

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

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

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

II SEMINARIO. PROCESOS DE REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MARCHA

-Análisis de los procesos en marcha-

II Seminario: Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud -Análisis de los procesos en marcha-

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Serie Estudios
47



Secretaría General

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Genaro Borrego Estrada
Presidente

María Elvira Contreras Saucedo
Secretaría General

Luis José Martínez Villalba
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General

Ma. del Carmen Alvarez García
Adolfo Bohórquez López
Ana Luz Delgado Izazola
Octavio Jiménez Durán
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 968-7346-73-6

**II Seminario:
Procesos de Reforma de la
Seguridad Social en
Materia de Salud
-Análisis de los procesos en marcha-**

**II Seminario:
Procesos de Reforma de la
Seguridad Social en Materia de Salud
-Análisis de los procesos en marcha-**

Compilación y Coordinación Editorial

María del Carmen Alvarez García

Serie Estudios 47

**Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General**

Apoyo editorial:

José Alberto Cabrera García
Oscar Gutiérrez de la Rosa

Apoyo técnico:

Verónica Juárez Martínez
Evelia López Manríquez
Arcelia Martínez Ramos

INDICE

PRESENTACION	..... 7
MENSAJE DE BIENVENIDA Lic. María Elvira Contreras Saucedo	..... 11
MENSAJE Dr. José Luis Zeballos	..... 15
MENSAJE Dr. Jean Maninat	..... 19
INAUGURACION Lic. Genaro Borrego Estrada	..... 23
OPCIONES DE POLITICAS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Joseph Kutzin	..... 27
PLANES ESTATALES Y SU INTERRELACION CON LAS REFORMAS EN MATERIA DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL José Narro Robles	..... 87
MECANISMOS PARA PAGO DE PROVEEDORES Y DE LA ATENCION MEDICA ADMINISTRADA: IMPLICACIONES PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Rena Eichler	..... 111
PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO EN EL ABASTECIMIENTO Y GARANTIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN TAILANDIA Sanguan Nitayarumphong	..... 133
EL ENFOQUE DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLITICA DE REFORMA DE LA SALUD David M. Dror	..... 157

REFORMAS DEL SECTOR SALUD Y ACCESO UNIVERSAL: LOS SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Daniel López Acuña	..... 187
ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LOS PROCESOS DE REFORMA DE LA SALUD Alberto Lifshitz Guinzberg	..... 201
ESTRATEGIA Y HERRAMIENTAS CONTRA LA EXCLUSIÓN Y LA POBREZA SOCIAL Marc Socquet	..... 209
REFORMAS AL SECTOR SALUD CHILENO: ROL DE LAS UNIVERSIDADES Vito Sciaraffia	..... 223
EVOLUCIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL PROCESO DE REFORMAS POLÍTICAS E INSTITUCIONALES Alvaro Castro	..... 235
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN LAS AMÉRICAS Joaquín Molina	..... 251
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EMANADAS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO	..... 279
CEREMONIA DE CLAUSURA Dr. Juan Ramón de la Fuente	..... 285

Presentación

Las transformaciones que han ocurrido y que están ocurriendo en los sistemas de seguridad social de algunos países de América, abarcan tanto los aspectos de las pensiones como los de la atención a la salud. Las causas que han motivado su reestructuración, obedecen a los cambios que principalmente se han dado en los órdenes económico, epidemiológico y demográfico.

La reforma del sector salud en el ámbito de la seguridad social es un proceso orientado a la introducción de cambios sustantivos, de orden conceptual, estratégico y operativo en donde se han planteado de manera prioritaria el incremento de la equidad y calidad de los servicios médicos en beneficio de la población.

Por segunda ocasión la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y su órgano de apoyo la Comisión Americana Médico Social y la Organización Panamericana de la Salud y por primera vez con la colaboración de la Organización Internacional del Trabajo, con la convicción de la importancia de realizar foros donde se discutan e intercambien puntos de vista de las experiencias de los procesos en marcha de la reforma, celebraron este II Seminario, cuyos objetivos fueron los siguientes:

- Profundizar sobre el desarrollo de los procesos de reforma de salud en la seguridad social, llevados a cabo en algunos países, para identificar su impacto en la sociedad, así como sus logros y obstáculos.
- Analizar la vinculación de los procesos de reforma de salud en la seguridad social con las políticas y planes generales de los países.
- Propiciar el análisis crítico de la aplicación de las reformas de la seguridad social y su aporte a la cobertura universal de los servicios de salud en los países.

Este libro reúne los trabajos presentados por los conferencistas a quienes les expresamos nuestra gratitud por su generosidad y notable nivel académico de sus ponencias.

José Luis Zeballos
Representante OPS/OMS-México

Ma. Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General de la CISS

MENSAJES DE BIENVENIDA

**MENSAJE DE BIENVENIDA POR LA LICENCIADA
MARIA ELVIRA CONTRERAS**

Secretaria General de la CISS

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

Dr. Daniel López Acuña, Director de la División de Desarrollo de Sistemas de
Salud, de la OPS y representante personal del Dr. José Luis Zeballos
Director de la Oficina en México de la
Organización Panamericana de la Salud.

Dr. Jean Maninat
Director de la Oficina en México de la
Organización Internacional del Trabajo.

Distinguidos integrantes del Presidium.

Señores representantes de las instituciones miembros de la Conferencia
Interamericana de Seguridad Social y de organismos internacionales.

Señoras y señores expositores.

Queridos amigos:

Es para mí una gran satisfacción dar a ustedes la más afectuosa bienvenida al II Seminario "Procesos de Reforma de la Seguridad Social en materia de Salud -Análisis de los Procesos en Marcha-" organizado, por segundo año consecutivo, por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, su órgano de apoyo técnico, la Comisión Americana Médico Social, nuevamente con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y, en esta ocasión, con la colaboración de la Organización Internacional del Trabajo.

El éxito alcanzado en el Primer Seminario, cuyas memorias están incluidas en la documentación que se les ha entregado en el momento de su registro, la importancia del tema y el interés manifestado por las instituciones miembros de la CISS, en cuyo ámbito de responsabilidad se encuentra la prestación de los servicios médicos, propiciaron que lleváramos a cabo este Segundo Seminario.

Las transformaciones que han seguido ocurriendo en los sistemas de seguridad social de algunos países del mundo abarcan, tanto los aspectos de las pensiones como los de la atención a la salud. Las causas que han motivado su reestructuración obedecen, como sabemos, a las modificaciones que se han dado, fundamentalmente, en los órdenes económico, social, epidemiológico y demográfico.

La reforma del Sector Salud, en el ámbito de la Seguridad Social, es un proceso orientado a la incorporación de cambios sustantivos, de orden conceptual, estratégico y operativo, cuya tesis prioritaria debe consistir en aumentar la cobertura e incrementar la equidad y la calidad de los servicios médicos, en beneficio de la población protegida.

Los objetivos que nos hemos planteado alcanzar, en este Seminario, son los siguientes:

- Profundizar en el estudio del desarrollo de los procesos de reforma de salud en la seguridad social, llevados a cabo en algunos países, para identificar su impacto en la sociedad.
- Analizar la vinculación de estos procesos de reforma con las políticas y planes de desarrollo de los países.
- Propiciar el análisis crítico de la aplicación de las reformas de la seguridad social y su aporte a la cobertura universal de los servicios de salud en los países.

En este Seminario hemos reunido a expertos de un alto nivel, provenientes de diferentes partes del orbe, a representantes de organismos internacionales, a académicos de reconocido prestigio, y a funcionarios con cargos gubernamentales de gran responsabilidad en la materia, quienes nos ofrecerán

un panorama amplio, plural de procesos en marcha, que se están llevando a cabo en diversos países del mundo.

El día de hoy iniciaremos con una conferencia magistral del doctor Joseph Kutzin, de la Organización Mundial de la Salud, denominada "Opciones de políticas para la cobertura universal de salud". Posteriormente, en el transcurso de la mañana, se expondrán los siguientes trabajos:

"Planes estatales y su interrelación con las reformas en materia de salud en la seguridad social", por el doctor José Narro Robles, Subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud de México; "Nuevas modalidades de forma de pago a proveedores, y su relevancia en la reforma de la seguridad social en salud", por la doctora Rena Eichler, del Programa de Administración y Financiamiento del Estado de Virginia, de los Estados Unidos de América; "Participación del sector privado en la provisión y aseguramiento de servicios de salud", por el doctor Sanguan Nitayarumphong, del Ministerio de Salud de Tailandia; y "Una aproximación a las políticas de reforma de salud en la seguridad social", por el doctor David M. Dror, de la Organización Internacional del Trabajo.

El segundo día comenzaremos con la conferencia magistral denominada "Reformas del sector salud y acceso universal: los servicios de salud de América Latina y el Caribe", por el doctor Daniel López Acuña, de la Organización Panamericana de la Salud; después escucharemos exposiciones que versarán sobre lo siguiente: "Estrategia educativa en los procesos de reforma de la salud", por el doctor Alberto Lifshitz Guinzberg, del Instituto Mexicano del Seguro Social; "Estrategias y mecanismos para la extensión de la protección social en el sector informal", por el doctor Marc Soquet, de la Organización Internacional del Trabajo; "Reformas en el Sector Salud: papel de las Universidades", por el doctor Vito Sciaraffia, del Programa de Posgrado de Interfacultades de Administración de Salud de Chile; "Supervisión y control de los servicios proporcionados por proveedores privados", por el doctor Carles Constante i Beitia, del Servicio Catalán de la Salud, de España; "Evolución de la protección de la salud en el proceso de reformas políticas e institucionales", por el actuario Alvaro Castro, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y, finalmente, dispondremos de tiempo para la organización y conformación de los grupos de trabajo, cuya experiencia, en la realización del Primer Seminario, resultó altamente fructífera y enriquecedora

El último día escucharemos la conferencia titulada “Monitoreo de la dinámica, proceso e impacto de la reforma del sector salud de la seguridad social”, por el doctor Alex Preker, del Banco Mundial, y, posteriormente, tendremos dos últimas exposiciones: “Importancia y criterios de seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud”, por el doctor Joaquín Molina, de la Organización Panamericana de la Salud e “Indicadores para evaluar el impacto de las reformas en salud”, por el doctor Ahmet E. Muderrisoglu, del Ministerio de Salud de Turquía.

A continuación, se reunirán los grupos de trabajo, con objeto de discutir cuatro temas fundamentales, derivados del contenido del Seminario, a fin de propiciar una participación activa y dinámica de los asistentes, de la cual surjan aportaciones que puedan ser expresadas en la sesión plenaria de conclusiones y recomendaciones.

El doctor Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud de México, nos hará la distinción de clausurar los trabajos del Seminario.

A las autoridades y funcionarios de los organismos internacionales hermanos, que han trabajado arduamente en la planeación y organización de este Seminario, a los directivos de la Comisión Americana Médico Social y a mis colegas de la Secretaría General de la CISS, les expreso mi más profundo reconocimiento.

A todos los conferencistas, mi mayor agradecimiento por compartir con nosotros sus conocimientos y experiencias y, a todos los asistentes, por su interés en participar en este Seminario. Ustedes hacen posible la realización de este evento y contribuyen a confirmar la misión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Con el ánimo de que estas jornadas de análisis, discusión y reflexión de los procesos en marcha de la reforma de la seguridad social en materia de salud, que tanta importancia y trascendencia están cobrando a nivel mundial, aporten al enriquecimiento del debate, los exhorto a un trabajo intenso que sea benéfico para nuestros pueblos.

Muchas Gracias.

MENSAJE DEL DOCTOR JOSE LUIS ZEBALLOS

Director de la Oficina en México de la OPS/OMS

Buenos días a todos ustedes.

Señor Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, licenciado Genaro Borrego, licenciada Ma. Elvira Contreras, Secretaria General de la CISS, distinguidos miembros del presidium.

Traigo un mensaje para todos ustedes, de saludo, y de entusiasmo por la participación de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para la OMS para las Américas también, en este II Seminario Procesos de Reforma de la Seguridad Social en materia de Salud de parte del director de la Organización Panamericana de la Salud, doctor George Alleyne, quien me pidió especialmente que transmitiera a ustedes el gusto que tiene la organización por estar colaborando con las instituciones de seguridad social en salud en el Continente, en el marco de los procesos de cambio y de reforma que hoy viven nuestros sectores que se ocupan de la salud y dentro de ello, importantemente, las instituciones o agencias que tienen la responsabilidad de la cobertura de riesgos en salud para toda, o parte de la población de los países de nuestro Continente.

Yo quisiera hacer una pequeña recapitulación de algunas de las líneas que han inspirado esta colaboración, para señalar que desde el año pasado en el Primer Seminario sobre Reforma de la Seguridad Social en materia de Salud, la Organización Panamericana de la Salud sumó sus esfuerzos a los esfuerzos que por muchos años ha venido haciendo la Conferencia Interamericana de Seguridad Social para poder con ello propiciar espacios de discusión, de diálogo, de foro de intercambio de experiencias sobre la manera de como hoy se están concibiendo, planteando, ejecutando, instrumentando los distintos procesos de cambio y reforma en la seguridad social en materia de salud en el Continente, la razón que fundamentalmente nos inspira en esto, además de que como Organización tenemos el mandato de nuestros gobiernos miembros, y el mandato de la cumbre hemisférica de Presidentes celebrada en Miami en 1994, de apoyar a los países de la región

de las Américas en sus procesos de reforma en sector salud, es el hecho de que no existe, quisiera señalarlo un poco con esta contundencia, un diálogo o un análisis por separado de las instituciones de seguridad social en salud y otras instituciones públicas encargadas de la atención a la salud.

Los procesos de reforma que hoy se vislumbran, y que se están poniendo en marcha, o se quieren poner en marcha, llevan a romper estos compartimentos estándar y esa segmentación que históricamente ha existido para que si necesariamente exista un menoscabo de la integridad institucional, si exista una creciente desegmentación de las instituciones de la salud en el Continente, en este sentido, alentar con la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en seguir creado espacios para debatir estas ideas resulta fundamental, y en ese sentido, quisiera no solo manifestar el compromiso que como Organización hemos asumido, es este Segundo Seminario, sino nuestra voluntad para proseguir, alentando con ello un mayor intercambio y un mayor debate de ideas que puedan resultar en mejores coberturas de salud para los habitantes de nuestro Continente.

Un segundo elemento que quisiera señalar y que es singular en esta oportunidad del Segundo Seminario y que también nos complace enormemente, es que en realidad hemos podido ir sumando mas socios al elemento fundamental de propiciar el intercambio que estos seminarios supone, y en este sentido, saludamos con gusto el que la Organización Internacional del Trabajo se haya sumado a co-auspiciar a este segundo Seminario y podamos, en este sentido, si se quiere tripartita, de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la OPS/OMS y la OIT tener una acción convergente para poder encontrar temas de interés común que están en el tintero y que están en la agenda de todos los procesos de reforma en el Continente, ojalá que este sea, si no el comienzo, si el reencuentro de una colaboración que podamos ir profundizando en mucha mayor medida.

Por último quisiera señalar, y esto en parte es nuestra función como Organización Regional, como OPS, pero también como Organización Mundial, que el debate sobre las reformas en seguridad social en materia de salud, ya no está únicamente limitada a un conjunto de países de un Continente, en este caso podríamos decir América Latina y el Caribe, existen grandes vasos comunicantes, paralelismos, lecciones que aprender, errores que compartir para no cometer en numerosos países que cubren otros Continentes, y que tienen similitudes tanto en términos del desarrollo de sus economías, como

el desarrollo de su institucionalidad del sector salud, en ese sentido y en conversación y diálogo con la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, con OIT, lo que hemos buscado tripartitamente en este Seminario es propiciar que además de estar presentes, una serie de experiencias e intercambios de países de la región de América Latina y el Caribe, puedan estar presentes también Agencias Internacionales y representantes de países europeos, asiáticos, y de esa manera podamos compartir desarrollos que tienen mucho que ver y de los cuales podemos también intercambiar experiencias favorables que están desarrollándose en el Continente, es decir si vivimos en un mundo mucho más globalizado y en economías de mediano alcance en su desarrollo económico hay que compartir mucho más las formas de resolver institucionalmente algunos de los problemas que nos son comunes.

Concluyo este mensaje de saludo y complacencia de la OPS por estar participando en este Seminario, con una reflexión que en el fondo inspira nuestro trabajo en el campo de reforma en el sector y que también alienta nuestra co-participación en estos esfuerzos, la gran tarea sigue siendo en la mayor parte de los países de nuestro Continente y me referiré a ello en la presentación específica que haré el jueves al respecto, el poder alcanzar la cobertura universal de riesgos de salud para todos los habitantes o todos los ciudadanos de nuestros países, no es una tarea sencilla pero cada vez menos será una tarea relegada a una sola institución y habrá que pensar en los grandes esquemas no de seguros sociales, sino de seguridad social en salud, de carácter integral. Esto requiere grandes discusiones y grandes diseños de arquitectura en la política social, en los aspectos de economía relacionados en la política social y sobre todo en la posibilidad de lograr mucho más equidad en los beneficios de salud para todos los ciudadanos, esta tarea es la que nos inspira, y quisiéramos que este foro sea un espacio en donde podamos profundizar en el debate sobre estos temas.

Muchas gracias.

BIBLIOTECA DEI CLASSE

MENSAJE DEL DOCTOR JEAN MANINAT

Director de la Oficina en México de la OIT

Licenciado Genaro Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Director del IMSS.

Licenciada Ma. Elvira Contreras, Secretaria General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Señor Daniel López Acuña, Representante de la Organización Panamericana de la Salud.

Señor Bruno Guandalini, Representante del PNUD.

Distinguidos miembros del presidium,

señoras y señores participantes.

Es para mí un honor representar a la OIT en esta ceremonia de inauguración de este segundo Seminario Procesos de Reforma de la Seguridad Social en materia de Salud, y quiero hacer propicia la oportunidad para hacerles llegar los saludos del Subdirector General de la OIT, señor Víctor Tokman.

Como ya es conocido por todos nosotros el vínculo de cooperación que existe entre la OIT, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, el CIESS y demás organismos internacionales encargados de estudiar el desarrollo de la seguridad social en la región éste ha dado como resultado gratas experiencias.

Es por eso que en esta ocasión nos satisface participar en la organización de este evento con la presencia de dos excelentes expertos de nuestra Organización, el señor David Dror y el señor Marc Socquet, quienes contribuirán al desarrollo de los trabajos con sendas ponencias.

Creo que esta labor de reflexión conjunta sobre aspectos fundamentales de la seguridad social es una contribución necesaria e indispensable para comprender el impacto de los cambios que se han hecho y asimismo introducir los ajustes que se consideren necesarios, en nuestra región se ha llevado a cabo un profundo proceso de reforma de la seguridad social que no encuentra quizás parangón en otras regiones del mundo, prácticamente todos los países de la región han reformado, de una u otra manera, sus sistemas de seguridad social incluyendo aquellos aspectos que tienen que ver con la atención a la salud. El tema que nos ocupa las reformas en materia de salud, es sin duda crucial para nuestras sociedades, en el marco impuesto por la globalización y las necesidades de competir con éxito en los mercados internacionales, el acceso en los sistemas de atención a la salud para quienes laboran, es un componente determinante del éxito o el fracaso que se tenga en incorporarse con éxito a la globalización, no puede pensarse que se tendrá una sociedad competitiva si su población no tiene acceso a la más mínima seguridad en materia de salud. Para un trabajador que probablemente le toque lidiar con la tecnología más sofisticada puede ser eficiente y competitivo, si tiene ante si la sombra de no saber cual será su destino, o el de los suyos en caso de una enfermedad, el acceso a la salud de una sociedad como la que conocemos hoy en día, no es tan solo un derecho de la población, sino un requisito indispensable del desarrollo.

La OIT seguirá brindado su apoyo técnico y sus buenos oficios para propiciar que los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud que se llevan a cabo, contemplen a la hora de seleccionar alternativas e incluir soluciones viables dentro de su contexto el considerar los beneficios, los costos y las responsabilidades de todos los sectores involucrados, de igual manera seguirá propiciando que se incluya la consulta tripartita, el diálogo social, la búsqueda de soluciones concensadas y el apego a las normas internacionales del trabajo a la hora de acometer las reformas requeridas. Todo lo relacionado con la disponibilidad, el financiamiento y la prestación de asistencia en materia de salud tiene características similares a las de otros programas sociales, básicamente se trata de las necesidad de extender los servicios a toda la población y de garantizar el acceso de todos, desarrollar asimismo los medios de financiamiento apropiados, bien sean de carácter fiscal o tributario voluntario que den protección mutua a los miembros de categorías socioeconómicos similares y que comporten diferentes categorías de ingresos y edades. También establecer los medios e instituciones eficaces para la financiación y prestación de estos servicios, estoy seguro que a

ninguno de los aquí presentes se les escapa que alcanzar estos objetivos no es tarea fácil y que todos ellos están precisamente en la base de las reformas que se quieren implementar, o que ya han sido implementadas.

Sin embargo en el ámbito de la salud ha sido precisamente difícil obtenerlos y el contraste entre países desarrollados y países no desarrollados es fuerte, a pesar de que existe una clara conciencia de que la asistencia en materia de salud es una necesidad universal, los recursos invertidos en ella varían según los niveles de ingreso, así en términos medios los países con altos niveles de desarrollo asignan el 8% del PIB a la asistencia médica, mientras que los países en desarrollo rara vez alcanzan el 4%, en vista de eso, incluso cuando se intenta crear sistemas de salud, de carácter universal, el nivel y la calidad de los servicios y prestaciones quedan, por lo general, gravemente afectados, si a esto se añade que muchos gobiernos se encuentran constreñidos a realizar continuos ajustes presupuestarios que dificultan la asignación de recursos a planes de sanidad público en general, nos encontramos con una realidad alarmante, por tanto, muchos países se han visto obligados a establecer otras modalidades de servicio de asistencia a la salud, como los esquemas privados para aquellos trabajadores que pueden permitírselo o fórmulas mixtas que buscan una mayor cobertura y racionalidad a la hora de asignar los recursos. La dimensión del problema es de grandes magnitudes, por tanto, la búsqueda de soluciones adecuadas racionales y eficaces deben ser sustentadas en los principios básicos que animan la seguridad social, sólo ahí estará la clave para que nuestras sociedades puedan incorporarse con éxito, pero con armonía social a la prosperidad que puede traer el proceso globalizador.

La reunión que hoy comienza es una excelente prueba de que en la región hay una clara voluntad de acometer las reformas, pero acompañadas de una reflexión que permita hacer los ajustes necesarios a tiempo, por ello me da gusto de estar aquí entre ustedes.

Muchas gracias.

PALABRAS DEL LIC. GENARO BORREGO ESTRADA

Presidente de la CISS

Distinguidos representantes de las instituciones miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Señores representantes de las instituciones miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

Doctor Maninat, Director de la Oficina de la OIT en México.

Representantes de las instituciones miembros de la Comisión Americana Médico Social.

Señoras y señores.

Es para mí motivo de profunda satisfacción darles la bienvenida, inaugurar el Seminario "Procesos de la Reforma de la Seguridad Social en materia de Salud -análisis de los procesos en marcha-", y poder compartir con ustedes algunas reflexiones en lo que se refiere a los cambios institucionales, este espacio nos brinda una oportunidad para estudiar y evaluar el desarrollo de los procesos de seguridad social en materia de salud que se llevan a cabo en nuestros países, a la vez que nos permite refrendar el compromiso, de fortalecer y renovar, los sistemas y estructuras de bienestar social, sobre todo en tiempos en que predomina la economía de mercado y se replantea el papel del Estado.

Agradezco la asistencia de los miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la Comisión Americana Médico Social y particularmente a la Organización Panamericana de la Salud y a la OIT cuya presencia da testimonio de la importancia de los cambios y reformas que se están gestando en la región. Asimismo aprovecho para felicitar a todos los expositores, dirigentes, teóricos, investigadores, técnicos, funcionarios cuya presencia y empeño enaltece la reunión, al tiempo que garantizan la profundidad que exigen las circunstancias. Sus experiencias y análisis, sin duda redundarán

en beneficio de la modernización que llevamos a cabo en cada una de nuestras instituciones.

Con este esfuerzo, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, vuelve a ser un espacio privilegiado para intercambiar ideas y reflexiones, aquí se ponen en práctica los preceptos democráticos y participativos necesarios para enfrentar con decisión los graves retos que nos plantea la reforma de los sistemas de salud para brindar mejores servicios a más niños, mujeres y hombres en nuestros pueblos con equidad y eficacia, a través de un creciente compromiso del Estado y una más articulada, explícita y eficaz política social.

Desde el Seminario anterior, en que se proponían los cambios que hoy se analizan, se hizo frente a la necesidad de estudiar los aspectos conceptuales de las estrategias propuestas, contrastar las diferencias y similitudes de los procesos llevados a cabo en los países de América y planear las acciones concretas para modernizar y transformar los sistemas de salud, los lineamientos prevalecientes han sido, la universalidad, la equidad, la calidad, la redistribución y solidaridad, la participación organizada de la comunidad y la fuerte presencia rectora de los estados nacionales. Un año después, hemos avanzado con la firme convicción de que el cambio es para garantizar la consecución del bienestar de la población y para promover la estabilidad y el desarrollo armónico de la sociedad, un antiguo proverbio chino versa "Ojalá puedan vivir en tiempos interesantes", a manera de deseo, porque es en los tiempos interesantes cuando la dinámica de cambio y de transformación nos exige un desempeño total y comprometido, es que podemos aportar lo mejor de nosotros mismos.

Hoy vivimos ese tiempo. No es posible permanecer pasivos, ni pretender conservar sistemas obsoletos, tampoco es válido dejar que las cosas cambien en el sentido de la inercia o bajo la presión de las circunstancias. En nuestra región se exige un esfuerzo de transformación y creatividad propio de cada país e institución, lo relevante es que los procesos que se enfrentan surjan de cada experiencia histórica, de cada realidad, sin consignas alguna y con una evidente, clara e inobjetable, sentido social. Como todos sabemos, los retos derivados de las transformaciones demográficas y epidemiológicas experimentadas en nuestras naciones, así como las crisis económicas que hemos enfrentado, nos han obligado a revisar y plantear alternativas de acciones más efectivas y eficientes, que conduzcan a mayores niveles de equidad y a elevar el bienestar individual y colectivo.

En la economía de mercado se intercambian bienes y servicios, los venden y los compran quienes pueden hacerlo, nos negamos a considerar a los servicios de salud y seguridad social, como mercancías intercambiables. Los hombres y mujeres y sus familias tienen derecho a los servicios, que ni se deben vender, ni se deben comprar, se hacen aportaciones equitativas y solidarias para cubrir los costos, pero desde luego que la salud no está, ni debe estar en el mercado. Cabe la competencia, ciertamente, pero en favor de la calidad y del mejor servicio, nunca en la lógica de la ganancia mercantil, donde se pretendan las utilidades económicas, ahí sin duda, se niega la seguridad social, lucro y seguridad social, son conceptos excluyentes e incompatibles. Ante tales condiciones, para continuar procurando los beneficios de la seguridad social en materia de salud, es necesario contextualizar los cambios propuestos dentro de un marco de responsabilidad y sustentabilidad financiera, sólo de esta manera, con certidumbre y equilibrio, seremos capaces de brindar servicios y prestaciones de manera perdurable, por ello, el fortalecimiento efectivo de la seguridad social significa adecuar nuestros sistemas de cobertura para garantizar una protección integral, significa profundizar en la amplia concepción de la seguridad social, al contar con instituciones sólidas que brinden prestaciones permanentes, financieramente viables y económicamente responsables para sus asegurados.

Asimismo, el fortalecimiento efectivo de la seguridad social a través de la mejora de los sistemas de salud, implica desarrollar programas capaces de elevar la calidad, acorde a las exigencias de los usuarios, buscar la satisfacción de esos derechohabientes y de los propios prestadores de servicios al generar nuevos procesos operativos y desarrollar modelos de atención que se ajusten a las necesidades de la población, llevar a cabo estos cambios, es concretar el compromiso irrenunciable de garantizar el derecho de millones de personas a una vida con calidad, profundizar en esta transformación, y sentar las bases para un mañana más seguro, es una obligación que debemos asumir cabalmente, ha llegado el momento de las transformaciones socialmente responsables, el reto de fortalecer, modernizar, así como de incrementar la efectividad y eficiencia de los sistemas de seguridad social en materia de salud, representa un serio compromiso y sin duda, difícil tarea, tengo la seguridad de que todos los aquí presentes, la compartimos.

Es en este sentido que debemos aprovechar este espacio para estrechar los lazos entre las organizaciones comprometidas con el avance de los sistemas

de seguridad social, hacer de él nuevamente un espacio que se nutra del intercambio y la reflexión, por mi parte, tengo la certeza de que los retos que enfrentamos, difícilmente serán resueltos sin la colaboración, la cooperación respetuosa es un motor eficaz para el perfeccionamiento de nuestra tarea, de ahí la importancia de este Seminario, en el cual se analizarán los procesos ya en funcionamiento en distintos lugares, por ello los felicito y los conmino a utilizar ese entusiasmo en favor de sistemas de salud y de seguridad social en nuestros países, universales, más solidarios, más eficientes, más equitativos, donde se fortalezca el carácter corresponsable del gobierno, de los trabajadores, de los empresarios y de la comunidad en general.

De lo que se trata es de buscar una equidad, sustentada en eficiencia, que nos ayude a avanzar a la universalidad de la atención médica, promoviendo el honesto cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los involucrados en la atención de los hombres y mujeres que construyen el futuro de nuestros pueblos.

Señoras y señores, con su participación, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se renueva y vigoriza, es así como está como el espacio idóneo para el análisis de nuestras experiencias, partiendo de una perspectiva integral, que permitirá ampliar las fronteras de la seguridad social, en medio de la diversidad de nuestros sistemas, de su historia y desarrollo, nos une el profundo amor por nuestras instituciones y el invariable compromiso social que por ellas tenemos, el valor de cada institución no se encuentra en su tamaño, ni en su antigüedad, ni en aferrarse dogmáticamente a estructuras caducas, sino en la capacidad de cumplir efectiva y responsablemente con la justicia social para la que fueron creadas.

Con la seguridad, de que aquí damos un paso más hacia la consecución de los objetivos planteados, me es muy grato hoy, 8 de julio de 1998, declarar inaugurado el Seminario "Procesos de la Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud -Análisis de los Procesos en Marcha-".

Mucho éxito y enhorabuena

OPCIONES DE POLITICAS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

DR. JOSEPH KUTZIN

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE
SISTEMAS DE SALUD
DIVISION DE ANALISIS, INVESTIGACION Y EVALUACION**

JOSEPH KUTZIN

Formación: Mayo 1984 Universidad de Boston
Maestría en Desarrollo Económico

Mayo 1982 Universidad Estatal de Nueva York, Binghamton
Licenciatura en Historia, con Honores
Licenciatura en Estudios Afro-Americanos y Africanos, con
Mención Honorífica

Experiencia Laboral:

De julio de 1994 al presente funge como Economista de la Salud, en la Organización Mundial de la Salud, División de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y División de Análisis, Investigación y Evaluación, Ginebra, Suiza, donde puso en marcha programas de trabajo sobre seguros de salud, evaluación de las reformas de financiamiento de salud y capacidad instalada en el análisis de costos hospitalarios.

De julio de 1993 a junio de 1994, fue Consultor Independiente, en Washington, D.C., E.U.A., donde realizó estudios y trabajos para el Banco Mundial, OMS Y USAID en distintos países.

De abril de 1989 a junio de 1993 trabajó en el Banco Mundial, en el Departamento de Población, Salud y Nutrición; Washington, D. C., E.U.A.

Co-autor de un libro sobre costos hospitalarios y financiamiento; participó en misiones de análisis de sectores y proyectos; contribuyó al informe sobre salud de la mujer, apoyó un estudio sobre el impacto económico de la mortalidad en los adultos como consecuencia del VIH/SIDA.

De julio de 1985 a abril de 1989, trabajó en el proyecto HOPE, del Centro para Asuntos de la Salud; en Chevy Chase, Maryland, E.U.A.

Condujo análisis económicos y financieros como parte de la preparación del Proyecto de Restauración del Hospital para el Ministerio de Salud de Jamaica; participó en numerosos estudios sobre el sistema estadounidense de salud (Medicare).

De marzo a julio de 1985, trabajó en el Proyecto HOPE/ Jamaica; en Kingston, Jamaica.

Proporcionó asistencia técnica a un comité establecido por el Ministerio de Salud de Jamaica, encargado de desarrollar métodos alternos de financiamiento para el otorgamiento de servicios de salud.

De enero a febrero de 1985 fue Consultor en la Oficina de Programación, de la División de Planificación de Capital y Operaciones, de la Comunidad de Massachusetts; Boston, E.U.A.

Realizó análisis concisos de datos económicos y estadísticos para apoyar a los no-economistas en estudios sobre proyectos de construcción del sector público.

De mayo de 1984 a enero de 1985 trabajó en Wu Pi International, Inc.; Cambridge, en Massachusetts, E.U.A.

Introducción

Acceso, protección financiera y objetivos de la política pública

La cobertura universal de la atención médica puede ser definida como el acceso físico y financiero a la atención médica de buena calidad, para todas las personas que integran la sociedad. El acceso físico implica que la distancia que las personas tienen que viajar, o el tiempo que les toma trasladarse, para obtener atención médica no implica un obstáculo para el uso de los servicios de atención médica que se necesitan. Proporcionar acceso financiero significa que los individuos y sus familias están protegidos contra el riesgo de tener que pagar costos tan altos por la atención, que dichos costos (a) no les impidan buscar la atención que requieren y (b) los lleven a la pobreza. Por lo tanto, la cobertura universal de la atención médica implica, para toda la población:

- Acceso a servicios de atención médica efectivos cuando se requieran y
- Protección efectiva para el ingreso familiar y los bienes de los costos financieros de la atención médica cara.

Estas funciones de acceso y protección financiera son lo que el seguro de atención médica debe proporcionar a los individuos y a sus familias. La cobertura universal con estas funciones encarna importantes objetivos de la política de salud, principalmente equidad de acceso y atención de buena calidad, así como el objetivo más amplio del bienestar social que es evitar la pobreza. Así, un objetivo de la política de los sistemas de atención médica debe ser el reforzar, o mejorar, *esta función de seguridad* para la población. La noción de seguro “mejorado” puede aclararse con estas dos definiciones:

- Alcance de la cobertura que significa la gama de servicios que están a disposición de las personas sin exponerlas a que paguen de su propio bolsillo y
- *Amplitud* de la cobertura, es decir la proporción de la población total que cuenta con una protección efectiva contra el riesgo de la atención médica (v.g. acceso y protección financiera).

De este modo, el mejoramiento de la función del seguro puede describirse como el *alcance* y/o la *amplitud* de la protección efectiva. Debido a que la

eficiencia en el uso de los recursos es también un objetivo de la política (tanto de bienestar social como de salud), el objetivo general de los países puede resumirse así: **lograr la cobertura universal con una protección efectiva contra el riesgo de la atención médica al menor costo posible.** La eficiencia es un objetivo por propio derecho, pero vale la pena subrayar que cuando el campo para movilizar recursos adicionales para los servicios de atención médica es limitado, mejorar la eficiencia sectorial en la administración de la función del seguro es también un medio, quizás el único medio, a través del cual se puede ampliar la protección del seguro, aumentando así la equidad del acceso. Estas definiciones de seguro, cobertura universal de la atención médica y el objetivo de la política pública con respecto a la protección contra el riesgo de la atención médica son fundamentales para esta ponencia.

En efecto, la definición de seguro utilizada aquí tiene la perspectiva del ciudadano individual o de la familia, más que una perspectiva institucional con base en una pertenencia a un régimen de seguro obligatorio. Así, por ejemplo, un ciudadano de un país que cuenta con un Servicio Nacional de Salud efectivo, financiado a través de los impuestos generales, como por ejemplo el Reino Unido, está tan 'asegurado' como el ciudadano de un país que tiene cobertura universal con un seguro social de atención médica financiada por medio de cotizaciones obligatorias provenientes de los empleados y de los empleadores, como es el caso de Alemania. Si los costos sociales y los efectos distributivos de proporcionar la protección contra el riesgo son los mismos, a la política pública no debe interesarle si el 'seguro' es proporcionado por empresas independientes o por sistemas gubernamentales. Con base en esto, otro concepto fundamental que sustenta esta ponencia es que aunque el seguro *como función* es un objetivo de los sistema de atención médica, el seguro como una *serie específica de acuerdos institucionales* no lo es.

La última frase sugiere que aunque el objetivo de la política pública tiene el propósito de ser de aplicación universal, no existe una 'fórmula' para lograr este objetivo. Los medios a través de los cuales los países pueden hacer progresos para alcanzar este objetivo deben diferir, debido a las divergencias en varios factores contextuales. Las estrategias de un país específico deben ser adaptadas al contexto local, económico, cultural y político, así como al 'punto de arranque' de las instituciones existentes y de los mecanismos de asignación de recursos para la atención médica. Sin embargo, se propone que los que elaboran las políticas de salud utilicen este objetivo de la política

pública como uno de sus criterios de evaluación. Puesto que el objetivo es avanzar hacia la cobertura universal de la población al menor costo posible, las políticas específicas pueden ser evaluadas de acuerdo con el alcance, la eficiencia y la equidad con la que ellas realizan esta función del seguro.

