esto es parte de la cultura nuestra, y bueno también van por supuesto los servicios públicos y bueno un poco a los programas de prevención y regulación, y esto implica después, como van los flujos de servicio a la población con cobertura de seguridad social o sin cobertura de seguridad social, y que como vimos antes sus distintas magnitudes económicas.



En esta gráfica podemos observar un estudio de flujos y de montos, esto naturalmente es mucho más para el debate interno de la Argentina, pero maneja ya intersectorialmente dentro de la seguridad social, los distintos montos de cada sector, son muy diferentes, así como los distintos flujos

que van a cada sector prestador, esto es una idea para discusión interna con cifras, inclusive montos globales sobre montos de recurso.

En la Argentina, nosotros terminamos un estudio en general sobre el gasto. Analizamos que se está gastando el 7.2 del superávit estos es 20,200 millones de dólares, es decir 580 dólares per capita anual, es el país que más gasta en América Latina y por ende en salud, pues tiene en su estructura de gastos, un rubro con un enorme peso, el sector de medicamentos y es ahí donde se ve un poco el impacto de estas supuestas recetas que todo lo resuelven, lo cual no es cierto, la desregulación y la libre importación fue aplicada en el caso de los medicamentos a rajatabla y la liberación incluyó todo el sistema de regulación tanto de precios como de procedimientos, no digamos de resultados, que ahí normalmente no existen y esto en realidad nos ha llevado a tener una misma cantidad de unidades vendidas en los últimos cinco años, alrededor de unos 420 millones de unidades, para un precio promedio del envase que se ha duplicado en los últimos cuatro años.

Es decir en un mercado que se financia básicamente por el bolsillo de la gente, como es el mercado del medicamento en Argentina a diferencia de lo que sucede en muchos otros lugares del mundo, pero particularmente en los países pobres, en donde suelen tener políticas blandas con el personal y duras con los insumos, ahí lo primero que no se financia sobre todo en el sector público, son los medicamentos, entonces este terrible salto que ha pegado el costo del medicamento es un impacto directo sobre el consumo y allá lo que esta pasando es que son siempre las mismas personas que consumen los mismos medicamentos nada más que más caros y queda un pedazo importante de la población que no es menos de un 25% que tiene dificultades gravísimas de accesibilidad al mercado de medicamentos, que entre paréntesis, Argentina es el noveno mercado del mundo, con todas las complicaciones políticas que tiene esto, porque además tenemos una industria propia solamente comparable con los países de grandes productores y es el único lugar, es decir hay cuatro países donde su mercado doméstico supera su mercado multinacional y ellos son los países madre de la industria, como son Japón, Alemania y Estados Unidos y el cuarto es Argentina, obviamente nosotros somos país madre de la industria, pero quiero decir con esto que tenemos una enorme industria nacional y esto tampoco no es poco a la hora del balance porque el equilibrio del gobierno entre proteger a la industria y por otro lado hacer

un sistema de precios que permita a la población acceder al medicamento, cuando suele ser parte del debate político que habitualmente tiene un solo ganador, ¿que sucede en nuestros países?.

#### Reforma Hoy

#### Argentina tiene:

- Más medidas de reforma que Proyectos explícitos
- Descentralización de los servicios
- Desregulación de Obras Sociales

Acetato XI

# Que esta pasando hoy?

Hoy, hay en realidad más medida de la reforma que, como se confió en el mercado se está produciendo la descentralización de los servicios, que reitero fragmentadamente como son, los servicios públicos, como son las provincias argentinas, que tienen distinta magnitud, depende también un poquito de esta iniciativa del gobierno central, porque él no la puede determinar, y bueno hay una idea de descentralización hospitalaria global, que en algunas provincias tiene mucho control social y manejo comunitario por encima de si se hace una descentralización, digamos muy democrática, en otros lugares es mucho mas gerencial, lo que hay es gerenciamiento profesional de los hospitales en un proceso que va a una velocidad muy lenta, con todas las dificultades que tiene una estructura tan configurativa con gremios tan poderosos como el gremio médico y todas las cosas que pasaron en estos últimos años, sobre todo en estos últimos 20 años, con respecto a las reglas rígidas y a las dificultades de introducir en competencia a los servicios públicos y si se intenta vincular en la formación de un cuasimercado, pero es bastante difícil porque hay una rigidez estructural muy fuerte y creo vo también porque no hay una fuerza política lo suficientemente importante, y además la que hay está muy fragmentada, como para producirlo, después de estar produciendo la desregulación de las obras sociales.

Se ha logrado una cosa interesante que empezó hace pocos meses, que dentro de las intraobras sociales se pueda elegir, y el que se traslada de obra social se lleva su aporte, y esto tiene por supuesto una importancia muy significativa en cuanto a satisfacción de los usuarios, particularmente con lo que llamo primera medida y después en una exigencia de una cierta competencia y una cierto otorgamiento de servicios de buena calidad, y entre las obras sociales tiene la dificultad que aún en una segmentación y en una idea solidaria poco acentuada que tenemos los argentinos del sistema, sobre todo incentivada estos últimos años, la idea de que la plata es mía y me la llevo a cualquier lado, naturalmente no es tan fácil para el componente solidario, por supuesto que al seleccionar versa y que por supuesto, las obras sociales empiezan a parecerse a los seguros privados.

Es decir, como dice un amigo mío cuando le pregunto ¿cómo anda de salud? el me dice: bien, salvo por las enfermedades no tengo ningún otro problema. Acá pasa mas o menos lo mismo si todos quieren para todos hay competencias, salvo para los enfermos o los pobres que esos no los quiere nadie. Entonces tenemos miedo de que en el sistema de obras sociales pase lo que pasó en el sistema previsional, en donde se fueron los que aportaban y se quedaron los que gastan.

En términos generales en el sistema de salud cuando se hace un cambio o una desregulación no efectivamente hecha, puede pasar lo mismo, de hecho está pasando lo mismo, a lo largo de unos, realmente se aplica directa e indirectamente por la ley no escrita y por la letra no escrita toma la selección adversa.

#### REFOMA HOSPITALARIA

- Descentralización
- Competencia (público/público y público/privado)
- Incentivos
- Participación
- Identificación de los usuarios y venta de servicios
- Integración en redes prestacionales
- Tecnología de gestión

Acetato XII

La reforma hospitalaria tiene lo que se dice Descentralización, se intenta poner la competencia público/privado y este público/público, se están tímidamente empezando con sistemas de incentivos a personal, hay esquema de participación comunitaria; en mi provincia cuando tuvimos el honor de la función pública hicimos consejos comunitarios que conducen los hospitales, esto es según cada provincia argentina y se trata de identificar a los usuarios y vender servicios, la idea de vender está poniéndose mucho más fuerte, se integrando el público en redes y empieza a aparecer o está apareciendo una cosa que estaba un olvidada que es la tecnología de gestión, en el sector público.

#### REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- Disminución de las contribuciones patronales
- Elección libre del asegurador
- Canasta básica (PMO)
- Mercado de seguros (O.S. y Prepagos)
- Financiación complementar a cargo del usuario
- Planes diferenciales según capacidad de pago
- Regulación-Superintendencia de Seguros de Salud
- Programa de Reconversión
- 1. Saneamiento financiero
- 2. Adecuación del personal
- 3. Fortalecimiento institucional

Acetato XIII

Este es un tema que no es poco, hay parte de la crisis que tiene la seguridad social en el mundo porque en realidad hay muchos que defendemos y de hace muchos años el tema de seguridad social, pero claro, acá hay un problema estructural de fondo si el trabajo no es la forma modal de producción económica de las sociedades y además cada vez lo es menos, es muy difícil y además es muy inequitativo hacer que la forma central de financiación de los sistemas de salud sean los impuestos al trabajo, cuando cada vez hay menos trabajadores y cuando cada vez la producción económica de las sociedades se desvincula más del trabajo, esto no es

poco debate y esto además esta pasando en muchos otros lugares del mundo donde, por ejemplo, está contribuyendo desde hace muchos años, como empieza a hacer al sistema alemán, o también lo está haciendo al sistema francés, se está contribuyendo fuertemente a la seguridad social de esos países.

En nuestros países es al revés, el Estado piensa que le puede sacar a la seguridad social y se lo saca, vía directamente ya tratando que los subsidios cruzados le refinancien su sector público, indirectamente trabaja disminuyendo la carga de los impuestos laborales, en el caso de la Argentina en este gobierno se bajó la carga patronal, naturalmente con una sola intención, que es que la economía argentina tuviera condiciones de competitividad en un marco de un escenario económico conjunto con las economías de la región, porque Argentina, es el país que tiene todavía hoy mayores costos laborales vinculados con salud de la región.

Es decir que empezamos a tener estos caos del pensamiento, dónde y cómo financiar que no sea más que con base en la competencia en el sentido de producir con eficiencia mejores y más cantidad de servicios y empiezan a aparecer cuestiones que tienen que ver con competir con base en injusticias o sea disminuir cargas laborales en países que necesitan además de la ayuda económica externa y que entonces tienen que dar por un lado, menores cargas laborales para el trabajo y por otro lado no cuenten estructuras tributarias, rentas generales muy fuertes porque también compromete su inversión este año, esto naturalmente, hicimos nosotros en la Fundación un estudio sobre los países del Mercosur y ya les digo pese a que bajó un punto la financiación patronal.

Argentina sigue siendo, el país más gravoso desde el punto de vista para financiar a la seguridad social, bueno se está haciendo la elección libre del asegurado de esto que yo les decía antes, libre todavía intraobras sociales, acá la crema son las obras sociales de mayores ingresos, y las personas de mayores ingresos dentro de las obras sociales porque se llevan su aporte.

Esto naturalmente hace insolidaria a una financiación que, por lo menos intragrupalmente, o sea entre el grupo de trabajadores metalúrgicos, los que más ganaban y los que menos ganaban estaban en la misma bolsa, si yo me llevo el dinero a otro lado, en realidad aún intragrupos, se pierde

esa solidaridad de financiación porque obviamente los que mas ganan, los supervisores, los que tengan obviamente más sueldo son los que quieren cambiar buscando naturalmente alguna que tenga mejor publicidad, mejor marketing o mejores servicios; es otro tema esto de la competencia.

Hasta ahora en Argentina la competencia no ha sido por precio y tampoco ha sido por calidad, hasta ahora la competencia ha sido básicamente por propaganda y marketing, no tiene otra característica que nosotros le hayamos podido ver, posiblemente por insuficiencia de nuestro sistema regulatorio. Y hay además aparición de financiación complementaria a cargo del usuario, esto es segmentación de la atención según lo que yo pueda pagar, elijo el plan a veces de tres bisturíes, de cuatro bisturíes, de cinco bisturíes según lo que pueda pagar

Entonces hay planes diferenciales según capacidad de pago, se intenta una regulación tardía, pero bueno, aparece una Superintendencia de Seguros de Salud es decir la idea debe ver que es lo que va, cual va a ser el campo de esto, si van a ser los seguros públicos y privados o solamente los seguros públicos, o los seguros obligatorios, pero bueno, esto es una cosa que está en ciernes, se maneja a nivel de decreto así es que está a tiro decreto o sea de un par de fines que no son leyes, o sea que son un marco con un final bastante abierto y hay un programa de reconvención de las obras sociales que el saneamiento financiero de adecuación de personal y fortalecimiento institucional.

Bueno, y con esto cerramos, la cosa que dije al principio acerca de la poca discusión lo cual le quita viabilidad política porque esto o le quita viabilidad política o la deja muy en manos de los que manejan la publicidad o algunas falsas promesas o algunas falsas premisas o sea que está, muy en boga cuando se le libra todo esto a las cuestiones del mercado. Yo creo de todas maneras que, en el horizonte viene el tema de cómo vamos a financiarlo o cómo vamos a organizarlo esto es un tema todavía con un final abierto, o sea como yo les decía no está muy discutido.