La reciente 'epidemia' global de reformas en el sector salud con frecuencia parece confundir las herramientas políticas, que deben servir para lograr un objetivo más amplio del sistema, con el objetivo mismo. Esta confusión entre los *finés* (objetivos) y los *medios* (reformas) de la política se refleja, por ejemplo, por la medición de las reformas que implican privatización o aumento de las cuotas de los usuarios, de acuerdo con el número de bienes de que se despojó al sector privado, o la tasa de costo-recuperación, más que los efectos de estos cambios sobre las medidas de la eficiencia y equidad del sistema de atención médica. Este ha sido, ciertamente, el caso de muchas reformas que involucran el seguro de atención de médica, en donde el foco de la atención se ha puesto en establecer o perfeccionar los *regímenes* de seguro, mientras que los efectos de estos sobre la eficiencia y equidad de todo *el sistema* o son aceptados o son negados totalmente. El punto subrayado en este documento reside en la importancia de distinguir entre los fines y los medios de la política de atención médica en general, y del seguro médico en particular.

Quizás sea cándido atribuir a decisiones técnicas erróneas, o a la confusión de los fines y de los medios antes descrita, lo que parecen ser 'errores' que cometen los países al hacer la elección de las políticas. Probablemente sea más acertado reconocer que la elaboración de políticas no se hace únicamente por medio del análisis técnico de cual será el rendimiento del sistema más eficiente y equitativo, sino más bien por factores extra-sectoriales y por demandas políticas. Con respecto a los desarrollos en la reforma del sector salud, los factores principales en muchas partes del mundo probablemente sean las circunstancias o políticas macroeconómicas de un país y el deseo de satisfacer las demandas de poderosos grupos de interés (v.g. proveedores, una clase media creciente, los sindicatos, etc.) que desean tener mayor autonomía y rango de elección. Baeza (1998), sugiere que para los países de América Latina y del Caribe, estos dos factores -demandas macroeconómicas y presiones sociales- han sido los principales catalizadores de la reforma. Por lo tanto, el reto para aquéllos que desean reformar en interés de la eficiencia sectorial y de la equidad, está en comprender a las otras fuerzas que desean reformar y desarrollar una

estrategia de reforma 'políticamente consciente' que intenta dirigir las demandas macroeconómicas y de los grupos de interés, pero sin comprometerse demasiado con los objetivos sectoriales deseados.

Alcance y estructura de la ponencia

El alcance del documento se limita a los servicios de atención médica personal (servicios proporcionados a los individuos), más que a la 'atención médica' en un concepto más amplio. Esta es una elección explícita para hacer que el tópico sea manejable y relevante frente a los temas más difíciles en términos de acceso y protección financiera. Esto no debe disminuir la creciente importancia de las buenas actividades públicas 'clásicas' en salud (v.g. control de portadores, medidas contra la contaminación) y las de sectores diversos a la salud (v.g. educación de la mujer), pero no me refiero a ellas en este documento. Resulta importante observar que los servicios personales de salud deben incluir muchas actividades preventivas (v.g. vacunaciones) y curativas con acciones externas (v.g. tratamiento de la tuberculosis). Por lo tanto, el punto central está en los convenios de financiamiento y asignación de recursos con relación a los servicios de atención médica que son proporcionados a los clientes individuales.¹

Dado el objetivo de la política pública con respecto a la protección universal contra el riesgo de la atención médica antes descrita, el propósito de esta ponencia es proporcionar un marco conceptual para ayudar a los países a identificar y coordinar políticas para aumentar y ampliar la función del seguro de manera eficiente. La sección que sigue a esta introducción, presenta el marco conceptual propuesto como una herramienta para pensar sobre la función del seguro en un amplio contexto nacional. El marco incluye tres elementos principales: 1) fuentes de financiamiento, asignación de recursos y convenios institucionales asociados para brindar atención médica; 2) amplias funciones de apoyo al sistema de salud; y 3) las prestaciones que se otorgan. La discusión emplea lecciones tomadas de la experiencia de los países para identificar cuestiones políticas clave, que surgen de diferentes elementos del marco, así como sugerencias para los tipos de análisis con el fin de promover estrategias efectivas. El documento concluye haciendo énfasis en algunos

¹ Sin embargo, esto debe ser interpretado con cierta flexibilidad. Por ejemplo, cabe la posibilidad de que resultara apropiado que las acciones de promoción de la salud dirigidas a grupos más que a individuos, fueran consideradas dentro del marco que se presenta en este documento.

mensajes clave y temas de prioridades para que los países las consideren, fundamentados ambos en análisis teóricos y en experiencias nacionales. También se hacen algunas recomendaciones para políticas posteriores y para la investigación analítica.

Hacia un Nuevo Marco Conceptual para Identificar las Opciones de Política

Frecuentemente, los sistemas de salud son descritos a través de su fuente de ingresos predominante (v.g. sistemas sociales de atención médica, sistemas financiados por medio de los impuestos generales, etc.). Sin embargo, en años recientes muchos países han introducido reformas importantes sin alterar la fuente de financiamiento de la atención médica. En Finlandia, por ejemplo, el financiamiento a través de los impuestos generales permanece como la principal fuente de ingresos pero, en 1993 la base para asignar a cada gobierno local (municipalidad) los recursos públicos para la atención médica cambió y de hacerse con base en el reembolso del costo, pasó a una fórmula de eventual pago per cápita sopesando las necesidades, con la esperanza de mejorar la eficiencia (OMS 1996). En Suecia, que también tiene un sistema de atención médica financiado a través de los impuestos generales, se hicieron reformas de modo que algunos gobiernos locales (concejos de los condados) compran servicios de atención médica para la población que implican la elección del paciente como base para pagar a los proveedores (Saltman 1994). En Alemania y Argentina, donde la atención médica es financiada principalmente por cotizaciones obligatorias a los fondos de seguridad social ("fondos de enfermedad"), las reformas recientes han ampliado la competencia entre estos fondos debido al creciente derecho de las personas a elegir el fondo en el que quieren inscribirse (Chinitz, Preker y Wasem 1998; Medici et al, 1997).

Una mezcla de sistemas está surgiendo, a medida que los países reconocen que la fuente de financiamiento no necesita determinar la composición institucional del sector, los mecanismos por medio de los cuales se asignan los recursos, ni la precisión con la que se especifica el derecho a las prestaciones. Estas experiencias de reforma sugieren que términos tales como "sistemas financiados por medio de impuestos" o "sistemas de seguridad social" ya no describen a los sistemas y que el *pensamiento tradicional* respecto al seguro de salud impone límites innecesarios en la gama de opciones de políticas que se les ha abierto a los países. Quizás, algún

intento por clasificar sistemas completos de financiamiento, asignación y convenios institucionales limita igualmente el debate sobre las elecciones importantes de políticas. Se necesita una forma de conceptualizar los componentes desagregados de las fuentes de financiamiento de la salud, los mecanismos para la asignación de recursos y los convenios institucionales asociados, para que los sistemas puedan ser descritos y se identifiquen y evalúen las opciones de reforma de manera más amplia.

Debido a esta necesidad, el marco conceptual² que se muestra en el Cuadro No.1 es propuesto como una herramienta para el *análisis descriptivo de la situación que existe* en sistemas de atención médica de países, con respecto al financiamiento de la atención médica y a la asignación de recursos, e igualmente, como una herramienta para ayudar a la *identificación y evaluación de opciones de políticas*. El cuadro resume tres aspectos de los sistemas de salud que tienen implicaciones críticas para la función de aseguramiento:

- Características institucionales y mecanismos para la asignación de recursos de los sistemas de atención médica,
- Funciones de apoyo del sistema de atención médica, y
- Las prestaciones otorgadas por los sistemas nacionales de salud o subsistemas ("régimenes").

Debajo de los encabezados de las columnas (y los títulos amplios de apoyo del sistema de atención médica y prestaciones) hay ejemplos de posibles opciones o convenios. Estos son ilustrativos; no son propuestos como listas que definen de manera exhaustiva las opciones disponibles.

Las cinco columnas que están en la parte superior del cuadro, representan los convenios institucionales más importantes (las tres columnas sombreadas) y los mecanismos para la asignación de recursos (las dos columnas no sombreadas) al sector. Los convenios institucionales se refieren a las fuentes de financiamiento para la atención médica, la acumulación y uso de fondos para la compra de servicios a los proveedores de atención médica y la

² El marco propuesto tiene su origen en trabajos anteriores desarrollados de manera independiente y en diferentes puntos en el tiempo, por Barnum (1993) y Saltman (1994: 1995).

estructura para el otorgamiento de atención médica. Los mecanismos para la asignación de recursos están relacionados con la asignación de recursos, provenientes de sus fuentes originales, a la institución compradora y con el pago al proveedor (v.g. la asignación de fondos del comprador al proveedor). Aunque estos cinco elementos pueden ser utilizados para describir el flujo de fondos y los convenios para la asignación de recursos en un sistema de atención médica, otros aspectos de los sistemas de salud pueden afectar la forma en que una protección efectiva contra el riesgo de la atención médica puede ser proporcionada a toda la población. Entre ellos resultan clave las prestaciones (explícitas o implícitas) y las políticas referentes a las cuotas de los usuarios/compartir los costos y las medidas de apoyo de los sistemas para mejorar la eficiencia y efectividad en el uso de productos farmacéuticos, establecer y elevar la calidad de los niveles de atención, las políticas con respecto a la adquisición de tecnologías médicas caras y, más generalmente y más importante, las medidas para cambiar y reforzar el ambiente de regulación y las capacidades del gobierno.

Cuadro No.1

Fuentes de financiamiento	Asignación a compradores	Instituciones asignadoras (compradoras, aseguradoras)	Asignación a proveedores (pago a proveedores)	Servicios y proveedores
Ingresos generales/MOH	Patrones históricos	Sucursal local MOH, gobierno local o "Consejo del área de la salud"	Pre-pago (v.g. presupuesto, pago por persona)	Público. ONG y proveedores de servicios con fines de lucro (v.g. hospitales, clínicas, farmacias)
Empleadores y empleados	Fórmula ponderada per-cápita	Fondo(s) de seguro obligatorio	Reembolso (v.g. cuota por servicio)	
Individuos y hogares	Porcentaje fijo del salario o ingreso	Fondo de seguro privado	Pago directo del bolsillo de los usuarios	
Agencia de donación	Pago de primas de acuerdo con el riesgo o con la comunidad	Proveedoras de fondos	Sistemas mixtos	
APOYO AL SISTEMA DE SALUD				
Marco regulatorio y capacidad Adquisición de productos farmacéuticos, distribución y administración Evaluación tecnológica y administración de los bienes físicos				
PAQUETE DE BENEFICIOS (SERVICIOS CUBIERTOS Y METODOS DE ACCESO)				
"Paquete básico" Costos catastróficos Servicios diversos Reglas de acceso Papel de los costos compartidos por el pariente				

El contenido del cuadro sugiere que hay una gama de opciones disponibles, respecto a los convenios institucionales, los mecanismos de asignación de recursos y los servicios de salud a los que tiene derecho la población (o subgrupos de población). Aunque, por lo general, podemos encontrar juntas algunas combinaciones de cada una de estas opciones, en muchos casos no *existe necesariamente un vínculo causal* entre las decisiones con relación a las opciones elegidas para una característica y las que se eligen para otra. Por ejemplo, crear un régimen en el que los empleadores son la fuente de ingresos no significa necesariamente que se deben uno o varios fondos de “seguro social de salud”, o que a los proveedores se les paga a través de reembolso o del sistema per cápita. Sin embargo, aunque generalmente no existe un vínculo causal, la evidencia sugiere que se necesita una serie coordinada de reformas que involucre a muchas de estas características, con el fin de lograr los efectos deseados (y evitar los no buscados). Al centrarse en *los fines* de la atención médica y de la política pública, los gobiernos pueden abrirse a las diversas opciones, así como a la mezcla de *medios* las fuentes de financiamiento y los mecanismos para la asignación de recursos y las instituciones que pueden lograr esto de la mejor manera. Para no confundir fines y medios, nuevos enfoques pueden ampliar los confines de las nociones de normas del seguro de atención médica.

El resto de esta sección contiene una descripción de cada uno de los elementos de este marco, e indica las formas en que cada uno es importante para los valores comprendidos en el objetivo de cobertura universal de la atención médica. Además, cuando resultan relevantes, se subrayan las lecciones importantes provenientes de la experiencia de los países, como por ejemplo los tipos de análisis que probablemente sean importantes para cada elemento del marco. De este modo, el marco puede ayudar a aclarar las palancas políticas que los gobiernos tienen a su disposición para ampliar y profundizar la función de aseguramiento, tan eficientemente como sea posible.

Fuentes de financiamiento

En muchos países, la reforma es motivada por la percepción de que el nivel de recursos en el sector es insuficiente para satisfacer la cobertura y los objetivos de calidad. Así, a menudo la atención se centra en el “seguro” como una fuente de financiamiento, al introducir o ampliar el uso de impuestos destinados como parte de un programa de seguro social de atención médica.

Este es principalmente el caso en varios países de Europa Central y Oriental (CEE) y de la Comunidad de Estados Independientes (CIS) Saltman y Figueras (1997). En muchos otros países, los ajustes a la política con relación al nivel y las fuentes de ingresos es una respuesta a las circunstancias macroeconómicas que hacen que el Ministerio de Finanzas dicte una reducción en el gasto del sector público, o en tasas de impuesto a la nómina que pagan los empleadores, con el fin de mejorar la competitividad de la economía en general en el mercado global. Esto ha ocasionado que algunos países busquen fuentes de ingresos alternativas, ya sea a través de cotizaciones voluntarias a los regimenes de atención médica, o simplemente reduciendo los niveles de las prestaciones, requiriendo así un papel más importante de los pagos del propio bolsillo. Los puntos claves de las políticas que los gobiernos necesitan tomar en consideración con respecto a las fuentes de financiamiento para la atención médica son:

Los ingresos general del gobierno (incluido el donante) son asignados al Ministerio de Salud

Impuestos destinados a la atención médica

Cotizaciones obligatorias a un fondo de seguro por parte de empleados y empleadores

Cotizaciones voluntarias a un fondo de seguro, por parte de los empleadores y/ o individuos (con frecuencia apoyados por medio de reducciones en impuestos)

Pago directo de su propio bolsillo, por parte del usuario.

- ¿Hasta qué grado el fracaso en lograr la protección universal contra el riesgo de la atención médica es un resultado de los inadecuados niveles de financiamiento para la atención médica?
- ¿Cuál es el alcance para diversificar las fuentes de financiamiento (posiblemente en respuesta a las reducciones que se requieren en las fuentes obligatorias) o para incrementar el financiamiento proveniente de las fuentes existentes y cuáles son las consecuencias potenciales de cualquiera de estas opciones?.

La primera pregunta no puede ser contestada directamente sin examinar primero la eficiencia general y la equidad de recursos dentro del sector de la atención médica, que se relaciona con los puntos considerados en el resto del marco. Sin embargo, resulta importante plantearse inicialmente esta pregunta, con el fin de evitar lo que a menudo es un énfasis mal puesto en el nivel de recursos, sin que se preste la atención suficiente a la eficiencia con

la que se están empleando los niveles actuales de recursos. Como lo hicieron notar Schieber y Maeda (1997), hay un costo social asociado con la movilización de recursos adicionales para la salud. Además, tal como lo señala Ensor (1997), varias circunstancias reducen la habilidad de los sistemas para ampliar la base contributiva para la atención médica especialmente las que se relacionan con las condiciones macroeconómicas y con las del mercado laboral. Por lo tanto, resulta esencial reconocer que *los factores que afectan el nivel de financiamiento de la atención médica están totalmente fuera del control de los que toman las decisiones en el sector salud*. Si las condiciones macroeconómicas son favorables, puede haber posibilidades para nuevos tipos de regímenes para la movilización de recursos. Si la economía está en recesión y el nivel de crecimiento de la proporción de la población en el sector formal del empleo son bajos, resulta difícil y es potencialmente dañino imponer o aumentar los impuestos de la 'seguridad social' dedicados a la atención médica. En cualquier caso, antes de gastar muchas energías buscando las formas para recaudar más fondos, los que elaboran las políticas para el sector salud deben buscar cómo asegurarse de que los medios que están bajo su control para ser aplicados a mejorar la equidad y eficiencia del sistema, son utilizados totalmente.

Cuando se consideran cambios en el modo de financiamiento o en la mezcla de fuentes de financiamiento, es muy útil comenzar por describir la situación existente. Las categorías típicas utilizadas para describir las fuentes de financiamiento del sector salud (v.g. Van Doorslaer y Wagstaff 1993) son ingresos provenientes de los impuestos generales cotizaciones obligatorias relacionadas con los salarios (que generalmente provienen del sector formal u "organizado" de la sociedad) y las contribuciones voluntarias de los individuos y familias (ya sea como fondos de seguro o como pagos directos, provenientes de su bolsillo, a los proveedores). En muchos países, cuando menos dos de estas fuentes son significativas y, es muy útil determinar el nivel de cotizaciones proveniente de cada fuente. Con este propósito, se puede realizar un estudio sobre las Cuentas Nacionales de Salud (Berman 1996). Para algunos países en vías de desarrollo, resulta útil incluir a los donantes como una fuente de financiamiento, aunque para considerar los cambios en la política de financiamiento, a menudo tiene sentido considerar los fondos de los donantes como una parte del financiamiento a través de los ingresos generales.

En su análisis sobre la equidad en el financiamiento de la atención médica en 10 países de la OCDE, Van Doorslaer y Wagstaff (1993) descubrieron que, sobre todo, la imposición general era la forma más progresista de recaudar ingresos (v.g. las cotizaciones de los individuos estaban más estrechamente ligadas con sus ingresos), seguida por las cotizaciones obligatorias (seguridad social) y las contribuciones voluntarias a los fondos de seguros privados, siendo los pagos de su bolsillo que hacen los individuos la modalidad más regresiva. Sin embargo, las condiciones en los 10 países estudiados que llevaron a estas conclusiones, pueden no ser las mismas en otros países, especialmente en aquéllos que tienen ingresos medios o bajos. Por ejemplo, si los impuestos no progresistas son la fuente de un porcentaje substancial de los ingresos generales, entonces el apoyarse en los ingresos provenientes de los impuestos generales como la principal fuente de financiamiento para la atención medica puede no ser la elección más progresista para un país en particular. La actitud relativamente progresista o regresiva de apoyarse en varias fuentes de ingresos tiene que ver con los mecanismos utilizados para recaudarlos y asignarlos a las instituciones intermediarias (por lo tanto, el siguiente inciso también se refiere a estos temas). Por tanto, las razones por las cuales las cotizaciones obligatorias tienden a ser menos progresistas que el financiamiento a través de los ingresos generales (aparte de la existencia de un impuesto progresivo al ingreso y una tasa proporcional de cotización obligatoria) es la existencia de techos en las cotizaciones individuales³. Si se pueden eliminar los techos (una tarea que constituye todo un reto político), esta fuente de actitud regresiva en lo referente a los impuestos de la seguridad social puede ser eliminada también. La seguridad privada tendría a ser aún más regresiva, porque las contribuciones tienden a ser definidas ya sea por medio de tasas uniformes (categoría comunitaria), con el mismo nivel de primas para todo el mundo, o con primas relacionadas con el riesgo individual.

Existen otras fuentes que el gobierno puede considerar como parte de un intento para aumentar los ingresos, a través de la introducción o de la expansión de los regímenes de seguro obligatorios o voluntarios. En particular, cuando las personas hacen una contribución explícita a un régimen de

³ Un techo en las contribuciones se refiere a una cantidad máxima de cotización definida por persona. Así, si la tasa de cotización se establece en un 5% del salario, con un tope máximo de \$500, las personas que ganan más de \$10.000 contribuirán con menos del 5% de su salario lo que hace que la estructura de las contribuciones sea regresiva.

aseguramiento, esto determina una prestación a la que el contribuyente tiene derecho⁴. Esta es una restricción potencial a la equidad porque los que pueden contribuir recibirán mejores prestaciones que el resto de la población. No es realmente factible cortar completamente el vínculo entre una contribución definida y una prestación definida, porque esto socavaría cualquier incentivo para contribuir (en un modelo voluntario) e induciría a la resistencia por parte de los contribuyentes de un sistema obligatorio. Por ello, *cuando el tener derecho a algo depende de las cotizaciones al seguro* (más que la ciudadanía, por ejemplo) *no se puede lograr la cobertura universal a menos que el gobierno esté dispuesto a financiar las primas de los no contribuyentes a través de los ingresos generales* (Ensor 1993). Esto es especialmente problemático en países donde un gran porcentaje de familias no tienen ni un sólo trabajador en el sector formal de la economía. En donde la mayoría contribuye y donde existe un amplio consenso social respecto a la necesidad de la cobertura universal, probablemente no haya mucha resistencia a las disposiciones que se tomen para incluir a los más pobres en el sistema (como sucede en muchos países de la OCDE, por ejemplo). Sin embargo, donde un sistema contributivo incluiría a una minoría (aunque significativa) de familias, resulta muy difícil ofrecer la misma prestación a los no contribuyentes, ya que esto diluiría la voluntad de los trabajadores y de los empleadores a contribuir. En este contexto, el reto consiste en asegurar que haya prestaciones a las que todos tienen derecho, pero los que contribuyen tienen derecho a un poco más (v.g. servicios tales como cuartos privados en caso de hospitalización).

Asignación de fuentes a instituciones Asignadoras

Existen varias formas diferentes de que los recursos financieros puedan fluir de sus fuentes originales a las instituciones que asignaran dichos recursos a los proveedores y también hay varios mecanismos de asignación que pueden utilizarse como base para dichas transferencias. En muchos países, el proceso de asignación de las fuentes a las instituciones asignadas implica

⁴ Esta es una excepción importante a la afirmación general de que no existe necesariamente un vínculo causal entre los diferentes elementos del marco. En este caso no es realmente factible que haya relación entre la fuente de financiamiento (cotizaciones voluntarias u obligatorias a un régimen de aseguramiento) y las prestaciones (los servicios cubiertos por el régimen).

múltiples etapas, que involucran mecanismos e instituciones adicionales. Las implicaciones y cuestiones políticas clave inherentes en las diferentes elecciones con respecto al flujo de fondos y a los mecanismos de asignación utilizados primariamente, se refieren al objetivo de la equidad.

En cuanto a los fondos provenientes del presupuesto público que han sido asignados al Ministerio de Salud⁵, o que han sido asignados a los gobiernos locales y de ahí al 'MOH local', el marco ayuda a identificar problemas y cuestiones respecto a la forma en que estos fondos fluyen hacia las instituciones intermediarias asignadas (o directamente a las instituciones proveedora). Comprender estos flujos exige, primero, que los 'puntos finales' (v.g. la fuente y la(s) institución(es) que asignan o los proveedores de servicios) sean identificados claramente.

Ingresos Generales

- patrones históricos relacionados con la infraestructura o la utilización
- fórmula con 'base en las necesidades' de pago por persona
- pago subsidiado de primas por la participación de los no asegurados
- primero se asigna al gobierno local y después a los proveedores o compradores de atención médica

Ingresos Obligatorios/Destinados

- porcentaje del salario o ingreso
- ajuste del riesgo antes de asignar fondos a los asegurados.

Contribuciones Voluntarias

- pago de primas prorrateadas por experiencia o entre la comunidad.
- ajuste del riesgo antes de asignar fondos a los asegurados

"Dejando de Participar"

Por lo tanto, un primer paso para el presupuesto de los fondos consiste en determinar el tamaño de la asignación presupuestal para cada institución asignada o proveedor de servicios. De este modo, por ejemplo, si el MOH central asigna fondos a un brazo descentralizado del MOH (v.g. una administración de salud provincial o de distrito), el tamaño relativo de esta asignación puede ser determinado de acuerdo con varios criterios. Estos pueden incluir:

⁵ El marco no trata específicamente el proceso por medio del cual los ingresos públicos generales son asignados al sector salud. En otras palabras, este análisis de los mecanismos de asignación no se refiere a la forma en que un Ministerio de Finanzas determina el tamaño del presupuesto de un Ministerio de Salud. Un análisis de este tipo puede ser relevante para la función de aseguramiento en algunos países, pero es probable que este proceso político sea demasiado específico de un país como para ser tratado dentro de un marco genérico como éste.

- patrones históricos de asignación (v.g. la asignación del año pasado, más o menos en el mismo porcentaje), a menudo determinados por el tamaño de la infraestructura para la atención médica o los patrones de uso en cada región; o
- el tamaño relativo de la población de la que será responsable la institución asignada, medida quizás a través de varios indicadores de necesidad o costo (“capitación medida”).

En un intento por mejorar la equidad en la recepción de subsidios públicos para salud, algunos países han realizado reformas que implican cambiar hacia la segunda de estas opciones, es decir, moverse de la infraestructura histórica o de la asignación con base en la utilización a una asignación que se apoya más en las necesidades de atención médica de la población. Los países que han puesto en práctica la fórmula con base en la población para la asignación de fondos presupuestales a las instituciones asignadas incluyen al Reino Unido (OCDE 1992) y, más recientemente, a Filipinas (Pérez, Alfiler y Victoriano 1995).

El mecanismo de asignación utilizado para las contribuciones voluntarias a los fondos de seguro puede ser establecido como un porcentaje fijo del ingreso/salario, como una tasa fija para todos los que viven en una zona geográfica (“prorrateo comunitario”), o en relación directa con los costos por atención médica esperados para cada persona asegurada o grupo de asegurados (“prorrateo escalonado”). En su análisis sobre la dinámica de los mercados de los seguros privados, Collet y Lewis (1997) observan que todos los sistemas de compra voluntaria de seguros sufren el problema de la *selección adversa*. Debido a que los⁶ individuos tienen un mejor conocimiento de su propia salud y de su necesidad potencial de atención médica que los aseguradores, y debido a que los que esperan usar servicios médicos es más probable que busquen un seguro, las personas que desean comprar un seguro médico voluntariamente tienden a que éste sea más caro que el de la persona promedio. Por consecuencia, los aseguradores privados han desarrollado técnicas para limitar la selección adversa o sus efectos financieros. Estas

⁶ Este es descrito como “la práctica de evaluar la condición de la salud del individuo y rechazar, ya sea a los compradores potenciales que son considerados como un riesgo excesivamente alto, o ubicarlos en planes con otras personas que presentan aproximadamente el mismo riesgo” (Chollet y Lewis 1997, p. 82).

medidas -que incluyen aseguramiento, prorrateo escalonado, prorrateo por duración⁷, limitar la cobertura a los miembros de grupos formados por razones diferentes a la compra de la cobertura de un seguro, condiciones pre-existentes de exclusión de cobertura, excluir la cobertura de ciertos servicios de alto costo y que los pacientes compartan el costo--tienen algo en común: *en un intento por asegurar la viabilidad de un régimen particular de seguro, ellos se retractan del principio de ampliar y profundizar la función del seguro para la población en general.*

La experiencia de Chile ilustra este punto. En 1981, Chile aprobó una reforma que permitía que las personas con altos ingresos decidieran no participar (v.g. al elegir no cotizar) en el fondo nacional de seguridad social (FONASA) y eligieran entre varias instituciones privadas de seguros individuales con base en el riesgo que competían entre sí (ISAPREs). El resultado ha sido la creación de dos diferentes sistemas de atención médica, principalmente diferenciados por el ingreso y por otras características de riesgo individual de la población. Entre los trabajadores del sector formal, los que ganan los salarios más altos tenían una representación desproporcionada entre las ISAPREs y solamente las dos categorías de ingresos más bajos formaban parte predominantemente de FONASA en 1994. La significativa selección del riesgo y la selección por parte de las ISAPREs dió como resultado una situación en la cuál los que estaban amparados por las ISAPREs incluían a una parte menos proporcional de la población del país mayor de 60 años y una parte proporcionalmente mayor de su población adulta joven en 1994. Por lo tanto, puede ser razonable concluir que el decidir no participar ha erosionado la 'solidaridad' (v.g. subsidios cruzados de los ricos hacia los pobres y de los sanos a los enfermos) dentro del sector. Aunque podía esperarse que los recursos de FONASA 'liberados' por el cambio de las personas a un asegurador privado permitiría una reasignación de recursos públicos a favor de los pobres, esto no ha sucedido. En 1990, el gasto per cápita de los miembros de FONASA ascendió a casi US\$65.00, en comparación con los US\$250 por cada miembro de una ISAPRE. Esta diferencia es substancial, especialmente cuando se considera el diferente perfil de riesgo de los dos grupos de población, así como el hecho de que cuando una ISAPRE 'bota' a un miembro que se ha vuelto muy costoso, FONASA es el último recurso como asegurador (v.g. FONASA subsidia implícitamente a las ISAPREs). Los problemas ocasionados por la 'decisión

⁷ Cobrar más por la renovación del contrato que por la prima de inscripción inicial (Chollet y Lewis 1997).

de no participar' en términos de equidad y de la eficiencia de la función de aseguramiento para la población en general son claros, sin embargo, los beneficiarios de las ISAPREs parecen bastante satisfechos con este sistema, tal como lo sugiere la evidencia de que todos los que tienen la oportunidad de decidir no participar, así lo hacen (Baeza 1998).

Debido a estos problemas asociados con el seguro voluntario, muchos países que tienen múltiples fondos de seguros (tanto públicos como privados) han introducido cambios en los mecanismos utilizados para asignar fondos de las cotizaciones/primas de seguro a los aseguradores, que implican varias etapas. Por ejemplo, en Alemania y Corea, la principal fuente de ingresos para la atención médica es la cotización obligatoria a los fondos de atención médica que hacen los empleados y los empleadores. Aunque se exige que los diversos fondos ofrezcan las mismas prestaciones y utilicen los mismos métodos para el pago a los proveedores, ellos fijan sus propias tasas de cotización. Como existen diferencias sistemáticas en las necesidades de atención médica de la gente amparada por los diferentes fondos de seguro, el hecho de que algunos de ellos cobren primas más altas que otros está relacionado con la población que amparan, más que con la eficiencia administrativa de los fondos. Las inequidades han surgido porque las personas más pobres y más ancianas tiende a tener mayores necesidades de atención médica, pero a menudo terminan pagando primas mas altas. Para enfrentar estas inequidades, ambos países están haciendo uso del *ajuste de riesgo*⁸ para reasignar los ingresos de las primas a través de los fondos de seguro. En Corea, un fondo para ajuste de riesgo sirve como una especie de mecanismo de reaseguramiento financiado por las diferentes compañías aseguradoras y re-asigna algunos pagos de primas a las sociedades con mayores porcentajes de miembros ancianos (Lee 1995). En Alemania, la fórmula de ajuste del riesgo incluye el ingreso, edad, sexo y situación de la pensión de invalidez de la población asegurada. La introducción de esta

⁸ Resulta interesante observar que una fórmula de asignación con base en la medición de las necesidades de la población y una fórmula de ajuste de riesgo para las cotizaciones del seguro obligatorio o voluntario son conceptualmente similares. El propósito de cada una es el de asegurar que la institución asignada tiene el nivel 'correcto' de fondos para financiar las prestaciones definidas por su riesgo compartido. El ajuste de riesgo de las cotizaciones para los fondos de seguro sirve para el propósito posterior (no requerido en el caso del financiamiento a través de los ingresos generales) de tratar de mejorar la equidad en el financiamiento de la atención médica, a través de reducir el alcance de las contribuciones en relación con el riesgo esperado de atención médica por parte de los contribuyentes.

fórmula en 1994 llevó a una baja notable en las tasas de cotización de algunos fondos que, anteriormente, atendían a poblaciones con riesgos relativamente altos (Chinitz, Preker y Wasem 1998). En ambos casos, el ajuste del riesgo para el pago de las primas implica un convenio institucional adicional y un mecanismo de asignación en el proceso de transferencia de recursos de las fuentes a las instituciones asignadas.

Al igual que Alemania y Corea, Argentina tenía un sistema de seguridad social organizado alrededor de múltiples fondos de enfermedad (Obras Sociales), pero no competitivos, financiados a través de cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores en nombre de los trabajadores y de sus dependientes. En un intento por superar la insatisfacción de los clientes respecto a la falta de elección en el sistema, el gobierno introdujo reformas en 1996 para establecer la competencia entre las Obras Sociales. Estas han incluido la definición de prestaciones estándar que deben ser proporcionadas (a lo mínimo) por todos los aseguradores, permitiendo que los contribuyentes de cualquier nivel de ingresos elijan a su asegurador y utilizando un "Fondo Solidario de Redistribución" para ajustar las cantidades que serán recibidas por una Obra Social por el ingreso (y, eventualmente, otras características tales como la edad) de sus miembros (Medici et al. 1997; Baeza 1998).

El cumplimiento de una serie clara de reglamentos en la industria de los seguros es necesario para establecer las "reglas del juego" para una "competencia administrada" para promover la cobertura universal en países que se apoyan en los aseguradores en competencia como sus instituciones asignadas para la atención médica. Los tipos de medidas que es necesario hacer cumplir incluyen restringir la práctica de asegurar, restringiendo el derecho de los aseguradores a fijar primas con base en las condiciones de salud, exigiendo que todos los planes de seguro cubran prestaciones básicas, definiendo un período de "una inscripción abierta" en el que la gente tiene libertad para elegir un nuevo asegurador o para volverse a inscribir con el mismo y ajustar el riesgo a las primas recibidas por cualquier asegurador para limitar posteriormente la práctica y consecuencias de la selección preferida de riesgo. El objetivo amplio de este paquete de medidas es motivar a los aseguradores para que dediquen sus energías a administrar de manera eficiente sus riesgos de atención médica, en vez de tratar de minimizar estos riesgos a través del aseguramiento y las actividades afines. Hacer cumplir de manera efectiva medidas como éstas resulta difícil para cualquier país y,

tal como lo hacen notar Chollet y Lewis (1997), muchos países de ingresos medios (v.g. Brasil, Sudáfrica, Turquía, Uruguay) han hecho un trabajo pobre en lo referente a regular la industria del seguro médico privado a favor del interés público. Este no es solamente un reto “técnico”, los tipos de cambios regulatorios y de restricciones necesarias para estructurar la competencia entre los aseguradores en beneficio de la eficiencia y la equidad, pueden representar (o ser percibidos como tales) una amenaza para poderosos grupos de interés dentro de la sociedad, engendrando así una importante resistencia política. Estas experiencias sugieren que los países que dependen del mercado de seguros competitivo enfrentarán retos tremendos para lograr un progreso eficiente hacia el logro de la cobertura universal.

*Instituciones asignadoras
(aseguradores)*

Las instituciones asignadas son responsables de acumular los fondos provenientes de sus fuentes originales y pagar a los proveedores de atención médica, a nombre de la población que está bajo la responsabilidad de la institución asignada. En otras palabras, las instituciones asignadas son los *aseguradores* de una población definida. También se les denomina *pagadores o compradores*⁹ Como tales, la función que estas instituciones desempeñan en el sistema de atención médica tiene implicaciones

Partes Descentralizadas del MOH (v.g. departamentos de salud provinciales o de Distrito)

Autoridad de salud del gobierno local

Consejos de Salud de Area (v.g. de distrito o Provincial)

Fondo(s) Sociales del Seguro de Salud

Fondos de Seguro Voluntario

Provedores que Conservan el
Financiamiento

importantes para la cobertura y la eficiencia de la función de aseguramiento de los sistemas de salud. Por ello, hay dos cuestiones políticas críticas amplias que es necesario tratar respecto a las instituciones asignadas para la atención médica:

- ¿Cuál es la función de este (estos) asegurador (es) respecto a los proveedores de atención?. ¿Sirven únicamente como un conducto

⁹ Baeza (1998) utiliza el término “Organización para la Administración Institucional de las Finanzas” para definir la misma cosa.

financiero, canalizando los fondos a los proveedores sin hacer preguntas, o tienen una participación activa al usar su poder financiero para promover la promoción de la calidad y la eficiencia en el servicio de la atención médica?

- ¿Cuál es la estructura de mercado de las instituciones asignadas? ¿Hay un pagador único que cubre a la población en una zona geográfica definida? ¿Hay muchos aseguradores y, de ser así, compiten entre sí por su 'parte del mercado', o hay personas asignadas a ellos en un sistema no competitivo?. ¿Tiene realmente el sistema de salud financiado con fondos públicos una función de compra identificable, o sencillamente los fondos son transferidos directamente a los proveedores?.

Función del asegurador

En muchos países, el punto central de la reforma podría ponerse en las funciones reales llevadas a cabo por la(s) institución(es) asignada(s). La evidencia proveniente tanto de países en vías de desarrollo (Kutzin y Barnum 1992) como industrializados (Saltman y Figueras 1997) indica que, principalmente como resultado de las asimetrías en información que dan a los proveedores una influencia poderosa sobre la demanda de atención médica por parte del consumidor, los incentivos y reglamentos orientados hacia el lado de la oferta del mercado (v.g. los métodos de pago del proveedor, la revisión de la utilización) son herramientas políticas mucho más poderosas que las que únicamente están dirigidas hacia la demanda (v.g. los cargos por usuario). Por esto, quizás el factor más importante en la eficiencia de los sistemas de atención médica es el grado hasta el que la Institución(es) asignada(s) usa activamente su poder financiero para alentar a los proveedores para que actúen a favor de la eficiencia y la calidad. Si el asegurador es sencillamente un intermediario financiero que reúne los ingresos y paga a los proveedores sin poner condiciones importantes las acciones de los proveedores, invariablemente el resultado es una escala de costos dirigida por el proveedor, que con frecuencia va acompañada de una expansión potencialmente dañina del otorgamiento de servicios innecesarios. Sin embargo, lo que se necesita es que las instituciones asignadas usen su poder financiero para promover el otorgamiento de servicios eficientes y de alta calidad. Este tipo de cambio es sugerido por la frase "cambiar del financiamiento pasivo a la adquisición activa".