Argentina es un país que tiene muchas cosas sin discutir, tiene gran evasión impositiva por ejemplo, creo yo, una reforma tributaria es absolutamente necesaria, junto con la reforma sanitaria pero en este final abierto hay como dos líneas grandes hoy es un modelo, digamos, de mercado competitivo como algunos con poco conocimiento y con muchos

intereses quieren forzar o como en un camino que estamos nosotros que es un modelo mas solidario, buscando realmente, respetando la idiosincrasia, una reforma no se puede importar, nosotros tenemos realidades para bien o para mal que son nuestras, podemos mejorarlas, podemos cambiarlas, pero necesitamos bastantes cosas, y no podemos importarlas, pero bueno estamos tendiendo hacia un modelo solidario que, naturalmente, contenga algo de estas cosas.

El final como les dije, es un final abierto, para cerrar diría estando en la patria de un mexicano universal, diría una frase de él que me gusta mucho es de Octavio Paz, un mexicano bien universal, el dice "El mercado sabe de precios, no sabe de valores".

# LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CHILE

DR. CRISTIAN BAEZA

FONDO NACIONAL DE LA SALUD
CHILE

#### CRISTIAN BAEZA URRUTIA

Nacionalidad Chileno, Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Master en Salud Pública, Política y Gestión de Sistemas de Salud, de la Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, USA, Master en Neurociencias y Residencia en Neurología en la Universidad de Chile.

# **Experiencia Laboral**

Actualmente se desempeña como Director del Fondo Nacional de Salud(FONASA)

En el Banco Mundial ha desempeñado diversos cargos como Especialista en Salud y Salud Pública, Especialista en Grupos de Desarrollo de Capital Humano y Social, y Especialista en la Región de América y el Caribe, todo ello en Washington D. C., USA; así mismo ha sido Gerente de Tareas para los siguientes proyectos:

- 1.- Desarrollo del sector salud en la provincia en Argentina.
- 2.- Reformas del sector salud II en Argentina.
- 3.- Análisis económicas del sector social en Argentina.
- 4.- Ajuste provincial 11 (sector social) en Argentina.
- 5.- Desarrollo del sector salud en Uruguay; finalmente como Especialista Técnico para diversos proyectos como: Implementación del FASBASE en Educador, Reforma del sector en Venezuela, Costa Rica, Nicaragua, República Dominicana y Argentina; Materno infantil 1 y 11 en Argentina y Paraguay; Asistencia técnica y reformas hospitalarias en Ecuador; Análisis económico sectorial en Rusia y Reforma de la seguridad social en México.

En el Ministerio de Salud de Chile fue Director de Financiamiento Internacional y Coordinador del Proyecto de Reforma del Sector de Chile.

Colaboró como Investigador en Salud Pública y Política de Salud en la Coorporación de Promoción Universitaria.

\* Esta ponenca se apoyó en acetatos.

#### ¿De cual refoma hablamos?

Servicio nacional de salud (1952-1- 980) La llegada del sector privado (1981-1990) La revalorizacion del sector público (1990-)

Acetato I

Hay otras razones bastante más serias que estas para no querer hablar sobre la reforma del sector salud, primero porque la reforma del sector salud aparece como si fuera un *big-ban*, una sola acción que va a resolver todos los problemas, y normalmente viene del que está en el cargo, como si no hubiese habido un proceso continuo de mejoría de sistemas de salud, en el caso chileno, efectivamente la construcción del sistema de salud, que ha traído tantos resultados positivos, ha sido un proceso de construcción de muchísimos años.

Desde los años 20's con el Seguro Social, la Beneficencia, el Servicio Nacional de Salud, la reforma neoliberal de los 80's y la revalorización del sector público, es donde me gustaría hacer una pequeña distinción, una pequeña discusión de la historia de los cambios en Chile, porque sin eso no se entiende el porqué estamos hoy día, en el proceso de reforma de los 90's y porqué aprendimos de los errores que hemos cometido y extrañamos mucho de las cosas que creímos que fueron errores en su momento.

#### Las funciones en el sistema de salud

El financiamiento

Provisión de servicios

Acetato II

Típicamente, la función de financiamiento y la de administracion de la provisión se encuentran juntas en un Sistema Nacional de Salud.

# Financiamiento y provisión de servicios integrados

En este tipo de arreglo organizacional, la institucion tiene la doble misión de maximizar el impacto en salud y satisfacción de sus beneficiarios y, al mismo tiempo, financiar a sus propios proveedores. Históricamente los arreglos de este tipo ponen el incentivo para privilegiar el financiamiento de los proveedores propios.

El sistema de salud chileno desde el año de 1952 a 1980, era un típico sistema integrado a los servicios nacionales de salud tipo inglés, donde el financiamiento y la provisión estaban integrados, y en este tipo de arreglo como es tradicional, el ministerio de salud tenía la doble misión, por un lado maximizar el impacto de salud y la satisfacción de sus usuarios y al mismo tiempo de financiar a sus proveedores.

Históricamente en Chile, el arreglo de este tipo significó que habían incentivos muy fuertes para que el ministerio de salud se transformara en el financiador de sus prestadores mucho más que en el tema de maximizar el impacto salud del gasto público.

#### El sistema chileno hasta 1979

Sistema nacional de salud, 93% de la poblacion (en la práctica 80%) financiado fundamentalmente con impuestos generales (85% en 1976), mas una cotizacion obligatoria del 4%. Seguros privados casi no existían. Provisión privada para el 15% de la poblacion, fundamentalmente por pago directo.

Acetato III

Era un sistema integrado, como dije, sin embargo, esta integración, en teoría cubría al 93% de la población, pero en la práctica cubrió sólo hasta el 80%, porque hubo una disgregación, una segregación de los estratos medios y altos, dado el tema de sistema cruzados y la solidaridad entre sistemas.

Esta segregación se consolidó en los años 60's cuando se creó un nuevo sistema paralelo público de seguros llamados SERMENA (Servicio Nacional de Empleados), que no es muy conocido en ninguna parte pero que en definitiva fue la expresión de cómo se comenzó la desintegración o

segregación en el sistema. El sistema era financiado fundamentalmente con impuestos generales, 85% en el 76, y se agregó luego una cotización del 1% y luego una cotización del 4%. Los seguros privados prácticamente no existían y la provisión privada era de alrededor del 15% de la población, y fundamentalmente por pago directo, aunque luego en el SERMENA hubo algún incremento mayor de la provisión privada.

## La llegada del sector privado

- 1989
- Opción de salida del sector público; La creacion de las ISAPREs.
- Crecimiento significativo de la provisión privada de servicios.
- Municipalización de la atención primaria.
- Reforma financiera I.
- 1. Cambio de financiamiento desde impuestos generales a cotización

Creación de FONASA, inicio de condiciones para la separación de funciones

Acetato IV

Un segundo momento de la evolución de sistemas, que coincide con el cambio lógico y doctrinario de los 80's en Chile, y además con las necesidades de los ajustes económicos, es la llegada del sector privado, básicamente se caracteriza por la salida del sector público, y por lo tanto la creación de las ISAPRES, de los seguros privados de salud.

Esta salida del sector público significó como que el porcentaje de la cotización en ese entonces de un 5% era propiedad de las personas. Este es probablemente uno de los temas más fuertes que hoy día atraviesa el proceso de reforma chileno, y uno de los puntos donde hay mayor tensión en la discusión del futuro del sector salud chileno hoy día.

Obviamente este desarrollo significó un crecimiento más significativo de la provisión privada, hoy día en Chile, alrededor de un 45% de las prestaciones ambulatorias en Chile son dadas por el sector privado prestador. Simultáneamente se hizo un proceso de municipalización de atención

primaria, una descentralización a la municipalidad que me gustaría discutir, pero no tenemos mucho tiempo en este tema, y algunas reformas financieras muy importantes. Un cambio muy fuerte del financiamiento de ingresos generales, decíamos que era el 85% en el 26, al año 89 solamente un 40% del financiamiento del gasto público en salud era de impuesto general y el resto de cotización. Por último, por primera vez se sintió la función de gestión del financiamiento y la función de prestación de las prestaciones de salud.

Sin embargo esta diferencia no incluyó la posibilidad de transformar a este ente administrador en un ente comprador, en un ente asegurador, más bien lo transformó en una especie de caja del sistema que pagaba las prestaciones del sector público con bastantes desventajas desde el punto de vista de competencia en el mercado de los seguros, hay muchísimas amarras porque de una institución pública de las más tradicionales sujeta a la Contraloría y sujeta a Hacienda, y sujeta a todo los que significa las gestiones, en la mayoría de nuestros países con tradición francesa de administración.

#### Problemas del sistema a fines de los 80's

#### Sector privado

- Sistema de Seguros múltiples con altos incentivos a la seleccion de riesgo, sobre consumo de prestaciones y modelo de compra con escasa contención de costos.
- Importantes subsidios indeseados desde el sector público.
- Seguro público ha actuado como seguro de último recurso.
- Prestadores con escaso control de calidad.

#### Sector público

 Falta de consolidación de la separación de funciones, lo que hace que el MINSAL tradicionalmente tenga los incentivos para maximizar el financiamiento a sus propios prestadores más que a concentrarse en alcanzar el mayor impacto en salud en el sistema.

Acetato V

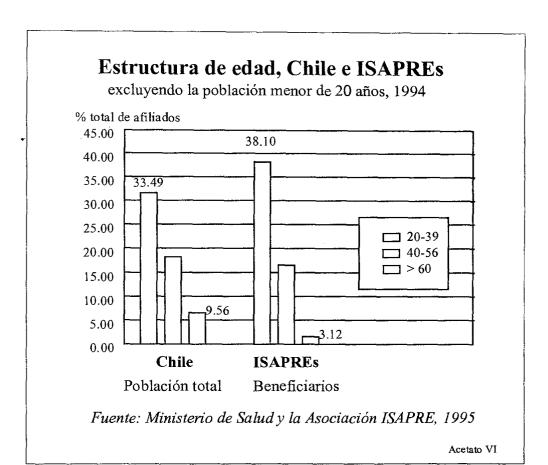
¿Con qué problemas nos hemos enfrentado al inicio de los 90's entonces, producto de la llegada del sector privado?, voy a poner los problemas, no voy a poner las cosas positivas, pero las hay, en un minuto las podemos conversar, creo que es más importante mostrar en lo que nos hemos equivocado que lo que hemos acertado.

Respecto al sector privado, uno de los problemas más serios con que nos encontramos a partir de los 90's es que el sistema de seguros es un sistema de seguros múltiples con altos incentivos en la selección de riesgos sobre consumo de prestaciones y modelos de compra con escasa contención de costos

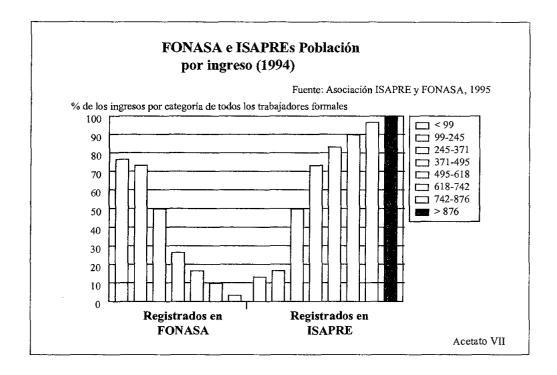
Lo que en definitiva puede ser no solo un problema de equidad y eficiencia intersectorial sino un problema serio en la escala de costos y en la competitividad de la economía chilena a futuro, aun cuando ya no lo es. Hay importantes subsidios indeseados del sector público al sector privado asegurador, hay un seguro público FONASA, en este caso, que en realidad no era seguro al minuto, al inicio de los 90's, que ha actuado como un seguro de último recurso, los sistemas privados al estar desregulados desde el año de 1981 en su creación hasta los años 90's, y al tener un marco de gestión que admitiera la exclusión de la preexistencia y cambio unilateral de contrato al igual que precios por la vía de la cotización, produjeron que en definitiva el seguro público que no tiene ninguna de estas características, recogiera a la gran mayoría de la población que tenga mayor riesgo o menores ingresos.

Por último un desarrollo del mercado de los prestadores privados con muy poca regulación y por lo tanto poco control de calidad, es un problema de los prestadores públicos.

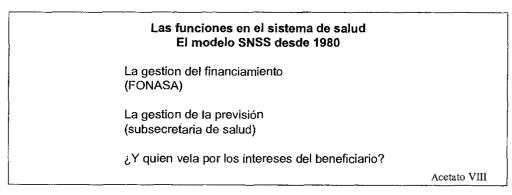
En el sector público como acabo de decir, por la falta de consolidación en la separación de funciones, es lo que hace que el ministerio de salud tradicionalmente tenga los incentivos para maximizar el financiamiento a sus propios prestadores, más que concentrarse en alcanzar el mayor impacto de salud en el sistema.



Un par de ejemplos respecto a la selección de riesgo y al eje de mercado son temas de importancia. En este gráfico tenemos en la columna del lado izquierdo el porcentaje total de afiliados o de población de Chile y de las ISAPREs de los seguros privados, como se puede ver en el caso de Chile la población mayor de 60 años es de alrededor de un 10% en el sistema de seguros privados es de un 3% y si uno ve la concentración de los de menor riesgo y probablemente la población económicamente activa de menor consumo está altamente concentrada en las ISAPREs a diferencia de lo que es la población chilena en general, si uno viera el mismo perfil para el FONAFO, el seguro público se eleva alrededor del 20% de la población, digamos de todos los viejos, al tener el 80% de la población de todos los viejos y hasta muy bajo en la población joven activa.



Esto es un cuadro típico del descremento del mercado, las cifras ofíciales del sistema ISAPRE de 1994, nos muestran que si consideramos el ingreso mensual en dólares de los Estados Unidos, uno ve por ejemplo, que más del 90% de aquéllos que ganaban menos de 99 dólares mensuales estaban en el seguro público y menos del 10% de ellos estaban en el sistema de seguros privados y al revés. Aquéllos que ganaban más de 876 dólares mensuales en el año de 1994, menos del 5% de ellos estaban en el sistema del Fondo Nacional de Salud, y casi el 100% de ellos estaban en el sector privado.



Desde el punto de vista del sector público, si bien es cierto se quedó el FONASA, pero como les decía anteriormente es un gestor del financiamiento y en la práctica no hubo hasta el año de 1990 una separación real de las funciones del ministerio de salud a través de su Secretaría de Salud, seguía controlando a las prestadoras pero también por un problema de jerarquía al seguro público de salud, y sigue siendo entonces un fiananciador de prestadores más que un maximizador de satisfacción y de acceso.

#### La revalorizacion del sector publico

- El financiamiento: separar bienes públicos y asegurables.
- 1. Explicitación de derechos: compromiso con el ciudadano.
- La organización del sector público: separacion de funciones: FONASA y el seguro público.
- 1. Nuevos mecanismos de pago a prestadores.
- 2. La relacion con hacienda.
- La competitividad de los hospitales públicos y la autonomía hospitalaria.
- Reformas del sistema ISAPRE.
- 1. Subsidios.
- 2. Seleccion de riesgo y transparencia del mercado.

Acetato IX

Tenemos que en la década de los 90's es una realidad el sistema y una revalorización del sector público, originados por los problemas anteriores.

¿Cuáles son los desafíos a partir de este momento?

Primero, el tema de financiamiento, como una necesidad de la separación de los bienes públicos y bienes asegurables, la necesidad de que el seguro público de salud explique los derechos de los ciudadanos, y que sea un compromiso de exigir a la ciudadanía a través de un instrumento que sea un instrumento de control social.

El Fondo Nacional de Salud en los próximos días va publicar un documento que es el compromiso con el ciudadano que hace exigibles las prestaciones que están incluidas ahí, tanto desde el punto de vista de condiciones de

satisfacción y calidad, como desde el punto de vista de prestaciones o pagos y financiamiento, esta puede ser la soga al cuello, pero de otra forma es imposible que el seguro público retome la posibilidad de sobrevivir y competir en el mercado de los seguros en Chile.

Desde el punto de vista de organización del sector el gran desafío es la separación de función y la consolidación entre seguro de la función compradora y la función de prestaciones de servicio, con dos grandes subdesafios digamos, una nueva relación con los prestadores, nuevas formas de pago; hay ya casi 7 años de implementación de nuevas formas de pago en el sistema público chileno de tipo RG y de tipo Contratos de Compromisos de Gestión.

Otro gran desafío, que yo creo que algunos países y a lo mejor México también, va a tener algo parecido, es el desafío de la relación entre el seguro público y Hacienda, nuestra forma de mirarlo hoy día y tenemos largas discusiones con Hacienda, porque no queremos una relación en que Hacienda nos entregue un aporte fiscal, queremos una relación en que el seguro público venda una prima de seguros a la sociedad chilena a través del pago que hace el Ministerio de Hacienda, y por lo tanto se dé una relación de compra de un paquete de servicios y no una relación de aporte fiscal puro sin que tenga un destino específico.

Este es un tema muy complicado, Hacienda carece de instrumentos fiscales con mayor flexibilidad y también lo complica desde el punto de vista de la indexación creando un paquete a los aportes que tenga que hacer la sociedad, pero es explícito al dar a conocer cual es la voluntad de la sociedad chilena respecto a financiar o no financiar a los indigentes así como cual es el nivel de calidad dispuesto como sociedad a financiar. El desafío alternativo dada la nueva misión del Fondo Nacional de Salud del Seguro Público, es el problema de los prestadores públicos y su competitividad a largo plazo, si el seguro público maximiza solamente el nivel de salud y maximiza oportunidad y calidad, entonces los hospitales públicos con la rigidez en el manejo de la estructura de costos puede llegar a ser no competitivo, hoy día lo son, pero hay señales de que podrían no ser competitivos con los prestadores privados, el desafío entonces significa, como hacer más modernas las gestiones.

Por último un desafío muy difícil dado la complejidad y el orden político que tienen los seguros privados, y dada la discusión interna en el país, es la reforma de los sistemas de seguros privados. El Presidente va a mandar en estos días un proyecto de ley para eliminar todo subsidio a las ISAPREs, al sistema privado de salud, y por otro lado, esto probablemente va a desencadenar en una discusión y tensión en los sistemas que nos va a permitir reestudiar el tema de cómo evitar la selección de riesgos y dar más transparencia de mercado a los seguros públicos y privados.

## ¿Para qué?

- Mejorar equidad
- Mejorar eficiencia
- 1. ¿Productiva?
- 2. ¿De asignación?
- Permitir sobrevida financiera del sistema
- ¿Explosión de costos ?
- 2. ¿Cambio demográfico?

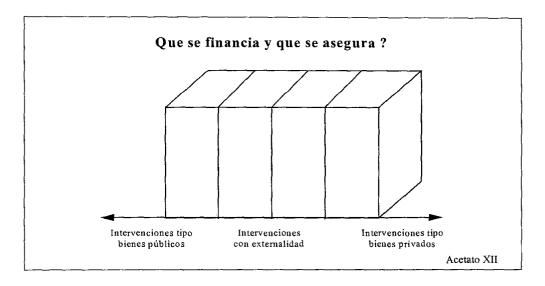
Acetato X

Para mejorar la equidad se ha demostrado que no sólo existen problemas de equidad, de eficiencia, productibidad sino también de eficiencia de asignación. El modelo de sobreconsumo de las ISAPREs y algunas de nuestras indexaciones con definiciones de prestaciones políticas hacen que tengamos problemas de asignación y obviamente problemas sobre medidas financieras del sistema en su totalidad y de competitividad de la economía chilena en los mercados internacionales.

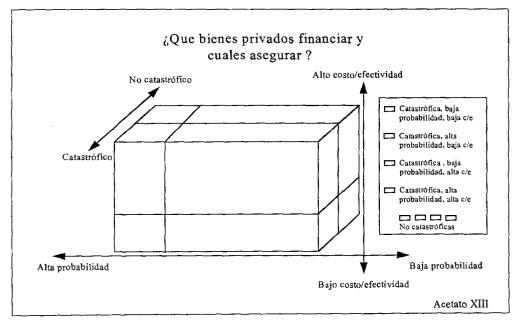
#### La imagen objetiva de los 90's

	Público	Privado
Regulación	Ministerio	Ministerio
Financiamiento	Impuesto G. Impuesto P.R. Co-pago	Impuesto P.R. Co-pago Subsidio Público
Gestión del Financiamiento	FONASA (Fondo Nacional de Salud)	ISAPREs (Seguros Privados)
Provisión	Pública y Privada	
		Acetato XI

Voy a explicar lo que es básicamente, la imagen de los 90's, relativa a la parte financiera y relativa a la gestión de financiamiento. La regulación del Ministerio coordina al sector público y sector privado a través de la Superintendencia de Seguros Privados, nacida solamente después de 10 años del funcionamiento de los seguros privados, respecto al financiamiento es una combinación de impuestos generales, cotización y copago en ambos sistemas y respecto a la gestión de financiamiento del FONASA como seguro público, y las ISAPREs como seguro privado en dos esquemas de funcionamiento de seguro social que son absolutamente incompatibles y que justamente el desafío de los próximos años es cómo hacerlas competitivas, un seguro de base poblacional de riesgo, de prima implícita que no tenía escrito un paquete de beneficios que sirve de reaseguro en el sistema de seguro y que además tiene mirada a largo plazo con un sistema que tiene mirada de corto plazo, que tiene primas explícitas para el riesgo que tiene posibilidades de exclusión y que por lo tanto los dos sistemas hoy día como están funcionando no son compatibles y hay que hacer una disposición muy profunda del sistema, y de la posición pública v privada.



Para poder hacer explícito, el paquete de prestaciones nosotros tuvimos que hacer una discusión muy seria respecto a qué aseguramos y qué financiamos, y tomamos la decisión de financiar públicamente y no a través del seguro a los bienes públicos y a los bienes privados con externalidad positiva o cuando hay problemas de agentes. Por lo tanto la discusión que voy a hacer no incluye los bienes públicos ni a lo bienes con externalidad positiva. Pero si al el tema de los bienes privados.



Por razones de equidad e históricas en Chile, el paquete básico o el compromiso con el beneficiario, como ustedes quieran llamarle, incluye una buena cantidad de bienes privados y la priorización para incluir costo-efectividad por debajo del alto costo-efectividad que es la línea que nosotros hemos decidido que vamos a concentrar en esta área, para que la elaboración de las prestaciones privadas estén incluidas en el paquete básico, no tan básico en el compromiso de los beneficiarios, que son básicamente las de baja probabilidad, de baja costo-efectividad, y catastróficas, y que son las razones por los cuáles uno tiene un seguro normalmente.

Existe una discusión respecto a las de alta probabilidad y que son catastróficas y que obviamente ahí, hay un sistema de ahorro o alguna otra alternativa para financiarlas.

Por último, después de este análisis se ha elaborado un proceso de definición de preferencias sociales respecto a las prestaciones que deben estar incluidas a través de un proceso de consulta bastante estructurado, respecto a cuáles son las preferencias sociales de la gente para incluirlas en un paquete de prestaciones de un seguro público.

#### ¿Uno o dos compradores para bienes asegurables y bienes públicos ?

Un comprador con dos modalidades	Dos compradores
Seguro	Seguro
Programas	Programas

Acetato XIV

No parece aconsejable en este momento separar organizacionalmente las dos formas de compra, aunque sí lo es separarlas funcionalmente.

Sin embargo como el seguro público se concentra sólo en los bienes privados, o los bienes asegurables, todavía tenemos una discusión muy fuerte respecto a qué hacemos con los bienes públicos, los maneja el seguro y por lo tanto seguros y programas, bienes públicos y bienes privados los maneja una sola entidad o si hay diferencia.

Nuestra tendencia es a que se diferencien, la razón por la cual se diferencia es que nosotros tenemos un esquema de seguros múltiple y por lo tanto podría haber conflictos de intereses ahí, por lo tanto siendo bienes privados se asegura toda la población en sector público o privado, en otro esquema de que haya un seguro único, es muy probable que lo más conveniente es que el seguro único maneje ambas modalidades.

El proceso de reforma sectorial desde 1990 fue la creacion de la función de compra y la separacion de la compra y la provisión.

## La organizacin para la gestión pública del financiamiento

La gestion de la compra pública	La gestión de la provisión pública
FONASA	subsecretaria
	Acetato XV

En definitiva nuestro esfuerzo a partir de los 90's es por un lado, en un proceso de reforma sectorial que tiende a la creación de la función de compra, más allá de la financiación, un seguro activo que diferencie qué compra y porqué compra por razones sociales y éticas, por razones económicas de exigencia de asignación y por razones de seguro de riesgo, y por otro lado el consolidar a un gestor de la provisión pública que es la Subsecretaría de Salud, que depende del ministerio todavía, esto no ha ocurrido y aunque es un esfuerzo muy importante, yo creo que la nueva ley del FONASA de salud que va a estar en el congreso próximamente, tendrá una discusión y la consolidación de este modelo va a ser bastante fuerte en los próximos meses y tal vez este año.