La “adquisición activa” por parte de las instituciones asignadas puede tener varias formas, pero básicamente significa comprar servicios en tal forma, que se cambie el equilibrio de poder, con respecto a la asignación de recursos, de los proveedores a el (los) comprador(es), con la esperanza de que esto promueva los objetivos sectoriales de calidad y eficiencia. La creación de un comprador activa en el contexto de un sector privado proveedor en expansión, puede resultar más efectivo para promover los objetivos de las políticas públicas que, simplemente, depender en las herramientas reguladoras tradicionales del gobierno, si el comprador tiene suficiente poder financiero y lo ejerce efectivamente de tal manera que es guiado por las políticas públicas y es públicamente responsable. A continuación, se enumeran algunas de las acciones que los aseguradores pueden emprender teniendo estos objetivos en mente (Kane 1995) y estas constituyen una útil “lista de control” para caracterizar la “actitud activa” de las instituciones asignadas dentro de un sistema de atención médica:

- proporcionar *incentivos financieros* dirigidos, a través del uso de métodos de pago a proveedores que aspiren a lograr objetivos específicos de eficiencia o calidad (éstos son discutidos con más profundidad en la subsección que hace referencia al pago a proveedores);
- exigir que los servicios de especialidades que no son de emergencia sólo estén disponibles por recomendación de un *guardián* del nivel de atención primaria y que se apoye esta exigencia con (por el lado de la demanda) fuertes penalidades financieras para los casos de auto-transferencia y/o (por el lado de la oferta) incentivos financieros para el guardián;
- mantener *perfiles de proveedores* para controlar las prácticas y costos que ocasiona el proveedor (generalmente es un médico) al prescribir tratamientos y medicamentos y transferir al paciente a otro nivel superior, usando esta información para retroalimentar a los proveedores e imponer sanciones si fuere necesario;
- *contratar selectivamente* a los proveedores (en contextos donde el mercado de proveedores es competitivo), exigiéndoles que cooperen con ciertos controles de uso y que proporcionen servicios por un precio reducido o una cuota establecida, a cambio de un esperado alto volumen de pacientes;

- realizar actividades de *revisión de uso (UR)* y de *garantía de calidad (QA)* con el fin de reducir la atención no apropiada y mejorar la calidad a través de supervisar y, si es necesario, intervenir en el proceso de la toma de decisiones médicas; y
- como parte de las actividades de UR y de QA promover el uso de *protocolos de normas de tratamiento* para comparar las prácticas de los proveedores contratados con normas clínicas definidas, tales como el apearse a las listas nacionales de medicamentos básicos y a los protocolos para la prescripción.

Las características antes citadas son descritas por Kane (1995) como “elementos de una atención administrada”. Sin embargo, a menos que sean guiados explícitamente por consideraciones de políticas de salud pública y por una conciencia de los fracasos del mercado en la interacción paciente/proveedor, la adquisición activa puede ‘salirse de control’ fácilmente. Tal como lo hizo notar Saltman (1998), esto es lo que parece estar sucediendo en los Estados Unidos, donde los aseguradores de la atención médica administrada comercialmente están comprando de manera agresiva, guiados por el interés financiero de sus dueños privados, debido a la falta de un marco regulador para garantizar/alentar que las decisiones sobre adquisiciones se hagan en nombre del interés público. En respuesta a algunos de los abusos percibidos por parte de la “atención administrada” (v.g. las acciones de estas compañías), muchos gobiernos estatales y el gobierno nacional están desarrollando un mosaico de reglamentos para promover la calidad y los derechos de los pacientes. De esta experiencia, resulta útil separar los elementos o herramientas de atención administrada del contexto estadounidense orientado al mercado. Muchas de estas características, tales como el uso de guardianes de la atención primaria, han existido en los sistemas europeos de salud durante muchos años, antes de que la retórica de la “atención administrada” se popularizara en los Estados Unidos (véase el Anexo No.1 donde aparece un resumen de estas características tal como existían a principios de los años noventa en selectos países de Europa Occidental). Por lo tanto, puede esperarse que la adquisición activa produzca ganancias en un sistema de amplia eficiencia, equidad y calidad, en contextos donde los proveedores y los compradores pueden ser públicamente responsables de sus decisiones. Pero puede ser una amenaza donde no exista dicha responsabilidad.

Estructura del mercado

La explicación anterior sugiere que hay interés por parte de las políticas públicas por crear las condiciones que faciliten la 'adquisición activa en interés del público'. Por lo tanto, el comprender la estructura del mercado existente de las instituciones asignadas resulta crítico para dar a conocer las medidas que los gobiernos pueden tomar para promover esta función. Conceptualmente, las condiciones para la adquisición activa son mejores si existe una sola institución asignada (un sistema único de pago¹⁰) que es un organismo público. En éste caso no hay necesidad de diseñar una serie de incentivos o reglamentos para alentar la adquisición activa, el 'fondo' de propiedad pública sencillamente puede ser dirigido a poner en práctica ciertas reformas como parte de la política gubernamental. La restricción principal para llevar a cabo esto es que en muchos sistemas financiados con fondos públicos, no hay una institución compradora *real* los presupuestos del MOH simplemente son asignados a los proveedores del MOH. Aunque teóricamente es posible asegurar a la población en esta forma, los fracasos del mercado en la atención médica sugieren que aún cuando los recursos presupuestales para atención médica sean amplios, el uso de los mismos no será muy eficiente. Así, algunos países incluidos algunos de bajos ingresos como Kirgistan y Zambia, han introducido reformas recientemente para crear instituciones regionales responsables de adquirir servicios a los proveedores (una "división comprador-proveedor") con financiamiento proveniente de los ingresos generales, a nombre de sus poblaciones.

Algunos países cuentan con sistemas caracterizados principalmente por fondos de salud múltiples pero no competitivos. Por ejemplo, Tailandia tiene cinco diferentes regímenes obligatorios de atención médica, la mayoría de los cuales amparan a un grupo de población bien definido (v.g. empleados públicos, trabajadores del sector formal, ancianos, pobres, niños, etc.) y uno que es un régimen voluntario (el Régimen de la Tarjeta de Salud). Estos cuentan con diferentes estructuras de cotización, prestaciones y métodos de pago a proveedores (Nitayarumphong 1995). En la República de Corea, el

¹⁰ Un sistema único de pago implica que sólo hay una sola institución asignada que es responsable de comprar servicios a los proveedores a nombre de toda la población que vive en una zona geográfica definida. Esto no significa necesariamente que haya un fondo único que sirva a toda la población de un país, por ejemplo, en Canadá hay un pagador único establecido en cada una de las provincias del país.

seguro nacional de salud es administrado por 413 (hasta fines de 1994) sociedades de seguros independientes y no competitivas. Aunque las primas varían entre las diferentes sociedades, hay una prestación estándar y un método común para el pago a proveedores (Lee 1995). En contextos como el de Tailandia, la dirección correcta para el cambio de política para elevar la eficiencia puede ser coordinar las prestaciones y los métodos de pago a proveedores a través de los diferentes regímenes obligatorios (en el proceso de reforma tailandés, esto es mencionado como una (“fusión de fondos”), básicamente avanzando en la dirección de un pagador único (o cuando menos, un número reducido de pagadores). En contextos como el de Corea, existen dos vías amplias que puede seguir la política para mejorar la eficiencia en la función del aseguramiento. La primera sería conservar un sistema pagador múltiple no competitivo y buscar la forma de identificar una escala óptima para cada sociedad aseguradora, con el fin de reducir los amplios costos del sistema administrativo. En el caso coreano esto significaría una reducción en el número de sociedades aseguradoras y un incremento en el número promedio de personas aseguradas por sociedad aseguradora. La otra alternativa sería avanzar hacia la competencia entre las sociedades aseguradoras dando a los individuos el derecho a elegir a su asegurador. Este tipo de reforma fue introducido en Alemania y Argentina en 1996 (Chinitz, Preker y Wasem 1998; Baeza 1998). Sin embargo debemos hacer notar que introducir el derecho a elegir en este tipo de sistema, requiere una capacidad gubernamental substancial para reglamentar de manera efectiva con el fin de prevenir la erosión de la solidaridad y la eficiencia de todo el sistema, dados los problemas (mencionados en la subsección anterior) de la selección adversa y las acciones que los aseguradores en competencia toman como respuesta a esto. El reto consiste en hacer que los aseguradores compitan con base en la calidad y costo de los servicios que ofrecen, más que por registrar a gente joven y sana que, probablemente, resulten menos caros de asegurar. Establecer el marco apropiado para esta “competencia administrada” entre fondos de seguro ha resultado difícil, incluso para los pocos países desarrollados que han intentado hacerlo. Por ejemplo, los Países Bajos han pasado casi diez años tratando de poner en práctica un sistema de reglamentos necesarios para mantener la equidad en el financiamiento y promover la eficiencia a través de aseguradores en competencia, pero los retos han resultado ser tan grandes que no han podido llevar a cabo las reformas que han estado planeando desde 1987 (Chinitz, Preker y Wasem 1998; Saltman 1995).

Las experiencias de los países y ciertos elementos de los fracasos del mercado en el sector salud sugieren varias razones por las cuales la estructura del mercado de los aseguradores es importante. Hay ventajas teóricas respecto a un sistema de pagador único (ya sea que se trate de una institución pública o de una agencia casi pública fuertemente reglamentada pero independiente, como un fondo de seguro social que atiende a la población que vive en una zona geográfica definida), porque un monopolio comprador (monopsonista) de servicios a nombre de la población tiene un gran potencial para usar su poder financiero para garantizar que el otorgamiento de servicios ocurra junto con los objetivos de eficiencia y alta calidad. Un pagador único puede ofrecer una serie coherente de incentivos a los proveedores, mientras que la existencia de muchas instituciones que pagan a los mismos proveedores a menudo da como resultado incentivos diluidos y un cambio en el comportamiento de los costos estratégicos por parte de los proveedores, como en el caso de los Estados Unidos y Tailandia, por ejemplo. Además, la necesidad de vigilar y reglamentar las acciones de muchos aseguradores significa que los costos administrativos del *sistema* serán altos, incluso si algunos aseguradores individuales son administrados de manera eficiente. Sin embargo, en muchos países, existen múltiples fondos de seguro (frecuentemente privados) y, en éste contexto, la función realista y conveniente de los gobiernos consiste en mejorar su marco y habilidad reguladores, más que en tratar de dismantelar la industria de los seguros (Chollet y Lewis 1997). Por tanto, el problema para cualquier país no reside en el método de organización teóricamente mejor (ya sea que se trate de un pagador único o no), sino más bien, dada la existente estructura del mercado instituciones asignadas en un país, en cuál es la dirección correcta que deben seguir los cambios políticos que facilitarán la adquisición activa en beneficio público.

A pesar de la ventaja teórica del enfoque de un pagador único, relativa a un mercado de seguros competitivo antes citado, éste no deja de tener problemas. Un punto es la escala: ¿qué tan amplia debe ser la población para que los riesgos de la atención médica sean manejados efectiva y eficientemente por una sola institución?. Aunque el problema de la escala puede ser resulta a través de tener pagadores únicos por zonas geográficas intranacionales (v.g. pagador único para el condado o provincias como en Suecia o Canadá, respectivamente), puede ser que haya otros problemas que planteen retos más significativos. Con base en la experiencia de los Fondos de Seguridad Social en muchos países latinoamericanos, Baeza (1998) nos hace notar que la institución asignada puede convertirse en una

burocracia con un desempeño pobre debido a la falta de competencia real. El identificar varias reformas que podrían llevarse a cabo para mejorar el funcionamiento de estas instituciones, en las que incluye el uso de incentivos para alentar al Fondo a mejorar sus servicios y ser responsable ante sus clientes (v.g. la población), asegurar que el Fondo sea independiente del gobierno para minimizar la influencia política sobre las decisiones para la asignación de recursos, dar a los ciudadanos/clientes más poder respecto al comprador y a los proveedores y crear una responsabilidad pública del Fondo ante el público en general, mientras que simultáneamente se limita la influencia de grupos de interés bien organizados (v.g. políticos, sindicatos, etc.). Baeza sugiere que los países latinoamericanos que cuentan con sistemas de pagador único no lo han hecho mejor al poner en práctica estas reformas, de lo que lo han hecho los países que tratan de reglamentar a los aseguradores en competencia a favor del interés público.

*Asignación de aseguradores a proveedores
(pago a proveedor)*

Como se mencionó anteriormente, una de las más importantes formas en que los aseguradores pueden afectar el comportamiento del proveedor es a través de los incentivos generados por métodos específicos del pago a proveedores y las reformas a los pagos han sido puestas en práctica en muchos países, en un intento por avanzar hacia los objetivos de eficiencia y Calidad. Típicamente, se reconocen dos categorías amplias de pago a proveedores (Bamum, Kutzin y Saxenian 1995):

Perspectiva

- Renglón o presupuestos globales, según diversos criterios
- Individual, de acuerdo con la elección del paciente o tamaño de la zona de captación

Retrospectiva

- Elección del paciente o convenios negociados
- Cuota por servicio, con/sin cuota programada
- Con base en casos ('atado')

Pago directo de su propio bolsillo

Sistemas mixtos de pago

- Perspectiva (v.g. pago adelantado por el servicio otorgado), incluyendo presupuestos (por renglones y global) e individual; y

- Retrospectiva (v.g. pago después de recibir el servicio), incluyendo la cuota-por-servicio¹¹ o reembolso con base en casos.

Sin embargo, dentro de estas categorías tan amplias hay espacio considerable para la variación. Por ejemplo, en un sistema de capitalización individual de pagos a un proveedor, hay diferentes formas en las cuales se puede determinar cómo llegan los fondos al proveedor del servicio. El “mecanismo director” para el pago puede ser a elección del consumidor, ya que los consumidores deciden con cuál proveedor se registrarán, y los fondos de la institución asignadora respetan esa elección. Alternativamente, el pago individual puede ser simplemente asignado a los proveedores de acuerdo al tamaño de la población en su área de influencia. En este caso, el pago individual es prácticamente indistinguible de una asignación presupuestal fundamentada en la población, como sucedió inicialmente en el sistema de seguros de salud de la Seguridad Social de Tailandia, la selección la hicieron los empleadores a nombre de sus empleados, y esto condujo el flujo de fondos a los proveedores sobre una base individual. Saltman (1995) hace notar que se puede negociar un contrato entre los asegurados y los proveedores que especifique el método de pago a los proveedores, esto implica que el mecanismo director del método de pago a proveedores es una decisión gerencial. De hecho, la mayoría de los países usan métodos mixtos para el pago a proveedores, a menudo con la intención explícita de contrarrestar algunos de los incentivos adversos de los sistemas “puros” de pago a proveedores (Barnum, Kutzin y Saxenian 1995).

No existe un método idóneo de pago a proveedores, aunque la experiencia internacional y la comprensión conceptual de las fallas en el mercado del sector salud sugiere que los reembolsos de cuotas por servicio son un método incorrecto porque induce a los costos de los proveedores. Todos los métodos crean incentivos que tiene prestaciones potenciales y costos adicionales al sistema en términos de eficiencia, calidad de la atención y equidad. Estos se resumen en el Anexo No. 2, donde también se incluye una descripción de las medidas que un comprador activo puede usar para mitigar algunos de los incentivos negativos.

¹¹ El pago directo de su propio bolsillo por parte de los usuarios al momento de recibir el servicio, es una forma de cuota por servicio.

La conveniencia de cualquier método de pago a proveedores no se puede divorciar del contexto del mercado de proveedores de servicio e instituciones asignadoras. Como se mencionó en la sección previa, cuando hay una sola institución asignadora, existe el potencial de usar el poder de compra de un sólo comprador para ofrecer un conjunto coherente de incentivos para los proveedores. Dado que existen múltiples instituciones asignadoras que fijan sus propios incentivos, el potencial colectivo del proveedor de las reformas de pago se reduce, ya que existe el potencial de las instituciones proveedoras para “cambiar costos” entre los pacientes de acuerdo con las reglas de pago de un asegurador en particular. Esto no solamente debilita el efecto de los incentivos de pago del proveedor sobre la conducta del proveedor, también da como resultado recursos que son utilizados por los proveedores para un esfuerzo administrativo innecesario (en un contexto regido por un conjunto único de incentivos de pago) para plantear una estrategia sobre la administración de los costos de acuerdo con las reglas de cada asegurador. Esto probablemente contribuye significativamente a la existencia de altos costos para la atención de la salud en los Estados Unidos.

De igual manera, el diseño de las reformas de pago de los proveedores debe estar informado por una comprensión del mercado de proveedores de servicios y, en particular, por la capacidad de las instituciones proveedoras para responder al pago de incentivos. Como se describirá en la próxima sección, Baeza (1998) señala que mientras que en muchos países de América Latina se han introducido reformas en el pago de proveedores, éstas no siempre se han complementado con cambios para aumentar la flexibilidad en la administración del personal. En particular, esto ha comprometido las ganancias esperadas a partir de los cambios en las formas como se paga a los proveedores del sector público.

Con esto en mente, la pregunta fundamental con respecto a la política de pago a los proveedores es:

- ¿Qué combinación de métodos de pago será la mejor para conducir a un progreso para mejorar la eficiencia y calidad del otorgamiento de los servicios de salud, en el contexto de los mercados existentes de provisión de servicios e instituciones de asignación?. ¿Hasta qué punto se verán limitadas las prestaciones por la capacidad administrativa del sistema, o qué clase de sistemas y habilidades administrativas deben ser desarrolladas?.

Proveedores de servicios

Al igual que con las instituciones de asignación, es esencial entender la estructura de mercado de la prestación de servicios a fin de diseñar las reformas apropiadas para motivar la eficiencia y fortalecer la función de aseguramiento. La distribución de los proveedores también es crítica para lograr la universalidad de la protección del cuidado de la salud, ya que no se puede decir que las personas que habitan en áreas poco accesibles estén efectivamente aseguradas. Las preguntas importantes con respecto a la función de aseguramiento son:

- ¿Hay diferentes proveedores para diferentes instituciones asignadoras (subsistema de seguros)? ¿Hasta qué punto es la estructura de la prestación de servicios competitiva o monopólica? ¿Cómo varía esto en diferentes mercados dentro del país (p.e. urbano y rural), y para diferentes tipos de servicios (p.e. atención primaria, hospitalización, medicinas, etc.)?
- ¿Qué tanta autonomía tienen los gerentes de las instituciones prestadoras de servicios, especialmente en lo que se refiere a su personal? ¿Difiere esto significativamente entre los sectores público y privado?
- ¿Como interactúa la estructura de mercado con las características básicas de la demanda (conducida por el consumidor o por el proveedor) para diferentes clases de servicios?
- ¿Cual es la distribución de los proveedores de servicios? ¿Hay partes del países que no tienen acceso efectivo a los servicios de salud? ¿Hay grupos particulares de población (p.e. los que no pertenecen a algún sistema de salud estatutario) con acceso muy limitado a los servicios de salud?

- Proveedores de Atención Primaria (Primer contacto), secundaria, terciaria, farmacias, etc.
- Proveedores del gobierno o de aseguradoras, con distintos grados de autonomía administrativa
- Proveedores privados (o independientes) contratados por el sistema
- Proveedores independientes, sin contrato
- Practicantes individuales, prácticas de grupos de una sola especialidad o de especialidades múltiples.

Estructura del mercado

Es esencial comprender la estructura del mercado de prestación de servicios médicos para desarrollar las reformas integrales apropiadas para mejorar la

función de aseguramiento. De esta manera, es útil describir, tanto el sistema de salud como un todo o cada subsistema de aseguramiento (régimen), bien sea que cada institución asignadora (si hay más de una) tenga sus propios proveedores exclusivos, o si los mismos proveedores pueden recibir pagos (y pacientes) de diferentes aseguradores. ¿Son los aseguradores dueños de las instituciones prestadoras de servicio (p.e. son administradas por la misma organización), y éstas sólo dan servicios a los miembros del régimen?. Por ejemplo, ¿tiene el régimen de seguro social sus propios hospitales que solamente sirven a sus beneficiarios?. Alternativamente, ¿las instituciones aseguradas contratan con proveedores independientes?. ¿Son las instalaciones públicas organizadas a nivel gubernamental, de tal forma, que por ejemplo, los hospitales provinciales sean financiados a través de los gobiernos provinciales y los hospitales distritales y los centros de salud sean financiados a través de los gobiernos distritales?. Las respuestas a estas interrogantes indicarán hasta qué punto las diferentes instituciones asignadoras tienen sus propios sistemas de salud, y también la naturaleza de la relación entre los pagadores y los proveedores en varios mercados geográficos (v.g. multi-pagadores multi-proveedores, multi-pagadores proveedor-único, pagador-único multi-proveedores, pagador-único proveedor-único).

Con base en el análisis de la estructura de mercado existente, lo apropiado del mercado vs los enfoques de planeación para reformar no deben ser una decisión ideológica sino más bien una basada en la evaluación de la mezcla específica de enfoques que será la más adecuada para mejorar los rendimientos en eficiencia calidad y equidad. En general, el otorgamiento de servicios curativos primarios debe ser más competitivo que los servicios de segundo nivel y los especializados. Donde hay un número relativamente grande de proveedores de atención primaria (p.e. médicos generales), dentro de un área geográfica relativamente pequeña puede ser conveniente usar la selección del consumidor hacia su médico familiar como la base para asignar los presupuestos a los proveedores. En los mercados no competitivos para servicios particulares la selección del consumidor no es un mecanismo rector útil para los pagos a los proveedores porque no existe la selección real. El análisis de la estructura de mercados de la prestación de servicios sugiere también oportunidades para un amplio sistema de ganancias de eficiencia al cambiarse de una organización de regímenes basados en la prestación de servicios a un régimen orientado en la población.

Autonomía de las instituciones proveedoras de servicios

Se pueden recibir muchas lecciones sobre los efectos de las reformas provenientes de los países donde el otorgamiento de los servicios es privado, especialmente aquéllas que involucran las formas en que los proveedores reciben su pago. Donde los proveedores son predominantemente “propiedad” del sector público o de una institución de seguros sociales, no parece obvio que se puedan aplicar lecciones tomadas de otro contexto. Muchos países han introducido o están considerando reformas para incrementar la autonomía administrativa de las instituciones proveedoras de servicios a fin de simular la flexibilidad de las firmas independientes, pero no es posible determinar la efectividad de estas reformas y sus interacciones con otras medidas.

Baeza (1998) hace notar que en América Latina las reformas de pago a los proveedores no siempre han sido acompañadas de las reformas a la autonomía de los proveedores. Por ejemplo, tanto Chile como Costa Rica han puesto en marcha (a nivel nacional o a manera piloto) los sistemas públicos de pago basados en casos particulares (en el caso de Chile) o de hospitales de seguridad social (en el caso de Costa Rica), pero los beneficios esperados de cada uno ha sido limitado por las restricciones a las que se enfrentan los gerentes con respecto a la capacidad para ajustar sus estructuras de costos en respuesta a nuevos incentivos. En general, si los proveedores del sector público deben competir efectivamente con los proveedores privados en un ambiente de reformas, entonces se necesita reformar de tal manera que se incremente la flexibilidad administrativa dentro del sector público. Esto requiere ir más allá del sector público y hacer caso a quienes sean responsables de la reforma total del sector público. Si las experiencias en países (v.g. Argentina) han proporcionado autonomía a hospitales anteriormente pertenecientes al sector público no han sido exitosas para homologarlos con los hospitales privados, Baeza dice que crear una separación entre el comprador y el proveedor en el sector público puede no ser efectiva para mejorar la eficiencia. Esto puede significar que la propiedad de los proveedores no tiene importancia, saliendo, tal vez a colación de manera distinta el punto de la privatización de la prestación de servicios a la agenda de políticas, siempre y cuando el contexto sea apropiado y esto forma parte de un esfuerzo de reforma más integral.

Características de la demanda de diferentes tipos de servicios

Es importante reconocer que los servicios de salud contienen una mezcla de servicios de diferentes características económicas (Preker y Feachem 1995). Algunos servicios personales proporcionan prestaciones de salud que se acumulan únicamente (o principalmente) al individuo que las recibe (solamente bienes privados, tales como la aspirina para dolores de cabeza o la reparación un hueso roto), mientras que otros tienen beneficios más amplios (bienes mixtos, tales como las inmunizaciones o tratamientos para enfermedades contagiosas). Es importante diseñar políticas que promuevan un nivel socialmente deseable del otorgamiento de bienes mixtos, por ejemplo los incentivos de pago programados (v.g. “bonos” o reembolsos por lograr ciertas metas de inmunización). Sin embargo, un importante insumo para el diseño de las políticas adecuadas tiene relación no con la distribución de las prestaciones de ciertos servicios en particular, sino que la demanda del servicio es determinada principalmente por el consumidor o está fuertemente influenciada por el proveedor. En general, la demanda para el primer contacto -los servicios de atención primaria-, está muy dirigida por el consumidor, ya que el contacto con el sistema de servicios de salud esta motivado por el individuo que está buscando la atención. Sin embargo, la demanda para servicios referidos o especializados es generalmente (pero no siempre) dirigida por el proveedor, porque el mayor conocimiento del proveedor sobre la naturaleza de la enfermedad y los tipos de tratamientos disponibles lo pone en posición para identificar la necesidad de servicios especializados a favor del enfermo, quien raramente posee esos conocimientos. Mientras que esta “demanda inducida por el proveedor” no siempre es negativa (de hecho, una de las funciones importantes de los proveedores de atención primaria es identificar la necesidad de servicios de referencia), este es el factor central para explicar el efecto de costos escalares para el reembolso de cuotas por servicio a pesar de la presencia de compartir costos (co-pagos) que hay en muchos sistemas de salud. Esta es la base para afirmar que las reformas que pretenden cambiar los incentivos para los proveedores (v.g. cambios en los pagos a los proveedores) tienen mayor impacto sobre la eficiencia que aquéllos orientados a los consumidores (v.g. compartir costos entre los pacientes), porque los incentivos de los proveedores afectan a ambas partes (p.e. oferta y demanda) del mercado (Kutzin y Barnum 1992; Kutzin 1998; Saltaman y Figueras 1997). Estos factores necesitan ser considerados en el diseño de las políticas para fomentar el uso eficiente, efectivo y equitativo de los recursos para ciertos tipos específicos de servicios de salud.

Distribución de los proveedores

La distribución de los proveedores afecta directamente el acceso a los servicios y por lo tanto la amplitud de la función de los seguros. No se puede decir que los seguros sean efectivos si la gente no tiene acceso físico razonable a los servicios de atención primaria, urgencias o los servicios de referencia a especialidades. Esto significa que la cobertura universal involucra más que una simple protección financiera justa. Para estar realmente protegidos contra los riesgos de enfermedad, deben existir tanto el acceso físico como el financiero a los servicios. Por lo tanto, el análisis de la función de aseguramiento existente y las propuestas de reforma deben incluir una evaluación de la distribución geográfica de los proveedores, sin importar si pertenecen o no a un régimen de seguros identificable. Por ejemplo, en Costa Rica, los pobres que estaban ostensiblemente cubiertos por el sistema de seguros de salud, tenían que formar largas filas de espera que limitaban su acceso a los servicios de atención primaria a la salud. La solución para esto no fue expandir la protección financiera (que ya tenían) sino establecer 800 equipos básicos de salud para proporcionar atención primaria integral (Salas Chaves 1995). De esta forma, la función de aseguramiento se mejoró expandiendo la disponibilidad en el otorgamiento de los servicios.

Apoyo del sistema de salud

Las funciones del sistema de salud de regulación y fijación de estándares (v.g. definición de la lista básica de medicamentos, evaluación de la tecnología) son esenciales para promover la eficiencia en el sector salud.

- | |
|--|
| Regulación y establecimiento de metas y estándares |
| • lista de medicamentos básicos |
| • protocolos de prescripción y otros tratamientos |
| • licencia y acreditación de proveedores |
| • evaluación de la tecnología |

Por lo tanto estas funciones pueden contribuir a ampliar y profundizar la función de aseguramiento. Aunque es posible que estas funciones sean puestas en marcha por una institución asignadora individual, es mejor si se hacen para la población como un todo (v.g. por algún asegurador o por el Ministerio de Salud a nombre del sistema total) de tal manera que no se diluya la efectividad de estas funciones o se limiten los beneficios a los miembros de ciertos regímenes. Por ejemplo, si cada asegurador tiene su propia política para evaluar la tecnología y su cuadro básico de medicamentos, esto hace que

aumenten más de lo necesario los costos administrativos (desde la perspectiva del sistema total) e induce que los costos cambien según el proveedor de acuerdo con las reglas del régimen que cubre a los pacientes. La ausencia de estas funciones significa que los proveedores son libres de obtener cualquier equipo o medicamentos que ellos estimen necesario. La dilución de estas funciones entre los diferentes regímenes puede dar como resultado, por ejemplo en sobreinversión en equipo médico de alta tecnología (desde la perspectiva de la población completa). De esta forma, los cambios políticos para modificar la puesta en operación de estas funciones a nivel del sistema en nombre de la población total, son una parte apropiada de las reformas destinada a mejorar la función de aseguramiento.

Esta es una parte principal en el argumento presentado en las propuestas para reformar el sistema de salud de México (FUNSALUD 1995). Parte de la crítica de la situación existente era que había sistemas de atención a la salud completamente separados para diferentes grupos sociales de la población (asegurados, pobres no asegurados, y clase media no asegurada), con cada sistema que tenía funciones en paralelo incluyendo la regulación (“modulando el mercado”). Reconociendo el desperdicio e inequidad ocasionados por esto, la recomendación fue integrar varias funciones a nombre la población entera, con la función de modulación/regulación a cargo de la Secretaría de Salud.

No se pretende entrar a detalle en ciertos mecanismos de apoyo del sistema de salud como las políticas farmacéuticas o la evaluación de la tecnología, para los que existe buen material de referencias (para el subsector de políticas farmacéuticas véase Bennett, Quic y Velázquez 1997; para el desarrollo de la tecnología, véase Banta y Luce 1993). El punto que se pretende abarcar aquí es que el análisis de la función de aseguramiento en un país debe incluir una descripción de estas funciones. Esto asocia una evaluación de qué tan bien se desarrollan estas funciones y quien (qué institución o instituciones) las está realizando. Como se mencionó en el párrafo anterior, la efectividad de estas funciones para el sistema como un todo se diluye cuando éstas son llevadas a cabo por múltiples actores en o a nombre de regímenes individuales. La efectividad de estas medidas para mejorar la eficiencia en el cuidado de la salud depende de la capacidad de los gobiernos para realizar las funciones esenciales regulatorias (o ser capaces de “contratar en” este rubro).

Paquete de beneficios

Como se sugirió en el Cuadro 1, el paquete de beneficios es algo más que una lista de servicios a la que tiene derecho la población (o los miembros de un régimen de aseguramiento). Operativamente, es útil conceptualizar al paquete de beneficios como esos servicios, y los medios de acceder a los servicios, que el sistema de salud (o subsistema del régimen) pagará.

Esta definición implica que los paquetes de beneficios pueden definirse de esta manera para fomentar el uso apropiado de servicios de referencia (v.g. excluyendo los servicios de atención primaria exceptuando los de emergencia proporcionados por unidades de tercer nivel). Esto también significa que los servicios no incluidos en este paquete pueden ser definidos como aquellos en los que se necesita el pago directo de los usuarios para financiar total o parcialmente esta prestación (i.e. servicios total o parcialmente no asegurables). Esta definición es útil también para contemplar el financiamiento del sistema de atención a la salud de una forma integral con las cuotas y los costos compartidos contemplados como parte del sistema total de financiamiento, en lugar de verlos como una herramienta aislada para obtener ingresos o diferir la demanda. La composición del paquete de beneficios, incluyendo el nivel de las cuotas de los usuarios es directamente relevante con la idea de la profundidad de la protección de aseguramiento efectiva. Las preguntas en cuanto a las políticas principales a este respecto son:

- ¿Cuál es la base para determinar el derecho a los beneficios?. ¿Hay un paquete común de beneficios para toda la población o un paquete obligatorio mínimo al que toda la población tiene derecho o acceso?. Alternativamente ¿las instituciones proveedoras de servicios pueden determinar sus propios paquetes?.
- ¿Cuál es la naturaleza de los servicios cubiertos por el sistema o

Explícito, o implícito, detallado o general.

“Paquete Esencial” de acciones clínicas costo-efectividad (Mayormente de atención primaria).

Paquete “catastrófico” o acciones costosas con frecuencia relativamente baja.

Paquete integral.

Diversos servicios (v.g. cuartos privados).

Cuotas compartidas entre los pacientes / cuotas de uso.

- niveles para los servicios cubiertos.
- ¿gobernadas por la adhesión a los servicios de referencia?.
- ¿subsidiadas para la gente de bajos ingresos?.
- ¿pueden ser cubiertas por seguros complementarios?.

el (los) régimen(es)? ¿Hasta qué punto es el paquete integral, catastrófico o fundamentado en una evaluación del costo-efectividad relativo de las acciones de servicios médicos? ¿En dónde puede hacer uso la gente de más de un paquete de beneficios (v.g. derecho a un sistema de financiamiento público y membresía en un sistema privado de seguros)? ¿Qué tan bien “encajan” los diferentes paquetes para proporcionar una protección eficiente?

- ¿Está la política sobre las cuotas explícitamente relacionada con el paquete de beneficios? ¿Hay cuotas diseñadas para promover la eficiencia a través del uso apropiado del sistema de consultas de referencias? ¿Estas medidas permiten el acceso de personas de bajos ingresos que de otra forma diferirían los servicios necesarios debido a las cuotas?

Derecho a los beneficios

Como se mencionó en la subsección sobre las fuentes de financiamiento, la forma en que el sistema de atención a la salud (o los regímenes dentro del sistema) son financiados muchas veces determina el derecho de la población a recibir los beneficios (Ensor 1997). En general, en los países que tienen regímenes que involucran ya sea contribuciones voluntarias, u obligatorias a un fondo de seguros, tales contribuciones hechas por o en nombre de las personas o sus familias determinan el derecho a los beneficios. Los sistemas de salud financiados a partir de los impuestos generales tienden a ofrecer beneficios a toda la población (la ciudadanía proporciona el derecho a los beneficios). Sin embargo, en países con ingresos medios y bajos, tal cobertura, a través de los impuestos generales es solamente teórica para una proporción de la población que carece de acceso efectivo a servicios de calidad adecuada.

Existen algunas excepciones a la asociación entre las contribuciones y los derechos antes descritos. En China el “Sistema de Seguros del Gobierno” está financiado con los impuestos generales y permite a los empleados del gobierno y a los estudiantes universitarios tener servicios gratuitos de salud (WHO 199S). De tal manera, que es un beneficio generoso para una parte de la población que no está ligada a una contribución específica. En Costa Rica, se estima que el 85% de la población hace contribuciones al sistema de salud de la seguridad social. En los años 80’s el gobierno decidió poner a disposición de toda la población los servicios públicos de salud de seguridad

social, indicando esto es que cerca del 15% de la población tiene derecho a recibir los servicios sin hacer contribuciones definidas (Salas Chaves 1995).

Servicios en el paquete de beneficios

El asunto del paquete de beneficios que debe ser garantizado por los sistemas de salud ha recibido mucha atención desde la publicación del *World Development Report 1993* (Informe del Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial), en el cual entre otros se promovía la idea de que los países deben definir y financiar a partir de las finanzas públicas un “paquete esencial” de servicios clínicos de salud basado en un análisis costo-efectividad de las acciones médicas para estos servicios. Esta recomendación ha sido una gran influencia y ha generado considerables debates (v.g. Hammer y Berman 1995; McGreevey et. Al. 1996; Kutzin 1996). En términos políticos prácticos el limitar explícitamente los servicios para que estén a la disposición de un gran segmento de la población ha sido difícil de realizar. La principal preocupación de naturaleza técnica tiene que ver con la recomendación sobre las implicaciones de asignar fondos públicos sobre la base de las acciones costo-efectividad en países donde no existen seguros de salud privados para la protección contra los riesgos de padecer enfermedades cuyo tratamiento es costoso. Donde no existen otras fuentes de protección, el orientar los gastos públicos hacia las acciones más costo-efectivas hará correr a la gente riesgos financieros para altos costos de atención médica no previstos, ignorando por lo tanto “la función de aseguramiento de la política de salud” (Hammer y Berman 1995, p.38). La validez de los argumentos a favor de un “paquete básico” o un “paquete catastrófico” no pueden aislarse de los otros elementos de la función de aseguramiento y de la comprensión de las estructuras de mercado de los aseguradores y los proveedores. En otras palabras, la política de efectividad con respecto al paquete de beneficios para profundizar o ampliar la función de aseguramiento de los sistemas de salud depende críticamente de otros aspectos de los sistemas de salud como se visualiza en el Cuadro 1. Por ejemplo, sin una compra activa para controlar el uso innecesario de cuidados especializados, el financiamiento público de un “paquete catastrófico” hospitalario llevará a un uso excesivo e innecesario de acciones costosas. Así el análisis del paquete existente de beneficios y las opciones para la reforma necesitan ser consideradas a la luz de un sistema integral de financiamiento, mecanismos de asignación, características institucionales asociadas y el marco y la capacidad regulatoria nacional.

Cuando se considere la posibilidad de implementar nuevos regímenes o de cambiar los paquetes de beneficios de los regímenes existentes, se debe evaluar qué tanto mejoran la función de financiamiento en el país. Por ejemplo, si los empleados del sector formal ya tienen acceso financiero a la fuentes privadas de atención primaria, financiadas a través de pago directo, estableciendo un régimen para ellos que cubra un “paquete básico” de acciones costo efectivas, se hará poco para ampliar la función de aseguramiento. La creación de un régimen para una parte privilegiada de la población que proporcione protección integral para los servicios de salud, tanto lo de bajo costo como los costosos, es un buen ejemplo de como los países pueden confundir los objetivos de la política y las herramientas de la película. Al establecerla como meta en un “régimen de seguro” se puede perder el objetivo de extender la función de aseguramiento, ya que los encargados de establecer las políticas se concentran en “asegurar” a la parte de la población que menos necesita del seguro. Este tipo de problema ha ocurrido en muchos países con pocos ingresos y porcentajes relativamente bajos de la población con empleo formal (Kutzin 1997). De esta manera, los países deben ser cautelosos al poner en marcha regímenes que ofrecen paquetes integrales o “básicos” para parte de la población que puede pagar por la atención primaria curativa, ya que generalmente lo único que en realidad necesitan es protección catastrófica. Los regímenes integrales sólo se garantizaran para éste segmento de la población si incluyen suficientes funciones de “compra activa” para mejorar la eficiencia en el sistema de la atención de la salud.

Un modelo interesante de paquetes potencialmente bien coordinados incluye la combinación de regímenes para ahorro individual (o el compartir riesgos) para pagar por servicios de costo relativamente bajo con un seguro de “respaldo” que proteja contra el costo de la atención a la salud financieramente catastrófica. El único país con una combinación explícita en un paquete de beneficios coordinados de regímenes de ahorro y de aseguramiento es Singapur (Nichols, Prescott y Phua 1997). Mientras que muchos países no desean seguir el enfoque de “Cuenta de Ahorros Médicos” (combinada con protección de respaldo catastrófica) como existe en Singapur, vale la pena tomar en consideración el concepto de combinar diferentes sistemas para la población para asegurarla contra diferentes tipos de riesgos. En particular, en contextos (v.g. las áreas rurales de ciertos países) donde no hay gran demanda expresada para compartir otros riesgos más amplios (Creese y Bennett 1997), puede ser factible combinar el financiamiento público de los

servicios de alto costo con el compartir riesgos comunitarios o ahorros individuales (v.g a través de “tarjetas de salud” que permitan a los usuarios un número fijo de visitas a los centros de salud) para cubrir los costos de atención de la salud que son bajos en términos absolutos, pero realmente significativos para las personas de bajos ingresos.

El pago directo de los pacientes

El pago directo de los pacientes (i.e. cuotas de usuarios) está conceptualmente asociado al concepto del paquete de beneficios. Si un servicio está “completamente incluido”, no se requiere que el paciente haga un pago en el momento que lo usa. Si el servicio está “parcialmente incluido”, los pacientes tendrán que pagar una parte en el momento que lo emplean (“comparten costos”), pero no pagan el costo total. Los servicios “no incluidos” son aquéllos que el asegurado tiene que pagarlos íntegramente si es que se le otorgan. Con estas definiciones, es obvio que se puede evaluar la profundidad de la protección de los servicios de salud, en gran parte, por lo que tienen que pagar la gente para usar los servicios.

Por ejemplo, en la República de Corea, el Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene (en comparación con otros países) muy altos niveles de costos compartidos explícitos en el paquete de beneficios y excluye por completo la cobertura para servicios que requieren de alta tecnología (v.g. Ctscans, MRIs, litotripsia, ultrasonografía). De esta forma, aunque Corea ha alcanzado grandes logros para extender su sistema Nacional de Servicios de Salud a toda la población, puede decirse que la protección ofrecida a la población es bastante limitada (Yang 1995); los seguros en Corea no tienen mucha *profundidad*.

El analizar el papel de los pacientes al compartir costos de los sistemas y regímenes de salud proporciona una visión de si la gente está realmente protegida contra muy altos gastos de bolsillo en caso de enfermedades graves. Hay dos características en particular que indican si se ofrece protección financiera catastrófica: un “beneficio máximo” o un “máximo de bolsillo”. Un beneficio máximo quiere decir que hay un límite definido en la cantidad de costos por servicios de salud que serán pagados por el asegurador, dejando a las personas en riesgo los gastos por encima de esta cantidad. Por el contrario, un máximo de bolsillo, establece el límite de pagos hasta el cual las personas son responsables, y el asegurador paga cualquier cantidad en

exceso de ésta. En prácticamente todos los países de Europa Occidental, no hay ni costos compartidos ni máximo de bolsillo en los casos de hospitalización, por lo tanto las poblaciones están protegidas contra los grandes gastos de servicios de salud (Kutzin 1998). En muchos países (p.e. Corea) no hay máximo de bolsillo o un beneficio máximo definido dejando a las personas “cubiertas” en riesgo para un nivel sustancial de gastos no programados en casos de enfermedades graves o prolongadas.

Por lo tanto, cuando se examine el papel de las cuotas a cargo de los usuarios en los sistemas o regímenes de salud, es importante identificar si éstas son diseñadas o implementadas como parte de un sistema integral y coordinado de financiamiento de incentivos programados o si simplemente se usan como un instrumento aislado para obtener ingresos de los usuarios. Usado en forma apropiada, compartir costos puede ser una parte básica de la función de compra activa. Para apoyar el uso apropiado de un sistema de referencias médicas, muchos regímenes o sistemas de salud requieren que la persona primero busque el servicio con un proveedor de atención primaria. Esta función de guardián se fortalece si se respalda con una política de cuotas altas para las personas que pasen por alto a este guardián (para los servicios que no son de emergencia) y que se dirijan por sí mismas a servicios de alto costo. En tal sistema, el paquete de beneficios puede establecerse incluyendo servicios de referencia si el paciente ha sido referido por el guardián de atención primaria, pero excluyendo los servicios de mayor nivel a los que el paciente se presente espontáneamente. Por esta razón, el paquete de beneficios no puede ser solamente una lista de servicios, sino el *medio* a través del cual se accesan los servicios.

Conclusiones: Aspectos prioritarios para mejorar la función de aseguramiento

El marco presentado en esta ponencia se propone como una herramienta para un análisis descriptivo del sistema existente de cuidados de la salud y para identificar y evaluar las políticas para acercarse hacia la cobertura universal en salud en los países. El “tour” de los componentes en el sistema de salud antes proporcionado sugiere que la profundidad y amplitud de la función de aseguramiento de un país depende de más de un elemento de la política o sistemas desarrollados. Uno de los objetivos de este marco es promover la idea del avance hacia la meta de la cobertura universal al menor costo posible lo cual requiere de un enfoque integral que involucre la

coordinación entre múltiples aspectos de los sistemas de salud, (v.g. pagos a proveedores, paquetes de beneficios, estructuras organizacionales) más que de un enfoque orientado hacia reformas aisladas de éstos aspectos. Las políticas apropiadas respecto a mejorar la función de aseguramiento requieren concentrarse en esta meta (sin confundir los fines y los medios) y de la comprensión de los “mercados” nacionales y sub-nacionales (i.e. naturaleza de la oferta y la demanda) tanto para los seguros como para los servicios de salud. Por lo tanto el aseguramiento no es solamente “un aspecto del financiamiento de los servicios de salud”. Es más, el marco sugiere que aún cuando las circunstancias macroeconómicas limitan el alcance de la movilidad adicional de los recursos, los gobiernos tienen muchas estrategias políticas para mejorar la función de aseguramiento. Las reformas a la estructura institucional de los sistemas de salud, otorgamiento de servicios, farmacia, tecnología, etc., son de crucial importancia para esto. Como un objetivo político, el mejoramiento de la función de aseguramiento de los servicios de salud requieren de políticas bien coordinadas bajo el mando de los encargados de establecer las políticas en el gobierno.

La ponencia concluye identificando algunas enseñanzas y mensajes fundamentales con respecto a la función de aseguramiento. No se trata de un análisis integral, sino de algunos mensajes que se considera importante resaltar.

Regímenes vs sistemas: evitar confundir los fines con los medios

Como se señaló en la introducción de este documento, el objetivo de la política es lograr la cobertura universal a través de la protección efectiva de los riesgos en materia de salud al menor costo posible, pero el uso de un conjunto en particular de arreglos institucionales para lograr esto no lo es. En otras palabras, los objetivos de la política se asocian con la población entera y, por lo tanto, el sistema de atención a la salud y los “regímenes” de aseguramiento (y las reformas inherentes a ellos) deben evaluarse en términos de cómo contribuyen los regímenes al objetivo extenso del aseguramiento. Por ejemplo, como se mencionó anteriormente muchas acciones llevadas a cabo por los aseguradores privados para mejorar la viabilidad financiera de sus regímenes (v.g. reasegurar, exclusiones de cobertura) pueden estar en conflicto directo con los objetivos del sistema de atención a la salud como un todo. Así las políticas que pueden mejorar la eficiencia y la sustentabilidad de los regímenes individuales de aseguramiento, pueden al mismo tiempo, tener consecuencias

negativas para la eficiencia y sustentabilidad con la cual el sistema completo de atención a la salud persigue la meta de la cobertura universal.

Esto no significa que los regímenes y sistemas estén en conflicto. El reto para los gobiernos es crear las condiciones para los regímenes de tal manera que contribuyan con los objetivos del sistema. Al identificar las provisiones institucionales existentes y los flujos financieros del cuidado de la salud, los encargados de hacer las políticas pueden observar con mayor claridad como las fuentes de financiamiento pueden ser canalizadas a propósitos *complementarios*, en lugar de estar aisladas o traslapando a otros subsistemas. Entendiendo correctamente los diferentes elementos del marco, el papel de los regímenes puede ser definido o modificado para servir a los objetivos del sistema en forma eficiente. Así, por ejemplo, los paquetes de beneficios se pueden hacer complementarios y ciertas funciones administrativas pueden compartirse entre diferentes regímenes o ser administradas conjuntamente con el sistema público. Los regímenes también pueden orientarse o promoverse para hacer uso de las políticas apoyadas por el gobierno con respecto a la reglamentación de medicamentos, los protocolos de tratamiento, la evaluación de la tecnología, etc.

La eficiencia es fundamental para la equidad

La cobertura universal es fundamentalmente un reflejo de la política de equidad en el acceso a los servicios y de la protección del riesgo financiero. A menudo, los objetivos de equidad y eficiencia parecen contraponerse. No obstante, teniendo en mente el objetivo de la amplitud del aseguramiento, en la mayoría de los países no hay intercambios significativos entre la eficiencia y la equidad. En otras palabras, las medidas para mejorar la eficiencia del sistema tienden a ser buenas para la equidad y un deterioro de la eficiencia tiende a ocasionar deterioro en el acceso para los pobres. Esto es particularmente cierto en contextos donde el nivel relativo de financiamiento para servicios de salud está estancado o en declive. Así, los tipos de ineficiencias que se han asociado con el mecanismo de reembolso de cuota por servicios en los sistemas de seguros de salud de Corea o de China, por ejemplo, significa que los recursos del sistema de atención de la salud están sesgados hasta cierto punto a favor de la gente bien. Donde los niveles de las finanzas no son boyantes, la única manera de tener los recursos disponibles para redistribuirlos es a través de mejoras en la eficiencia. Sin embargo, nuevamente, la eficiencia tiene

que ser evaluada desde la perspectiva del sistema y no desde la de los regímenes individuales.

La compra activa pública es fundamental para la eficiencia

En teoría es posible lograr la cobertura universal sin tener un asegurador activo o por lo menos una función de compra identificada. Así, es posible imaginar un sistema de financiamiento público donde un Ministerio de Salud simplemente da asignaciones presupuestales a los proveedores de servicios de salud y ofrece acceso universal y protección contra los riesgos financieros. Sin embargo, en el mejor de los casos, esta es una forma poco eficiente de aseguramiento porque ofrece pocas opciones de contrarrestar las fallas del mercado (especialmente la asimetría de la información) en la interacción entre los pacientes y los proveedores. En el peor de los casos, la “garantía” de la cobertura universal a través de asignaciones presupuestales del presupuesto público es ficticia; la realidad es el acceso limitado a los servicios, especialmente para los pobres y aquéllos que residen en zonas lejanas a las instalaciones que proporcionan los servicios de salud. Así como el aseguramiento es más que un asunto financiero, ya que va más allá que la identificación de un paquete “adecuado” de beneficios.

En Europa Occidental, los encargados de establecer las políticas sobre reconocimiento de la importancia de la *administración* del sistema de servicios de salud (y no solamente de su financiamiento) ha significado que muchos sistemas financiados a partir de las finanzas públicas, así como aquellos financiados por contribuciones obligatorias a los fondos de seguridad social, hayan introducido en sus sistemas de salud una clara “separación entre el comprador y el proveedor” (Saltman y Figueras 1997). Desde una perspectiva económica, la base técnica para hacer esto es el reconocimiento de la falta de simetría en la información al hacer de los proveedores los ejes del costo, calidad y eficiencia y la donde la compra activa es la manera de concentrarse en las reformas de los proveedores. Las medidas por parte de la demanda, tales como las cuotas de los usuarios o la selección de los consumidores entre los aseguradores no son tan efectivas para mejorar la eficiencia y tienden a tener consecuencias negativas sobre la equidad (Saltman 1995). Sin embargo, como se señaló anteriormente, los beneficios de la separación explícita entre el comprador y el proveedor pueden ser limitados en contextos donde los proveedores tienen poca autonomía o experiencia que les permita responder a las iniciativas de cambio u otras reglas de los compradores.

La existencia de un comprador identificable no significa necesariamente que existe la función de compra activa. Por ejemplo, en Corea y China, los aseguradores funcionan como intermediarios financieros y han hecho poco para promover la calidad y la eficiencia en los servicios de atención a la salud (Kutzin y Barnum 1992). De esta manera, los gobiernos necesitan promover activamente el concepto de “compra a favor del interés público” en los sistemas de atención a la salud. Como se comentó anteriormente, en el punto de las instituciones asignadoras, esto requiere atención tanto para la estructura del mercado de compradores, así como de sus funciones verdaderas. A pesar de que un pagador público único es la situación más favorable para la función de compra guiada por políticas públicas, esta opción puede no ser muy realista en muchos países. Con base en el análisis de la estructura de mercado de los aseguradores, los gobiernos necesitan determinar el rango de opciones de políticas relevantes como parte de cualquier alternativa, determinar los pasos dados para facilitar la compra activa. De ahí que se necesita un enfoque pragmático para identificar los “siguientes pasos” correctos, dada la situación existente para mejorar la eficiencia.

Debe reconocerse que es políticamente difícil crear una compra activa, ya que intereses muy poderosos de índole financiera en la “ineficiencia” del sistema (aunque no la reconozcan como tal) se opondrán a las reformas en este sentido. La falla de la administración Clinton para ganar la aprobación para una reforma nacional del sistema de salud en los Estados Unidos, puede atribuirse, por lo menos en parte, a la oposición de varios grupos cuyos intereses se verían amenazados por la creación de un sistema de salud mejor organizado y administrado. De igual manera, los reformadores en países como China, Corea y Tailandia podrían esperar fuerte oposición a los intentos para racionalizar el uso y distribución de equipo de alta tecnología médica. Así, gran parte de la tarea para facilitar la compra activa es política, más que técnica. Los encargados de establecer las políticas necesitan identificar a sus aliados con intereses en la eficiencia de todo el sistema. Los gobiernos deben explorar el potencial para una “alianza estratégica de contención de costos” donde los empleadores constituyen la mayor fuente de ingresos para los sistemas de salud.

Ser cauteloso con respecto a las reformas orientadas al mercado

En algunos países las reformas son guiadas por la creencia que una creciente dependencia del “mercado” (i.e. competencia y selección del consumidor) y

un menor énfasis en el “Estado” (i.e. planeación, financiamiento y otorgamiento de servicios por parte del gobierno) mejorar la eficiencia. Sin embargo, la evidencia ha demostrado que una dependencia del “mercado” es peligrosa, pero una introducción orientada por los mecanismos de la competencia dentro del sistema planeado puede ser efectiva en algunos contextos. *La evidencia también demuestra que para que la competencia sea efectiva para promover las metas sectoriales, el Estado debe fortalecer e incrementar sus funciones regulatorias.*

Con base en la evaluación de las experiencias en varios países, Saltman (1995) concluye que la competencia entre los aseguradores sobre las primas a pagar por o a nombre de la gente ha tenido muchos problemas: selección adversa y las acciones tomadas por los aseguradores como respuesta a éstas; altos costos administrativos del sistema total, un compromiso con la equidad del financiamiento de la salud. En el análisis de la experiencia de los países en la Región Europea de la OMS, Chinitz, Preker y Wasem (1998) señalan que introducir mercados competitivos en el financiamiento de los servicios de salud es muy arriesgado y que los beneficios potenciales no han sido probados. Concluyen:

“Los países que no han logrado todavía la cobertura universal, o aquéllos cuya cobertura universal es frágil deberían buscar otras formas de mejorar sus sistemas de salud diferentes a las fuerza competitivas del mercado como fuente para el financiamiento de los servicios de salud. Los países con regímenes universales deben tener precaución, conscientes de los riesgos para la solidaridad, al introducir la competencia en el financiamiento de los servicios de salud.”

También Evans et. al. (1994) al asesorar al gobierno chino sobre las políticas de reforma del financiamiento de la salud, afirmaron:

“Una reforma del sistema de salud chino que destruiría sus propios objetivos sería permitir el desarrollo de los seguros de salud **COMERCIALES**. Los países occidentales que usaron los seguros de salud para financiar al sector salud lo hicieron a través de los seguros públicos o a través de seguros sociales **NO COMERCIALES** estrictamente **REGULADOS**” [los autores enfatizan esto].

Areas futuras de estudio

Medición de la cobertura

Al definir a los seguros como una función más que como la pertenencia a un régimen sugiere el tema de la medición: ¿cómo puede un país determinar la proporción de la población que esta *efectivamente cubierta*, y cómo pueden evaluarse los cambios de la cobertura a través del tiempo?. Si el aseguramiento se define como la pertenencia a un régimen, la medición simplemente involucra el cálculo del porcentaje de la población en esos regímenes. Esto pasa por alto la posibilidad de que (1) las personas que estén en un régimen puedan no estar cubiertas efectivamente y (2) las personas que no pertenecen a un régimen puedan estar efectivamente cubiertas. Lo que se necesita es una forma de medir tanto la amplitud como la profundidad en la protección contra el riesgo del cuidado de la salud, y es difícil que ambos elementos puedan ser incluídos en una medición por medio de un simple índice (p.e. porcentaje de cobertura).

Debido a que la función de aseguramiento se refiere al acceso a los servicios efectivos y a la protección financiera, se necesitan métodos para medir cada uno de éstos. Esto conlleva muchas dificultades, una de ellas es que conceptualmente, hay muchos grados de acceso y protección; de hecho no son variables discretas. Las medidas de acceso necesitan incluir evaluaciones del acceso físico y financiero a la atención. En términos de acceso físico, podría ser posible que los países analicen el acceso a los servicios básicos de "ubicación", tales como servicios básicos de atención primaria, servicios de urgencias (v.g. servicios de urgencias obstétricas) y hospitales de referencia. El acceso financiero puede medirse probablemente con la ayuda de datos sobre atención médica que busquen cambios de conducta y gastos de bolsillo de servicios de salud derivados de encuestas a hogares, aunque la información indirecta recogida de las instalaciones de salud (v.g. cambios en el número de personas exentas del pago de cuotas) puede ser también de utilidad. La protección del riesgo financiero puede estudiarse desde el nivel de la política (v.g. ¿Existe algún máximo para gastos de bolsillo?), pero el análisis del verdadero riesgo de protección financiera también necesita involucrar el estudio de datos de encuestas a hogares, por ejemplo, los cambios en el tiempo del porcentaje del total de los gastos del presupuesto familiar destinados a la salud, en la distribución contra los riesgos

financieros de los gastos de salud y en el nivel de gastos (en términos absolutos o relativos del ingreso) en el que se “trunca” el riesgo financiero.

La evaluación de la profundidad de la protección requiere información sobre los tipos de servicios a los cuales la gente tiene acceso efectivo. El reto será desarrollar un método de bajo costo y preciso para medir esto directamente o desarrollar medidas alternativas de aproximación.

Cuentas Nacionales de Salud

El marco utilizado es útil para identificar y “mapear” los flujos financieros y las provisiones institucionales para los servicios de salud. Su poder como una herramienta analítica descriptiva se mejorará mucho si el tamaño relativo (en términos financieros) de los varios flujos e instituciones puede ser cuantificado. Un propósito de las Cuentas Nacionales de Salud (consúltase Berman 1996 para una discusión sobre ejemplos de métodos y países) consiste en identificar y cuantificar las fuentes y empleo de los fondos en el sistema de salud. Esto ofrecerá una descripción más completa de los sistemas existentes y un panorama más realista de las opciones políticas, incluyendo no solamente las fuentes y la utilización de los fondos, sino el papel de las instituciones asignadoras, los mecanismos de asignación de recursos, los paquetes de beneficios y así sucesivamente. Por lo tanto, deben explorarse las ganancias potenciales y los límites al asociar el marco de análisis aquí descrito con la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud.

Anexo 1. Características de la “Compra Activa” en los Sistemas de Salud de Europa Occidental (Principios de los 90’s)

Características	Incentivos financieros	Guardián	Perfil médico	Contratación selectiva	UR/QA	Protocolos
País						
Austria		X			R	X
Bélgica			X			X
Dinamarca		X	S			
Finlandia	X,P	X				
Francia			X			X
Alemania			X,R		X	
Islandia					X	X
Irlanda	X	X	X,R		S	
Italia	X	X				R
Países Bajos	X	X		X	X	X
Noruega	P	X			S	
España		X			X	
Suecia		X			X	X
Suiza	P				S	
Reino Unido	X	X	S	X	X	X

X: elemento que existe en todo el sistema.

R: elemento recomendado por el gobierno pero que aún no ha sido puesto en marcha.

P: elemento puesto en marcha como piloto.

S: elemento en estudio para su puesta en marcha a futuro.

Fuentes: OCDE (1992); OCDE (1994); GAO (1994); Ham y Brommels (1994).

Notas sobre el Cuadro del Anexo 1

Austria: Existe una lista de drogas positivas en el “Registro de medicinas” que también indica los protocolos para “economizar” al recetar a los pacientes.

Bélgica: Los perfiles se desarrollaron desde 1979 para cada médico y paramédico que prescriban recetas. Estos pueden dar origen a sanciones o investigaciones posteriores. Hay una lista de medicinas o drogas que se reembolsan. El gobierno es responsable de la acreditación de hospitales, médicos y proveedores auxiliares de servicios de salud.

Dinamarca: La mayoría de la población opta por el programa que incluye a médicos generales como guardianes. Se han hecho esfuerzos para recolectar datos sobre los servicios de medicina general a fin de facilitar la comparación entre los administradores y retroalimentar a los médicos generales para motivar la práctica eficiente.

Finlandia: Los centros de salud municipales pagan a los médicos sobre una base individual y compran los servicios de segundo y tercer nivel de la mayor parte de los hospitales privados. El experimento del “médico personal” usa sistemas de pago mixtos para motivar a los médicos a responder ante los pacientes (usando elementos de cuotas por visitas o por servicios, además del salario básico).

Francia: Los asegurados por estatuto supervisan las actividades de los médicos y “retroalimentan los resultados con la esperanza que esto influya.....volumen. La prescripción excesiva de medicamentos puede ser sancionada”. Existe una lista positiva (fórmula) de medicamentos, así como una lista negativa de artículos no reembolsables.

Alemania: Las asociaciones regionales de médicos vigilan los patrones de la práctica de cada médico para identificar los volúmenes excesivos. Hubo planes que aún no se ponen en marcha para auditar las prácticas de prescripción de los médicos con las consecuencias financieras por el uso excesivo.

Islandia: Hay una lista restringida de medicamentos reembolsables.

Irlanda: Hay una recomendación para vigilar el uso del tiempo público de los médicos. También el Comité de Pagos vigila el volumen y las prácticas de prescripción de los médicos generales que trabajan como “prestadores de servicios médicos” e investiga los excesos. Los médicos generales son remunerados sobre una base individual “complementada por cuotas por ciertos procedimientos específicos” (p.e.maternidad).

Italia: Los médicos generales contratados por el Servicio Nacional de Salud (NHS) son remunerados sobre una base individual “con pagos adicionales por ciertos servicios”. Las leyes recientes reclasifican a los medicamentos a partir de una lista anterior poco efectiva. Los médicos generales son los guardianes, pero esto no ha dado resultado para limitar los medicamentos y los servicios de diagnóstico.

Países Bajos: El aseguramiento de la calidad (QA) es vigilado por los médicos inspectores y la acreditación de hospitales. Los fondos se manejan por sociedades públicas se seguros y aseguradores privados, algunos de los cuales contratan selectivamente con los proveedores.

Noruega: El proyecto de médicos familiares en 4, municipios usa sistemas mixtos de pago, incluyendo FFS. Hay muchos estudios y planes para introducir una variedad de medidas de aseguramiento de la calidad.

España: El aseguramiento de la calidad es puesto en marcha para hospitales y proveedores de servicios de atención primaria.

Suecia: Los consejos de los condados contratan con hospitales la compra de servicios sobre una base por caso creando una separación comprador/proveedor. Hay una lista restringida de medicamentos.

Suiza: Se experimenta con los HMOs y los sistemas ligados a bonos que reducen las primas a través del tiempo para los no usuarios de los servicios.

Reino Unido: Algunas prácticas de los médicos generales tienen un presupuesto para servicios de referencia. Los médicos generales son remunerados con base en una mezcla individual, la práctica y los cuota por servicio para servicios preventivos específicos y visitas nocturnas. Las autoridades de salud de los distritos y los administradores de los fondos de los médicos generales son libres de contratar selectivamente con cualquier hospital. Hay una lista limitada de medicamentos reembolsables. La legislación de 1989 motivo a las autoridades de salud de los distritos a "dialogar" con los médicos generales acerca de las referencias de los pacientes a otros servicios.

Anexo 2. Ventajas y Desventajas de las Diferentes Alternativas de Pago al Proveedor

Método de pago	Principales Ventajas	Principales Desventajas	Medidas para minimizar las desventajas
Presupuesto pormenorizado en línea	<ul style="list-style-type: none"> - Permite un fuerte control central: deseable donde la administración local es muy débil -Gastos predecibles para el "asegurador" (a menos que se proporcionen presupuestos suplementarios) 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay incentivos directos por eficiencia - El proveedor puede otorgar servicios deficientes - Impone el uso de recursos fijos, lo cual impide directamente la eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar la operación para motivar un mejor uso de los recursos con las restricciones de los factores fijos de la producción
Presupuesto global	<ul style="list-style-type: none"> - Gastos predecibles para el "asegurador", bajos costos administrativos - Un presupuesto unificado permite la reasignación de recursos para un uso eficiente de los mismos 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay incentivos directos por eficiencia - El proveedor puede otorgar servicios deficientes - Necesita habilidades gerenciales fuertes a nivel de las oficinas 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar la operación y proporcionar incentivos con base en la eficiencia (asociar al presupuesto global con el desempeño, bonos)
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Gastos predecibles para el "asegurador" - El proveedor tiene incentivos para operar eficientemente - Elimina los costos escalares de la demanda inducida por el proveedor - Costos administrativos moderados 	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo financiero puede ocasionar la bancarrota del proveedor. El proveedor puede buscar minimizar el riesgo con el "descremado" (registrar pacientes con bajo riesgo" - El proveedor puede otorgar servicios deficientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar el riesgo excesivo del proveedor, considerando los "carve outs" y ajustando los pagos individuales para reflejar los pagos inherentes de la población registrada - Reforzar los contratos para asegurar los servicios proporcionados
Cuota por el servicio (no hay cuota programada)	<ul style="list-style-type: none"> - incentivos para proporcionar los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastos no predecibles para el asegurador - Costos escalares: fuertes para la demanda inducida por el proveedor 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la utilización para limitar el uso excesivo
Cuota fija para servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivos para la productividad y de alguna forma para la eficiencia si los precios se fija adecuadamente - La eficiencia se mejora cuando se combina con un tope del presupuesto global 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastos no predecibles para el asegurador - Costos escalares: fuertes - Incentivos para la demanda inducida por el proveedor - Mayores costos administrativos (se debe establecer control de precios, revisarlo y reforzarlo periódicamente) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la poca predictibilidad de los gastos y los costos escalares, limitando el gasto total dentro de un presupuesto establecido y ajustando las cuotas de pago para mantener los gastos dentro de este límite - Análisis de la utilización para limitar el uso excesivo
Con base en los casos	<ul style="list-style-type: none"> - Fuertes incentivos para operar eficientemente (reducir el costo por caso, mientras se incrementa el número de casos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastos no predecibles para el asegurados - Altos costos administrativos, pero menores a los de cuota por servicio - El proveedor tiene incentivos para seleccionar bajo riesgo dentro de las categorías o bajo tratamiento - El pago con base en los casos es menos apropiado para los pacientes externos (difícil de definir el caso) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoptar un sistema de categorías de casos mixtos - Adoptar un sistema de pagos mixtos

Adaptado de Barnum, Kutzin y Saxenian (1995)

Referencias

Baeza, Christian. 1998. "Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America: Trends and Challenges for Health Reform" (Tomando en Cuenta la Reforma del Sector Salud en América Latina: Tendencias y Retos de la Reforma de la Salud). Documento para discusión preparado para la Semana de Desarrollo Humano en el Banco Mundial. Washington, DC.

Banta, H. David y B. Luce. 1993. *Health Care Technology and its Assessment: an International Perspective*. (Tecnología de Servicios de Salud y su Evaluación: una Perspectiva Internacional) Oxford: Oxford University Press.

Barnum, Howard. 1993. Health financing reform. (Reforma del Financiamiento de la Salud) Documento presentado en el Segundo Taller de Salud en los Países de Reciente Independencia), 15 Diciembre. Washington, DC: El Banco Mundial.

Barnum, Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian. 1995. "Incentives and Provider Payment Methods". (Incentivos y Métodos de Pago a los Proveedores) en *International Journal of Health Planning and Management* 10(1):23-45. También disponible con el mismo título en: Human Resources Development and Operations Policy Working Documento S 1. Washington, DC: El Banco Mundial, Departamento de Desarrollo Humano.

Bennett, Sara, Jonathon D. Quick y Germán Velásquez. 1997. Public-Private Roles in the *Pharmaceutical Sector: Implications for Equitable Access and Rational Drug Use* (Papeles Público y Privado del Sector Farmacéutico: Implicaciones para un Acceso Equitativo y el Uso Racional de los Medicamentos). Health Economics y Drugs, DAP Series N° 5. WHO/DAP/97. 12. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Programa de Acción sobre las Medicinas Básicas.

Bernan, Peter A. 1996. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications" (Cuentas Nacionales de Salud en Países en Desarrollo: Métodos Apropriados y Aplicaciones Recientes). Datos para el Proyecto de Toma de Decisiones. Boston, Massachusetts: Escuela de Salud Pública de Harvard.

Chinitz, David, Alex Preker y Jürgen Wasem. 1998 (proxima a publicarse). "Balancing .Competition and Solidarity in Health Care Financing". (Equilibrio de la Competencia y la Solidaridad en el Financiamiento de la Atención a la Salud) En Saltman, Richard B., Josep Figueras, et al., *Eds. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Estado de la Salud. Buckingham: Open University Press.

Chollet, Deborah J. y Maureen Lewis. 1997. "Private Insurance: Principles and Practice". (Principios y Práctica de los Seguros Privados) En Schieber, George, De. *Innovations in Health Care Financing: Memorias de una Conferencia de Banco Mundial, Mar o 10-11 1997*. Documento para Discusión de Banco Mundial N° 365. Washington, DC.

Creese, Yrew y Sara Bennett. 1997. "Rural Risk-Sharing Strategies" (Estrategias de riesgo compartido). En Schieber, George, De. *Innovations in Health Care Financing Memorias de una Conferencia de Banco Mundial, Marzo 10-11 1997*. Documento para Discusión de Banco Mundial N° 365. Washington, DC.

Ensor, Tim. 1997. "Macro Issues in the Development of Health Insurance: World Experience and Lessons for Transitional Asia". (Aspectos Macro en el Desarrollo de un Seguro de Salud: Experiencia Mundial y Lesiones para Asia en Transición) Documento presentado en la Conferencia Internacional sobre la Economía del Seguro de Salud en los Países con Ingresos Bajos y Medios). Universidad de Arberes, 17-18 Enero.

Ensor, Tim. 1993. "Health System Reform in Forner Socialist Countries of Europe". (Reforma al Sistema de Salud en los Países Ex-socialistas Europeos) *International Journal of Health Planning y Management* 8:169-187.

Evans, Robert, Alan Maynard, Alexyer Preker y Uwe Rein'hardt. 1994. "Health a Reinhardt Care Reformn". (Reforma del Sector Salud). *Health Economics* 3:359.

FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud). *Health and the Economy: Proposals for Progress in the Mexican Health System. Overview* (Panorama de Salud y Economía: Propuestas para avanzar en el Sistema Mexicano de Salud) Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

GAO (United States General Accounting Office). 1994. "German Health Reforms: Changes Result in Lower Health Costs in 1993" (Reformas de Salud Alemanas: Cambios que Resultan en Menores Costos para la Salud en 1993). Informe GAO/HEHS-95-27. Washington, DC: United States General Accounting Office.

Harn, Chris y Mats Brommels. 1994. "Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom"(Reforma de la Atención a la Salud en los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido). *Health Affairs* 13(5):106-119.

Hammer, Jeffrey S. and Peter A. Berman. 1995. "Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries" (Fines y Medios en la Política de Salud Pública en Países en Vías de Desarrollo). En Berman, Peter, De., *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Kane, Nancy. 1995. "Costs, Productivity and Financial Outcomes of Managed Care" (Costos, Productividad y Resultados Financieros de los Servicios Administrados). En Saltman, Richard B. and Casten von Otter, Eds. *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham, England: Open University Press.

Kutzin, Joseph. 1998. (próximo a publicarse). "The Appropriate Role for Patient Cost-Sharing"(El Papel Adecuado de los Costos Compartidos de los Pacientes). En Saltman, Richard B., Josep Figueras, et al., Eds. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. State of Health. Buckingham: Open University Press.

Kutzin, Joseph. 1997. "Health Insurance for the Formal Sector in Africa: 'Yes, but...'" (Seguros de Salud para el Sector Formal en Africa: "Si, pero..."). *Current Concerns* series, ARA Documento número 14. WHO/ARA/CC/97.4. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

Kutzin, Joseph. 1996. "Public Hospitals as Catastrophic Insurance" (Hospitales Públicos como Aseguramiento Catastrófico) respuesta para McGreevey et al. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis e Investigación y Evaluación.

Kutzin, Joseph y Howard Barnum. 1992. "Institutional Features of Health Insurance Programs and their Effects on Developing Country Health Systems" (Características Institucionales de los Programas de Seguros de Salud y sus Efectos en los Sistemas de Salud de los Países en Desarrollo). *International Journal of Health Planning and Management* 7(1):51-72. También disponible como: "How Health Insurance Affects the Delivery of Health Care in Developing Countries". Policy Research Working Paper WPS 852. Washington, DC: El Banco Mundial.

Lee, Jong-Yoom. 1995. "Health Care Reforms in Korea" (Reformas de Salud en Corea). Documento presentado en la Consulta Interregional sobre La Reforma de los Seguros de Salud de OMS, 3-7 Abril, Seúl, República de Corea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

McGreevey, William, Ravi P. Rannan-Eliya, John Akin, Philip Musgrove, Jacques van der Gaag, Jeffrey Hammer and Lant Pritchett. 1996. "Public Hospitals as Catastrophic. Insurance: An Exchange of Views". (Hospitales Públicos como Aseguramiento Catastrófico: Intercambio de Puntos de Vista) Sin publicar. Washington, DC: El Banco Mundial.

Medici, Andre Cezar, Juan Luis Londoño, Oswaldo Coelho, y Helen Saxenian. 1997. "Managed Care and Managed Competition in Latin America and the Caribbean"(Servicios y Competencia Administrada en América Latina y el Caribe) . En Schieber, George, De. *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference March 10-11 1997*. Documento para Discusión de Banco Mundial N° 365. Washington, DC.

Nichols, Len M., Nicholas Prescott and Kai Hong Phua. 1997. "Medical Savings Accounts for Developing Countries" (Cuentas Médicas de Ahorro para los Países en Desarrollo). En Schieber, George, De. *Innovations in Health Care Financing Proceedings of a World Bank Conference March 10-11 1997*. Documento para Discusión de Banco Mundial N° 365. Washington, DC.

Nitayarumphong, Sanguan. 1995. "Health Insurance in Thailand" (Seguros de Salud en Tailandia). Documento presentado en la Consulta Interregional sobre La Reforma de los Seguros de Salud de OMS, 3-7 Abril, Seúl, República de Corea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). 1994. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. (La Reforma de los Sistemas de Salud: Estudio de Diecisiete países de la OCDE) Health Policy Studies N° 5. Paris: OECD.

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries* (La Reforma de la Atención a la Salud: Un Estudio Comparativo de Siete Países de la OCDE). Health Policy Studies N° 2. Paris: OECD.

Pérez, Juan. María Concepción Alfiler y Monina Victoriano. 1995. "Decentralization and Health Systems Change: Managing Transition Dilemmas in the Early Years of Evolution in the Philippines" (Decentralización y Cambio de los Sistemas de Salud: Conduciendo los Dilemas de la Transición en los Primeros Años de la Evolución en las Filipinas). Informe preparado para el estudio de la OMS sobre la Descentralización y Cambio de los Sistemas de Salud). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

Preker, Alexander S. and Richard G.A. Feachem. 1995. "Searching for the Silver Bullet: Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe" (Buscando la Bala de Plata: Mecanismos del Mercado y el Sector Salud en Europa Central y del Este). Washington, DC: El Banco Mundial.