### Las funciones en el sistema de salud. La evolucion desde el financiamiento a la compra

La gestión de la compra pública	La gestion de la previsión pública
Maximizar estado de salud y satisfacción de beneficiarios. El Comprador debe transformarse en el garante de los derechos de sus beneficiarios.	Maximizar competitividad de largo plazo de los proveedores públicos. La competitividad de largo plazo requiere de flexibilidad en la gestion de todos los recursos, cuya expresión organizacional es el hospital público autogestionado. Temas de política pendientes respecto al sector privado.
	Acetato XVI

Básicamente, parece ser que, por un lado, para que la gestión de la compra pública se concentre en maximizar el estado de salud y la satisfacción de los beneficiarios, el comprador debe transformarse en el garante de los derechos de sus beneficiarios a través de este compromiso con el beneficiario que contrata explícito. Y por otro lado, para que la gestión de la provisión pública se transforme en un maximizador con la competitividad de largo plazo de los prestadores públicos, y la competitividad de largo plazo requiera de una flexibilidad de la gestión de todos los recursos, cuya expresión organizacional podrá ser el hospital de autogestión, nosotros estamos a diferencia de Argentina muy tarde en la discusión respecto al hospital de autogestión o autónomo. Y este gran desafío hoy día envía señales fuertes de que el sector privado dada su flexibilidad de manejo o sus factores de producción puede superar en un corto plazo la competibidad de los hospitales públicos.

## Temas de política pendientes respecto al sector privado

- Seguros privados.
- 1. Selección de riesgo.
- 2. Selección adversa.
- 3. Incentivos para sobreconsumo.
- Contención de costos.
- 5. Subsidios públicos.
- Provisión privada,
- 1. Control de calidad.

Acetato XVII

Temas pendientes que están siendo discutidos hoy día, seguros privados, la selección de riesgo, la selección adversa, los incentivos sobre consumo, dado que nuestra prima es fija, nosotros tenemos 7% de cotización, no hay competencia por precio, hay competencia por calidad y por otras cosas, la contención de costos en el mercado de los seguros privados ha usado un esquema de pago por servicios y tipo servicio y al estar hoy día tratando de avanzar hacia esquemas de pago que está dirigido a la contención de costos puede tener el riesgo compartido. Y por último el control de calidad en la provisión privada.

Como mencioné anteriormente, no solo el Presidente está enviando una ley en estos días para modificar importantes partes de estos temas pendientes, como son los subsidios, potestad del seguro público para la compra y competencia en el mercado.

#### Estado del arte respecto a política hacia el sector privado

- Mercado de los seguros.
- 1. Seguros multiples vs seguro unico.
- 2. Mecanismos de ajuste de riesgo en el caso de seguros múltiples.
- 3. La tercera edad en el mercado de seguros múltiples.
- Mercado de la provisión de servicios.
- 1. Introducción de un mercado disputable entre prestadores públicos y privados.
- 2. Hospitales públicos autónomos.

Acetato XVIII

En el mercado de los seguros ¿cuál es el estado del arte?. Es la discusión hoy día. Así como hasta los 80's la discusión fue que tan insatisfechos estamos con el sistema nacional de los servicios de salud, a lo que se presentaron nuevas opciones, y entre los 80's y los 90's la discusión giró sobre, cómo enfrentar el problema de selección de riesgos, donde existe un decremento de mercado por más de 12 años.

- ¿Uno o múltiples seguros?
- 1. Ventajas multiseguro.
- 2. Libertad de elegir, potencial mayor satisfacción.
- 3. Competencia, mejores precios y/o coberturas.
- 4. Desventajas
- 5. Selección de riesgo.
- 6. Alto costo administración de incentivos para eliminar selección de riesgo.
- 7. Selección adversa.
- 8. En precio mínimo fijo, potencial sobreconsumo.

Acetato XIX

Está polémica está dando origen a los seguros múltiples de ese seguro único. En el caso de que sea seguros múltiples, que es muy probable que así va a ocurrir en definitiva, porque la factibilidad podría tener hoy día, un seguro único que es muy baja, yo todavía apuesto a eso, vamos a tener que entrar en un mecanismo de ajuste-riesgo en el caso de seguro múltiple, que nos preocupa mucho desde el punto de vista de los costos de transacción, ¿por que mantener un sistema de ajuste de riesgos para un sistema de seguros múltiples?; primero porque no se ha probado efectividad en ninguna parte, segundo porque su costo de transacción puede ser extremadamente alto y tercero porque los mecanismos de tercera edad en el mercado de seguros múltiples, que es otro tema que tiene que ver muy cerca a esto, tiene relación entre beneficiario y seguro y en el mercado de la provisión nosotros intentamos tener en un sector público en la introducción de mercado disputable entre prestadores públicos y privados lo antes posible y hasta hospitales con mayor autonomía además de sus recursos.

#### Problemas y errores

- La imagen de la reforma: lenguage y comunicación.
- Cuando los medios se transforman en objetivos:
- 1. Prioridades y plan de salud.
- 2. Ausencia de priorización programática.
- ¿Demasiado larga, demasiado tecnocratica: y la política?.

Acetato XX

Estando los dos polos de acuerdo en su participación en el mercado, en un mercado múltiple de aseguradores con incentivos absolutamente contrarios entre sector público y privado, nos preguntamos ¿cuál es la discusión hoy día?, ¿cuáles son los dos foros de discusión?, ¿cuáles son los dos polos para corregirlo?.

Unos ponen énfasis en las ventajas de multiseguros, respecto a la libertad de elegir y potenciar mayor satisfacción, lo que es cierto, las encuestas demuestran esto, otros enfatízan en la competencia y la posibilidad de que hayan mejores precios, mejores coberturas en esquemas de competencia entre seguros, así cómo en las desventajas que tienen que ver con que un sistema de seguros múltiples, que tenga intrínsecamente concluida la selección de los riesgos, con un alto costo de administración para eliminar la selección de riesgos, el problema de la selección adversa y el largo plazo, y el problema del peso mínimo fijo hoy día, y el potencial incentivo sobre el consumo del sistema. Esto es básicamente lo que yo quería mostrarles, sobre en lo qué está en discusión en Chile, creo que hay 30 o 35 años de errores y aciertos que pueden ser útiles para las discusiones de los demás países.

# ATENCION A LA SALUD EN EL PROCESO DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

Dr. Mario Madrazo Navarro

IMSS CAMS

#### MARIO MADRAZO NAVARRO

Nacionalidad Mexicana, Médico Cirujano con Mención Honorífica de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialidad en Cirugía, en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y Maestría en Ciencias Médicas en la UNAM.

# Experiencia laboral

Actualmente se desempeña como Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, es miembro de la Asamblea General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), integrante de la representación del Ejecutivo Federal, Presidente de la Comisión Americana Médico Social (CAMS) de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y es Miembro de Diversas Sociedades Médicas Nacionales e Internacionales.

Ha ocupado diferentes cargos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tales como: Jefe del Servicio de Cirugía del Centro Médico de la Delegación número 5; así como Coordinador del Centro Médico Nacional y Subdirector General Médico.

La salud es uno de los valores invaluables del hombre y un bien social. Por ello, la atención a la salud ha sido desde siempre, la función sustantiva de la seguridad social y el núcleo de sus acciones de protección, amparo y promoción del bienestar.

En México, la seguridad social a lo largo de su proceso histórico, ha desempeñado un papel fundamental en lo referente a la promoción y al cuidado de la salud. Dentro de sus instituciones se han dado muchos de los más importantes logros de la ciencia médica mexicana, se han formado generaciones de excelentes profesionales y técnicos y se ha llevado a cabo investigación médica de relevancia nacional e internacional. Gracias a la cobertura y penetración de sus programas y acciones, la seguridad social ha contribuido, señaladamente, al progreso que ha experimentado nuestro país en el ámbito de la salud en las últimas décadas.

Por ello, la seguridad social se ha considerado en algún momento, tanto cualitativa como cuantitativamente, como el más importante de los sistemas nacionales de salud.

Sin embargo, precisamente por ser la función sustantiva de la seguridad social, la atención a la salud, resiente de una manera muy especial, los efectos de todos los factores que inciden de una u otra forma en la seguridad social, y desde luego, de aquéllos que son propios del proceso salud-enfermedad. Todos estos factores integran en su conjunto una nueva realidad, que significa a su vez nuevas necesidades y demandas. La atención a la salud se debe transformar necesariamente como una respuesta de ajuste a las circunstancias actuales y futuras de la seguridad social mexicana.

El escenario en el cual se desenvuelve hoy la seguridad social en México, es inédito dentro de su propio curso histórico, aunque no difiere en gran medida del que experimenta la seguridad social en otros países. Es un escenario que conjuga por una parte la complejidad, la diversidad y la celeridad del cambio y por otra, un severo cuestionamiento de los principios de la seguridad social en sí. Con algunas variantes, el panorama es similar en todas las instituciones de seguridad social en México, sin embargo, para los fines de esta presentación se hará referencia a la situación específica del Instituto Mexicano del Seguro Social, como institución pionera y representativa de la Seguridad Social Mexicana.

De todos los elementos que integran este escenario, algunos inciden de una forma más directa en la atención a la salud. Entre ellos destacan el factor económico, el cambio social, las implicaciones del desarrollo científico y tecnológico y las transformaciones en el perfil demográfico y epidemiológico de la población derechohabiente.

No cabe duda que uno de los factores determinantes de la atención a la salud dentro de la seguridad social, es el factor económico. El Instituto Mexicano del Seguro Social, por ejemplo, llegó a enfrentar por diversas razones, una situación de inviabilidad financiera que amenazaba con afectar sus diferentes prestaciones. En particular en el ramo de Enfermedades y Maternidad, se creó un déficit financiero que empezó a generarse desde la creación del Instituto y que se subsanó artificialmente por un largo período, gracias al apoyo de otras ramas de aseguramiento, situación que no podía obviamente mantenerse por más tiempo.

Era evidente que la institución debía, como primer paso de su reforma, asegurar la viabilidad financiera que le permitiera garantizar la prestación de sus servicios, en particular los servicios de salud que requieren sustento económico, seguro para satisfacer necesidades y demandas crecientes, y enfrentar, adicionalmente, el incremento de los costos de la atención.

Otro factor de suma importancia la conforman los cambios en el orden social, que incluyen el surgimiento de una nueva sociedad, mejor informada y más demandante; el renovado interés por el respeto de las garantías y derechos del individuo y la influencia creciente de las Organizaciones No Gubernamentales. Las implicaciones de esta nueva dinámica social, obligan a reorientar el modelo de atención reforzando su carácter social, enfocando sus objetivos al individuo y su entorno, reconociendo la evolución que han tenido las formas de organización familiar y comunitaria y garantizando la consideración a sus derechos y garantías a través de la práctica del humanismo.

Por otra parte, este cambio social debe ser propicio para comprometer en mayor grado al propio individuo, a la familia, a la sociedad y sus organizaciones, en la responsabilidad del cuidado de la salud y en el diseño y operación de los programas institucionales.

El desarrollo científico y tecnológico, y sobre todo el crecimiento de la industria y del comercio respectivos, plantean a la administración de los servicios de atención a la salud, el reto de mantener el necesario equilibrio entre los recursos asignados, y la incorporación al proceso de la atención, de los avances en la ciencia y la tecnología que representen un beneficio real para el usuario o la satisfacción, bajo criterios de costo-efectividad, de necesidades auténticas.

En el terreno propiamente de la salud, los cambios que experimenta la población derechohabiente de la seguridad social son un reflejo del panorama nacional. Esto significa yuxtaposición de antiguos y nuevos problemas, resurgimiento de otros aparentemente controlados, polarización extrema y cobertura insuficiente. El modelo de atención, sin deshacerse del lastre de las enfermedades infecto-contagiosas, deberá por tanto, enfrentar problemas de salud más complejos y costosos, y nuevas patologías relacionadas con las alteraciones del ambiente, factores específicos de riesgo y hábitos y conductas inadecuados. Al mismo tiempo deberá extender su cobertura, e incrementar la equidad, la calidad y la eficiencia en la prestación de sus servicios.