Salas Chaves, Alvaro. 1995. "Country Report on Costa Rica" (Informe del Campo en Costa Rica). Documento presentado en la Consulta Interregional sobre La Reforma de los Seguros de Salud de OMS, 3-7 Abril, Seúl, República de Corea, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

Saltman, Richard B. 1998. "The Sad Saga of Managed Care in the United States". (La Triste Historia de la Atención Dirigida en los Estados Unidos) *El(rohealth 4(2):35-36*.

Saltman, Richard B. 1995. "Applying Planned Market Logic to Developing Countries" (Aplicando la Lógica del Mercado en los Países en Desarrollo). Health Systems: An Initial Exploration. Foro sobre la Reforma del Sector Salud Documento para Discusión N°4. WHO/SHS/HP/95.7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Saltman, Richard B. 1994. "A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms". (Un Panorama Conceptual de las Recientes Reformas en Salud) *European Journal of Public Health* 4:287-293.

Saltman, Richard B. and Joseph Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. (Reforma de Salud Europea: Análisis de las Estrategias Actuales) EURO Series, N°7". Copenhage: Oficina Regional Europea de la OMS.

Schieber, George and Akiko Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries" (Guía Curmudgeon para el Financiamiento de la Atención de la Salud en Países en Desarrollo) En Schieber, George, de *Inovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference March 10-11 1997*. Documento para Discusion de Banco Mundial N° 365. Washington, DC.

Van Doorslaer, Eddy and Adam Wagstaff. 1993. "Equity in the Finance of Health Care: Methods and Findings" (Equidad en el Financiamiento de los Servicios de Salud: Métodos y Hallazgos). En Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff and Frans Rutten, Eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

WHO (Organización Mundial de la Salud). 1996. *Health Care Systems in Transition: Finland* (Sistemas de Atención a la Salud en Transición: Finlandia). Copenhage: Oficina Regional Europea de la OMS.

WHO (Organización Mundial de la Salud). 1995. Documento presentado en la Consulta Interregional sobre La Reforma de los Seguros de Salud de OMS, 3-7 Abril, Seúl, República de Corea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, División de Análisis, Investigación y Evaluación.

World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health* (Informe del Desarrollo Mundial 1993: Invirtiendo en Salud) New York: Oxford University Press.

Yang, Bong-min. 1995. "Health Care System of Korea: What Now and What in the Future?" (Sistema de Salud de Corea: ¿Qué hay ahora y que habrá en el Futuro?). Documento presentado en la Conferencia Regional Conference Sobre Reforma del Sector Salud en Asia. 22-25 Mayo. Manila: Asian Development Bank.

**PLANES ESTATALES Y SU
INTERRELACION CON LAS REFORMAS
EN MATERIA DE SALUD EN LA
SEGURIDAD SOCIAL**

JOSE NARRO ROBLES

**SUBSECRETARIO DE COORDINACION SECTORIAL
SECRETARIA DE SALUD**

José Narro Robles

Nacionalidad: Mexicana

Formación: Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México, con un posgrado en Medicina Comunitaria en la Universidad de Birmingham, Inglaterra.

Experiencia Laboral:

Actualmente se desempeña como Subsecretario de la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud de México.

Es miembro de la Comisión Mexicana de Investigación en Salud y de la Academia Nacional de Medicina.

Es autor y coautor de más de 70 artículos y capítulos de libros publicados en revistas mexicanas y extranjeras, sobre temas de educación médica, salud pública y administración de servicios de salud.

Ha participado como ponente en numerosos foros de México y en el extranjero. Ha sido Asesor de la Organización Mundial de la Salud; Presidente de la Asociación Mexicana de Medicina General Familiar; Miembro de las Juntas de Gobierno del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, del Hospital “Dr. Manuel Gea González” y del Instituto Nacional de Salud Pública, Representante Propietario ante la Comisión Nacional de Desarrollo Integral y Justicia Social para los Pueblos Indígenas y Secretario Técnico de la Comisión Coordinadora de los Actos de Aplicación de la Ley de Amnistía de la Secretaría de Gobernación.

Ha desempeñado varios cargos de alto nivel en la Administración Pública.

Fungió como Subsecretario de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, en la Secretaría de Gobernación ocupó los cargos de Subsecretario de Gobierno y Subsecretario de Población y de Servicios Migratorios.

Se desempeñó como Presidente de Cambio XXI, Fundación Mexicana A.C. y como Coordinador de los Programas de Salud de Solidaridad en la Secretaría de Desarrollo Social, también fue Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estuvo de Director General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y como Director General de Salud Pública en el Distrito Federal en la Secretaría de Salud.

En la Universidad Nacional Autónoma de México desempeñó varios cargos: Director General de Planeación y Secretario General, así como Director General de Extensión Académica; en la Facultad de Medicina se desempeñó como Coordinador General del Programa de Medicina General Integral, Jefe del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, ha desarrollado labores de investigación en el proceso de recursos humanos y programas académicos entre las Instituciones del Sector Salud y la Facultad de Medicina, ha dirigido tesis e impartido cátedra en pregrado, posgrado y educación continua y profesor titular de distintos cursos.

Muy buenos días tengan todos ustedes.

Señora Secretaria General de la Conferencia, muy estimados amigos y colegas.

Primero que nada quisiera decirles que me da mucho gusto estar presente en este Segundo Seminario que lleva por título "Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud" y tratar de aprovechar esta ocasión para hacer alguna revisión de asuntos que considero muy importantes de lo que esta sucediendo o ha venido sucediendo en los últimos años en México y tratar de enlazar estos desarrollos con algo que también es profundamente trascendente y es la configuración de planes estatales en materia de salud en nuestro país, no cabe la menor duda de que vivimos un proceso muy intenso de cambios y ajustes de reformas y espero en los próximos 30 minutos de tener la ocasión de transmitir a ustedes una panorámica de estos cambios, de estos procesos desde la perspectiva que mantenemos en la Secretaría de Salud.

Quisiera empezar, y si me pasan la primera transparencia, hacer o empezar diciéndoles a ustedes algunas palabras de manera muy rápida sobre la evolución de la salud en México en los últimos años, la segunda transparencia, y para poder hacerlo empiezo diciéndoles que México tiene en la actualidad, un poco más de 95 millones de habitantes y este es el tamaño del crecimiento a lo largo de los últimos 60 ya casi 70 años en el país, de 12.4 millones de habitantes que teníamos en 1930 insisto ha 1997-98 poco más de 95 millones de habitantes.

Población Total, México 1930-1996

Año	No. de habitantes
1930	12'407,207
1940	19'653,552
1950	25'791,017
1960	34'923,129
1970	48'225,000
1980	66'846,833
1990	81'140,923
1995	91'158,000
1997	91'732,320

FUENTE: INEGI Censos Generales de Población y Vivienda
Proyecciones de Población CONAPO, 1990-2010

* Versión estenográfica de la ponencia.

Población por grupos de edad y sexo

República Mexicana, 1997

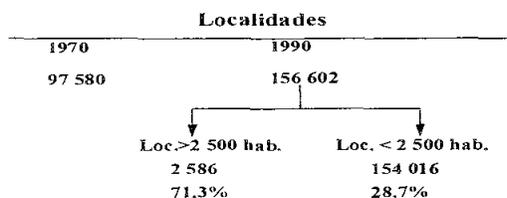
Grupos	Total	Hombres	Mujeres
0 - 4	11,045,396	5,611,748	5,433,648
5 - 14	21,754,876	11,033,519	10,721,357
15 - 44	46,563,927	23,074,376	23,489,551
45 - 64	11,235,016	5,405,791	5,829,225
65 y más	4,133,105	1,811,065	2,322,041
Total	94,732,320	46,936,498	47,795,822

FUENTE: Proyecciones de Población, CONAPO, 1990-2010

Esta es la distribución de nuestra población, ustedes pueden ver aquí como tenemos población muy joven, estamos hablando acerca de 33 millones de mexicanos menores de 15 años de edad, por lo tanto en su gran mayoría población codependiente económicamente hablando, y como tenemos ya 4 millones de habitantes de 65 y más, población también dependiente en buen porcentaje, sin embargo, la verdad es que digo yo que todavía la demografía actúa a nuestro favor porque tenemos un grupo de 15 a los 64 muy fuerte, muy importante.

La tercera transparencia, uno de nuestros problemas tiene que ver de manera trascendente con la distribución de la población, a pesar de que hemos vivido un proceso de transformación de la población rural a población urbana, y sin embargo todavía tenemos una gran cantidad de localidades que son menores de 2500 habitantes de conformidad con los datos del censo de 1990 teníamos 156 mil localidades y la gran mayoría de ellas, 154 mil son las localidades de menos de 2500 habitantes y a pesar, insisto de que este es nuestro concepto de población rural, que ya es una minoría, de cualquier forma estamos hablando de casi el 28, casi el 30 por ciento de la población viviendo en ese tipo de localidades rurales.

Proporción de localidades mayores y menores de 2500 habitantes. México, 1990.



FUENTE: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990 INEGI

La cuarta transparencia, la expectativa es que nos pase lo que ha sucedido en otras sociedades, es decir, que tengamos un proceso de envejecimiento de la estructura poblacional y la expectativa que rumbo al año 2020 podamos tener cerca del 11.6 por ciento de la población, como población de 60 o más años y que esto transformado en la expectativa del total de la población estaríamos hablando de prácticamente triplicar el número de personas, números absolutos y llegar a cerca de 14 millones y medio de habitantes dentro de ese grupo, las condiciones de salud y de vida, como han acontecido en otras latitudes para el caso de nuestro país, han venido mejorando, voy a dar una revisada muy rápida a todos estos indicadores, la quinta transparencia este es el caso de la esperanza de vida al nacimiento en el país, a pesar de que son plazos relativamente cortos, los que están aquí observados, y nuestra proyección o expectativa de cualquier manera se puede ver que tanto en el caso de la población total, ha venido mejorando, cuanto si hablamos de la población por hombres o por mujeres, ha habido una ganancia importante en años de esperanza de vida al nacimiento y también tengo yo que decir, y reconocer, que hay diferencias importantes y que no es lo mismo estar hablando de una de las entidades federativas o de alguno de los grupos socioeconómicos más desarrollados, o de las poblaciones campesinas o indígenas del país, la sexta transparencia, lo mismo si revisa uno la mortalidad general, infantil, la preescolar, la escolar o la materna y aquí están los datos, simplemente contrastando los datos de 1990 con 96, en la población o en la mortalidad general, el caso de la mortalidad infantil, en la preescolar, en la escolar, o en la materna, se dan cambios importantes positivos, avances en materia de salud.

Dinámica de crecimiento de población

mayor de 60 años, México 1970-2020

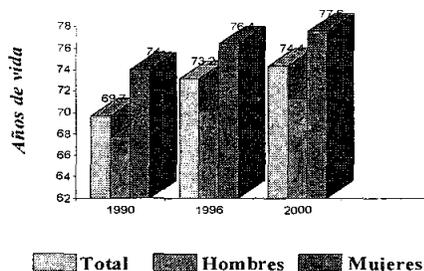
Años	Pob. total*	>de 60 años (%)	Pob. > 60*
1970	48 225	5	2 894
1995	91 120	6.3	5 740
2020	121 447	11.6	14 500

*miles FUENTE: Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1993. SSA

Fundación Barrios Sierra, Proyecciones al año 2025

Esperanza de vida al nacimiento

México, 1990 - 1997



Fuente: México-Salud 2000, SSA

Mortalidad general, infantil, preescolar, escolar y materna, México 1990-1996

Año	General 1/		Infantil 2/		Preescolar 3/		Escolar 4/		Materna 2/	
	Num.	Tasa	Num.	Tasa	Num.	Tasa	Num.	Tasa	Num.	Tasa
1990	422,803	5.1	65,497	23.9	20,138	2.3	11,902	5.6	1,477	5.4
1996	436,296	4.7	65,703	16.9	10,373	1.2	8,090	3.7	1,291	4.8

1/ Por mil habitantes

Fuente: Mortalidad 1980-1996. DGEI. SSA

2/ Por mil N.V.R.

3/ Por mil habitantes de 1 a 4 años

4/ Por mil habitantes de 5 a 14 años

El cambio que seguramente para nuestros distinguidos visitantes no les resultará extraño y tampoco para los académicos mexicanos que están presentes en este seminario, una gran transformación en la estructura de la mortalidad que pasó de ser en los años 30 ó 50 fundamentalmente debido a infecciones, diarreas, neumonías, influenza, paludismo, tosferina, viruela, incluso en aquella época de 1930, a una estructura mixta, ustedes pueden ver aquí, séptima transparencia, en los 70 las neumonías y las influencias, los problemas en las infecciones respiratorias, con las diarreas, pero ya

apareciendo las enfermedades del corazón, el cáncer o las causas perinatales, y como en 1996 es prácticamente una estructura distinta, siendo las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes, la diabetes melitus y las enfermedades cerebro-vasculares, las primeras cinco causas de muerte en México.

**Cinco principales causas de muerte
en México 1930-1996**

Orden	1930	1950	1970	1996
1	Diarreas	Diarreas	N - I*	Enf. Corazón
2	N - I*	N - I*	Diarreas	Cáncer
3	Paludismo	Enf. Infancia	Enf. Corazón	Accidentes
4	Tosferina	Accidentes	Perinatales	Diabetes
5	Viruela	Paludismo	Cáncer	Cerebrovasc.

*Neumonía e Influenza

Qué nos encontramos al principio del gobierno del Presidente Zedillo, octava transparencia, que tomó la responsabilidad en diciembre de 1994, bueno un acceso inequitativo, una serie de cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, una serie de insuficiencias organizativas, tecnológicas y administrativas en los servicios, y un esquema de prestación de los servicios que más o menos es así, un sector formal de la economía cubierto por la seguridad social, novena transparencia, una multiplicidad de esquemas de seguridad social el que tiene la presencia mayoritaria que es el Instituto Mexicano del Seguro Social, el del ISSSTE que es el de los trabajadores al Servicio del Estado, el de PEMEX que es el de los trabajadores de la Empresa Petrolera Mexicana, y el de las Fuerzas Armadas, un pequeño segmento que tiene seguros privados, que han crecido pero no de manera todavía cuantitativamente muy importante, y la economía no formal, los sistemas de población abierta, no derechohabiente de la seguridad social, representados por la Secretaría de Salud y por el IMSS-Solidaridad, fundamentalmente, y un sector de la población que lo veremos más adelante, no tenía o no tiene acceso sistemático regular a los servicios de salud. Una serie de limitaciones, décima transparencia, en consecuencia a partir de este diagnóstico y de esa realidad,

del modelo, una cobertura incompleta de hecho la posibilidad de encontrar duplicaciones, algunos sectores de la población que pueden tener acceso a dos o tres servicios de atención a la salud y algunos que no tienen acceso a ningún, una heterogeneidad de calidad, sitios de excelencia en materia de prestación de los servicios de salud y algunos que dejan que desear, contrastes y brechas en materia de salud, un sistema que lo identificamos en 1994 como muy centralizado todavía, las publicaciones de las que ya hablé, estímulos insuficientes para el personal, desarrollo administrativo limitado y algo que seguramente es una preocupación de todas las sociedades en mundo contemporáneo, altos y crecientes costos en materia de atención a la salud.

Problemática en el sector salud (1994)

- ⇒ **Acceso inequitativo**
- ⇒ **Cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos**
- ⇒ **Insuficiencias: organizativa, tecnológica y administrativa de los servicios**

Modelo actual de atención

Población	Sistema	Financiamiento
Sector Formal de la Economía	<input type="checkbox"/> Seguridad Social IMSS, ISSSTE, PEMEX Fuerza Armada <input type="checkbox"/> Seguros Privados	Tripartita Patrón Trabajador Estado Privado
Fuera de la Economía Formal	<input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> IMSS-SIL <input type="checkbox"/> Sin acceso	Estado

Limitaciones

- ✱ Cobertura incompleta
- ✱ Heterogeneidad de la calidad
- ✱ Contrastes y brechas de salud
- ✱ Centralización del sistema
- ✱ Duplicaciones innecesarias
- ✱ Estímulo insuficiente para el personal
- ✱ Desarrollo administrativo limitado
- ✱ Altos costos de la atención

Décima primera transparencia. A partir de esto, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 como en el Programa de Reforma se establecieron una serie de principios, de planteamientos, de objetivos, de metas y de programas que nos han permitido en México, hablar de una reforma del Sector de la Salud, de hecho el programa derivado del Plan Nacional de Desarrollo, se llama así, décima segunda transparencia, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y aquí están cinco de las áreas fundamentales que han merecido atención: la descentralización de los servicios, la ampliación de la cobertura, el impulso a la participación municipal, el replantamiento o revisión del modelo de atención y la mejora en la calidad de los servicios.



Programa de Reforma

- Sistema Nacional de Salud 1995 - 2000**
- Descentralización de los servicios**
 - Ampliación de la cobertura**
 - Impulsar la participación municipal**
 - Replantear el Modelo de Atención**
 - Mejorar la calidad de los servicios**

Rápidamente voy a ir avanzando sobre estos asuntos, hicimos una serie de planteamientos que declararon cuales son los propósitos, los objetivos de la descentralización, décima tercera transparencia, aquí están definidos algunos

Descentralización: Objetivos

- ↪ **Un desarrollo regional armónico y equitativo**
- ↪ **La efectiva distribución de facultades, atribuciones , funciones y recursos**
- ↪ **Una atención oportuna y eficiente a los usuarios de de los servicios**
- ↪ **El acercamiento de las decisiones a los problemas**
- ↪ **La mejoría de la salud en la población**

de ellos, no algunos de los objetivos fundamentales, y yo tendría que decir que estos cuatro, están supeditados a esto, hemos hecho en México un proceso de descentralización que tiene el gran propósito al final de contribuir a mejorar la salud de la población, en nuestro caso, si no alcanzamos esta mejoría, así acerquemos las decisiones a los sitios en donde se presenten los problemas, así tengamos una atención más oportuna y eficiente, así tengamos una modesta contribución al desarrollo regional, así tengamos una simplificación administrativa, no habremos alcanzado en realidad nuestro gran propósito, sino tenemos y contribuimos a mejorar la salud de la población. Décima cuarta transparencia. Hay una serie de trabajos que se han venido desarrollando en nuestro país a partir de 1995 que nos han permitido tener en

Descentralización de los servicios de salud

- Etapas:**
- ✓ **Trabajos preparatorios**
1995 - 1er semestre de 1996
 - ✓ **Puesta en operación**
20 de agosto de 1996
 - ✓ **Establecimiento de 31 OPD's**
Sep. 1996 - Nov. 1997
 - ✓ **Perspectivas**

cada uno de los 31 Estados, un organismo público descentralizado que recibió ya los recursos humanos, financieros y materiales que estaban centralizados en la Secretaría de Salud, y hemos establecido también para el caso del

Gobierno del Distrito Federal un organismo público descentralizado, de tal manera que los 32, las 32 entidades federativas, tenemos un organismo público descentralizado. Décima quinta transparencia. Se ha hecho en esta instrumentación del proceso de descentralización una distribución de

Descentralización: instrumentación

**La Secretaría
de Salud**

- ✓ Se reorientará como instancia normativa y operativa de las materias que son ejercicio exclusivo de la federación
- ✓ Fortalecerá las funciones de coordinación, planeación, evaluación y seguimiento que el corresponden

competencia y de función, de acuerdo con la ley, en donde la Secretaría de Salud se orienta como instancia normativa y operativa exclusivamente en las materias que son de ejercicio reservado para la Federación. En aquéllas que son concurrentes se ha dejado la operación de los servicios a las entidades federativas, y esto creemos y sentimos nos está permitiendo fortalecer nuestras funciones de coordinación, planeación, evaluación y control del seguimiento en materia de las actividades sectoriales, los estados de la federación, por su parte, asumen cabalmente las responsabilidades que están asignadas en la Ley General de Salud, como concurrentes, es decir aquéllas en donde tanto la Federación, como el Estado podían cubrir esas responsabilidades, a partir del proceso de descentralización manejan y operan los recursos financieros con plena capacidad y libertad, de hecho ahora que ha habido necesidad de tener dos ajustes en el presupuesto de la Federación, y en donde estamos en vísperas seguramente de tener un tercer ajuste, el proceso de descentralización, y por supuesto que a través de su presencia en el Consejo Nacional de Salud, participan en el diseño de la política nacional. Es una política que surge de la discusión madura de la Federación y de cada una de las 32 Entidades Federativas en el seno del Consejo Nacional de Salud. Decía yo que el segundo gran elemento para nosotros, décima sexta transparencia, ha sido la ampliación de la cobertura, ya comentaba yo que no

Descentralización: instrumentación

**Los estados de
la Federación**

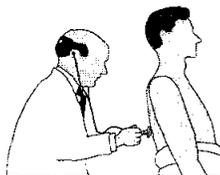
- ✓ Asumirán las responsabilidades que les asigna la ley General de Salud
- ✓ Manejarán y operarán los recursos financieros
- ✓ Participarán en el diseño de la política nacional de salud

había una cobertura completa, estimamos que al inicio de la administración que había 10 millones de habitantes sin acceso permanente o sistemático a los servicios de salud, y nos lo hemos planteado como uno de los grandes retos para lograr que se puedan, a través de un programa de ampliación de cobertura, prestar u ofrecer a 7.4, 7.5 millones de habitantes a través de ese programa el acceso a servicios de bajo costo y alto impacto, a través de la implementación de las acciones convenidas en el paquete básico de servicios de salud, a estos 7.4 millones, décima séptima transparencia, y aquí está con nosotros el Dr. Manuel Urbina, el es responsable del Programa de Ampliación de Cobertura, esta es la meta que tenemos para el año 2000, queremos en adición y a través de otro tipo de acciones cubrir a 2 y medio

*"Programa Nacional de Desarrollo
de Sector Salud 1995-2000"*

Ampliación de la cobertura de los servicios de salud

**Al inicio de la administración
actual existían de 7-10 millones de
habitantes sin acceso permanente
a los servicios de salud**



millones de mexicanos por lo menos adicionales, para que el término del Gobierno del Presidente Zedillo se pueda tener prácticamente la cobertura universal con este Paquete Básico de Servicios de Salud, que se definió y se acordó en el Consejo Nacional de Salud, que tuvo originalmente y aquí están las doce acciones que lo configuraron y que recientemente en el mes de marzo fue ya modificado para incluir una décimo tercera acción, que es el control de la prevención y el control del cáncer cérvico-uterino como una de las acciones que nos interesan y nos preocupan.

Décima octava. Ustedes pueden ver que hay asuntos relativamente básicos que tienen que ver con el saneamiento a nivel familiar o con el manejo efectivo en casos de diarrea en el hogar pero que también, y por primera vez en el caso de nuestro país, nos damos a la tarea de incluir acciones de prevención y de control de enfermedades crónico degenerativas por su frecuencia y por su impacto en el uso de los servicios e incluso en la estructura de la mortalidad, hipertensión arterial y diabetes melitus, que se suman ahora, o a las que se suman en el caso del cáncer cérvico-uterino por su gran frecuencia.

*"Programa Nacional de Desarrollo
de Sector Salud 1995-2000"*

**Ampliación de la
cobertura**

Objetivos

- **Proporcionar servicios a 7.4 millones de habitantes sin acceso**
- **Proporcionar servicios de bajo costo y alto impacto**
- **Implementar el paquete básico de servicios de salud**

Décima novena. El tercer caso, el tercer gran elemento, los municipios saludables que nos ha dado verdaderamente una gran satisfacción, y que sentimos que avanzamos en la línea correcta, la estructura municipal son los gobiernos locales de México, está es la estructura gubernamental básica, fundamental de la cual se construye, a partir de la cual se construyen los otros niveles de gobierno, en nivel estatal y a nivel federal, y hemos logrado penetrar de manera muy importante a esta estructura municipal. Desmedicalizando las acciones, porque con frecuencia en este nivel local se apuntaba como lo importante la construcción de unidades médico asistenciales y la prestación de servicios de atención médica y más bien

"Programa Nacional de Desarrollo
de Sector Salud 1995-2000"

Ampliación de la cobertura

Paquete básico de servicios de salud.

1. Saneamiento básico a nivel familiar
2. Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar
3. Tratamiento antiparasitario a las familias
4. Identificación de signos de alarma de IRA's
5. Prevención y control de tuberculosis pulmonar
6. Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus
7. Inmunizaciones
8. Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño
9. Planificación familiar
10. Atención prenatal, del parto y del puerperio
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
12. Participación social

transformando la intención o el interés de esta estructura de gobierno, por acciones que van más directamente ligados con las acciones de gobiernos municipales o locales y que tienen una gran repercusión en el campo de la salud. El caso del agua potable, en caso de el manejo de las excretas, el caso de las basuras, el manejo de las basuras, de mercados, de alimento, de faunas nociva, etc., etc., y en donde hemos avanzado y lo veremos en la siguiente diapositiva de manera muy importante, déjenme comparar 1994 con 1998 y decirles simplemente que en el país existen aproximadamente 2420 municipios en la actualidad, en el mes de febrero de 98 teníamos 1003, les puedo decir que ayer que estaba revisando mi material lo actualice, no la diapositiva, tenemos 1058 municipios ya incorporados, esto es, cuatro de cada diez municipios en el país, están formando parte del programa de municipios saludables comparado con lo que eran los 57 originales en 1994. Vigésimo primero. Hemos querido avanzar también en el modelo de atención a la salud e incluir esto como una responsabilidad compartida entre los

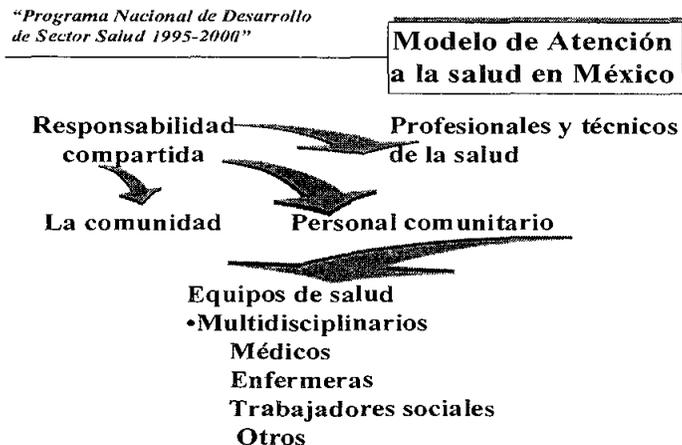
Municipios saludables: Avances

	1994	1998*
Municipios incorporados	57	1,003
Red mexicana de municipios por la salud	57	572

* Febrero de 1998

profesionales y técnicos de la salud, el nivel institucional y la comunidad y el personal comunitario. En muchas ocasiones hemos tenido experiencias realmente muy exitosas, en algunos otros no tanto, pero estamos empeñados en articular debidamente a los personajes tradicionales, incluso de la salud del medio rural, con los comentarios capacitados con las estructuras profesionales de atención a la salud, y hemos querido definir como nuestra búsqueda de este modelo de atención a la salud, aquél que reúna estas características o condiciones que no es el propósito de esta plática, entrar en una revisión exhaustiva.

Vigésima segunda. Y finalmente, en el último de estos seis grandes temas que nos ha tenido motivados, a lo largo de estos tres años y medio de gobierno, que tiene que ver con la calidad y en donde estoy seleccionando



exclusivamente para esta presentación, lo que tiene que ver con los programas de estímulo, porque insisto habíamos encontrado o encontramos y todavía tenemos en los sistemas públicos una falta de reconocimiento al trabajo de aquellos grupos que hacen no bien, sino muy bien, extraordinariamente bien su función y su trabajo y que reciben un trato muy parecido, muy parejo respecto del que tienen aquellos que desarrollan no tan bien, o simplemente cumplen con lo que tienen que cumplir estrictamente. Vigésima tercera. Y aquí estamos involucrados en un programa de Estímulos al Desempeño y la Productividad de la Superación Profesional y también en un programa para estimular al personal que labora en regiones de difícil acceso, en estas zonas

*"Programa Nacional de Desarrollo
de Sector Salud 1995-2000"*

**Modelo de Atención
a la salud en México**

Características

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| ◆ Equidad | ◆ Productividad |
| ◆ Eficiencia y eficacia | ◆ Calidad |
| ◆ Universalidad | ◆ Flexibilidad |
| ◆ Prevención | ◆ Accesibilidad |
| ◆ Integralidad | |

dispersas en donde hemos ido creciendo nuestro sistema de atención a la salud, vigésima cuarta, hay avances y hay desafío, no hay la menor duda, ya me referí a algunos de estos avances y también tengo que decirles que

Calidad de los servicios de salud

Programas de estímulos

- **Estímulos al desempeño, productividad y superación profesional**
- **Estímulos al personal que labora en regiones de difícil acceso**

seguimos teniendo problemas con algunas patologías muy importantes que seguimos luchando contra algunas que tienen una reemergencia en la región o en el mundo y ahí está el caso del cólera, que afortunadamente vamos muy bien este año, comparado con los años anteriores y particularmente con 1995 cuando llegamos a registrar cerca de 16430 casos de cólera en el país, para ponérselos en esta perspectiva este año no todavía en la última semana epidemiológica, no rebasamos los 50 casos detectados. Vigésima quinta.

Avances

- Incremento en la esperanza de la vida
- Reducción de la mortalidad infantil y preescolar
- Mayores coberturas de vacunación
- Aumento en el uso de métodos anticonceptivos

Pero en fin, ahí esta el cólera, ahí esta el SIDA, ahí están muchos problemas y por supuesto la gran amenaza que representan las enfermedades crónico degenerativas y el que no perdamos lo que hemos alcanzado en materia de vacunación, en materia de control de las enfermedades inmuno preventivas. Junto con esto, esta algo de lo que seguramente ustedes ya escucharon, y van a poder escuchar de muchos de mis compañeros mexicanos, un esfuerzo muy importante por modernizar nuestra legislación y nuestro sistema de seguridad social y el esfuerzo que ha hecho el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la decisión del Presidente de México y del compromiso del Director General del Instituto, por avanzar en revitalizar el Instituto Mexicano del Seguro Social que a través de esta nueva ley que fue aceptada por el Congreso hace un par de años, vigésima sexta, asegurar la viabilidad financiera de nuestra institución, fomentar le empleo y el ahorro interno, mejorar los

Avances

- Menores de mortalidad y morbilidad por enf. Transmisibles (diarreas, paludismo, entre otras)
- Reducción de casos de SIDA asociados a transfusión
- Mejoría de la cobertura de servicios de salud y la ocupación hospitalaria

servicios por supuesto, incluidos de manera muy importante los de salud, proporcionar pensiones más justas, hacer uso óptimo de los recursos disponibles y de nueva cuenta en materia de salud ponerle un mayor énfasis al caso de la familia y de la comunidad. Vigésima séptima. Nuevos esquemas y yo solamente seleccioné algo para ejemplificar esto, el nuevo esquema de

NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL

- **Asegurar la viabilidad financiera de las instituciones de seguridad social**
- **Fomentar el empleo y el ahorro interno**
- **Mejorar los servicios**
- **Proporcionar pensiones más justas**
- **Optimizar los recursos**
- **Mayor énfasis en la familia y la comunidad**

incorporación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia que tiene antecedentes, que tiene raíces en anteriores legislaciones, pero que ahora adquiere nuevas modalidades y que pensamos nos puede contribuir a tener una seguridad social ampliada, fundamentalmente obvio en el sector de la economía informal urbana y suburbana. Vigésima octava. La actualización de sistemas y procesos que derivan de esta nueva ley, que nos ha hecho

**Nuevo Esquema de incorporación voluntario:
Seguro de Salud para la Familia**

economía informal	<ul style="list-style-type: none"> • Elección voluntaria • Población ingresos medios • Pago anticipado • Cuota fija 22.4%* • Múltiples prestadores de servicios • Medio urbano 	Seguridad social ampliada
		Nuevas formas de aseguramiento privado

*Salario mínimo general vigente en el D.F.

meternos, involucrarnos en nuevos sistemas para el pago de pensiones, en nuevos sistemas contables por ramo de aseguramiento, a desarrollar modalidades novedosas en materia de guarderías, a tener nuevos sistemas de abasto, en fin, a tratar de transformar a una gran institución como es el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de prestaciones médicas, en consonancia con lo que tenemos comprometido en el nivel nacional, será priorizar las acciones preventivas; revalorar la medicina familiar y comunitaria; seguir haciendo los esfuerzos necesarios para fortalecer la atención integral; orientar la identificación oportuna, temprana de los factores de riesgo, y seguir avanzando en la capacitación y en la investigación en materia de salud.

Actualización de Sistemas y procesos

- } Sistema integral de derechos y obligaciones**
- } Nuevo sistema de nómina**
- } Sistema único de autodeterminación de cuotas**
- } Catálogo nacional de asegurados modificado**
- } Modificación de 1,700 programas de cómputo**
- } Instalación de la red nacional
telecomunicaciones**

Trigésima. Queremos pues, concluir, diciendo que esperamos tener sistemas estatales de salud y tener una gran interrelación entre los dos grandes sistemas que aspiraríamos a construir, para que en un futuro, esperemos no muy lejano, podamos llegar a pensar en una compatibilidad y tener un seguro prácticamente universal, que esa tiene que ser la aspiración. Por lo pronto tener un sistema de atención, un verdadero sistema de atención a población abierta muy en el diseño de los sistemas estatales tomando en cuenta las diferencias y tomando en cuenta las características y peculiaridades, los desarrollos y los recursos, las propias necesidades de cada uno de nuestras entidades y un sistema de seguridad social que estuvieran articulados por estos planes estatales. Simplemente termino pasando dos, ahora si de los acetatos, y si me ayudan por favor, para simplemente decirles que hemos desarrollado para cada una de las 32 entidades federativas un plan estatal a partir del programa de reforma y que lo hemos hecho, haciendo a partir de un documento que llamamos México Salud 2000, en donde hay cero rollo, en

Prestaciones Médicas

- **Priorizar las acciones preventivas**
- **Revalorizar la medicina familiar y comunitaria**
- **Fortalecer la atención integral**
- **Orientar la identificación de factores de riesgo**
- **Capacitar y desarrollar los recursos humanos**
- **Fomentar la investigación en salud**

donde son compromisos muy puntuales de metas que queremos alcanzar, por ejemplo, el siguiente acetato por favor, por ejemplo aquí tienen ustedes sólo a manera de ejemplificar esto, como para una serie de indicadores construimos 61 indicadores de impacto, que queremos estar monitoreando para valorar como vamos avanzando. Por ejemplo, aquí seleccioné el caso de la mortalidad en menores de 5 años, o la cobertura con los esquemas completos de vacunación en niños de 1 año y en preescolares, nos definimos una línea basal 1990, y nuestra meta para alcanzar al año 2000 y algunos puntos intermedios, en este caso 1994 y 1996 para ir midiendo en estos indicadores como vamos avanzando.

Cada una de las 32 entidades federativas tiene en estos 71 indicadores de resultado y de impacto su meta, y cada uno de los estados ha hecho su equivalente el Programa de Salud 2000, con el nombre de cada uno de los Estados, ayer nada menos en Campeche con un gobierno que tiene menos de un año de estar funcionando, se dio a conocer los nuevos ajustes y la proyección que tiene el Estado de Campeche ya hasta el año 2003, en estos indicadores, y particularmente en una selección de ellos para hacerlo del conocimiento de la opinión pública, y para que la sociedad conozca con datos puros y concretos, con pocas palabras y con muchas metas, que es lo que nos estamos proponiendo.

Concluyo simplemente diciéndoles algo, que me parece fundamental, para el Gobierno de México la atención a la salud es una prioridad, y es una prioridad que esta escrita en el discurso, es decir que tiene un valor político, pero que no se queda en ese discurso o en ese pronunciamiento político, que se puede documentar como prioridad en el terreno del presupuesto, que ha habido un crecimiento muy importante, seguramente no suficiente, y somos los primeros

en reconocerlo y en seguir pidiendo más recursos para el campo de la salud, pero en donde sin lugar a dudas, en términos reales, ha habido crecimientos para poder atender a la población no asegurada, a la población abierta. Y finalmente, en un compromiso que se ha tratado de trasladar mucho más allá de las instituciones públicas de salud, mucho más allá, por supuesto de la pura atención médica o de la atención a la salud y en donde participan otras instituciones y de manera muy importante, donde tratamos de motivar la presencia y participación de la sociedad, del conjunto de la sociedad, porque sin ella simplemente no podríamos hacer y lograr muchas de las cosas que hemos logrado, en síntesis, nuestro compromiso por poner por delante como factor generador, como factor consecuencia del desarrollo a la salud, así la entendemos y así la estamos manejando en nuestro país, como uno de los principios básicos de justicia social, de equidad y de prerequisite para alcanzar un pleno desarrollo de las potencialidades humanas.

Agoté mi tiempo y les agradezco una vez más a todos ustedes su atención y a los organizadores, a la licenciada Ma. Elvira Contreras, la invitación para permitirme estos comentarios con ustedes, muchísimas gracias.

Fuentes de financiamiento	Asignación a compradores	Instituciones asignadoras (compradoras, aseguradoras)	Asignación a proveedores (pagos a proveedores)	Servicios y proveedores
Ingresos generales /MOH	Patrones históricos	Sucursal local MOH, gobierno local o "Consejo del Area de la Salud"	Pre-pago (v.g. presupuestos, pago por persona)	Público, ONG y proveedores de servicios con fines de lucro (v.g. hospitales, clínicas, farmacias)
Empleadores y empleados	Fórmula ponderada per-cápita	Fondo(s) de seguro obligatorio	Reembolso (v.g. cuota-por-servicio)	
Individuos y hogares	Porcentaje fijo del salario o ingreso	Fondos de seguros privados	Pago directo del bolsillo de los usuarios	
Agencias de donación	Pagos de primas de acuerdo con el riesgo o con la comunidad	Proveedores de fondos	Sistemas mixtos	
Apoyo al Sistema de Salud				
Marco regulatorio y capacidad Adquisición de productos farmacéuticos, distribución y administración Evaluación tecnológica y administración de los bienes físicos				
Paquete de Beneficios (Servicios Cubiertos y Métodos de Acceso)				
"Paquete básico" Costos catastróficos Servicios diversos Reglas de acceso Papel de los costos compartidos por el paciente				

**MECANISMOS PARA PAGO DE
PROVEEDORES Y DE LA ATENCION
MEDICA ADMINISTRADA:
IMPLICACIONES PARA LA REFORMA DEL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

RENA EICHLER, PH.D

**INVESTIGADORA ECONOMISTA DE LA SALUD
PROGRAMA DE REFORMA Y
FINANCIAMIENTO PARA LA SALUD
CIENCIAS ADMINISTRATIVAS PARAR LA SALUD**

RENA EICHLER

Nacionalidad: Estadounidense

Formación: Tiene un Doctorado en Economía de la Univesidad de Boston.

Experiencia Laboral:

En la actualidad trabaja como Economista de la Salud y Asociada del Programa de Reformas y Financiamiento de la Salud del Management Sciencies for Health (MSH).

Tiene experiencias técnicas tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional como Economista de la Salud en las áreas de Reforma de Salud.

Fue nombrada experta en la Agencia de los Estdos Unidos para políticas de Salud e Investigación en el Center for Organization and Delibery Studies.

Desarrolló labores de investigación asociada en la Escuela de Salud de Harvard, donde contribuyó a evaluar y poner en práctica un sistema competitivo de reformas de Salud en Colombia.

Ha sido catedrática en economía de la salud y economía en la Universidad de Boston y en la Universidad de George Washington, también ha proporcionado asistencia técnica como economista de la salud en diferentes países de América Latina, Africa y el Medio Oriente.

Los objetivos centrales de la mayoría de las reformas a los sistemas de atención médica de la seguridad social incluyen: el aumento de la eficiencia, el mejoramiento de la calidad y el control de los costos. Muchos países de América Latina y del Caribe se han dado cuenta de que los sistemas actuales planeados y administrados de manera centralizada no utilizan los recursos de manera efectiva y no proporcionan los servicios de calidad que demanda la población contribuyente. Esta comprensión ha hecho que los países busquen mejores modelos para financiar, organizar y proporcionar los servicios. Este papel se centrará en diferentes mecanismos utilizados en todo el mundo para pagar a los proveedores y en las implicaciones de cada mecanismo para mejorar la eficiencia y controlar los costos de los sistemas de atención médica de la seguridad social.

La gama de mecanismos usados para pagar a los médicos y a los hospitales será definido y analizado. Se hará énfasis en el grado de riesgo financiero asumido por los proveedores en cada sistema de mecanismo de pago y en las respuestas conductuales de los proveedores a los incentivos inherentes en cada mecanismo. Se presentará el caso de un país ficticio llamado "Aspirina", así como la búsqueda de soluciones de reforma que hará el ministro. Además, se planteará un esquema que se centra en los incentivos que enfrentan los tres sectores fundamentales que toman las decisiones en un sistema de atención médica: los que pagan, los consumidores y los proveedores. A través de este caso, se obtendrán lecciones de las experiencias históricas del programa *Medicaid*¹ de los Estados Unidos y de la experiencia más reciente que incorpora los principios de la atención médica administrada.

I. Mecanismos de pago a proveedores

Los proveedores de atención médica (médicos, enfermeras y otro tipo de personal clínico) son motivados por varios deseos en conflicto. Por una parte, los proveedores desean proporcionar servicios de atención médica de alta calidad a sus pacientes. Por la otra, quieren obtener altos ingresos y hacer un esfuerzo mínimo. Lo fundamental para desarrollar mecanismos para pagar a los proveedores que contribuyen al logro de los objetivos de la reforma a la

¹ Medicaid es el programa de atención médica de la seguridad social de Estados Unidos para los pobres.

seguridad social, es el concepto de que tanto la cantidad como la calidad de los servicios son influidos por las formas en que los proveedores son compensados. Esto implica que los proveedores harán un mayor esfuerzo si ellos reciben un ingreso adicional por cada servicio otorgado. En contraste, los proveedores harán un mínimo esfuerzo si su compensación no está vinculada con la cantidad o calidad de los servicios que proveen. Los incentivos para el control de los costos están relacionados directamente con el grado de riesgo financiero asumido por los proveedores.

A continuación se presenta una descripción de diversos mecanismos utilizados para pagar a los proveedores y algunos ejemplos de la región y de países en vías de desarrollo.

Salario fijo: A los proveedores se les paga un salario que no depende del número de pacientes que atienden o del volumen de los servicios prestados.

En la mayoría de los sistemas de atención médica de la seguridad social de América Latina y del Caribe, los proveedores reciben un salario fijo que de ninguna manera está vinculado al número de pacientes atendidos, a la calidad del servicio prestado, ni al nivel de esfuerzo que se dedicó. El pago a través de un salario fijo genera pocos incentivos para el control de los costos, o para volverse más eficiente porque el proveedor no es penalizado por usar los recursos de manera deficiente, ni tampoco es recompensado por tomar decisiones para utilizar los recursos de manera más conveniente. Esto significa que los proveedores no asumen ningún riesgo financiero bajo el sistema de compensación a través de un salario fijo. Además, debido a que el otorgamiento de servicios de alta calidad atraerá a más consumidores, los proveedores se enfrentan a la falta de incentivos para mejorar la calidad de los servicios que prestan. Un mayor número de pacientes implica más esfuerzo pero no representa una compensación adicional.

Cuota por servicio: A los proveedores se les paga una cuota por cada servicio otorgado.

Las pólizas de muchos seguros privados, tanto en América Latina como en el Caribe, pagan a los proveedores cuotas por cada servicio que éstos prestan. A los proveedores se les paga por cada visita al consultorio, por cada prueba de diagnóstico, cada operación y por cada actividad que puede ser desglosada de manera separada. Los proveedores presentan las facturas a la compañía

aseguradora para que les pague. El reembolso de cuota por servicio coincide bien con los deseos del proveedor de obtener más ingresos y de otorgar un servicio de calidad. Sin embargo, esto no lleva a obtener mejoras en la eficiencia o en el control de los costos. Como a los proveedores se les paga una cuota por cada servicio otorgado, ellos cuentan con grandes incentivos para prestar demasiados servicios. En el reembolso de la cuota por servicio podemos esperar ver un uso excesivo de pruebas de diagnóstico y de visitas para atención curativa. Además, el único riesgo financiero que enfrentan los proveedores es el costo fijo de administrar sus clínicas privadas. Ellos deben obtener ingresos suficientes para pagar al personal de apoyo y los costos de administración de su consultorio. Los proveedores que reciben un reembolso de cuota por servicio tienen pocos incentivos para hacer énfasis en la prevención, porque para los proveedores la prevención efectiva les genera menos ingresos que los servicios curativos.

Pago por persona inscrita: Los proveedores reciben un pago fijo por persona registrada, sin tomar en consideración el número de servicios otorgados.

Los pagos por persona inscrita son usados por algunos sistemas privados y de seguridad social en la región. El modelo prevaleciente es el siguiente: un médico general (MG) recibe un pago mensual per cápita del sistema de seguro social o privado para otorgar un paquete de beneficios definidos a cada persona que se inscribe con ese MG. Si nadie de la población inscrita requiere sus servicios en un mes dado, el MG puede quedarse con todos los pagos per cápita. Si la población inscrita está muy enferma, el MG asume el riesgo financiero de proporcionar todos los beneficios a que tienen derecho todos sus inscritos. Este sistema incluye fuertes incentivos para el control de costos y para mejorar la eficiencia. Como los servicios preventivos cuestan menos que los curativos, los pagos por persona inscrita también implican incentivos para prestar atención médica preventiva.

Este sistema puede presentar varios problemas que pueden ser equilibrados por medio de la competencia, los bonos por controlar las transferencias y por la conservación de los fondos. En Colombia, los grupos proveedores (planes de salud o EPSs²) compiten entre ellos para atraer a la población. Cada EPS recibe un pago mensual por persona inscrita para proporcionar un paquete

² EPS significa "Entidades Promotoras de Salud".

de beneficios definidos. Debido a que cada EPS debe competir por los inscritos, cada una está motivada para otorgar los tipos de servicios de calidad que prefieren los consumidores. Como cada EPS debe recuperar los gastos u obtener una ganancia, hay fuertes incentivos para el control de los costos. Sin competencia, las EPSs podrían estar tentadas a reducir la calidad con el fin de controlar los costos. Se puede pensar en la competencia como un mecanismo para disciplinar los planes de salud para que mejoren su calidad y para que controlen sus costos.

El sistema de Surinam es un ejemplo de una forma equivocada de aplicar los pagos por persona inscrita para atención primaria en un sistema de seguridad social. En Surinam, las personas cubiertas por el Régimen del Seguro Nacional de Salud deben elegir un médico general. El MG elegido recibe un pago mensual por cada persona inscrita. A cambio de este pago, al MG se le pide que otorgue un paquete de beneficios definidos y que controle tanto las transferencias a médicos especialistas como las pruebas de diagnóstico. Una vez que la persona es transferida, el costo de la transferencia es reembolsado a través de una cuota por servicio por el Fondo del Seguro Nacional de Salud. En promedio, los habitantes de Surinam prefieren consultar a los especialistas. Los MGs que tienen reputación de dar fácilmente las transferencias, lograrán atraer a un mayor número de inscritos. Además, los MGs se benefician al transferir a los pacientes ya que no incurren en costos y no tienen que esforzarse por brindar los servicios de atención primaria a sus inscritos. Los incentivos de este sistema consisten en que provocan un exceso de transferencias, más que controlarlas. El sistema de Surinam es un ejemplo de un sistema de pago por persona inscrita que da como resultado un aumento en los costos y un uso deficiente de los recursos.

Bonos: Los médicos reciben un bono por controlar el número de referencias o pruebas de diagnóstico.

Retenciones: Una parte del pago por persona inscrita o del salario del médico es retenida hasta el final de un período. Al final de éste, si los médicos administran los costos dentro de los parámetros acordados, los fondos son liberados.

Híbrido: Cualquier combinación de los mecanismos de pago antes citados.

El sistema de Surinam pudo beneficiarse de las intervenciones que fueron aplicadas anteriormente en el sistema de MG tenedor de fondos del RU³, o a través de la introducción de bonos por transferencias administradas dentro de los parámetros establecidos y/o retenciones, a menos que se siguieran las pautas establecidas. En el antiguo sistema de tenedor de fondos del Reino Unido, los MGs eran responsables de otorgar servicios ambulatorios de atención primaria y de administrar las transferencias. La diferencia es que los MGs del Reino Unido controlaban los presupuestos para los niveles superiores de atención médica. Si ellos administraban de manera efectiva las transferencias, tendrían derecho a conservar una porción de los ingresos ahorrados. Este sistema fue abandonado debido a la presunta carga administrativa que esto significaba para los MGs. Otros mecanismos incluyen el otorgar bonos a los MGs por administrar las transferencias dentro de los parámetros pre-establecidos. Este es utilizado por las EPSs en Colombia y por muchas organizaciones que administran la atención médica en los Estados Unidos. Algunas organizaciones estadounidenses administradoras de atención médica retienen una parte del pago per cápita del proveedor hasta el final de un período. Si los proveedores administran las transferencias dentro de las pautas aprobadas, entonces reciben los fondos retenidos. Si no, el pagador conserva los fondos retenidos.

II. Mecanismos de pago para hospitales

El esquema que se usa para este análisis consiste en que los hospitales están integrados por un número de personas individuales, cada una con sus propios motivos y preferencias. Un análisis completo del comportamiento del hospital bajo diferentes regímenes de pago, debe centrarse necesariamente en dos niveles: la forma en que se le reembolsan los gastos a la institución y los mecanismos utilizados para compensar a cada persona que trabaja en la institución. A continuación, se presenta una discusión sobre las diversas formas para reembolsar a los hospitales, tanto de la región como en otras partes del mundo.

Presupuesto histórico: A los hospitales se les asigna un presupuesto fijo que, usualmente, se fundamenta en la historia y no en los servicios proporcionados realmente, o en los gastos en que se incurre verdaderamente.

³ El sistema de MG tenedor de fondos en el RU terminó en 1997.

La mayoría de los hospitales públicos y de la seguridad en América Latina y el Caribe son financiados a través de presupuestos anuales centralmente determinados. La práctica usual consiste en que un hospital propone un presupuesto para el siguiente año, que se basa en los gastos realizados durante el año anterior, más aumentos por gastos adicionales proyectados y para compensar la inflación. En la mayoría de los países, los directores de los hospitales toman muy pocas decisiones respecto a la asignación de recursos. Normalmente, no pueden decidir a quién contratar o despedir porque los empleados son servidores públicos con salarios determinados por el gobierno y con empleos garantizados de por vida. En algunos escenarios, los salarios representan hasta tres cuartas partes del gasto del hospital. Además, las decisiones sobre la compra de medicamentos, abastecimientos y tecnología, a menudo son tomadas de manera centralizada.

El problema se agrava por la falta de incentivos que enfrentan los directores de hospitales para aumentar la eficiencia, controlar los costos, o mejorar la calidad. Los directores de hospitales también son servidores públicos y no obtendrán un beneficio financiero por mejorar los servicios del hospital. Además, ellos no perderán si su institución es deficiente y como directores de hospital, no asumen ninguna responsabilidad financiera por lograr un funcionamiento eficiente. Incluso los directores bien intencionados cuentan con mecanismos limitados para alentar al personal a aumentar la productividad y la calidad del servicio. El personal no puede ser recompensado por tener una buena actuación, ni pueden ser castigados por tener un desempeño deficiente.

Los hospitales financiados por presupuestos históricos centralmente determinados, no cuentan con incentivos para volverse más eficientes, controlar los costos o mejorar la calidad. No existen ni las recompensas por un funcionamiento efectivo, ni los castigos por un manejo deficiente.

En cambio, un hospital verdaderamente autónomo con un presupuesto fijo cuenta con diferentes incentivos. Si el director del hospital puede contratar y despedir al personal, recompensarlo por desempeñarse bien, tomar decisiones sobre adquisiciones y asignación de recursos y conservar las utilidades, los incentivos por eficiencia y el control de los costos pueden ser importantes. Sin embargo, los hospitales autónomos financiados con presupuestos fijos, también tienen pocos incentivos para aumentar el número de pacientes atendidos porque el financiamiento no está vinculado a la

producción de servicios. Podría esperarse que la calidad de la atención fuera un compromiso, ya que no hay incentivos por aumentar el volumen de pacientes atendidos.

Cuota por servicio: A los hospitales se les paga una cuota por cada servicio otorgado.

El reembolsar a los hospitales con cuotas por cada servicio otorgado tiene incentivos similares a los del pago de cuota por servicio otorgado que reciben los servicios de atención médica ambulatoria. Los hospitales no cuentan con incentivos para controlar los costos o eliminar los servicios innecesarios, porque las cuotas generadas son mayores que los costos cubiertos. Bajo un régimen de pago a hospitales por servicio otorgado, podemos esperar ver estancias muy largas y una fuerte intensidad de servicios por diagnóstico, en comparación con los otros mecanismos de pago. También podemos predecir que aumentará el gasto total por atención médica.

Pago por día de hospitalización: Los hospitales reciben una cantidad fija por día de estancia en el hospital que incluye todos los servicios clínicos y de hospedaje.

El pagar a los hospitales una cantidad fija por día conduce a una escalada de los costos y al uso deficiente de los recursos. Los primeros días de estancia en cualquier hospital son los más caros, porque se llevan a cabo pruebas de diagnóstico y procedimientos de alto costo cuando el paciente es admitido por primera vez. En un sistema de pago fijo por día de hospitalización, los hospitales pueden recuperar los costos dejando a los pacientes internados durante más días de bajo costo que ocurren al final del período de recuperación. Estos incentivos perversos hacen que las estancias en el hospital sean más largas de lo necesario. Además, puede ser que a menudo los pacientes sean hospitalizados aunque los servicios de atención externa serían lo convenientes, debido a que las posibilidades de generar un ingreso son mayores cuando al hospital se le paga por día de hospitalización.

Pago con base en el procedimiento: Los hospitales reciben un pago global por tratar a un paciente por un procedimiento específico (ejemplo: apendicectomía, parto normal). El pago incluye todos los servicios necesarios para tratar al paciente.

Un sistema de pago con base en el procedimiento tiene fuertes incentivos para controlar los costos y mejorar la eficiencia. A los hospitales se les hace un pago global por tratar a un paciente por un procedimiento específico. El pago cubre los días de hospitalización, el tiempo de quirófano, el médico, la enfermera y los servicios de laboratorio, medicinas, pruebas de diagnóstico y los costos de administración del hospital. Esta forma de pago genera fuertes incentivos para volverse más eficiente porque el hospital puede conservar cualquier excedente. Resulta especialmente efectivo en ambientes donde los médicos individuales que trabajan en hospitales pueden ser recompensados por su desempeño. Se cuenta con grandes incentivos para controlar los costos, pero son pocos para sustituir los procedimientos de atención ambulatoria por el tratamiento hospitalario, o para innovar a través del desarrollo de nuevos procedimientos para tratar un diagnóstico dado.

Pago relacionado con el diagnóstico: Los hospitales reciben una cantidad global por tratar a un paciente con un diagnóstico específico (ejemplo: los GRDs⁴ en los Estados Unidos).

Los pagos relacionados con el diagnóstico generan fuertes incentivos para el control de costos y para mejorar la eficiencia. Los hospitales reciben una cantidad global por tratar a un paciente con un diagnóstico específico. Al igual que el pago basado en el procedimiento, el pago relacionado con el diagnóstico cubre todos los servicios que necesite el paciente mientras está en el hospital. Los pagos relacionados con el diagnóstico incluyen el incentivo adicional de desarrollar procedimientos de costos más efectivos para atender un diagnóstico dado.

III. Características del Sistema de Seguridad Social en Aspirina

Aspirina es un país ficticio de América Latina que cuenta con un sistema de Seguridad Social que brinda servicios de atención médica a los trabajadores del sector formal y a sus familias. Al igual que en muchos países vecinos, el Instituto de Seguridad Social de Aspirina (ISSA) padece los siguientes males: los costos van en aumento, la calidad es pobre y los recursos no son

⁴ “Grupos relacionados con el diagnóstico”, o GRDs, fueron desarrollados por el Medicare, que es un seguro social para los ancianos, para pagar cantidades globales a los hospitales por tratar enfermedades con diagnósticos definidos.

suficientes. El ingreso en el país ha ido aumentando constantemente y la población demanda cada vez más servicios de mejor calidad. El Ministro de Salud de Aspirina, el señor Salvavidas, ha decidido enfrentar el reto de reformar al ISSA, para que éste pueda satisfacer las crecientes demandas de sus ciudadanos.

Características del ISSA en Aspirina

- Los empleadores y trabajadores del sector formal pagan impuestos obligatorios al Instituto de Seguridad Social de Aspirina.
- Los trabajadores cubiertos y sus familias no pueden elegir a los proveedores de atención médica.
- Los consumidores cubiertos no hacen co-pagos cuando reciben los servicios.
- La administración central otorga presupuestos fijos anuales a los hospitales y las instalaciones para atención ambulatoria.
- Los médicos, enfermeras y el resto del personal reciben un salario fijo.

El Ministro Salvavidas quiso comprender cuáles eran los elementos críticos de su sistema de seguridad social que daban como resultado una alta escalada de precios, mínima calidad y eficiencia limitada. Su asesor más capaz le recomendó que se centrara en los incentivos que enfrentaban los tres actores clave del sistema: el que paga (ISSA), los consumidores y los proveedores.

Los incentivos del ISSA

El gobierno central le asigna un presupuesto anual al ISSA. Históricamente, el gobierno central aumenta el presupuesto cada vez que el ISSA se queda sin fondos antes de que termine el año. Si el presupuesto fuera realmente fijo, habría incentivos para controlar los costos. Esta “blanda” restricción presupuestal que enfrenta el ISSA genera, en cambio, incentivos casi inexistentes para controlar los gastos. Además, debido a que el ISSA no tiene competidores, cuenta con pocos incentivos para mejorar la calidad. También, el ISSA tiene mecanismos o herramientas limitadas para controlar los costos o mejorar la calidad del servicio. Los trabajadores del ISSA son

servidores públicos con una seguridad del empleo garantizada y salarios que no dependen del número de pacientes atendidos, o de los ingresos generados por su institución. El ISSA tiene pocos mecanismos para hacer que los proveedores mejoren sus prácticas.

Incentivos para los consumidores

Como en este sistema, los consumidores no tienen que hacer un co-pago, tienen pocos incentivos para controlar la demanda. Al comportarse como si el precio de la atención médica fuera verdaderamente cero, los consumidores rara vez cuestionan a los proveedores respecto a las recomendaciones sobre pruebas de diagnóstico o medicamentos. La falta de incentivos para controlar la demanda contribuye a aumentar la tendencia a la escalada de precios y a que los recursos se utilicen de manera deficiente.

Incentivos para el proveedor de atención médica

Los proveedores de atención médica cuentan con pocos incentivos para controlar los costos y mejorar la eficiencia porque ellos reciben un salario que no varía, de acuerdo con el número de pacientes atendidos. En las instalaciones médicas también hay pocos incentivos para controlar los costos y volverse más eficientes, debido a que son financiadas a través de presupuestos fijos que no dependen del volumen de servicios otorgados. Como los consumidores no tienen otra elección, los proveedores del ISSA no tienen que enfrentar la presión de mejorar la calidad que ocasionaría la competencia.

Resumen de incentivos en el actual sistema del ISSA

- El presupuesto "flexible" no genera incentivos por eficiencia o control de costos. La falta de competencia conlleva pocos incentivos para mejorar la calidad.
- Los consumidores no tienen incentivos para controlar los costos de la atención médica, o para utilizar los recursos de manera eficiente.
- Los proveedores carecen de incentivos para usar los recursos de modo eficiente, mejorar la calidad, controlar los costos del sistema, o incrementar el número de servicios otorgados.

V. Características del antiguo *Medicaid* de los Estados Unidos

El Ministro Salvavidas pidió a sus asesores que hicieran una búsqueda en todo el mundo para encontrar mejores modelos. Estaba decidido a introducir cambios en el sistema del ISSA que mejoraran la calidad, realzaran la eficiencia y controlaran los costos. Su sueño era ser capaz de generar ingresos suficientes para ampliar el acceso a una mayor proporción de la población.

Su asesor menos experimentado le recomendó que Aspirina considerara el modelo utilizado por el *Medicaid* en los Estados Unidos durante los setenta. El *Medicaid* es el programa de seguridad social estadounidense para los pobres y los discapacitados.

- Los consumidores pueden elegir libremente a los proveedores.
- Los proveedores cobran a las agencias estatales del *Medicaid* una “cuota por servicio”.
- Las agencias estatales del *Medicaid* reciben financiamiento a través de impuestos federales y estatales.
- Este modelo es similar al seguro de indemnización privado.

Para entonces, el Ministro Salvavidas había conocido un esquema para analizar los incentivos en un modelo de sistema de salud propuesto por su asesor más capaz. Le pidió a su grupo de asesores que pensarán en los incentivos con los que contaba cada parte de este sistema para controlar los costos, mejorar la eficiencia y aumentar la calidad. Sugirió que el grupo se centrara en los incentivos enfrentados por *Medicaid* como pagador, así como por los consumidores y los proveedores.

Incentivos para Medicaid/Asegurador

Cada estado administra su propio sistema de *Medicaid* para la población que existe en el estado. El gobierno federal determina los beneficios mínimos y cada estado puede decidir aumentar el paquete de beneficios, o aumentar la población a la que van dirigidos. El *Medicaid* es financiado en parte con dólares provenientes de los impuestos estatales, con un complemento del gobierno federal que es determinado por medio del porcentaje de personas que hay en el estado y que son consideradas pobres, de acuerdo con los promedios nacionales.

Durante los años setenta, las agencias estatales del *Medicaid* obtuvieron un fondo común anual que debían usar para pagar a los proveedores las cuotas por cada servicio otorgado a los receptores del *Medicaid*. Los proveedores presentaban facturas al estado y éste pagaba las cuotas. Las agencias estatales del *Medicaid* funcionaban como pagadores pasivos y no contaban con herramientas o mecanismos para controlar la cantidad de dinero gastada en atención médica para los derecho-habientes. Este sistema no contaba con incentivos porque la agencia estatal del *Medicaid* solamente era un pagador pasivo.

Incentivos para el Consumidor

Los consumidores cubiertos por el *Medicaid* tenían pocos incentivos para controlar sus demandas. A menudo consultaban a muchos especialistas para la misma enfermedad, iban a las salas de urgencia de los hospitales, en vez de acudir a las clínicas para atención ambulatoria que son menos caras. Los consumidores contaban con incentivos limitados para cuestionar las recomendaciones del proveedor en cuanto a pruebas y procedimientos de diagnóstico. La excesiva demanda del consumidor y el comportamiento inapropiado en la búsqueda de atención médica contribuyeron al aumento de los costos y al uso deficiente de los recursos.

Incentivos para el proveedor

Como los proveedores y los hospitales recibían una cuota por cada servicio otorgado a los beneficiarios del *Medicaid*, éste era un incentivo poderoso para proporcionar servicios en cantidades excesivas. El consenso general es que los proveedores actuaron para maximizar sus ingresos así como para atender a sus pacientes. Además, los proveedores no tenían incentivos para hacer énfasis en la atención preventiva sobre la curativa. En la mayoría de los casos, los proveedores percibían altos ingresos por brindar servicios curativos en vez de los preventivos.

Resumen de incentivos en la historia del Medicaid estadounidense

- Las agencias estatales del *Medicaid* son básicamente “pagadores pasivos”. No cuentan con mecanismos para controlar los costos, mejorar la eficiencia, o para garantizar la calidad.

- Debido a que el costo de la atención a los consumidores es prácticamente cero, los consumidores cuentan con incentivos mínimos para controlar la demanda, lo que da como resultado un uso excesivo de los servicios.
- Como los proveedores ganan por cada servicio otorgado, esto representa un fuerte incentivo para proporcionar servicios curativos y es mínimo para proporcionar atención médica preventiva. Estas fuerzas generan aumentos en los costos del sistema y una utilización deficiente de los recursos. Los proveedores tienen incentivos para proporcionar atención médica de alta calidad si los servicios generan un ingreso o atraen a los consumidores.

El Ministro Salvavidas no creyó que este modelo del *Medicaid* de los años setenta ayudara a controlar los gastos del ISSA. Sin embargo, se preguntó si modificando el modelo para establecer tasas de reembolso reducidas para el proveedor podría controlar los costos de los sistemas. El le planteó la siguiente pregunta a otro de sus asesores:

¿Podrían controlarse los costos del sistema en el ISSA si se adopta este modelo y se le agregan cuotas controladas para pagar a los proveedores?

Su asesor más experimentado contestó “NO” y le dio al Ministro Salvavidas la evidencia siguiente que tomó de la literatura:

- El Medicaid de California congeló en 1976 los pagos a los médicos y el pago total *aumentó* en 20%. Los médicos respondieron aumentando la *intensidad* de los servicios otorgados.
- El estado de Colorado intentó reducir las cuotas de los médicos y descubrió que una baja del 10% daba como resultado un aumento del 6.1% en el número de servicios prestados y un *aumento general en los costos del sistema*.
- Quebec, Canadá, congeló las cuotas y experimentó un *aumento del 13% en los pagos* a los médicos, también explicada por un incremento en el número de servicios brindados.

Demanda inducida por el abastecedor

El asesor con más experiencia siguió explicando que la forma en que se les paga a los médicos causa un impacto tanto en las cantidades como en los

precios de los servicios otorgados. Existen muchas evidencias que indican que ante la reducción de las cuotas, los proveedores responden incrementando el número de servicios proporcionados. Esto implica que los “abastecedores” de servicios en el mercado de la atención médica, es decir los proveedores, pueden influir en los “demandantes” de servicios, o sean los consumidores. El asesor explicó que en un sistema de pago de cuota por servicio:

*Los gastos totales = Suma de (Precios * Cantidades)*

Si los gastos son controlados, las cantidades aumentarán. El mensaje crítico que el asesor quería transmitir al Ministro Salvavidas es:

Si hay un control de los precios, las cifras aumentarán. La reducción de cuotas exclusivamente no puede controlar los gastos totales del sistema de atención médica.

V. La nueva generación de soluciones: Atención médica administrada y competencia administrada en los sistemas de seguridad social

El asesor más experimentado procedió a decirle al Ministro Salvavidas que existen varios mecanismos innovadores que han sido desarrollados para reembolsar a los proveedores, que están diseñados para hacer que los proveedores se beneficien personalmente con el control de costos. Estos tipos de mecanismos transfieren una parte o todo el riesgo financiero del pagador al proveedor. Los programas de atención médica que utilizan estos mecanismos nuevos e innovadores son considerados como planes de “atención médica administrada”. Los sistemas que fomentan la elección del consumidor entre planes que compiten entre sí, pueden ser considerados como sistemas de “competencia administrada”.

Ahora, en muchos estados de la Unión Americana el *Medicaid* alienta a los beneficiarios para que elijan entre los planes de salud que compiten entre sí. Los planes de salud son sistemas de hospitales, médicos y laboratorios que se combinan para proporcionar un amplio paquete de beneficios. Pueden ser públicos, privados sin fines de lucro, o privados con fines lucrativos y pueden tener muchos tipos de organización. Lo que estos planes de salud tienen en común es que ellos corren el riesgo financiero para proporcionar un paquete de beneficios definidos a cambio de una prima per cápita. En

Colombia y Chile, los consumidores cubiertos eligen entre los planes de salud que compiten entre sí y que incluyen a la seguridad social como una alternativa más. Otros planes que pueden elegir los consumidores son paraestatales, privados con fines lucrativos o privados y sin fines de lucro.

En estos sistemas, los planes de salud incorporan las herramientas de administración de la atención para controlar los costos y mejorar la eficiencia. Los modelos incorporan también la competencia entre los planes de salud para promover las innovaciones y las mejoras en la calidad. La teoría es que los planes de salud competirán entre sí para atraer a los consumidores con la predicción de que el proceso de competencia hará que aumente la calidad. Además, está previsto que los proveedores de atención médica competirán unos con otros para obtener contratos con los planes de salud. El pronóstico es que los proveedores competirán por obtener los contratos ofreciendo: aceptar pagos menos altos, otorgar buena calidad, aceptar el uso de controles y seguir los protocolos de tratamiento del plan de salud. Se prevé que este proceso de competencia entre proveedores tendrá como resultado precios controlados, eficiencia mejorada y mayor calidad. Estos sistemas son ejemplos de seguridad social que incorpora a los sectores público y privado y es dirigido por la elección del consumidor.

Elementos generales de las organizaciones de atención médica administrada

Las organizaciones de atención médica administrada integran el financiamiento y el otorgamiento de la atención médica por medio de: asumir el riesgo financiero de otorgar un paquete de beneficios definidos, a cambio de una prima fija por cada miembro; contratar con proveedores selectos; y controlar el uso y la calidad a través de mecanismos de pago que alteran el comportamiento del proveedor y del control. El punto central de la atención médica administrada reside en cambiar el comportamiento de los proveedores y los consumidores para obligar a que haya mejoras en la eficiencia.

Virtualmente, todas las formas del pago a proveedores pueden ser utilizadas por las organizaciones de atención médica administrada para compensar a los proveedores. Hemos observado que se usa mucho el pago per cápita, así como las retenciones y los bonos para los médicos y también se utilizan bastante los pagos con base en los procedimientos y los pagos relacionados con el diagnóstico para los hospitales. Sin embargo, se hace énfasis en el

otorgamiento de incentivos financieros para que se reduzca la necesidad de que los administradores tengan que llevar controles.

Los compradores de atención médica generalmente dirigen el desarrollo de la atención médica administrada. En los Estados Unidos, los empleadores compran atención médica para sus empleados a las instituciones de seguros privadas. El deseo de los empleadores, que actúan como compradores, por controlar los costos de los beneficios de la atención médica que le brindan a sus trabajadores, impulsó el desarrollo de la atención médica administrada. Los grandes compradores públicos, tales como el *Medicaid* y, más recientemente, el *Medicare*⁵ ha seguido el camino de los empleadores de comprar productos de atención médica administrada con el fin de controlar los gastos del sistema. Los compradores pueden ser gobiernos, programas gubernamentales, patrones, organizaciones de consumidores, cooperativas e individuos.

Evidencia sobre el desempeño de la atención médica administrada en comparación con los sistemas de cuota por servicio

- Tarifas de admisión hospitalaria más bajas.
- Duración más corta de la estancia promedio.
- Igual o mayor número de visitas por asegurado.
- Menor uso de exámenes y procedimientos costosos.
- Mayor utilización de los servicios preventivos.
- Menor satisfacción del asegurado en cuanto a los servicios.
- Mayor satisfacción del asegurado respecto a los precios.

VI. Aplicaciones en los países en vías de desarrollo

Todos los países confrontan el reto de tratar de obtener el máximo valor de los recursos dedicados a la atención médica. Al utilizar mecanismos que cambien el comportamiento del proveedor y el del consumidor, los planes de atención médica administrada cuentan con el potencial para hacer que los recursos limitados sean usados de un modo más efectivo. Estas herramientas pueden ser aplicadas a los sistemas públicos y de seguridad social, así como a los sistemas privados.

⁵ El Medicare es el sistema de seguridad social de atención médica para los ancianos.

Aunque los empleadores otorgan alguna cobertura de seguro de atención médica en los países en desarrollo, el sector público es un pagador y un proveedor más importante en la mayoría de los países que en los Estados Unidos. Por esta razón, las utilidades de la atención médica administrada tendrán que ser buscadas por los pagadores públicos si es que quieren llegar más allá del pequeño porcentaje de la población que cuenta con un seguro privado.

Además, la puesta en práctica de los retos no debe ser subestimada. El introducir métodos de atención médica administrada y de competencia administrada exige nuevas habilidades administrativas, sistemas de información más desarrollados, nuevas reglas para proteger a los consumidores y nuevas funciones para los pagadores y proveedores públicos. Los cambios importantes en los sistemas también afectan de diferente manera a los diversos grupos de interés: es probable que algunos ganen y otros pierdan. Los cambios en las recompensas del sistema, hacen que los dirigentes se enfrenten a retos políticos. Cada sistema tiene su propia serie de instituciones, recursos humanos, accionistas y una amplia puesta en práctica de retos. Aunque ningún modelo es bueno para todos los sistemas, se deben considerar los incentivos a la conducta cuando se vaya a introducir alguna reforma en el sistema de salud.

Bibliografía

Colombia Health Care Reform Project Team (Proyecto de reforma de la atención médica en Colombia), Harvard School of Public Health, Informe sobre la Reforma de la Atención Médica en Colombia y Propuesta de Puesta en Práctica del Plan Maestro, marzo 1996.

Eichler, Rena, “*Suriname Health Sector Diagnostic Study*” (Diagnóstico del estudio sobre el sector salud en Surinam), Serie Estudios del Banco Interamericano de Desarrollo, enero 1997.

Gabel, Jon R. y Thomas H. Rice, “*Reducing Public Expenditures for Physician Services: The Price of Paying Less*” (Reduciendo el gasto público por servicios médicos: el costo de pagar menos), Journal of Health Politics, Policy and Law, 9 (1985): 595-609.

Hellinger, Fred J., "*The Impact of Financial Incentives on Physician Behavior in Managed Care Plans: A Review of the Evidence*" (El impacto de los incentivos financieros en el comportamiento de los médicos en los planes de atención médica administrada), Medical Care Research and Review, 53:3 (1996): 294-314.

Miller, Robert H. y Harold S. Luft, "*Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis*" (El desempeño del plan de atención médica administrada desde 1980: un análisis de la literatura), JAMA, 271:19 (1994): 1512-1519.

Rice, Thomas H., "*The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates in Physician Induced Demand*" (El impacto de cambiar las cuotas de reembolso del Medicare en la demanda inducida por el médico), Medical Care 21 (1983): 803-815.

Rice, Thomas H. y Roberta J. Labelle, "*Do Physicians Induce Demand for Medical Service?*" (¿Los médicos inducen la demanda de atención médica?), Journal of Health Politics, Policy and Law, 14 (1989): 587-600.

Sloan Frank A., "*Effects of Health Insurance on Physician's Fees*" (Los efectos del seguro de atención médica en los honorarios de los médicos), The Journal of Human Resources, 17 (1982): 533-557.

**PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO
EN EL ABASTECIMIENTO Y
GARANTIA DE LOS SERVICIOS DE
SALUD BAJO EL REGIMEN DE
SEGURIDAD SOCIAL EN TAILANDIA**

**DR. SANGUAN NITAYARUMPHONG
DR. VIROJ TANGCHAREONSATHIEN**

**HEALTH SYSTEM RESEARCH INSTITUTE,
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH.**

NITAYARUMPHONG SANGUAN

Nacionalidad: Tailandés

Formación: Médico Cirujano por la Universidad Mahidol, tiene una Maestría en Salud Pública por el Instituto de Medicina Tropical Prins Leopole; un Certificado en Economía de la Salud otorgado por London School of Hygiene and Tropical Medicine, de Londres. Estudió en el Consejo de Medicina Preventiva, en Tailandia y tiene un FRCP otorgado por The Royal College of Physicians, en Edimburgo.