En respuesta a las circunstancias de este nuevo escenario, la seguridad social mexicana ha puesto en marcha un proceso de reforma que contempla cambios substanciales. Muchos de estos cambios se dan precisamente en el terreno de la atención a la salud.

La reforma de la seguridad social en México, no es un hecho fortuito ni aislado. Se trata de un proceso que se inscribe dentro de la política social del Estado Mexicano, y se realiza de acuerdo con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que norma los programas institucionales y sectoriales y del programa de reforma del sector salud, que de él deriva. Por tanto, las transformaciones relativas a la atención a la salud, que se suceden en el marco de la seguridad social mexicana, son una respuesta congruente no sólo con la propia reforma institucional, sino también con las estrategias sectoriales, las políticas de estado y en un plano superior, con las exigencias y expectativas del desarrollo integral de la nación.

El proceso de reforma de la seguridad social mexicana, tiene objetivos muy precisos. En su caso el Instituto Mexicano del Seguro Social, se propone: alcanzar su viabilidad financiera, elevar la calidad de sus servicios, ampliar

su cobertura, integrarse como factor del desarrollo económico del país, garantizar su presencia como elemento de justicia social y darle permanencia a sus principios originales. Todos estos objetivos se han concretado en la nueva Ley del Seguro Social que ha entrado en vigor muy recientemente.

Tratándose específicamente de la atención a la salud, el proceso de cambio se ajusta estrechamente a los lineamientos generales que el propio Instituto Mexicano del Seguro Social, contempla como base de sus acciones prioritarias: la eficiencia operativa y mejora en la calidad de los servicios, el cumplimiento de compromisos derivados de la nueva Ley y la modernización institucional.

El primero de estos lineamientos establece como una de las características del cambio el incremento en la calidad y mayor eficiencia en la prestación de los servicios. Ello implica combinar de forma equilibrada estos dos elementos, de manera que el incremento de la calidad no se sustente necesaria ni exclusivamente en el aumento del gasto, ni que por otra parte, por un afán eficientista se sacrifique la calidad.

Para superar este reto de combinar armónicamente calidad y eficiencia en la atención a la salud, la Institución ha establecido las siguientes estrategias:

Primero, impulsar los programas que sean más redituables desde el punto de vista del costo beneficio. Fundamentalmente los programas de Educación y Fomento de la Salud, los encaminados a evitar o reducir los daños a la salud, y los que estimulan la participación comunitaria.

En segundo término, promover las acciones de salud dirigidas a grupos específicos de acuerdo con factores de riesgo. Cabe dentro de este rubro, los programas de especial interés de la Institución, referentes a la salud de la mujer en la edad fértil, el niño, en especial el binomio madre-hijo, el adolescente y el adulto mayor.

En tercer orden, fortalecer las acciones vinculadas con la salud y el bienestar de la población laboral, considerando al trabajador como el factor más importante en los momentos cruciales que vive la economía de nuestro país. Estos programas tienden a modificar favorablemente el perfil de los riesgos de trabajo, así como de la incapacidad y la invalidez. Todo

ello tiene repercusiones favorables no sólo en la salud de los trabajadores sino también en el equilibrio financiero de la Institución y la productividad de las empresas.

Finalmente, incrementar la calidad y eficiencia de la atención a los daños en la salud, bajo las siguientes políticas: atención integral y continua, con base en la familia, diseño de modelos de atención específicos para problemas relevantes o patologías emergentes, e incorporación racional de los avances científicos y tecnológicos.

Otro lineamiento que marca el cambio en la atención a la salud es el cumplimiento de compromisos que derivan de la nueva Ley del Seguro Social. Uno de estos compromisos es la ampliación de la cobertura.

Con este objeto se ha establecido un nuevo seguro, el Seguro de Salud para la Familia que incorpora, bajo un esquema de aseguramiento muy favorable, a la población ocupada que no tiene una relación de trabajo formal. En consecuencia, el sistema de atención a la salud se reestructura para atender una mayor demanda, bajo los mismos criterios de calidad, que para la población derechohabiente y sin que ello signifique un incremento sustantivo de los recursos.

Por último, dentro de los lineamientos para la modernización institucional, la atención a la salud contempla dos situaciones favorables. Una de ellas es la reforma administrativa de la Institución que estableció siete direcciones regionales y promueve, bajo los criterios de un renovado federalismo, la desconcentración en estas áreas, de diversos procesos y responsabilidades. Ello repercute positivamente en la accesibilidad, flexibilidad y calidad de los servicios, al ubicar la toma de decisiones en el nivel donde se operan los servicios y donde se tiene un mejor conocimiento de la situación de salud propia de cada región.

El otro aspecto es el diseño y aplicación de un nuevo Modelo de Medicina de Familia que incorpora como elementos relevantes, el incremento de la capacidad resolutiva del médico familiar y la libre elegibilidad de parte del usuario, dentro de un proceso de atención médica integral y continua.

El símbolo de la seguridad social mexicana, ha sido su compromiso histórico con la equidad y la justicia social. La permanencia y actualidad de

sus principios no son materia de discusión. Forman parte de nuestro acervo generacional y son pilares incuestionables de nuestro desarrollo social. Lo que procede es el cambio. Es la reforma de acuerdo con las transformaciones del mundo en general y las exigencias del México moderno.

La atención a la salud dentro de la seguridad social, cambia como expresión formal de este proceso de reforma. Cambia para seguir siendo garantía del derecho a la salud de nuestra población amparada y factor decisivo en el mejoramiento de la salud de la población mexicana en su conjunto.

# LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

#### EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER

Nacionalidad Colombiana, Médico Cirujano de la Universidad de Antioquía, Colombia, estudios de Especialización en Gerencia de la Universidad EAFIT-CES, Medellín.

# Experiencia Laboral

Actualmente se desempeña como Director General de Seguridad Social del Ministerio de Colombia.

Fue Vicepresidente de EPS en el Instituto de Seguros Sociales de Colombia, también Viceministro de Salud en el Ministerio de Colombia, en varias oportunidades fue Presidente Encargado en el Instituto de Seguros Sociales, así como Ministro de Salud de Colombia, ha sido Consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Director de Salud Comunitaria en METROSALUD en Medellín y Médico Rural y General en Santa Elena, METROSALUD, ISS y CONFENALCO en Antioquía.

Ha realizado actividades de Secretario Técnico en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia, ha sido Presidente de la Delegación Colombiana en la 47a asamblea Mundial de Salud en Ginebra Suiza y en la 38a Reunión del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), en México como Jefe de la Delegación Colombiana.

Se ha desempeñado como profesor de Posgrado en Gerencia de la Seguridad Social en CESEAFIT, Medellín, en la Universidad de Santo Tomás de Aquino, de Santa Fe de Bogotá, en el Postgrado de Gerencia de Instituciones de Seguridad Social, así como en la Universidad Externado de Colombia Santa Fe de Bogotá, en el Postgrado de Seguridad Social y en la Universidad de Antioquía en el Postgrado de Historia de la Medicina.

# **Antecedentes**

La reforma sectorial en Colombia se produce en un contexto en el que confluyen factores generalizados en la región y el mundo como la globalización de la economía, los ajustes macroeconómicos y la modernización de los Estados, con otros factores nacionales muy particulares como la expedición de una nueva constitución y su desarrollo ulterior en el marco de procesos de paz, reconciliación y reinserción a la vida civil, en un episodio que ha marcado una apertura democrática sin precedentes en el país.

Igualmente la reforma se inscribe en el marco de la transición demográfica y epidemiológica del país y de una creciente insatisfacción con los modelos de prestación de servicios existentes, en unos casos por la calidad inadecuada y en otros casos por los costos elevados.

Todo este contexto hace que tanto la constitución como la ley de la seguridad social, sean textos eclécticos que reflejan la pugna de concepciones e intereses inmersos en su construcción pero que revelan también la capacidad que tuvo el país para hacer una síntesis novedosa, ambiciosa y por lo demás interesante que se ha convertido en ocasiones, casi en plan de desarrollo.

En efecto, el sistema de seguridad social en salud apenas empieza a construirse, a partir del diseño teórico y sobre una realidad estructural y cultural totalmente distinta al deber ser propuesto, lo que exige mayores esfuerzos y genera traumatismos y resistencias inevitables. Esto es aún más difícil cuando además de lo compleja y ambiciosa que es en sí misma la reforma en salud, ésta se da concomitantemente con otros procesos de reforma como la descentralización hacia los municipios o procesos de privatización de importantes empresas estatales.

Con esa precisión sobre su génesis, analizar la reforma colombiana requiere conocer y reflexionar sobre aquello que existía, antes que compararla con modelos teóricos o con lo que quisiéramos que ella fuera.

La reforma sectorial colombiana significa evolucionar desde un sistema descoordinado y fragmentado en tres subsectores con tres modelos diferentes de financiamiento y provisión de los servicios de salud, que gastaba, alrededor del 7% de Producto Interno Bruto, del cual el 3.1%

corresponde a gasto publico, incluyendo el gasto del sector oficial y el gasto de las instituciones de seguridad social y un gasto privado aproximado del 3.9%.

El subsector de la asistencia pública o subsector oficial, con unos recursos tradicionalmente limitados, tenía una cobertura más o menos del 40% de la población, mientras los seguros sociales, es decir el ISS y otras mil instituciones más o menos llegaban al 20% de la población y el sector privado cubría entre el 12% y el 15% de los habitantes.

Con el aceptable nivel de gasto mencionado pero con una cobertura en la que sumados los tres subsectores dejan por fuera al 25% de la población, se hacía evidente un problema de inequidad e ineficiencia que era necesario resolver.

En relación con la eficiencia del sistema anterior, múltiples diagnósticos señalaban sus debilidades en términos de su dimensión externa es decir satisfacción del usuario y percepción del servicio así como en la operación administrativa intrínseca en términos de racionalidad y productividad.

El problema de la ineficiencia de muchas entidades se originaba fundamentalmente en la cultura generada en años de monopolio sobre determinados segmentos poblacionales cautivos. A ello probablemente se sumaban factores o aspectos relacionados con el burocratismo, el centralismo, los modelos de presupuestación y en general la más absoluta inflexibilidad.

De otra parte en el subsector privado el modelo de libre mercado existente había desbordado la capacidad de pago de su población objeto haciendo más evidente la necesidad de introducir mecanismos de aseguramiento.

# Integración y reordenamiento

Frente a este panorama aparece la Constitución de 1991 definiendo la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y como un servicio público obligatorio y ordena la organización del nuevo sistema bajo la orientación del Estado, con la participación de los particulares y los criterios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

Universalizar la cobertura bajo la lógica y principios de la seguridad social al tiempo que conciliar la solidaridad con la eficiencia era el propósito y a la vez el reto.

La pregunta era cómo aprovechar los recursos humanos, la infraestructura, los modelos de prestación de servicios, la experiencia y el desarrollo organizacional y conceptual de cada uno de esos subsectores sobre el eje de la seguridad social.

Un sistema único, que integrara todo lo existente, manteniendo la pluralidad y la diversidad de instituciones pero en un ámbito de competencia rigurosamente regulada por el Estado y que cumpliera con los propósitos de universalidad, solidaridad y eficiencia, fue la respuesta.

Se establecieron unas normas tendientes a aumentar progresivamente la cobertura con miras a lograr la universalidad, en donde se destacan el carácter obligatorio de la afiliación, la afiliación familiar y el subsidio para la afiliación de cerca de 12 millones de colombianos pobres.

En procura de la eficiencia se introduce la UPC pago percápita que exige un alto nivel de control de costos por la Entidad Promotora de Salud (EPS), al tiempo que se introduce la competencia y la libre elección, eliminando las poblaciones cautivas y se avanza en el proceso de separación y especialización de roles de dirección, administración y provisión de los servicios y en la transformación gradual y parcial de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda.

Al mismo tiempo y de manera paralela se viene avanzando en procesos radicales de descentralización y participación social, redistribución del poder que pretende ayudar en la búsqueda de la democratización, la eficiencia y la transparencia.

Otro propósito fundamental en el desarrollo del Sistema es el de la solidaridad, principio inherente al concepto de seguridad social.

Tres pilares fundamentales atan el sistema garantizando no solamente su unidad sino también la solidaridad.

Una misma tasa de cotización dependiente del ingreso, (solidaridad con los pobres), un mismo plan obligatorio de salud, (solidaridad con los enfermos) y una misma **Unidad de Pago por Capitación** principal instrumento de solidaridad, eficiencia, equidad y viabilidad del sistema.

Al acabar el monopolio e introducir la competencia entre varias instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud de carácter público o privado con o sin ánimo de lucro, se esperaría un fuerte fenómeno de selección adversa, en el que no solamente se excluye o rechaza al que aporta menos, sino también al que potencialmente demanda más servicios de salud.

Era necesario un mecanismo que evitara o al menos minimizara el riesgo de selección adversa y que previera que al segmentarse y especializarse las EPS en ciertas áreas del mercado no estuvieran algunas de ellas condenadas a la quiebra. Un mecanismo que conciliara la eficiencia y la solidaridad, que permitiera la pluralidad y la competencia sin sacrificar la equidad.

La UPC tiene la virtud de igualar a los afiliados frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y permitir la competencia sobre bases diferentes a la capacidad de aportar o demandar servicios.

La UPC es un valor fijo anual que el sistema le reconoce a una Entidad Promotora de Salud, para que le preste o le garantice a un afiliado el plan obligatorio de la salud, independientemente de que se enferme o no, de que requiera o no los servicios de salud, e independientemente del valor de su aporte.

# Logros y dificultades

El nuevo sistema lleva dos años y medio de operación en el régimen contributivo y un año y medio en el régimen subsidiado tiempo que ha permitido mostrar algunos resultados aun cuando no haya todavía estudios concluyentes sobre la materia.

La cobertura aumento de 7 millones de afiliados en el régimen contributivo a 12 millones en este régimen y 6 millones en el régimen subsidiado.

El gasto público y el gasto total se han incrementado observándose un esfuerzo económicamente importante de toda la sociedad.

Existen 30 opciones de EPS en el régimen contributivo y aún cuando hay quejas la realidad es que la gente está aprendiendo a conocer sus derechos y a asumir su libre elección, encontrándose en una encuesta reciente una buena aceptación de estas entidades. Persiste la tendencia a hacer selección adversa pero esta no constituye un peligro tan grande al existir la UPC.

Teníamos un sistema fragmentado, de baja cobertura, inequitativo e ineficiente, en donde el Ministerio de Salud casi que sólo se limitaba a financiar los hospitales públicos, sin cumplir la función rectora que le corresponde. Ahora contamos con un diseño teórico que poco a poco empieza a implantarse en medio de no pocas dificultades, muchas de ellas derivadas de fenómenos de resistencia al cambio o de la defensa de intereses particulares por encima de los intereses colectivos, o de una falta de control riguroso por parte del Estado, o de la inexistencia de un sistema de información que es por supuesto sumamente complejo dadas las características de la reforma.

Las principales dificultades de la implantación del sistema tienen que ver con la necesidad de construir una cultura de la seguridad social que nos permita garantizar el uso transparente y correcto de los servicios y el cumplimiento solidario en los aportes al sistema, por cuanto hasta el momento no existen suficientes incentivos hacia los diferentes actores para el control de la evasión.

La información y capacitación a los usuarios individuales u organizados es una función importante que no sólo garantiza la protección del consumidor sino que está generando ya situaciones de apoyo al cambio en marcha.

Igualmente se hace necesario reforzar y hacer más drástica la función de vigilancia y control del gobierno nacional con el fin de garantizar que cada uno de los actores cumpla a cabalidad su función y vencer las diversas manifestaciones de resistencia que se observan.

Es necesario la puesta en marcha de un complejo sistema de información que se requiere para el funcionamiento de la compensación del régimen contributivo así como el control del régimen subsidiado lo cual ha tenido demoras injustificadas pero parece comenzar a desarrollarse en este año 1997.

La generación de una nueva ética organizacional que comprometa a todos los actores e instituciones en defensa del equilibrio del sistema es una tarea que ha comenzado y que por supuesto tardará muchos años en generarse, período durante el cual el control de todos los niveles deberá ser sumamente severo por parte del gobierno.

Una reforma tan vasta y compleja en medio de otras reformas paralelas pero conexas ha significado una redistribución del poder desde el centro hacia la periferia, desde la oferta hacia la demanda, desde el ente público hacia el ámbito comunitario, desde niveles de mayor complejidad a los de menor complejidad, por lo cual se ha hecho evidente y fuerte la resistencia al cambio.

# **RECTORIA SECTORIAL**

DR. DANIEL LOPEZ ACUÑA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

# DANIEL LOPEZ ACUÑA

Nacionalidad Mexicana, Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de México, Maestría y Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de John Hopkins.

# Experiencia Laboral.

Actualmente se desempeña como Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, esta es la más grande de las Divisiónes de la OPS, con sede en Washington, D.C., siendo el mexicano que tiene el más alto rango dentro de la OPS y la OMS (Organización Mundial de la Salud) y es colaborador del Diario El Nacional en México, del semanario "El País" (edición internacional) en España y de la publicación mensual Nexos que se edita en México.

También colaboró con la Organización Panamericana de la Salud en las tareas de consultor en Servicios de Salud, Analista de Programas y Asesor Ejecutivo en materia de Desarrollo de Políticas y Planificación de Programas para la Dirección de esa Institución; asimismo desempeño el cargo de Secretario Ejecutivo del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, iniciativa encomendada en Madrid a la OPS para la Coordinación por la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado.

Estuvo como asesor de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República Mexicana y de la Secretaria de Salud en México.

Fue Profesor Titular y Visitante de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Escuela de Salud Pública de México y distintas Universidades de Estados Unidos, España y América Latina en materia de Epidemiología, Planificación de Servicios de Salud y Economía de la Salud.

Su producción escrita incluye varios libros y artículos especializados, entre sus obras se destacan: "La salud desigualdad en México" y " La Salud ambiental en México", ha sido miembro de varios consejos editoriales de revistas técnicas y de divulgación.

Los fenómenos prevalentes de reforma del Estado y descentralización de la vida nacional, han vuelto prioritaria la redefinición de los roles institucionales en el sector salud, sobre todo de los ministerios de salud, en cuanto al ejercicio de la función rectora en los procesos de reforma sectorial. La meta para superar las grandes inequidades en salud y bienestar prevalecientes en la región sigue siendo el principal objetivo de la función rectora en salud. Las funciones esenciales que constituyen responsabilidad del Estado son: el ejercicio de la conducción y la regulación sectorial. En lo que respecta a las nuevas realidades emergidas en los procesos de reforma sectorial, el ejercicio de la función rectora en salud debe abocarse con prioridad a las concernientes al aseguramiento de la población, a la regulación de la provisión de servicios y al financiamiento sectorial. En el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS, 1995-1998, y de las acciones de cooperación técnica en apoyo a los procesos de reforma sectorial, la Organización Panamericana de la Salud dará, en los próximos años, especial atención al fortalecimiento y desarrollo de la capacidad rectora de los ministerios de salud como componente básico del desarrollo institucional del sector.

Con la presentación de este documento al Subcomité de Planificación y Programación se espera obtener su contribución en dos cuestiones claves: lo apropiado de la taxonomía y caracterización de funciones rectoras de los ministerios de salud que se presenta en el documento y la pertinencia de las líneas de cooperación de OPS que se plantean, así como la necesidad o conveniencia de incluir nuevas áreas de trabajo para la OPS.

## 1. Introducción

En las últimas décadas de este siglo, la región de las Américas ha enfrentado una crisis económica que afectó sensiblemente la situación en salud de los países y la capacidad de respuesta del sector salud. Como señalan las *Orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS*, 1995-1998:

El desafío principal que afronta el sector salud es superar la inequidad que se manifiesta en las diferencias de acceso y cobertura de los servicios de salud y en las condiciones sanitarias de la población, reflejo a su vez de las inequidades sociales y económicas que predominan en la región. Todos los recursos del sector de la sociedad, en general, deben encausarse a afrontar este desafío.

En un contexto de crecimiento acelerado de las necesidades y una limitación de recursos, la mayor parte de los países de la región intentan remodelar las estructuras del Estado mediante la implantación de esquemas que garanticen un menor gasto público y un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos financieros disponibles.

La corriente de cambios involucra y compromete a los sectores sociales, principalmente educación y salud. El compromiso se acentúa por dos elementos fundamentales: sufren una disminución de financiamiento que les dificulta su desempeño, pero a la vez las medidas globales de ajuste estructural producen un aumento de la pobreza, con lo cual los servicios públicos ven aumentada su demanda por personas que antiguamente eran atendidas por la seguridad social o por la vía privada.

A esta situación se suman otros importantes factores, vigentes desde antes de esta crisis. Por una parte, los servicios públicos de salud no habían logrado alcanzar un grado de desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiencia tal que les permita asimilar los efectos de la crisis. El panorama del sector salud a nivel regional se dibuja como incapaz de dar una cobertura total e integral a todos los ciudadanos. La existencia de grupos postergados, sin acceso a los servicios básicos de salud, se presenta en prácticamente todos los países y se habla de un deuda social importante, plasmada por el hecho de que, a la par de grupos sin acceso a los servicios, existen, en los centros urbanos, servicios de alta calidad de muy alto costo, con limitada accesibilidad para la mayoría de la población. Por otra parte, el sector salud se presenta como un ente desarticulado constituido por múltiples instituciones descoordinadas, con clientelas propias según los diferentes estratos socioeconómicos. En estas condiciones se dan duplicidades y vacíos, principalmente en la áreas rurales y en la población urbano-marginal de las grandes ciudades.

Pero aún más, están presentes otras características importantes que complican la situación: las instituciones del sector presentan un bajo grado de eficiencia; la capacidad gerencial es pobre; los costos son altos y con tendencia al crecimiento; la calidad es limitada y la satisfacción de los usuarios es percibida como insuficiente. Hay problemas emergentes como

el SIDA, otros reemergentes como el cólera, la malaria y el dengue, y se incrementan las patologías crónicas de la población de edad avanzada que demanda y requiere mayor atención y recursos más sofisticados y caros para su asistencia. Las poblaciones comienzan a tener mayores expectativas sobre los servicios de salud; demandan además mayor calidad y uso de tecnologías novedosas de alto costo. La cultura médica de la sociedad rechaza los procedimientos simples y efectivos y presiona la especialización y la sofisticación de la atención, mientras que los prestadores de servicios privados de salud se organizan y crean esquemas de prepago y propugnan por la implantación de modelos de atención, que les brinde mayor oportunidad de trabajo. Este fenómeno que, por una parte, se ve fortalecido por la baja credibilidad de los servicios públicos y por la otra, por la insistencia de que la privatización mejoraría la eficiencia del uso de los recursos, va aparejado con un crecimiento acelerado de los mercados relacionados con la salud, lo cual genera una mayor necesidad de que el Estado ejerza funciones de regulación, control y vigilancia sobre ellos.

Ante este desafío, la respuesta política de los Gobiernos de la región requiere fortalecer el papel de liderazgo de los ministerios de salud y del sector salud como un todo, mediante el desarrollo de la capacidad de conducción y de negociación con otros actores dentro y fuera del sector salud. Se necesita un liderazgo político que permita propiciar y dirigir los cambios necesarios para transformar la política y el sistema de salud en la coyuntura de los procesos de reforma sectorial. Es necesario fortalecer la capacidad del Estado, en general, y de las instituciones del sector salud, en particular, en cuanto al ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública, sobre todo de aquellas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. A este proceso de fortalecimiento del liderazgo sectorial es al que se denomina función rectora del sector salud.

# 2. Funciones fundamentales para la función rectora sectorial

El propósito de la función rectora en salud es asegurar la equidad en las condiciones de salud y en la cobertura de los servicios dentro del marco de un proceso de desarrollo humano integral y sostenible. El ejercicio de la función rectora del sector salud implica la búsqueda de cambios que permitan asegurar la accesibilidad integral a los servicios de salud y, por ende, una mayor equidad de los beneficios que los mismos proporcionan.