Experiencia Laboral:

Actualmente es Director en la Oficina de Reformas en Sistemas de Salud; Asesor en Economía de la Salud en el Ministerio de Salud Pública; Asistente del Secretario Permanente del Ministerio de Salud Pública en Políticas y Planes de Salud, y es Director de la Oficina de Seguros de Salud, en el Ministerio de Salud Pública.

De 1990 a 1992 fue Director de la División de Planeación en Salud en el Ministerio de Salud Pública.

De 1987 a 1988 fue Director Asistente en la Oficina de Atención Primaria a la Salud en el Ministerio de Salud Pública.

Otras Experiencias

1. Miembro del Consejo de la Oficina de Seguridad Social, 1994 a la fecha.
2. Miembro del Comité Médico de la Ley del Seguro Social, 1992-1996.
3. Miembro del Comité de Políticas sobre Acreditación Hospitalaria 1997 a la fecha
4. Presidente del Subcomité de Ética y Educación Médica Asociación Médica de Tailandia, 1990'-1991, 1992-1993.
5. Miembro del Comité de Cooperación Privada-Privada-Pública nombrado por el Primer Ministro, 1993-1994.

6. Miembro del Comité de Redacción de la Ley del Seguro Nacional de Salud, 1995 a la fecha.
7. Miembro del Comité de Selección de Desarrollo de Ciencia y Tecnología III, Comisión de Comunidades Europeas, 1993, 1995 y 1997.
8. Miembro por elección del Consejo Médico Tailandés, en 4 ocasiones (1989, 1990-1992, 1993-1994, 1995-1996).
9. Subsecretario General, Consejo Médico Tailandés, 1991-1992.

Cuenta en su haber con un gran número de Publicaciones de libros y artículos, todos ellos con temas sobre la Atención a la Salud,

Resumen

El Régimen de Seguridad Social fue lanzado en 1990 y cubre a los empleados del sector privado formal en caso de enfermedades no relacionadas con el trabajo, maternidad e invalidez, incluyendo prestaciones en dinero y subsidios por funeral. El régimen fue financiado con contribuciones tripartitas provenientes del gobierno, los patrones y los empleados, participando cada sector con el 1.5% de la nómina (haciendo un total de 4.5%). El régimen decidió pagar a los proveedores de la atención médica sobre una base de pago por persona, incluida la atención médica ambulatoria y la hospitalización. El registro con un hospital contratista era un pre-requisito para el pago por persona. El hospital contratista puede ser privado o público. Este es el único régimen de atención médica que es administrado por el gobierno y que permite la participación de hospitales privados tanto en la atención médica ambulatoria como en la hospitalización. La intención de separarlo del régimen de Compensación del Trabajador, que proporciona atención sólo en casos graves de enfermedades relacionadas con el trabajo, es obtener la participación de los hospitales privados e incrementar la competencia entre los hospitales públicos y privados en el otorgamiento de atención médica de calidad a los trabajadores e introducir la posibilidad de una integración privada y pública en el otorgamiento de la atención médica. Incluso, a pesar de la debilidad del funcionamiento del régimen, que incluía la elección del hospital participante por parte del trabajador, que fue puesto en práctica parcialmente durante el período 1990-95, debido a las limitaciones técnicas para manejar la selección de los hospitales participantes por parte de los trabajadores de todo el país. Hubo una tendencia creciente de participación del servicio de atención médica privada que incluía ciertos impactos que se derivaron de la participación del sector privado, v.g., la integración de servicios públicos y privados, la mejora en la calidad del proceso de acreditación de los hospitales, la disponibilidad excesiva de equipo médico de alta tecnología en algunas áreas, etc. La introducción del sistema de pago por persona, aunque, por una parte, redujo la contención del costo, proporcionando así un fondo de reserva substancial para la puesta en práctica a largo plazo del régimen, por la otra, los proveedores intentaron ahorrar en el costo a través de una atención comprometida y un servicio inferior, lo que dio como resultado una baja tasa de utilización de los hospitales registrados por parte de los trabajadores. Se recomiendan mecanismos para solucionar este problema, tales como perfeccionar la participación del sector privado, v.g., mejorar la calidad de la atención médica, una atención médica más amplia que incluya la promoción

y prevención de la salud, la revisión de la tasa neta de pago por persona con el pago por persona diferencial de acuerdo con ciertos criterios, etc., de modo que esto proporcione un mejoramiento del régimen.

1. Introducción

El papel del sector privado en el sistema de atención médica del país siempre fue considerado, puesto que el sistema de salud no estaba estructurado tal como lo está actualmente. El número de hospitales y clínicas privadas ha crecido de manera continua y, en algunos momentos de manera muy rápida, particularmente durante el sexto plan nacional de desarrollo económico y social (1986 -1991), cuando el crecimiento promedio del PIB fue de casi 10%. El crecimiento del sector privado tiene consecuencias tanto negativas como positivas para el sistema de salud. Aunque aumenta las posibilidades de que las personas tengan más acceso a la atención médica, también se afirma que es para los que tienen posibilidades económicas y que los pobres aún tienen que ser atendidos únicamente por el sector público que proporciona un servicio no satisfactorio debido a la falta de competencia. La participación del sector privado puede absorber también los limitados recursos del sector público que son trasladados al privado, lo que va en detrimento de los servicios públicos.

El Régimen de Seguridad Social (SSS por sus siglas en inglés) fue iniciado en 1990 y cubre las enfermedades no relacionadas con el trabajo como una de sus prestaciones, la atención médica proporcionada por el SSS es el único régimen que es administrado por el gobierno, aparte del de Compensación del Trabajador que solamente proporciona servicios para enfermedades relacionadas con el trabajo, que permite la participación de hospitales privados tanto en la atención médica ambulatoria como en la hospitalaria. Esta función tiene como objetivo describir el desarrollo histórico y la puesta en práctica del seguro de enfermedad dentro del SSS y la participación del sector privado en el abastecimiento y garantía de la atención médica dentro de este régimen, incluidas las discusiones sobre las consecuencias de la participación del sector privado y la recomendación de que se mejore ésta.

2. Asistencia para la salud y seguro de salud

En 1992, en Tailandia existían cuatro categorías de sistemas de seguro de salud y de asistencia médica que cubrían a 31.4 millones de personas (56%

de la población tailandesa); lo que dejaba a 25.1 millones de personas (44.4%) sin ningún tipo de protección. Este último grupo pagaba principalmente sus gastos médicos ya fuera en instituciones privadas o públicas.

La primera categoría, el régimen de asistencia pública, amparaba al 27% de la población, especialmente a las familias de bajos ingresos, a los ancianos y a los niños de escuelas primarias. Era financiado a través de los impuestos generales para otorgar atención gratuita en instalaciones públicas. El ingreso era utilizado como una comprobación de ingresos para las familias pobres que solicitaban tarjetas de atención médica gratuita y que eran válidas por tres años. Los tenedores de las tarjetas tenían derecho a atención médica gratuita en instalaciones definidas, principalmente en centros de salud de los subdistritos del sterio de Salud Pública (MOHP) atendidos por paramédicos. El acceso a un nivel superior, v.g. hospitales de distrito y provinciales, requería una carta de traslado.

La segunda categoría incluía prestaciones médicas adicionales para funcionarios gubernamentales, v.g., el Régimen de Prestaciones Médicas para los Servidores Públicos (CSMBS) que era financiado a través de los impuestos generales y que amparaba generosamente a los padres, esposas y hasta tres hijos menores de 18 años, como una prestación adicional para los funcionarios gubernamentales que generalmente reciben salarios muy bajos. Los empleados de las empresas estatales y sus dependientes eran cubiertos de manera similar por el presupuesto de la empresa. La población amparada por el régimen ascendía aproximadamente al 10% en 1996.

La tercera categoría era el régimen de Seguridad Social (SSS), financiado por medio de cotizaciones tripartitas obligatorias (patrones, empleados y el gobierno) equivalentes al 1.5% de la nómina y amparaba a los trabajadores formales de empresas con más de 10 empleados para casos de enfermedades no relacionadas con el trabajo, maternidad, invalidez y subsidios por funeral. Este cubría a los trabajadores pero no incluía a las esposas e hijos, excepto en el caso de las prestaciones por maternidad en las que sí estaban incluidas las esposas de los trabajadores. El mismo empleado del sector formal también estaba cubierto por el Régimen de Compensación del Trabajador (WCS), financiado únicamente a través de cotizaciones patronales, para enfermedades del trabajo, incapacidad y subsidios por funeral. En 1996, el SSS cubría a 4.2 millones de personas (7% de la población tailandesa). Como ambos regímenes eran obligatorios y con diferentes objetivos, los

Cuadro No. 1
Características de los regímenes de salud y de bienestar en Tailandia

Características del Sistema	Sistema para ancianos de bajos ingresos	CSMBS	Sistema de Seguridad Social (SSS)	Sistema de Compensación a Trabajadores (WCS)	HCP	Seguros privados
I. Naturaleza del sistema	bienestar social	incentivos	obligatorio	obligatorio	voluntario	voluntario
II. Población cubierta	21% + 6%	11%	7%	5%	5%	1%
III. Prestaciones otorgadas	solamente los amparados	Sólo público	Público y privado	Público y privado	público (M.S.P.)	Público y privado
- Servicios ambulatorios						
- Servicios de hospitalización	Sólo público	Público y privado	Público y privado	Público y privado	público (M.S.P.)	Público y privado
- Selección del proveedor	Llena de referencia	gratuito	contrato de hospital o de su red	gratuito	línea de referencia	gratuito
- Prestaciones en dinero	no	no	si	si	no	generalmente no
- Condiciones de inclusión	todas	todas	enfermedades no relacionadas con el trabajo	enfermedades del trabajo	todas	como se contrate
- Condiciones de exclusión	no	no	15 condiciones	no	no	no
- Prestaciones de maternidad	si	si	si	no	si	varía
- Revisión física anual	no	si	no	no	posible	varía
- Medicina preventiva	muy limitada	si	educación para la salud, inmunizaciones	no	posible	varía
- Servicios no incluidos	cuarto privado, enfermeras especiales	enfermera especial	cuarto privado, enfermeras especiales	no	cuarto privado	varía
IV. Financiamiento	impuestos generales	impuestos generales	tripartita 1.5% de la nómina	empleador 0.2-2% nómina de acuerdo a exper.	familia 500 Baht + 500 impuesto	prima por familia
- Fuentes						
- Organó financiero	Ministerio de Salud Pública	Ministerio Finanzas	Oficina Seguro Social	Oficina Seguro Social	Ministerio Salud Pub.	compañías privadas
- Mecanismo de pago	presupuesto global	cuota por el servicio	proyección por persona	cuota por el servicio	cuota limitada servicio	cuota por servicio
- Co-pago	no	si: hosp Privado	maternidad emergencias	si, si excede de 30000 Baht	no	casi no
- Gasto estimado per capita 1993	317	916	805	421	141	933
- Subsidio impuestos p/c	164	916	270	costo administración	68	0
V. Cobertura de población, potencial de expansión	-7% a 4%	1%	7%	7%	10%	28%

Fuente: Pannarunothai y Thongcharoensathien 1993, Supachutikul 1996

empleados eran inscritos automáticamente y no se les permitía salirse del mismo.

La última categoría era el régimen del seguro médico voluntario -Proyecto de la Tarjeta de Salud (HCP), que cubría a las familias que estaban en el límite de la pobreza ubicadas principalmente en las áreas rurales. El Cuadro No. 1 resume las características de los diversos regímenes importantes. Muestra una gran variación en términos de origen, paquetes de prestaciones, fuentes de financiamiento, método de pago a los proveedores y niveles de co-pago. Hubo una gran brecha del subsidio impositivo per cápita en 1992, que favoreció principalmente al régimen de los empleados públicos, mientras que afectó de manera negativa al régimen de la tarjeta de salud para los de bajos ingresos.

3. Régimen de Seguridad Social

3.1 Antecedentes históricos

El Régimen de Seguridad Social fue promulgado el 1 de septiembre de 1990 y su puesta en práctica se inició seis meses después. En marzo de 1991 el gobierno, los patrones y los empleados comenzaron a pagar cada uno el 1.5% del costo de la nómina (un total de 4.5%) al Fondo de Seguridad Social (SSF) por cuatro prestaciones (enfermedad, maternidad, invalidez y subsidio por funeral). En 1990, la Ley de Impuestos fue enmendada para que la contribución anual del trabajador a la SS fuera deducible de impuestos. A las prestaciones en dinero obtenidas se les otorgó una devolución personal de impuestos con el fin de promover la conformidad del empleado. Debe hacerse notar que tanto las prestaciones de enfermedad como las de maternidad incluyen prestaciones médicas y en dinero para incapacidad por enfermedad y licencia por maternidad.

¿En dónde proviene el 1.5%?. Durante la fase de preparación de la Ley de SS en 1, un matemático experto en seguros recomendó que las cuatro prestaciones propuestas necesitaban una cotización tripartita equivalente al 1.5% de la nómina. En ese entonces, estaba planeado que la prestación por enfermedad únicamente cubriera hospitalización con base en una cuota por servicio con reembolso retrospectivo, tal como sucedía en el caso del WCS.

3.2 Cita contra cuota por servicio

Al comienzo en 1990, el MOPH colaboró estrechamente con el Comité Médico sobre las implicaciones financieras de la cuota por servicio y de la cita. Con base en el estudio sobre el costo unitario de la atención hospitalaria de 157 Baht (moneda tailandesa) por visita y 555 Baht por hospitalización diaria y, dando por hecho 'que harían tres visitas por persona al año y habría 0.3 días de hospitalización por año (IPSR 1 988), el costo de la sola prestación por enfermedad fue de 665 Baht por persona por año, comparado con las cotizaciones tripartitas totales que darían una disponibilidad de 1,509 millones de Baht para las prestaciones por enfermedad de 2 millones de trabajadores, sin incluir las otras tres prestaciones, principalmente maternidad, invalidez y subvenciones por funeral, se dispondrá de 754 Baht por persona al año.

Esta limitación financiera y la realización de la forma para evitar futuras escaladas previsibles de los costos por medio de una cuota por servicio del sistema, ayuda a los que toman las decisiones a adoptar esta limitación financiera y el sistema percápita.

Si el SSO adopta la cuota por servicio, tendrá que aumentar la tasa de cotización que es del 1.5% de la nómina, o necesitará un subsidio del presupuesto gubernamental proveniente de los impuestos generales. Esto no solamente creará un régimen caro y dificultades para la contención de los costos futuros, sino que también ampliará la brecha de desigualdad, ya que el gobierno subsidia más a los empleados del sector formal en las áreas urbanas, que a los campesinos pobres y a las familias de bajos ingresos de las zonas rurales.

El Consejo de SS aprobó la propuesta del Comité Médico para poner en práctica el régimen por medio de un modelo contractual, involucrando a los hospitales públicos y privados, bajo la tasa de 700 Baht por cita (28 US\$). La tasa fue calculada con base en las razones antes citadas. El concepto de cita era algo: muy novedoso para el país y provocó la resistencia por parte de los proveedores de atención médica, tanto hospitales públicos como privados contratistas.

A los trabajadores se les proporcionarán servicios gratuitos para casi todos los tipos de enfermedades por parte de los hospitales contratistas bajo el sistema de cuota por cita, excepto en casos de servicios de emergencia

fuera de los hospitales registrados, ciertos servicios de alto costo, como por ejemplo, cirugía de corazón abierto, quimioterapia, hemodiálisis, etc., y servicios innecesarios como cirugía cosmética, infertilidad, etc. En casos de servicios de emergencia que no sean en hospitales registrados, al trabajador se le pagará retrospectivamente a la tasa fijada por la Oficina de Seguridad Social para atención ambulatoria, admisión y cirugías (Cuadro No. 2). Estas tasas fueron bastante rigurosas inicialmente, pero fueron actualizadas convenientemente durante los años posteriores, debido a las evidencias que mostraron las encuestas y por la presión de los trabajadores de la SS y los reclamos de los medios de comunicación.

Cuadro No. 2
Reclamaciones por servicios extra-contractuales, maternidad e invalidez

Servicios extracontractuales	Primera Reglamentación 24 de mayo de 1994	Segunda Reglamentación 14 de noviembre de 1991	Tercera Reglamentación 28 de agosto de 1992	Cuarta Reglamentación 15 de enero de 1993
Consulta externa	40 Baht por consulta < 80 Baht/año	75 Baht/consulta < 150 Baht/año	100 Baht/ consulta < 200	200 Baht/consulta < 400 Baht/año
Hospitalización	500 Baht/adm <1000 Baht/año	500 Baht/adm < 1000 Baht/año	800 Baht/adm < 1600 Baht/año	1600 Baht/adm < 3200 Baht/año
Cirugía	6000 Baht/cirugía	6000 Baht/cirugía	6000 Baht/cirugía	10000 Baht/cirugía
Maternidad	Suma única de 2,500 Baht, no más de dos partos		Suma única de 3,000 Baht, no mas de dos partos	
Invalidez	Costo de los servicios médicos <1000 Baht/mes 17 de mayo de 1991		Costo de los servicios médicos <2000 Baht/mes 30 de marzo de 1995	

Nota: La Cuarta Reglamentación fue reemplazada por la generosa quinta reglamentación de fecha 30 de marzo de 1995.

4. Otorgamiento de servicios de atención médica y participación del sector privado

De acuerdo con el cuarto plan nacional de desarrollo social y económico (1976-981), el gobierno había establecido la meta de tener cobertura universal de la reestructura médica en todas las áreas del país, por ejemplo, cuando menos un hospital general en cada distrito y un centro de salud en cada sub-distrito, junto con hospitales regionales de tercer nivel y hospitales e institutos

de especialidades por parte del Ministerio de Salud Pública y de otros ministerios, el Ministerio de la Defensa, el Consejo Universitario, etc. (Cuadro No. 3).

Cuadro N°3
Cobertura de las instalaciones de servicios de salud en Tailandia, 1993

Nivel	Tipo de instalaciones	Número de instalaciones	Cobertura
Bangkok (Area metropolitana)	- hospitales de enseñanza médica - hospitales generales - hospitales e institutos de especialidades - centros de salud	5 91 29 62	ubicados en cada región administrativa
75 provincias	- hospitales regionales - hospitales generales - otros hospitales (instalaciones especiales y hospitales de maternidad y pediátricos)	25 67 86	100%
774 distritos	- departamentos extensos de consulta externa - hospitales comunitarios - centros de salud municipales	3 703 132	100% ubicados en cada municipio
71255 subdistritos	- centros de salud	7,764	100%

Nota: Ministerio de Salud Pública, Tailandia, 1994

Debido a un crecimiento económico demasiado rápido, particularmente en el período de la 'economía burbujeante' durante el quinto y sexto plan nacional desarrollo social y económico (1986-1995), cuando el PIB promedio fue de casi 10%, también hubo un rápido incremento de los miembros de los hospitales y clínicas privadas (Cuadro No. 4), pero este crecimiento rápido del sector privado desafortunadamente se concentró fuertemente en el área urbana, particularmente Bangkok y en las provincias de la zona industrial.

De este modo, se desarrolló una buena infraestructura para los servicios de atención médica que pertenece tanto al sector público como al privado. Por lo tanto, es más probable y económico que el Régimen de SS haga el mejor

uso de los recursos disponibles, en vez de crear su propia provisión de instalaciones de servicios. Esa fue una de las razones por las cuales fue adoptado el modelo contractual. Con el fin de poder proporcionar todos los niveles de servicio, los hospitales contratados deben a su vez contar con subcontratistas disponibles para cubrir los servicios tanto de atención médica primaria como enfermedades complicadas que requieren instalaciones de mayor capacidad (Figura No. 1). La cita será pagada al hospital contratado (contratista principal), de acuerdo con el número de registro de los trabajadores y el hospital contratado tiene que ser responsable del suministro de los servicios, tanto del ambulatorio como de la hospitalización.

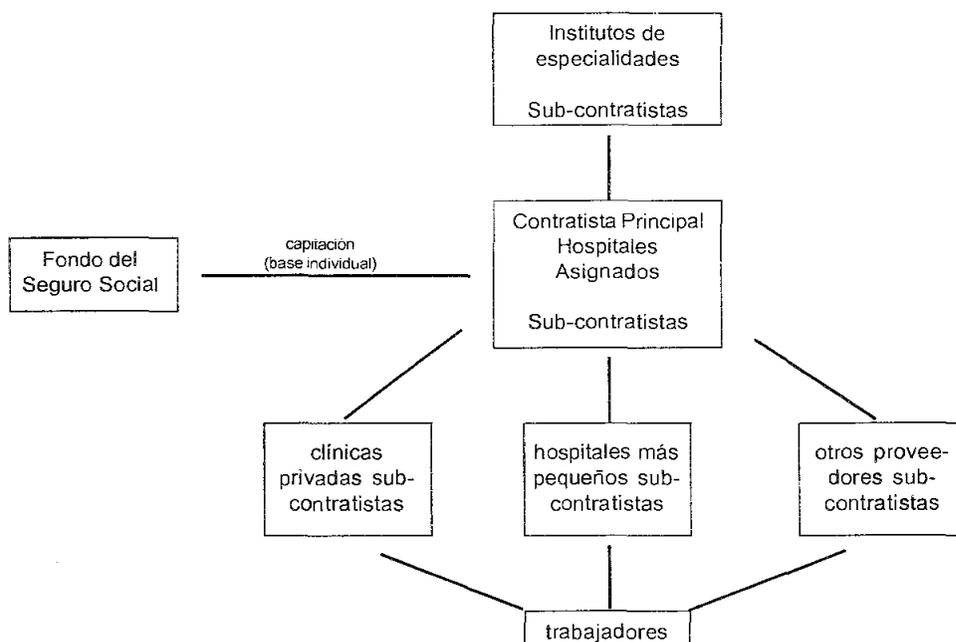
Cuadro N° 4
Número y Proporción de Camas Hospitalarias por Institución 1973-1995.
Número y Porcentaje

Año	Ministerio de Salud Pública	Otros Ministerios	Empresas Estatales	Agencias Admvas. Loc.	Sector Privado	Total
1973	34.206 67,5%	11.108 21,9%	671 1,3%	918 1,8%	3.746 7,4%	50.649
1975	36.201 66,5%	12.361 22,7%	591 1,1%	1.307 2,4%	3.963 7,3%	54.423
1977	40.712 64,3%	14.765 23,3%	635 1,0%	1.456 2,3%	5.785 9,1%	63.353
1979	44.964 66,0%	14.672 21,6%	843 1,2%	1.387 2,0%	6.210 9,1%	68.076
1981	48.442 66,9%	13.912 19,2%	956 1,3%	1.558 2,2%	7.500 10,4%	72.368
1983	53.943 68,8%	13.835 17,6%	823 1,0%	1.541 2,0%	8.296 10,6%	78.438
1985	56.286 69,5%	13.773 17,0%	951 1,2%	1.687 2,1%	8.275 10,2%	80.972
1987	57.766 66,0%	15.482 17,7%	2.243 2,6%	2.089 2,4%	9.974 11,4%	87.554
1989	58.927 65,5%	17.118 19,0%	2.335 2,6%	2.057 2,3%	9.545 10,6%	89.982
1991	62.250 66,3%	15.422 16,4%	2.178 2,3%	2.152 2,3%	11.877 12,7%	93.879
1993	65.558 64,3%	15.784 15,6%	2.229 2,2%	2.232 2,2%	15.363 15,2%	101.166
1995	73.191 61,8%	15.430 13,0%	365 0,3%	2.165 1,8%	27.266 23,0%	118.417

Fuente: Informe sobre Recursos para la Salud, Oficina de Planes y Políticas de Salud, MoPH

Flujo de Servicios de Salud y Relación entre el Fondo de Seguridad Social y los Proveedores de Servicios de Salud bajo el Régimen de Seguridad Social.

Figura No. 1



Sin embargo, al sector privado no se le autorizó a proporcionar servicios ambulatorios y de hospitalización para los beneficiarios en ninguno de los regímenes administrados por el gobierno, excepto en el Régimen de Compensación de los Trabajadores que únicamente proporciona servicios para enfermedades del trabajo. La intención de introducir la competencia entre los servicios público y privado bajo el sistema de pago por persona dio pie a que el Comité de SS aprobara que el sector privado desempeñara una función, tanto en el servicio ambulatorio como en el de hospitalización, bajo este régimen.

5. Empleador vs. la elección del empleado

El registro del trabajador en un hospital contratista fue una pre-condición para mantenerlo cautivo. En un plazo de seis meses, de septiembre de 1990 a febrero de 1991, el SSO, que es un departamento de reciente creación, tuvo que preparar el registro de aproximadamente 1.8 millones de trabajadores, para la puesta en práctica del Régimen a escala nacional. Debido a sus limitaciones técnicas, la elección de los hospitales registrados terminó siendo una elección del empleador que la del trabajador. Era más fácil tratar con 30,255 empresas y limitación dejó varias lecciones dolorosas y consecuencias negativas para el régimen.

La selección del empleador no le convino al empleado, particularmente en términos de accesibilidad geográfica. Además, los empleados no participaron en el proceso de registro. En 1993, después de algunos años de funcionamiento, el 16% de los trabajadores menos educados (de los cuales el 52% había asistido a la escuela primaria y el 32% a la secundaria) de una de las provincias industriales, Samutprakan, no podía decir cuáles eran sus hospitales registrados (Chotikirativet 1993). Por otra parte, en 1994, una encuesta entre empleados bancarios que cuentan con mayor preparación escolar (33% tiene capacitación técnica y 59% son pasantes) dio como resultado que el 78%, el 71% y el 49% de la muestra pronunció de manera incorrecta los hospitales registrados en 1991, 1992 y 1993 respectivamente (Panichprathompong 1994). Esto no puede ser considerado como problema de memoria, sino que lo que sucede es que existe una falta de diálogo entre los empleados y sus gerentes de personal que eligieron el hospital contratista en su nombre. Como resultado de lo anterior, se encontró que las tasas de utilización de los hospitales registrados eran bajas.

6. Competencia pública y privada

Hubo evidencias que demostraban la hipótesis de lograr que el sector privado provocara la competencia entre los servicios de salud públicos y privados

6.1 Hubo un aumento importante, del 17% en 1991 al 60% en 1996, en el número de trabajadores de la SS registrados en hospitales privados, aunque los hostales públicos contratistas (126) superaron a los privados (65) en 1995. También hubo un incremento en el número de hospitales privados contratistas, de 13% en 1991 al 33% en 1995. Este es el resultado de una dinámica

promoción de comercialización por parte de los hospitales privados (Cuadro No. 5).

6.2 Hubo un incremento significativo en la formación de una red de sub-contratistas para facilitar el acceso tanto a los servicios privados como públicos. La red de servicios de salud originalmente puede encontrarse en el Ministerio de Salud Pública, ya que éste es el único ministerio que tiene instalaciones de salud en cada nivel, desde el local hasta el nacional. Pero, por necesidades de la competencia entre los proveedores, con el fin de lograr que más trabajadores los elijan como hospitales contratistas, la formación de la red de sub-contratistas se convirtió en una importante estrategia de mercado.

Cuadro N° 5
Número de hospitales de contratistas y sus sub-contratistas 1991-1996

Contratista principal y red de subcontratistas												
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	Principal	Sub-cont.	Principal	Sub-cont.	Principal	Sub-cont.	Principal	Sub-cont.	Principal	Sub-cont.	Principal	Sub-cont.
1 Sector Pub.	119	-	118	671	94	672	96	998	124	1257	126	1199
1.1 Ministerio de Salud Pub.	95	-	94	671	94	672	96	998	96	1029	98	1025
1.2 Ministerio del Interior	5	-	5	-	5	1	5	4	5	93	5	94
1.3 Ministerio de Defensa	11	-	11	-	12	1	12	12	14	34	14	37
1.4 Oficina de la Universidad	6	-	6	-	6	-	6	9	6	8	6	14
1.5 Cruz Roja	2	-	2	-	2	-	2	11	2	13	2	29
1.6 Otros	-	-	-	-	-	-	1	1	1	80	-	-
2. Sector Privado	18	-	27	69	37	86	55	285	63	620	68	1609
Total	137	-	145	740	156	760	177	1320	189	1877	194	2808

7. Integración pública y privada

En el pasado, los servicios de salud públicos y privados manejaron sus servicios de manera separada. Sin embargo, se descubrió que la introducción del sistema de pago por persona es la herramienta para hacer que los servicios públicos y privados se integren entre si bajo la fuerza financiera, puesto que ésta es la manera de formar una red y proporcionar servicios al mismo grupo de población bajo un sistema único de pago por persona. Este fenómeno no sucedió solamente entre los privados y los públicos, sino también entre los

privados y los públicos mismos. El Cuadro No. 6 muestra que el tipo de hospital contratista actual, que forma parte de la red con los subcontratistas, son instalaciones de atención médica de primer nivel, v.g., la clínica privada, el hospital pequeño o los centros de salud públicos.

Cuadro No. 6
Origen de los hospitales contratados y
la red subcontratistas que se formó entre sí (1996)
 (El primero es el origen de los hospitales contratados y
 el último es el origen de los subcontratistas en la red)

Región	Tamaño de la red	públicos - públicos	públicos - privados	privados - públicos	privados - privados
Bangkok	21	1	6	-	14
Provincias alrededor de Bangkok	24	3	4	-	17
Región central	44	22	9	-	11
Región noreste	19	19	-	-	-
Región sur	19	19	1	-	-
Region norte	24	19	1	-	4
Total	151	83	20	-	46

8. Tasa de utilización en los hospitales registrados

Una tendencia común que surge del Cuadro No. 7 es que la tasa de utilización de los hospitales de la SS es muy baja, tanto para pacientes externos como internos. Los informes mensuales de rutina que el SSO recibe de los hospitales contratistas indicaban una tasa de utilización de consulta externa más alta que la que aparece en el Cuadro No. 5. Los hospitales tienen incentivos para los que reportan más servicios, aunque el SSO afirma que la efectividad de su proceso de auditoría es confiable. Recientemente, en 1995, el SSO introdujo pagos por captación extra con base en el número de casos de pacientes internos y externos. Cada hospital recibió un pago extra de 30 Baht si su número de casos estaba dentro del rango del 30 por ciento del total nacional de casos atendidos. Los porcentajes más altos tuvieron como resultado una paga extra más alta. El techo de la captación extra para el porcentaje que está entre el 91 y el 100 por ciento es de 70 Baht. Esto significa que la máxima captación extra es de 100 Baht.

En el Cuadro No. 8 se aprecia que la tasa de utilización de la atención ambulatoria en hospitales privados generalmente es más alta que en las instalaciones públicas y la tasa ha aumentado gradualmente de 1991 a 1996. En contraste, la tasa de admisión fluctuó y no mostró un incremento, sino más bien una tendencia ligeramente a la baja. Las admisiones son fácilmente controlables por los hospitales, ya que hay un incentivo para no admitir con el fin de maximizar las utilidades provenientes de la tasa fija de captación, excepto en casos de emergencia. La proporción de pacientes para cirugía fue de 24% y 26% del total de pacientes internos en 1994 y 1995, respectivamente.

Cuadro No. 7
Tasa de uso de los pacientes externos y
los hospitalizados en los hospitales registrados en varias encuestas

Fuente de información	Visitas de consulta externa por persona/año	Hospitalización por persona/año
Nitayarumphong et. al. Datos base, todo el país (1991)	0.33	0.02
Chotkiravej, entrevista base con trabajadores en Samutprakan Jiranatdiloc (1993)	0.36	0.01
Datos de hospitalización de los cinco hospitales públicos en Samutprakan (1993)	0.09-0.42	0.007-0.017
Hospitales privados	0.041-1.27	0.1-0.034
Entrevista base de Panichprathomphong con trabajadores bancarios (1994)	0.30	0.0085

Cuadro No. 8
Tasa de uso de pacientes externos y hospitalizados en los
hospitales registrados del Seguro Social. Informe anual de la oficina.

Fuente y Fecha	Visitas de consulta externa por persona por año			Admisiones por persona por año		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
SSO 1992	0.53	1.01	0.71	0.029	0.040	0.033
SSO 1993	0.06	1.13	0.87	0.033	0.040	0.038
SSO 1994	0.86	1.25	1.07	0.040	0.037	0.039
SSO 1995	0.99	1.41	1.23	0.020	0.026	0.024
SSO 1996 (4m)	1.06	1.40	1.26	0.025	0.030	0.028

9. Consecuencia del crecimiento en el número de hospitales privados

Consecuentemente, se dio el establecimiento de una cadena de hospitales privados de Seguridad Social que se concentró en los suburbios de Bangkok y en las zonas industriales de Samutprakan, Nakornprathom y Prathumtani que hace negocios principalmente con el SSO. Estos hospitales proporcionaron atención médica ambulatoria y obtuvieron utilidades significativas durante varios años. Dichas ganancias fueron utilizadas para instalar escaners CT en la mayoría de los hospitales y exacerbaron el abuso tecnológico de otros pacientes (Tangcharoensathien et al 1995).

10. Calidad de la administración

El modelo contractual en curso proporciona una buena base para el desarrollo de la calidad tanto en los hospitales públicos como en los privados. El SSO garantiza que todos los contratistas cumplan con las normas establecidas por la Oficina, a las que regularmente los hospitales públicos no están sujetos en otros regímenes, aunque se centra más en la estructura, muy poco en el proceso y nada en los resultados de los indicadores de calidad. Las normas cubren todas las unidades de servicio relevantes: emergencia, registro médico, servicio interno, servicio externo, unidad de terapia intensiva, anestesiología, radiología, patología, laboratorios y farmacia. Los indicadores para las normas fueron seleccionados, analizados para que fueran convenientes para el sistema hospitalario tailandés, probados y puestos en práctica gradualmente durante los años anteriores (Supchutikul 1995). La mayoría de los hospitales contratistas mejoraron paulatinamente la calidad para cumplir las normas fijadas por la Oficina. Satisfacer el cumplimiento de las normas es una precondition para obtener los contratos de años subsecuentes. La participación del sector privado y la petición de tratamiento igual para el sector privado por parte del gobierno, estimuló una nueva era de administración hospitalaria de calidad y el futuro desarrollo del sistema de acreditación hospitalaria en Tailandia.

11. Administración de los fondos

La tasa de cotización del 1.5% fue asignada para uso interno del SSO para el pago de cuatro prestaciones, con el fin de mantener un control estricto sobre

el gasto, de la siguiente manera: enfermedad 0.88%, maternidad 0.12%, invalidez 0.44% y muerte 0.06%.

El Cuadro No. 9 muestra que las cotizaciones al Fondo son significativamente más altas que los gastos. Las cotizaciones totales en los cinco años de 1991 a 1996 fueron de 42,114.6 millones de Baht, con un gasto total de 13,262.3 millones de Baht, lo que dio como resultado un excedente de 28,852.3 millones de Baht. Hay otras fuentes de ingresos tales como los intereses de las cuentas de ahorro, las utilidades de inversiones en bonos gubernamentales y de instituciones financieras públicas y privadas que ascendieron a 5,498.5 millones de Baht durante el lapso de 1991-95. A diciembre de 1995, el Fondo contaba con 34,350.8 millones de Baht.

Cuadro No. 9
Contribuciones y Gastos del Fondo de Seguridad Social, (Millones de Baht)

	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%
1. Contribuciones										
Empleados y empleadores	2.785,7		4396,2		5554,4		6974,9		8428,0	
Gobierno	1.392,8		2198,1		2777,2		3487,4		4119,9	
Contribución total	4.178,5		6594,3		8331,6		10462,3		12547,9	
2. Gastos										
Prestaciones de enfermedad	753,2	97	1823,0	87	2136,4	81	2622,1	80	2912,2	65
Compensación por muerte	16,9	2	42,6	2	60,7	2	86,4	3	187,0	4
Maternidad	3,6	1	189,9	9	326,9	12	433,5	13	1072,5	24
Invalidez*	-	0	47,2	2	120,4	5	116,8	4	311,0	7
Gastos totales	773,7	100	2102,7	100	2644,4	100	3258,8	100	3258,8	100
Saldo	3.404,8		4.491,6		5.687,2		7.203,5		8065,2	

*Incluyendo compromisos futuros de compensación (4)

Fuente: Informes Anuales SSO

12. Discusiones y recomendaciones

La participación del sector privado en el abastecimiento y garantía de los servicios de atención médica dentro del Régimen de Seguridad Social ha sufrido y ha dado muchas lecciones a los servicios generales de salud en Tailandia. La participación del sector privado en el sistema de pago por persona ha resultado satisfactoria, aunque no ha sido totalmente lo que se esperaba. En teoría, el pago por persona es muy efectivo por la contención del costo a

través de la influencia que ejerce en el comportamiento del proveedor. Estimula la eficiencia y el uso racional de la investigación, los medicamentos y los tratamientos. Los hospitales deben proporcionar mejor atención y responder más a la demanda del consumidor, con el fin de conservar el mercado. Debido a las limitaciones técnicas que dieron como resultado el registro de hospitales que fueron elegidos por los empleadores y no por los empleados, la competencia y el mejoramiento de la eficiencia no funcionaron tan bien ya que la soberanía de los trabajadores no fue ejercida totalmente. Se espera que a partir de 1997, cuando los hospitales registrados sean elegidos por el empleado, la tasa de utilización se pondrá al corriente y provocará la mejoría de la tasa de utilización. La oficina de SS tendrá que introducir un mecanismo de control más severo sobre la calidad de la atención.