Para ello es necesario garantizar políticas que produzcan o faciliten una mayor eficiencia y efectividad de la gestión de las acciones de salud, un compromiso social para el cuidado individual y colectivo de la salud, además de los cambios de comportamiento que favorezcan la efectiva promoción y protección de la salud.

Con el avance de la descentralización del Estado y del sector, y con el surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, la provisión directa de servicios, sobre todo la atención a las personas, ha dejado de ser una responsabilidad directa de los ministerios de salud. Lo mismo acontece con las prestaciones de servicios de salud pública y la ejecución de acciones de regulación sanitaria, en donde las instancias sanitarias intermedias del Estado, y a veces las locales, han asumido la responsabilidad de dichas atribuciones. Además de lo anterior, hay otro tipo de cambio que viene produciéndose en los proyectos de reforma del sector en las Américas: la separación de funciones de provisión de servicios, de financiamientos del sector y de aseguramiento, así como de adjudicación, según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas.

Los aspectos arriba citados intensifican la necesidad de redimencionar y adecuar la responsabilidad y funcionamiento de los ministerios de salud, definiendo las competencias substantivas que le son propias o indelegables tanto en materia de autoridad sanitaria y de conducción de las acciones sectoriales, como sobre los procesos de aseguramiento, financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios, particularmente en la garantía del acceso universal y equitativo a la atención y al cuidado de la salud con criterios de calidad.

La evolución que ha experimentado la Organización y el quehacer del sector salud, así como la conciencia creciente de la importancia del papel que juegan otros sectores en el mejor estado de salud de las personas, ha ido caracterizado cada vez más claramente una serie de funciones fundamentales, bien diferenciadas, cuyo conjunto constituye la acción sectorial. Hay una tendencia creciente a no concentrar todas esas funciones en una sola institución que las lleve a cabo, como solía suceder en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos, complementarios, que de manera especializada y por separado lleven a cabo las atribuciones diferenciadas.

Pueden adoptarse diversas taxonomías sobre el particular que siempre estarán sujetas a interpretaciones subjetivas. A continuación se propone una división de funciones sectoriales en cinco grandes apartados y se señala como, según el peso que tenga la responsabilidad pública en salud, el grado de descentralización de las acciones sectoriales, así como de las características de la separación estructural de atribuciones que asuma la organización institucional en cada país, corresponde al ministerio de salud un mayor o menor espectro de competencias, algunas previamente existentes y otras nuevas, para las cuales necesita fortalecer y muchas veces readecuar su funcionamiento, su estructura organizativa y el perfil profesional de su personal directivo, técnico y administrativo.

#### 2.1 Conducción sectorial

La conducción de la acción sectorial consiste en la capacidad de los entes rectores, en este caso los ministerios de salud, de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles, de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones planteadas.

Para poder cumplir con estos cometidos, los ministerios de salud necesitan desarrollar y/o fortalecer su capacidad institucional para las siguientes acciones:

a) Análisis de la situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la identificación de las inequidades sanitarias, con un enfoque prospectivo que permita ejercer el liderazgo con conocimiento y visión de los condicionantes políticos, económicos y sociales en que el sector se desempeña, incluyendo la organización sectorial y la operación de sus instituciones, así como la capacidad de análisis demográfico y epidemiológico, con un énfasis en el impacto sobre las demandas y necesidades actuales y futuras de la población en lo que respecta a los servicios de atención;

- b) Desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones, con base en los criterios de efectividad, costo e impacto;
- c) Formulación, análisis, adecuación y evaluación de políticas públicas y de salud incluidas en los planes nacionales de desarrollo.
- d) Dirección, concertación y/o movilización de recursos y actores sociales y políticos que ejercen influencia en la formulación de políticas sociales y sanitarias a nivel nacional;
- e) Coordinación política y técnica de los organismos multilaterales y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y/o financiera en salud y áreas correlacionadas para la definición de políticas y estrategias nacionales para la utilización y movilización de la cooperación extrema en salud;
- f) Participación política y técnica junto a los organismos e instancias de coordinación política e integración económica, regional y subregional, que sean de interés para el sector salud, con el propósito de promover un mejor tratamiento de los intereses de la salud de la población y del sector salud en estos foros y ámbitos políticos.

# 2.2 Regulación sectorial

La función rectora en salud incluye tareas substantivas e indelegables en materia de autoridad sanitaria. Esta obligación es primordial al quehacer de los ministerios de salud al actuar como órgano responsable, dentro de la estructura del Estado y de velar por el bien público en materia de salud. El ejercicio de la autoridad sanitaria tiene como producto primario la protección y promoción de la salud de la población y constituye el núcleo de las funciones esenciales de la salud pública en cuanto a responsabilidad del Estado. Esta responsabilidad puede ser compartida por varios níveles e instituciones dentro del aparato del Estado, pero la misión fundamental de los ministerios de salud es asegurar que estas funciones sean cumplidas de la forma más efectiva posible.

En lo que respecta a la función reguladora sectorial, la cual tiene como propósito garantizar el cumplimiento del marco normativo sanitario que protege la salud de la población, se incluyen las siguientes líneas de acción:

- a) Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación de salud, así como su necesaria armonización con la legislación de salud de los países participantes en los mismos procesos de integración regional;
- b) Análisis y regulación sanitaria de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados, servicios de salud, insumos, tecnología, comunicación social, así como de bienes de consumo e insumos básicos, establecimientos públicos y del ambiente;
- c) Análisis y regulación técnica de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, de los mercados relacionados con la salud, así como del establecimiento de normas básicas de atención a la salud y de la acreditación de instituciones y programas docentes en ciencias de la salud;
- d) Establecimiento de mecanismos nacionales de evaluación de procesos, resultados e impacto, así como desarrollo de sistemas de información para la vigilancia del estado de salud y para la dirección y gestión de los servicios:
- e) Formulación e implantación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y diseminación de información científico-técnica que permita mejorar la calidad y equidad de los servicios de salud y de las condiciones de vida.

El desarrollo de estas tareas requiere nuevas capacidades profesionales e instrumentos legales que le den fundamento a una reorganización de la estructura y el funcionamiento de los ministerios de salud para que puedan cumplir con dichos cometidos. Se requiere diseñar e implantar transformaciones ambiciosas y completas de las estructuras y funciones de los ministerios de salud, a fin de adaptar la capacidad técnica y la experiencia acumulada de sus funcionarios, en todos los niveles, a las nuevas demandas y realidades. Es sobre la base de un análisis y replanteamiento de los productos, de los procesos y de los servicios de los usuarios de sus instituciones rectoras en salud, que los países podrán iniciar y llevar

adelante la transformación organizativa de la función rectora en salud que demanda la reforma social.

# 2.3 Responsabilidades en materia de aseguramiento

En la medida en que muchos procesos de reforma del sector en los países de la región han ido avanzando en la separación de funciones sectoriales, se han ido desintegrando las acciones de aseguramiento, provisión de servicios y financiamiento; antes éstas estaban concentradas en una sola institución o en un pequeño conjunto que adolecía de problemas de segmentación de la población, en razón de su capacidad económica, para alcanzar un determinado esquema de aseguramiento.

Dependiendo del grado de desarrollo de la seguridad social en salud en cada país (y no del número o la cobertura de los seguros sociales) existe o no una responsabilidad del Estado de tutelar la prestación de un plan básico obligatorio de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o para ciertos grupos especiales de la población (pobres, ancianos). Ello genera, cuando está presente, una atribución, habitualmente correspondiente a los ministerios de salud, o a alguno de sus organismos desconcentrados, de actuar como garante del aseguramiento que haya sido definido y de contar con los mecanismos que hagan posible la observancia de un mandato social, muchas veces contenido en las propias Constituciones nacionales.

Un segundo elemento que influye en la configuración de esta función sectorial es el que tiene que ver con el de los proveedores de los servicios contenidos en los planes obligatorios de cobertura sean prestadores públicos, prestadores privados o una mezcla de ambos.

En razón de lo anterior, los ministerios de salud de aquellos países en los que este grado de separación de funciones está en marcha o ha sido consolidada, tienen necesariamente que desarrollar el andamiaje institucional que requiere el desempeño de esta función. En este sentido requiere ampliar su espectro de capacidades de modo tal que puedan:

a) Definir los contenidos de los planes referenciales de cobertura básica, que tengan carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados

bajo el o los esquemas de seguridad social en salud que sean de responsabilidad pública;

- b) Vigilar el cumplimiento de dichos planes de cobertura, tanto por entidades públicas de provisión como por parte de las entidades privadas de aseguramiento y/o provisión de servicios (a través de superintendencias u organismos similares), garantizando que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento por situaciones de patologías preexistentes;
- c) Desarrollar la capacidad de compra de servicios privados de atención a las personas, cuando éste sea el caso, mediante fórmulas de pago agregadas, que permitan dar cumplimiento a los planes obligatorios de cobertura, contenidos en los esquemas de seguridad social en salud que se encuentren vigentes.

Estos tres aspectos de la función de aseguramiento suelen estar poco desarrollados en los ministerios de salud de los países de la región, lo cual plantea una particular necesidad de intensificar tanto las acciones nacionales como la cooperación técnica internacional que permita su avance y consolidación.

# 2.4 Obligaciones en cuanto a provisión de servicios

La función sectorial de provisión de servicios de salud por parte de los ministerios de salud es, posiblemente, la que ha experimentado los cambios más pronunciados en las últimas dos décadas en los países de la región. Esto ha ocurrido como consecuencia de dos fenómenos que han acontecido de manera concomitante. Por un lado, como consecuencia de los procesos de descentralización y/o desconcentración de las acciones del sector, particularmente de aquellas que están referidas a la provisión de servicios de atención a las personas. Por otra parte, a causa de la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios contenidos en los planes obligatorios de cobertura de la seguridad social en salud.

Los ministerios de salud estaban habituados a administrar directamente, con mayor o menor grado de desconcentración, la prestación de acciones de salud pública y de atención a las personas a través de los establecimien-

tos hospitalarios y ambulatorios de su red de servicios. Actualmente, ya los ministerios han delegado esa responsabilidad en virtud de que dichas competencias han sido parcial o totalmente transferidas a los niveles intermedios (estados, departamentos o provincias) y/o locales (municipios o cantones) del Estado, o a organismos descentralizados regionales que se ocupan exclusivamente de la provisión de servicios.

De lo anterior resulta una considerable inadecuación entre las nuevas funciones que en materia de prestación de servicios competen a los ministerios y las estructuras y perfiles profesionales tradicionales que hoy corresponden más bien a las instancias intermedias, locales o regionales que se ocupan de gestionar los servicios. Ante estas tendencias descentralizadas, desconcentradas, regionalmente privatizadas, que hoy caracterizan a la provisión de servicios, los ministerios necesitan desempeñar las siguientes tareas:

- a) Definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos públicos, descentralizados o desconcentrados, ya sea a través de transferencias directas o por medio de la definición de criterios para la asignación de recursos por parte de los Ministerios de Economía, Finanzas o Hacienda;
- b) los planes de acción y de gestión de los distintos organismos públicos, descentralizados o desconcentrados del sector en el país;
- c) definir los contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado y concertar la distribución de competencias entre los distintos ámbitos de la gestión pública;
- d) brindar cooperación técnica a los entes descentralizados o desconcentrados para garantizar un proceso fluido en la transferencia de competencias, así como el desarrollo de las capacidades institucionales requeridas para la plena ejecución de sus atribuciones;
- e) definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores;

 f) establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en término de procesos como de resultados.

Lo anterior sitúa a los ministerios de salud como armonizadores de la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios y no como administrador directo de la provisión de servicios, lo cual demanda el desarrollo acelerado de nuevas capacidades institucionales para tal efecto.

#### 2.5 Situación del financiamiento sectorial

La separación estructural de funciones sectoriales que caracteriza a los procesos de reforma del sector en la región muestra, en el aspecto del financiamiento, tres grandes tendencias.

La primera tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, que concentran: las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales; las tributaciones específicas para propósitos de salud, cuando éstas existen; y, las aportaciones de trabajadores y/o empleadores, cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud a las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar ligado tanto a un esquema único de aseguramiento de carácter público como a esquemas múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas y privadas, ya sean competitivas o complementarias.

La segunda se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada una de estos niveles de la administración pública y/o de los recursos del situado fiscal nacional, que les son transferidos en bloque por las administraciones centrales y que se destinan a acciones en salud.

La tercera está relacionada con la creciente participación de los seguros privados de salud, y de algunas modalidades de prepago de servicios financiados con recursos propios de los beneficiarios, en la composición

del financiamiento sectorial global en algunos países de la región, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de estos tres elementos, en aquellos países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los esquemas de financiamiento diferenciados (servicios públicos no ligados a contribuciones específicas, seguros contributivos de salud de carácter público y esquemas privados de seguro o de práctica prepagada), plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente al financiamiento sectorial.

Esencialmente hacen que recaiga sobre el ministerio de salud la responsabilidad de establecer las políticas necesarias para garantizar que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad para todos los habitantes. Es decir, sitúan a los ministerios de salud como instancias moduladoras y correctoras de las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial, lo cual los obliga a desarrollar una capacidad de vigilancia de estos procesos en sus respectivos países.

# 3. Cooperación de la OPS para el desarrollo y fortalecimiento de la función rectora del sector

En el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas relativas al desarrollo de sistemas y servicios de salud, y de las acciones de cooperación técnica en apoyo a los procesos de reforma sectorial, la OPS dará, en los próximos años, especial atención al fortalecimiento y desarrollo de la capacidad rectora de los ministerios de salud como componente básico del desarrollo institucional del sector.

Para ello se concentrarán esfuerzos programáticos regionales y de país en actividades dirigidas a:

a) Construcción, difusión y promoción de un marco de referencia conceptual y operacional del papel rector de los ministerios de salud en el nuevo contexto de la modernización del Estado y la reforma del sector;

- b) Orientación y apoyo técnico para la reorganización y el fortalecimiento institucional de los ministerios de salud de los países miembros, a fin de que puedan desempeñar su papel de entes rectores ante las nuevas realidades sectoriales;
- c) Desarrollo, diseminación y promoción de lineamientos, metodologias e instrumentos específicos para consolidar el desarrollo de las funciones de conducción, de regulación sectorial, de articulación de la provisión de servicios, de vigilancia del aseguramiento y de modulación del financiamiento que competen en la actualidad a los ministerios de salud de los países de la región;
- d) Difusión e intercambio de experiencias nacionales de desarrollo de las funciones rectoras de los ministerios de salud.

Se espera con ello contribuir a que los ministerios de salud de los países de la región:

- Fortalezcan la capacidad rectora del sector;
- Perfeccionen su papel normativo, permitiendo la flexibilidad necesaria para la identificación y solución de los problemas, tanto nacionales como locales, dentro del marco del proceso de descentralizacion de la gestion de los servicios;
- Contribuyan a que la participación social sea un hecho irreversible en la comunidad y en los diferentes organismos relacionados con la salud de nuestras sociedades que conforman el sector salud;
- Fomenten y hagan más efectivo el uso de la comunicación social para que se promuevan hábitos y estilos de vida saludables y se prevengan los riesgos contra la salud;
- Impriman un carácter técnico, científico e integral a la formulación e implantación de las políticas y servicios de salud pública en las Américas;

- Desarrollen políticas que permitan aumentar la equidad en el acceso, uso y financiamiento de los sistemas y servicios de salud, favoreciendo la solidaridad social en la solución de los problemas de salud;
- Realicen pronósticos que permitan formular políticas de salud que en su implantación y sus acciones permitan logros sustentables económicamente e irreversibles socialmente;
- Favorezcan políticas que permitan el incremento continuo de la calidad total en los servicios para lograr la satisfacción de la población;
- Utilicen la investigación como proceso para la toma de decisiones y perfeccionamiento tecnológico del sistema de salud;
- Usen el análisis y las tendencias de los problemas de salud para establecer políticas más precisas en busca de la equidad;
- Desarrollen la investigación en salud pública, y en especial en servicios de salud, que permita una dirección precisa de las políticas de salud y un desarrollo en busca de la equidad;
- Evalúen el nivel de satisfacción de la población con el objeto de vigilar el cumplimiento de las políticas que fortalezcan la función rectora del sector y el necesario espacio político para la búsqueda de financiamiento del sector.
- Desarrollen las capacidades de análisis de las demandas y conflictos surgidos desde la sociedad civil y de las respuestas ofrecidas y sus consecuencias en las políticas publicas en salud.

El desarrollo de estas tareas requiere nuevas capacidades profesionales, amplio desarrollo de instrumentos legales que les den fundamento, así como una reorganización de la estructura y el funcionamiento de los ministerios de salud para poder cumplir con dichos cometidos. En muchos de los casos no se trata sólo de una reorganización administrativa sino más bien de una reingeniería profunda que requiere fortalecimiento institucional e inversión bien focalizada para poder ser viabilizada.

# RECOMENDACIONES DE CADA GRUPO DE TRABAJO

	,		

## Grupo I

## RECTORIA DEL PROCESO DE REFORMA.

#### Conclusiones:

La rectoría del proceso de reforma de salud debe estar en manos del Estado, concretamente en el ministerio de salud, que debe garantizar objetivos claros y coherencia política.

#### Recomendaciones:

El ministerio de salud debe estar dotado de poder político, de recursos financieros, técnicos y humanos acordes con su tarea rectora.

Debe existir un ente articulador, que permita la representación de los actores y sectores involucrados en el proceso de reforma.

## ESTRATEGIAS DE AMPLIACION DE COBERTURA

#### Conclusiones:

La atención en la salud en la región se caracteriza generalmente por la baja cobertura, fragmentación y la estratificación de las prestaciones en salud.

## Recomendaciones:

Para superar la fragmentación y la duplicación de esfuerzos deben consolidarse sistemas nacionales de salud. La cobertura universal como objetivo debe guiar la institucionalidad que asuman estos sistemas, según especificidades nacionales.

## PAPEL DEL SECTOR PRIVADO

## Conclusiones:

El sector privado debe tener un papel complementario en las prestaciones y en el aseguramiento en salud, importante en libertad de elección.

## Recomendaciones:

Es necesario regular al sector privado para promover relaciones de competencia, eficiencia de las prestaciones e inhibir selección adversa de grupos de riesgo.

Debe formarse la gestión del sector público para que esté en buenas condiciones para competir con el sector privado.

# Grupo II

#### RECTORIA DEL PROCESO DE REFORMA

## Conclusiones:

La rectoría del proceso de reforma debe ser encabezado por el sector gubernamental con la participación de la sociedad en su conjunto, a fin de obtener una mejor respuesta que considere el desarrollo social.

#### Recomendaciones:

El papel rector del sector público debe conducir a la equidad del sistema de salud, promoviendo la descentralización a estados y municipios con participación de la comunidad.

## ESTRATEGIAS DE AMPLIACION DE LA COBERTURA

## Conclusiones:

Que la seguridad social alcance la cobertura universal con esquemas de solidaridad

## Recomendaciones:

Intentar que se desarrolle un proceso de congruencia entre la política de salud y la política tributaria.

## PAPEL DEL SECTOR PRIVADO

## Conclusiones:

El papel del sector privado debe ser únicamente de complementariedad.

## Recomendaciones:

La seguridad social adjudicaría al sector privado un papel complementario, regulado exclusivamente por el sector público.

# Grupo III

## **EXTENCION DE COBERTURA**

#### Conclusiones:

Principio: La seguridad social debe ser regulada por el Estado (Estado

Moderno que funciona)

Política: Universalidad con equidad.

Estrategias: Hacer que se cumpla con la ley de seguros a todo trabajador con relación trabajador/patrón.

Crear formas de aseguramiento a la población económicamente activa y sus trabajadores autónomos.

El Estado debe crear condiciones para que la población sin capacidad contributiva tenga derecho y oferta de servicios de salud que le garanticen una atención suficiente.

El sistema de servicios de salud debe coordinar los subsistemas públicos y privados.

Extender la cobertura gradualmente de acuerdo con las condiciones y las capacidades financieras.

# **Grupo IV**

## RECTORIA DEL PROCESO DE REFORMA.

## Conclusiones:

Hay segmentación sectorial que ha fracturado la rectoria, creando conflictos.

Es necesario descentralizar no sólo el financiamiento, la prestación y el aseguramiento, sino también algunos aspectos funcionales de la rectoría y la vigilança, adaptándose a los modelos de descentralización del país.

#### Recomendacion:

Contar con un órgano rector a nivel de gobierno central único y especializado pero además crear un consejo de concentración y coordinación con la participación de los actores involucrados.

#### ESTRATEGIAS DE AMPLIACION DE LA COBERTURA

#### Conclusiones:

Un amplio sector de la población en América Latina que incluye al sector formal e informal de la economía no tiene cobertura de salud, y que los grupos más vulnerables como mujeres, niños, discapacitados y algunas etnias están expuestos a riesgos mayores.

Los esquemas de financiamiento actuales han condicionado que el provisionamiento de insumos, capacitación de recursos humanos, sea suficiente, por lo que se hace necesario el cambio a otra opción financiera.

La falta de accesibilidad y el rechazo cultural de algunas áreas geográficas son factores que condicionan la falta de cobertura de salud.

#### Recomendacion:

Ampliar la cobertura al sector formal e informal de la economía, dando énfasis a los grupos más vulnerables, diseñando un esquema de autofinanciamiento municipal y la participación comunitaria, dando prioridad al aprovisionamiento oportuno de insumos y capacitación de recursos humanos. Asimismo, educar para la salud considerando los beneficios de la medicina tradicional y la necesidad de mejorar los mecanismos de comunicación y referencia.

# PEPEL DEL SECTOR PRIVADO

#### Conclusiones:

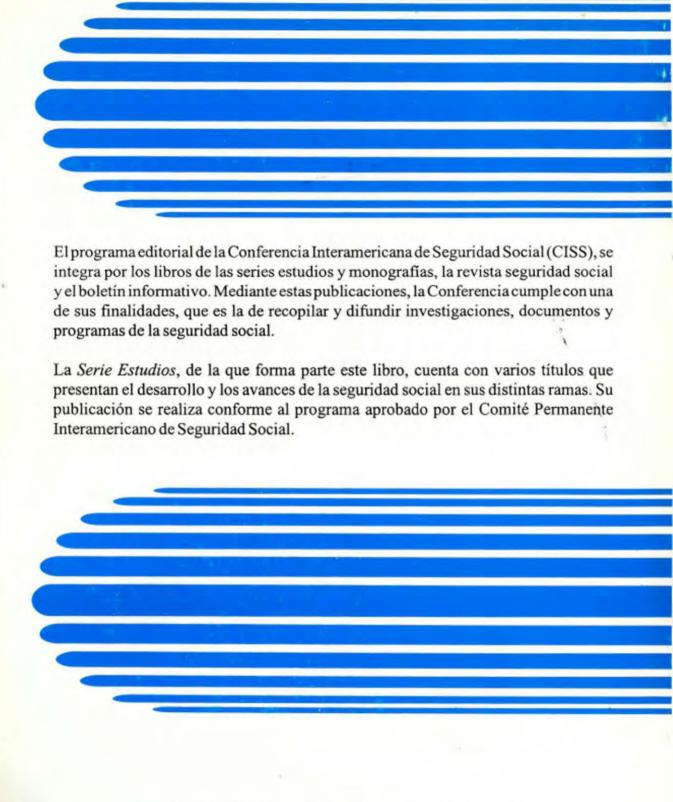
Durante el proceso de la reforma de la seguridad social en materia de salud puede participar el sector privado en condiciones no lucrativas para realizar una función pública de mayor calidad, entendida como satisfacción del usuario, mejor eficiencia, menor costo, mayor beneficio a una población que incluye desde los menores a mayores ingresos.

Los servicios a la población siempre deben tender a la integridad.

## Recomendación:

Estudiar las distintas experiencias que existen de la participación privada sin fines de lucro y aclarar en este tema a qué tipo de sector privado nos referimos. En caso de la operación con instituciones privadas con fines de lucro, el Estado debe regular los márgenes de lucro en relación a la calidad de los servicios.

La presente edición es de 500 ejemplares. Se terminó de imprimir en el mes de junio de 1998, en los talleres de Editorial Piensa, S.A. de C.V.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social Secretaría General México, D.F. 1998