Una debilidad importante es la concentración en los servicios curativos, a través de la atención que brinda el hospital contratista. Tiene un costo menos efectivo que los programas de prevención primarios y que las actividades de promoción activa de la salud que operan en los centros de trabajo. En el futuro, el SSO tendrá que esforzarse junto con los empleados, los sindicatos y las organizaciones no gubernamentales para iniciar actividades de atención más amplia proporcionadas por los trabajadores.

El Régimen tiene una posición financiera fuerte para iniciar los Centros de Atención Médica Primaria (PMC) y contratar PMCs que proporcionen atención ambulatoria a través del pago por cita: Las clínicas que existen en los centros de trabajo podrían ser revitalizadas para que sean PMC que den servicios de prevención y promoción de la salud junto con atención médica curativa. Los hospitales pueden ser contratados para servicios de hospitalización. Los PMC bien desarrollados pueden servir como peldaños para realizar la reforma en otros regímenes.

El Régimen también proporciona una buena oportunidad para desarrollar normas hospitalarias, aunque se centra en los indicadores estructurales. El trabajo posterior puede mejorarse a través del actual control del proceso de resultado del tratamiento.

Por otra parte, se debe buscar un mayor apoyo para la integración de los servicios públicos y privados y entre los privados y públicos mismos, con el fin de que se pueda establecer una apropiada mezcla pública y privada que de mejor atención para el trabajador.

Bibliografía

Chayasriwong S (1995). Comunicación personal. Bangkok: Oficina de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.

Chotikirativet S (1993). *Health seeking behavior of the insured workers of Social Security Act* en la provincia de Samutprakan. Tesis de maestría no publicada, Bangkok: Facultad de Medicina, *Chulalongkorn University*.

Instituto de Población e Investigación Social (1989). Los diferenciales de morbilidad y mortalidad, *ASEAN Population Programmed Fase II, Thailand country study report*. Bangkok: Mahidol University.

Panichprathompong U (1994). *Health seeking behavior of the insured bank employee under the Social Security Scheme in inner Bangkok, 1993*. Tesis de maestría no publicada, Bangkok: Facultad de Medicina, *Chulalongkorn University*.

Pannarunothai y Tabgcharoensathien (1993). Reformas al financiamiento de la salud en Tailandia, documento presentado en el Taller UEI "Financiamiento de la Salud en Tailandia", 12-13 de noviembre de 1993, en el *Dustin Resort and Polo Club, Petchaburi*, Tailandia.

Petition P (1995). Elección de hospitales registrados en Nonthaburi por el empleado. Tesis de maestría no publicada, Bangkok: Facultad de Economía. *Thammasat University*.

Oficina de Seguridad Social (1992, 1993, 1994, 1995). Informe anual de la Oficina de Seguridad Social. Bangkok: Ministerio de Trabajo y Bienestar Social (anteriormente Ministerio del Interior).

Supachutikul A, Bennett S, Tangcharoensathien V et al (1992). Solicitudes de atención médica de emergencia en la Ley de Seguridad Social de 1990. *Health Insurance Monograph Series* número 3. Bangkok, Ministerio de Salud Pública.

Supachutikul A (1995). Manual para evaluar la calidad para la aprobación de los hospitales contratistas dentro del Régimen de Seguridad Social. Bangkok: Instituto de Investigación de los Sistemas de Salud.

Supachutikul A (1996). Análisis de la situación del seguro de salud y su futuro desarrollo. Bangkok: Instituto de Sistemas de Salud.

Tangcharoensathien V y Walee - Ittikul S (1991). Seguridad Social: ¿quién gana y quién pierde? Boletín del Consejo Médico Tailandés 10 (3): 215.235.

Tangcharoensathien V. y Supachutikul A. (1993 a). Seguro de Salud en Tailandia: presente y futuro. Informe Anual de la Oficina del Seguro de Salud, Bangkok: Ministerio de Salud Pública.

Tangcharoensathien V, Nitayarumphong S, Bennett S (1993 b). La prestación de matemidad en la Ley de Seguridad Social de 1990. *Health Insurance Monograph Serie* número 2. Bangkok: División de Planeación de la Salud, Ministerio de Pública.

Tangcharoensathien V, Khongswatt S, Uerchaikul C et al (1995). La Difusión de lo dispositivos médicos en Tailandia, Bangkok: Instituto de Investigación de los Sistemas de Salud.

Tangcharoensathien V, Khongswatt S, Tantigate Net al (1995). El censo de 1992 sobre hospitales privados en Tailandia, Bangkok: Instituto de Investigación de los Sistemas de Salud.

Tangcharoensathien V (1996). La reforma de las políticas del Régimen de Prestaciones Médicas de los Servidores Públicos. Bangkok: Instituto de Investigación de los Sistemas de Salud.

Tangcharoensathien V (Ed) (1996) Fase 1: Eficiencia del mecanismo de pago y calidad de la atención médica en los nueve hospitales de Bangkok, Informe volumen 1: Información de los antecedentes, supervisión de la eficiencia y calidad de la atención médica en el hospital.

Nitayarumphong S., Sawanpanyalert P. (1996). El primer capítulo del Régimen del Seguro de Salud en la Ley de Seguridad Social de 1990 de Tailandia, Ministerio de Salud Pública.

**EL ENFOQUE DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LA POLITICA DE REFORMA DE LA
SALUD**

DAVID M. DROR

**ESPECIALISTA SUPERIOR (SERVICIOS DE SALUD)
RAMA DE PLANEACION, DESARROLLO Y ESTANDARES
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL
OIT, SUIZA**

DAVID M. DROR

Formación:

Es especialista en economía y administración de negocios. Tiene doctorado en Administración de Negocios (Seguros). Estudió en SUNY Buffalo, N.Y., y en la Universidad Estatal de Columbia (EUA), en la Universidad Hebrea de Jerusalén y en la Universidad de Haifa (Israel). Obtuvo una Beca Fulbright.

Experiencia Laboral:

Se involucró en la seguridad social cuando fungió como Director del Departamento de Relaciones Laborales de la Federación Israelita de Trabajadores (1977-1981). Ideó y negoció un convenio de pensiones ocupacionales a nivel nacional para el sector privado (1979), que contenía soluciones innovadoras para la indexación salarial COLA, que fueron aplicadas a todos los trabajadores (de los sectores público y privado) durante los años que hubo hiper inflación en Israel; trabajó como representante principal en el Consejo del Instituto Nacional de Seguros de Israel, fue designado para formar parte del Comité de Expertos en Temas de Seguridad Social de la OIT (1980-82) y estuvo involucrado en la elaboración de las normas de seguridad social durante los años que fungió como Delegado ante la Conferencia Internacional del Trabajo (1977-1981). Ha sido funcionario de la OIT desde 1982. En este contexto, primero estuvo manejando lo referente a los fondos de la seguridad social (1983); posteriormente, trabajó activamente en los temas referentes al derecho laboral y a las relaciones laborales (1984-1988). En ese entonces regresó a los temas relacionados con la salud, esta vez como practicante: fue el Jefe del Fondo del Seguro de Salud del Personal OIT-ITU (1989-1997). Desde enero de 1998, funge como especialista principal para cuestiones de salud dentro del Departamento de Seguridad Social. En esta función, participó en la elaboración del libro sobre *Modeling of Health Care Financing (Como modelar el financiamiento de la atención médica)*, que aparecerá próximamente.

Resumen

El enfoque de la seguridad social de la política de reforma de la salud se basa en ciertos lineamientos básicos:

El primero es que toda la gente debería tener acceso a los servicios de salud sin importar si pueden o no pagar los servicios que requieren o independientemente de su contribución. Este principio incorpora la idea de universalidad y propone que la cobertura de los servicios de salud de hecho abarca una serie de cuestiones. Este principio conlleva a ciertos cuestionamientos subsidiarios fundamentales. Uno de ellos es saber cómo financiar el esquema, otro es saber controlar el ingreso de los contribuyentes en virtud de que no existe un control inherente al mercado de la salud. Otra cuestión es definir qué es un paquete razonable de prestaciones. Posteriormente debemos preocuparnos por la asignación de recursos dentro del sector salud, así como por el tamaño del sector salud dentro de la economía o, de lo contrario puede ser que el crecimiento de la salud exceda lo que la sociedad desea (en términos de la proporción del PIB que se le destina).

El segundo principio rector es que la gente debe ser libre de elegir cuánto y cuáles servicios desea recibir, aparte del paquete básico.

El tercer principio es que la salud pública es responsabilidad del Estado.

Existen varias formas de abordar estos principios. Los dos extremos son: por un lado, un sistema de seguridad social obligatorio basado en impuestos y, por otro, un seguro privado voluntario. Debe hacerse hincapié en que la comunidad internacional respaldó estos principios básicos cuando, en 1952, adoptó la Convención No. 102 de la OIT en la que se establecen los estándares mínimos de seguridad social. Desde entonces, muchos países han establecido una cobertura obligatoria en sus sistemas de salud operada directamente ya sea por el estado o por los sistemas de seguridad social. Debemos recordar que, en 1952, la cobertura (incluso en los países más ricos) era de menos del 50%. En la actualidad, la cobertura en muchos países industrializados y de mediano ingreso es mucho mayor y estos países lidian. Con algunos de los problemas que no han podido resolver en sus sistemas de seguridad social. Pero, ¿cuáles son algunos de estos problemas?. La ignorancia del consumidor sobre la suficiencia y calidad de los servicios afecta tanto al comportamiento de los consumidores como al de los proveedores.

Asimismo, los proveedores ignoran los resultados del tratamiento y las repercusiones económicas de su comportamiento colectivo. Otro problema es que los proveedores dirigen el sistema de salud, favoreciendo principalmente los servicios de la salud urbanos, tecnológicamente desarrollados y enfocados a los hospitales. Se está cuestionando el grado en que este enfoque de los servicios médicos (algunas veces etiquetado como "biomédico") se adecua a las necesidades de la mayor parte de la población o a las limitaciones financieras de los sistemas de salud. Sin embargo, la renuencia al cambio de orientación de los proveedores y de los grupos privilegiados de la población que se benefician del sistema existente ha sido constante. Por otro lado, el seguro particular de salud opera principalmente como pagador de terceras partes y, en este caso, las partes no estarían interesadas en reducir los costos del sistema de salud.

El que un seguro social sea viable no sólo depende de los recursos, sino del consenso sobre el sistema. Debemos recordar que el seguro de salud es altamente redistributivo y, por ello, si no hay consenso puede ser que los sectores más favorecidos de la sociedad no deseen estar en el sistema y "pagar la cuenta de los pobres". Asimismo, puede ser que los pobres no deseen afiliarse a un sistema en el que sienten no se les dará suficiente a cambio.

Cada vez más y más países están optando por un sistema universal dual acompañado de servicios de salud privados. En este sistema dual ha sido difícil reconciliar los distintos potenciales de los dos sistemas. De hecho, este ha sido uno de los principales motores del HSR en los 90's. Sin embargo, el sector privado no ha mostrado mucha disposición o capacidad para manejar el acceso universal o la igualdad del sistema de otorgamiento.

Antecedentes

Muchos de los riesgos cubiertos por los sistemas de seguridad social¹ como: enfermedad, maternidad, incapacidad e invalidez y accidentes ocupacionales están relacionados con los servicios de salud. Por ello, los servicios médicos

¹ El término seguridad social tiene distintos significados en cada país. Por ejemplo, en Francia se refiere solamente al seguro de salud mientras que en los Estados Unidos de América denota la pensión proporcionada por el Gobierno Federal. En esta ponencia el término connota la red de seguridad social impuesta por una autoridad pública que proporciona un seguro de salud.

no sólo son centrales para las necesidades básicas de los individuos en el transcurso de sus vidas sino que también constituyen una red de seguridad social que la sociedad proporciona a sus ciudadanos.

¿Qué es el cuidado médico?. A grandes rasgos este término abarca los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación disponibles para la población necesitada. El suministro de servicios médicos en situaciones reales y concretas refleja, por un lado, la capacidad del cliente para comprar los servicios que necesita y, por otro, los servicios disponibles en ese preciso momento y lugar. Las necesidades varían considerablemente dependiendo de las elecciones personales y la información de los clientes, la situación económica y el suministro ofrecido por los proveedores en el "mercado de la salud". La definición genérica de necesidades de salud, conforme a la formulada por la OIT (en la Convención 102²) y la Organización Mundial de la Salud, hace referencia al mantenimiento, restauración y mejoramiento de la salud física y mental de las personas, así como de su capacidad para trabajar y atender sus necesidades personales.

Sin importar lo que el cuidado médico requiere, su satisfacción conlleva compromisos financieros. Esta relación entre las necesidades y la capacidad económica de satisfacer esas necesidades constituye la base de la protección de la seguridad social, que toma en cuenta el hecho de que muchas personas que no tienen suficientes recursos absorben por su cuenta la carga financiera de su mala salud.

La clásica respuesta de la seguridad social a esta situación surgió en Europa Occidental, de hecho, sería más adecuado hablar de "las respuestas", ya que cada una de ellas representa una pequeña variación en la forma de implementar principios similares. Aquellos sistemas se basaban en la noción de que todos los ciudadanos tienen el derecho legal de tener acceso a los servicios de salud. Y, ya que muchos individuos no pueden cubrir el costo de los servicios de salud que requieren y a los que tiene derecho, el Estado debe hacerlo por ellos. Por ello deben existir estructuras legales e institucionales que se encarguen tanto de los sistemas de salud como de financiar su operación, independientemente de las transacciones en efectivo en el lugar

² Convención de la OIT No. 102, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1952. El artículo 10 especifica el tipo de servicio al que los trabajadores tienen derecho como una definición mínima de lo que es la salud y de los componentes del paquete.

del servicio que requerirían complejas y costosas labores administrativas. Por lo tanto, el enfoque de la seguridad social del cuidado de la salud se basa en la noción de que *la gente debe tener legítimo acceso a los servicios*, sin importar su capacidad de pagar los servicios que requieren. La segunda cuestión sobre el enfoque de la seguridad social de los servicios de salud es que este sistema debe servir como mecanismo *redistributivo de la riqueza*. Con el fin de hacerlo de la manera más efectiva posible, el seguro social de salud (SHI por sus siglas en inglés) debe hacer uso de todos los ingresos posibles, situación que puede lograrse más fácilmente a través de los *sistemas obligatorios*. Las dos formas de financiamiento más comunes son las contribuciones relacionadas con el ingreso en el seguro de salud y el financiamiento basado en impuestos por concepto de seguro de salud que, por supuesto, también se relaciona con el ingreso. Ambas opciones tienen en común que se basan en el ingreso que los ciudadanos perciben en su empleo o actividad económica, en lugar de calcular la prima de acuerdo al riesgo que representa. Pero, considerando que el salario de contribución implica que todas las ganancias deben emplearse en el seguro social de salud, esta suposición no existiría en un financiamiento basado en impuestos. En su lugar, existiría un reconocimiento implícito del papel del gobierno en la decisión sobre la participación de los costos de salud en el presupuesto estatal general. De hecho, podría decirse que los sistemas basados en contribuciones incorporan un compromiso más claro sobre el uso que se da al dinero. A excepción de esta diferencia, los dos sistemas financieros ofrecen en esencia las mismas ventajas importantes: (1) el acceso a los servicios de salud y la carga financiera del sistema se relacionan y extienden en la medida de lo posible dentro de los límites nacionales y (2) cuando el financiamiento se hace por adelantado se libera al sistema de salud de la necesidad de cobrar cuotas como pre-condición para tener acceso a los servicios. Como es bien sabido este *modus operandi* ha permitido a los proveedores de servicios de salud concentrarse en el suministro de los servicios más adecuados de acuerdo a la condición del paciente y no en ajustar la calidad del servicio a las posibilidades de pago del paciente.

Ningún sistema es perfecto, y muchos de los aspectos de la concepción y operación del SHI se han debatido. La principal opinión alternativa ha sido esperar que los SHI funcionen más como un seguro de salud privado, en virtud de que éste es más viable económicamente y más eficiente a nivel operativo. La pregunta no sólo es si existe evidencia empírica que apoye esta opinión, sino saber si este cambio es posible reteniendo las características

de cada una de las dos alternativas. El propósito de esta ponencia es revisar los dos enfoques alternativos del seguro de salud en virtud de las opiniones divergentes. Primero revisaremos las principales diferencias que existen entre el seguro particular y la cobertura social de salud de acuerdo a la teoría de aseguramiento. Y, una vez hecha esta comparación, consideraremos a groso modo los avances de la reforma del sector salud con el fin de evaluar cuáles elementos del seguro particular han ofrecido soluciones efectivas a los principales problemas y hasta qué punto estos elementos pueden incorporarse en el SHI.

1. ¿Existe una diferencia básica entre el seguro privado y el seguro social de salud?

Seguro privado: La principal premisa del seguro privado es que la *demanda del seguro surge del comportamiento individual de adversidad hacia los riesgos*. Puede ser que los individuos que buscan prevenir un riesgo al que temen vaya más allá de su capacidad de pago, si y cuando este ocurre se firman contratos de aseguramiento a cambio del pago de una cantidad (prima) conocida que pueden pagar. Los seguros privados asumen que los individuos tienen el conocimiento e información necesaria para evaluar los riesgos de salud y saber la utilidad de un seguro. Por otro lado, el seguro compra el riesgo del individuo asegurado al precio de la posibilidad estimada de que ocurra. *La relación entre la prima y la diferenciación individual de riesgo es una de las principales características del seguro privado*. Un cálculo adecuado de la prima en términos del riesgo es fundamental para el éxito (ganancia) o fracaso (pérdida) del asegurador. Los seguros privados asumen que, en principio, todos los riesgos son asegurables a un cierto precio. Por lo general el asegurador establece el precio mínimo y el mercado fija el precio máximo porque, conforme la prima aumenta, el mercado de aseguramiento decrece. Por tanto, se aseguran con mayor frecuencia casos de riesgo estándar que casos particulares. A pesar de que con frecuencia se habla de *risk pooling* (riesgos mancomunados), sería más adecuado hablar de “aglutinamiento” de tipos de riesgo. Esto se relaciona con la fusión hecha por los aseguradores de riesgos similares pero que no guardan relación entre sí, usada para extender las estadísticas sobre un gran número de casos. Sin embargo, también se asume que *un seguro privado no tiene la obligación de cubrir todo tipo de riesgos y que es libre de rehusarse a cubrir “riesgos malos”*. Si al seguro se le permite rehusarse a asegurar ciertos casos (ya sea personas o sucesos) que considera improductivos, es probable que lo haga. A esto se le

llama "filtrado de riesgos". En el seguro de salud esto significaría que la mezcla de individuos cuyos riesgos son fusionados puede cambiar periódicamente y puede ser que se excluya a los riesgos malos de esta fusión. Este proceso hace necesaria la supervisión de los riesgos efectivos y de los riesgos individuales evaluados.

Seguro social de salud: La suposición central del SHI es que la sociedad debe proporcionar a todos los ciudadanos al menos servicios básicos de salud. Se considera que la salud y el acceso al cuidado de la salud son un derecho humano básico⁴ y no un producto comercial. Todos los países tienen distintas reglas sobre los que pueden beneficiarse de este sistema (de afiliación voluntaria u obligatoria), sobre lo que incluye el paquete básico y sobre la forma en que se financia (ya sea a base de impuestos, contribuciones, etc.). En otras palabras, *la afirmación a un seguro social de salud refleja una noción de derecho a los estándares nacionales de salud mínimos*. En lo tocante al ingreso, en lugar de los parámetros usados por los aseguradores privados para evaluar el riesgo individual (edad, sexo, condición médica anterior y utilización) el seguro social generalmente relaciona la prima (llamada contribución) con el salario del asegurado. La diferenciación entre los salarios individuales reemplaza a la diferenciación de riesgos ya que, por lo general,

⁴ Todas las conferencias globales de Naciones Unidas han incluido una resolución al respecto. A continuación se presenta la lista de las referencias más importantes a las resoluciones y conclusiones adoptadas en los 90:

- Conferencia Mundial sobre Educación para Todos (Tailandia. 1990) Artículo 6:
- Cumbre Mundial de la Infancia (Nueva York), párrafos 9, 10, 11, 20.2, 2, y apéndices I, II.
- Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Rio de Janeiro. 1992). párrafos 6.4, 6.5, 6.12, 6.13, 6.18, 6.23, 6.27, 6.33, 6.34, 6.40, 6.41.
- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena. 1993). párrafos 31, II.41.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo. 1994). párrafos 6.7, 7.6, 8.3, 8.5, 8.18, 8.13, 8.15, 8.17, 8.20, 8.21, 8.22, 8.29, 8.31.
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague. 1995) Compromisos 2(b), 5(d), 6.6(c), 6(m), 6(o), 6(q), 6(w), párrafos 35, 36, 37, 74.
- Cuarta Conferencia sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, Desarrollo y Paz (Beijing. 1995) Objetivos C.1, C.2, C.3, L.5 párrafos 106, 108, 109, 281.
- Segunda Conferencia de Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (Hábitat II) (Estambul. 1996). párrafos 32, 36, 115, 118, 199, 121, 136, 137.
- Cumbre Mundial sobre Alimentos (Roma. 1996). Objetivo 2.4.

Fuente: *(Compendium of social issues from United Nations Global Conference, in the 1990s (Compendio sobre Asuntos Sociales de las Conferencias Globales de Naciones Unidas en los 90). UNACC Task Force on Basic Social Services for All, Diciembre 1997. 106 páginas.*

la contribución se relaciona con el ingreso. Por lo general, las contribuciones se descuentan del salario del empleado en su centro de trabajo, con una contribución equiparable por parte del patrón. El objetivo que el SHI comparte con otros seguros sociales es acrecentar el *subsídio cruzado entre grupos de distintos ingresos*. Esto se logra a través de un cálculo progresivo y relativo de las contribuciones como porcentaje del salario. Por ello, los trabajadores con mejores ingresos pagan contribuciones mayores (en términos absolutos) a las que pagan los trabajadores con ingresos menores. Por lo general existe un nivel mínimo y máximo que permite exentar a los más pobres de contribuciones y fijar un límite máximo de contribución para los trabajadores con mejores ingresos. Se considera que la población asegurada comparte una *responsabilidad nacional del riesgo colectivo*, más que una fusión de riesgos que puede ser modificada para excluir los malos riesgos. Este panorama incorpora la idea de que algunas personas pueden influir en la salud de todos los asegurados (como, por ejemplo, a través de la transmisión de enfermedades contagiosas). Por lo tanto, la condición de salud de la comunidad en su totalidad no puede dejarse a la decisión individual de afiliarse o no. Por esta misma razón no debe permitirse que el seguro excluya a nadie del SHI. Sin embargo, *la responsabilidad nacional abarca un conjunto de condiciones de salud específicas y limitadas*. El paquete de prestaciones se adapta para satisfacer esas necesidades. No obstante se conserva la idea de elección individual, en la que las personas son libres de elegir cuáles servicios desean obtener para riesgos que no están incluidos en el paquete del SHI.

En breve, existen ciertas diferencias básicas entre el seguro privado y el seguro social de salud. *Los dos sistemas tienen distintas prioridades: mientras que el seguro particular de salud se enfoca sólo a consideraciones económicas el SHI incorpora consideraciones sociales de acceso universal y redistribución del ingreso como uno de los principales ingredientes de la red de seguridad para todos los miembros de la sociedad*. Esto es resultado de distintos enfoques sobre: 1 La motivación básica del seguro (aversión del asegurado hacia el riesgo contra nivel mínimo de atención para todos los miembros de la sociedad); 2 El alcance del riesgo asegurable (riesgo individual o colectivo); 3 La libertad del asegurado para restringir el riesgo de salud asegurable (el seguro privado puede excluir los malos riesgos o negarse a asegurarlos, mientras que el seguro social de salud tiende a la cobertura universal sin importar el riesgo individual); 4 El sistema de evaluación para fines de las primas (basado en los riesgos o basado en el ingreso). Asimismo, los dos

sistemas difieren en cuanto al significado de equidad. Para los seguros privados. Este término significa pago total con respecto al paquete de prestaciones adquirido por el individuo mientras que para el seguro social, equidad significa que todos los miembros deben recibir en esencia las mismas prestaciones, sin importar el nivel de la prima pagada por cada quien.

2. Cobertura voluntaria u obligatoria “¿libertad de elección contra derechos humanos básicos?”

Por lo general, el seguro particular no contempla la idea de seguro obligatorio, en parte porque el *motivo de aversión hacia el riesgo asume la posibilidad de libre elección* que, naturalmente, se anularía si existiera una ley que impusiera el seguro obligatorio. Se considera que el grado de aversión hacia el riesgo es relativo a distintos parámetros tales como el nivel de la prima a pagar, situación económica del individuo, riesgo específico y elasticidad de la demanda de atención médica. Todas estas consideraciones tienen implicaciones económicas. Sin embargo, en el contexto de la salud, el término “riesgo” puede tener un sentido existencial (perfil de vida) así como un sentido económico (de riesgo financiero). Los distintos sentidos pueden ilustrarse con las consecuencias de un error: un error en el cálculo del riesgo económico o una insuficiente aversión hacia el riesgo por parte del asegurado pueden llevar a la bancarrota, pero un error existencial puede resultar en la pérdida de la vida (o al menos en la calidad de vida). Esta distinción nos lleva a formularnos la siguiente pregunta: ¿los individuos deben tener libertad de elección irrestricta en cuanto a asuntos existenciales, similar a la que ejercen en las decisiones de tipo económico? Este es el debate implícito que distingue a los seguros privados de los sociales en cuanto a la promoción de un principio u otro. Los seguros privados favorecen la libertad individual de decidir comprar o no una cobertura. La pregunta que queda por responder es ¿cuál es la evidencia en la que los seguros privados se basan para afirmar que gran parte de la población tiene los conocimientos necesarios para evaluar su riesgo personal?. Un aspecto análogo es la “selección adversa”. Esta situación puede darse cuando un individuo, al momento de solicitar su seguro, se guarda cierta información sobre su estado de salud, llevando al asegurador privado a evaluar el riesgo asegurado a un costo menor, debido a la información deficiente proporcionada por el individuo. Como se mencionó, los seguros privados asumen que, cuando todos los otros factores son iguales (incluyendo el ingreso de la población asegurada), la aversión hacia los riesgos es alta en

el caso de riesgos con alto potencial de impacto, incluso aunque sea muy poco probable que ocurran. Sin embargo, en realidad los niveles de ingreso no son iguales y la noción individual de “alto impacto potencial”, “costo catastrófico” o alto riesgo, pueden diferir dependiendo del salario de las personas. La aversión hacia riesgo depende principalmente del nivel de ingreso mientras que la *propensión de comprar un seguro no depende tanto del riesgo objetivo sino del sentimiento de utilidad esperado*. Desde ese punto de vista, si los asegurados sienten que el seguro obligatorio no les es muy útil (porque se les obliga a asegurar riesgos que desearían absorber por sí mismos) los asegurados inconformes pueden buscar que se les regrese la prima que se les obliga a pagar. En este caso los asegurados pueden tender a hacer un consumo excesivo de los servicios médicos disponibles en el seguro obligatorio a un bajo costo o gratuitos para “desquitar su dinero”. (Este comportamiento, del cual hablaremos más adelante, se denomina “*moral hazard*” (riesgo moral).

Seguro social de salud: El seguro social *asume que el ciudadano promedio no tiene acceso a la información requerida para el evaluar los riesgos que deben cubrirse*. Algunas personas, principalmente los jóvenes, tienden a subestimar su riesgo personal y puede que no les interese que se les mezcle con otros individuos de mayor riesgo. Muchas personas no tienen la suficiente cultura para entender la noción de riesgo y puede ser que sus decisiones se basen en el sentimiento de que están pagando demasiado o de que están obteniendo muy poco a cambio de sus pagos. Además, algunas personas representan un riesgo de salud pública mucho mayor que su riesgo personal (por ejemplo, los portadores de enfermedades transmisibles). Estas situaciones (información insuficiente sobre los riesgos o subestimación del riesgo personal) pueden llevar a un sub-aseguramiento, en el que la afiliación al seguro de salud es totalmente voluntaria. Esto puede obligar a la sociedad a pagar por los individuos no asegurados, incluyendo a ciudadanos de la clase acomodada cuyo costo total de servicios de salud accede sus medios. En este caso, estas personas se beneficiarían de la cobertura del tipo seguro aunque decidan no comprar el seguro o no pagar por él (“arribistas”). Sin embargo, el SHI *no puede rehusarse en principio a la cobertura basada en el nivel de riesgo individual, pero puede afrontar los riesgos de atender a individuos que no contribuyen y a individuos que no hacen una buena elección al optar por una cobertura universal obligatoria*. En virtud de que la “no contribución” es contraria al otorgamiento cruzado de subvención entre los distintos grupos de ingresos, se opone a uno de los principales objetivos de la seguridad social. La evasión del riesgo de “no contribución” al seguro

voluntario concuerda con los principios del SHI. Por consiguiente, el SHI promueve que la libertad de abandonar el sistema debe ser limitada en aras del interés público. Por el contrario, *todos los ciudadanos deben estar cubiertos por un paquete predefinido que cubra las principales necesidades de salud*. Este es un complemento natural del deslindamiento del riesgo individual de la prima y de la demanda del seguro: los buenos riesgos deben cubrirse junto con los malos riesgos, aunque no demanden este seguro y aunque la contribución se calcule de la misma manera en todos los casos. Además, es probable que en *sucesos de alto riesgo (como es el caso de una cirugía), el seguro obligatorio sea menos controversial, si de cualquier forma es probable que exista una gran demanda de aseguramiento*. Pero, el limitar la cobertura obligatoria a este tipo de riesgo sería inaceptable debido a la noción asistente de que la salud pública es responsabilidad del Estado. Gran parte de esta labor puede llevarse a cabo a través del cuidado universal primario de la salud. Por ello, podría decirse que *la cobertura obligatoria es parte integral de la solidaridad*.

En conclusión parece ser que en el debate sobre la cobertura voluntaria y la cobertura obligatoria no se discuten los principios (¿"derecho humano básico contra libertad de elección"?) sino la viabilidad económica de las opciones de aseguramiento. Los seguros privados asumen que la mayoría de las personas tienen acceso y se basan en gran cantidad de información para evaluar el riesgo; mientras que el SHI asume que muchos ciudadanos no tienen acceso a la información necesaria o a las facilidades que podrían permitirles ejercer una libertad de elección teórica. En tales circunstancias, el interés público debe prevalecer, afiliando a todos los ciudadanos a un sistema uniforme de seguro de salud.

3. ¿El riesgo moral es parte del paquete (de prestaciones)?

Seguro privado: En el seguro privado, la cobertura implica un compromiso legal por parte del asegurador de proporcionar un paquete pre-definido de prestaciones a cambio de una prima. Por lo general, los aseguradores comerciales no pueden cambiar este paquete predefinido mientras el contrato esté vigente porque esto los alentaría a limitar el paquete de prestaciones a unos cuantos riesgos bien definidos de gran impacto pero que ocurren con poca frecuencia, con el fin de reducir el peligro de pérdida resultado de un

sobrecompromiso⁵. Por otro lado, el paquete de prestaciones debe incluir los riesgos que pueden atraer el potencial de adversidad hacia el riesgo de la clientela. Además, necesitan tomar en cuenta a la competencia, los posibles estándares legales mínimos y los avances de alta tecnología de la biomedicina que pueden reducir el riesgo de ciertos procedimientos más no el precio durante la validez del contrato. Por ejemplo, una cirugía de corazón abierto era peligrosa y poco común hace algunos años. Mientras que en la actualidad se le considera de rutina. El costo de estas situaciones no siempre se sabe cuando el asegurador calcula la prima. Otro factor que afecta el diseño de paquetes de prestaciones es el comportamiento del cliente. No hay garantía de que el asegurado seguirá el mismo patrón de aversión hacia el riesgo que presentaba cuando decidió comprar el seguro a cuando decide hacer uso de los servicios médicos una vez que ha pagado por el seguro. Algunos investigadores opinan que la demanda de servicios de salud inevitablemente aumenta en función de la extensión de la cobertura⁶. Sin embargo, nosotros consideramos que esta suposición debe ser moderada: ¿acaso sería posible que alguien decidiera, por ejemplo, amputarse un miembro sólo porque el paquete incluye esa prestación?. Similarmente, parece razonable asumir que las personas comprarán ciertos servicios no incluidos si estos servicios podrían en dado caso salvarles la vida. Por otro lado, basta decir que *puede asumirse que existe una relación entre la demanda y el precio del servicio para muchos procedimientos comunes tales como consultas, cuanto más bajo es el precio de los servicio más alta es la demanda*. Este fenómeno, conocido como “moral hazard” (riesgo moral) estipula que la demanda elástica es sensible a los precios; esto también significa que la demanda no elástica no depende del precio y, por lo tanto, no está sujeta al riesgo moral. El riesgo moral es mayor (peor) cuando el precio de los servicios elásticos se reduce o elimina. *El riesgo moral puede ocurrir tanto en la demanda como en la oferta*. Por un lado, el riesgo moral refleja el deseo del asegurado de sacar provecho del bajo costo de los servicios elásticos; por otro, el riesgo moral puede darse cuando el proveedor decide proveer de más, ya sea por el suministro de información asimétrica (incluyendo medicina defensiva) o

⁵ De hecho, conscientes de que no pueden cambiar el paquete de prestaciones durante la validez del contrato, muchos seguros de salud privados adquieren un re-aseguramiento “ininterrumpido” para disminuir su exposición a casos catastróficos.

⁶ K. Arrow *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (Incertidumbre y economía de la previsión sobre servicios médicos). *American Economic Review*. 1963. 941-973 .

cuando el proveedor tiene la posibilidad de beneficiarse del sobresuministro de servicios médicos (servicios cognoscitivos, servicios médicos-técnicos o prescripción de medicamentos). Las investigaciones han indicado que la autorregulación de proveedores no ha sido capaz de dominar el riesgo moral por parte de los proveedores. Asimismo, se ha afirmado que la *asimetría en la información tanto en la demanda como en la oferta incrementa el riesgo moral*. El demandar información colateral asimétrica significa que el proveedor de salud tiene más información que el cliente sobre el cuidado óptimo requerido en cada caso específico. El proporcionar información colateral asimétrica significa que el proveedor no posee información suficiente sobre los resultados del tratamiento y, por ello, opta por tratamientos defensivos o de prueba-error que no toman en cuenta el costo del servicio. El proveedor debe practicar buena medicina, satisfacer al paciente y perpetuar un buen ingreso y, por lo general, estos tres elementos están relacionados con el uso excesivo. Por consiguiente, *en los seguros privados de salud el proveedor no tiene ningún incentivo para reducir los costos del sistema de salud*. Con frecuencia, el seguro privado de salud no cuenta con toda la información necesaria para prevenir las altas tasas de utilización producidas por el efecto combinado del riesgo moral de la demanda y la oferta. La respuesta habitual del seguro privado al riesgo moral ha sido tratar de restringir la demanda usando distintos medios. Los más comunes son: cobrar primas más altas que las que justificarían el riesgo calculado, imponer varios tipos de cuotas a los usuarios (por ejemplo deducibles, pagos conjuntos y límites máximos de prestaciones). Al final del período contratado el asegurador puede rehusarse a renovar el seguro de altos riesgos o aumentar la prima para reflejar los patrones de mayor uso. Sin embargo, *puede ser que los incentivos a la poca demanda o las penalizaciones encaminadas a reducir la utilización sean efectivas sólo para los servicios de bajo costo (y para las situaciones de bajo riesgo)*. Esto deja al aseguramiento privado expuesto al riesgo moral colateral, incluyendo los servicios costosos que puede poner su propia existencia en riesgo. Para cambiar este paradigma sería necesario cambiar la práctica actual drásticamente. Una opción podría ser restringir la libertad del cliente para elegir al proveedor, otra sería cambiar la naturaleza del contrato de aseguramiento para liberar al seguro de la obligación de pagar el costo total del paquete de prestaciones acordado y otra más podría ser modificar considerablemente la relación comprador-proveedor que podría asignar al seguro las funciones de control de tarifas y pago de terceras partes. Cualquiera de estos cambios disminuiría la diferencia existente entre el seguro privado y el SHI.

Por lo general, el seguro social de salud no tiene un límite fijo de vigencia y es colectivo, en el sentido de que no acuerda contratos personalizados con cada asegurado. A diferencia del seguro privado, el SHI no está obligado a continuar proporcionando el paquete de prestaciones acordado individualmente. Por ello, *en teoría, el SHI dan mayor flexibilidad para cambiar ya sea el paquete de prestaciones o las contribuciones o ambas cosas dependiendo de la experiencia del costo* (particularmente en el sistema de financiamiento PAYS (Pay-as-you-go system). Esta flexibilidad es una de las principales herramientas del SHI para lidiar con niveles de demanda inesperadamente altos. Al mismo tiempo, el SHI debe cubrir a todos los ciudadanos sin diferenciar los riesgos. Esto sugiere que el cuadro de prestaciones debe responder a una clientela más variada y con esta extensión del paquete de prestaciones, a un riesgo moral mayor. El riesgo moral no sólo aumenta porque el paquete de prestaciones es más amplio en sí, sino porque esta extensión permite a más personas usar servicios baratos o gratuitos (o porque los patrones individuales de uso individuales no alteran su clasificación de riesgo y, consecuentemente, su prima). Una de las formas en las que algunos sistemas de seguridad social han manejado el riesgo moral ha sido distinguir entre las prestaciones de alto y bajo riesgo (que no deben confundirse con las personas de alto o bajo riesgo). El riesgo de la prestación se refiere a la probabilidad de que la población haga uso de esta prestación en particular. Los beneficios de bajo riesgo son aquellos en los que la elasticidad de demanda es baja y, por ello, el precio tiene poco impacto en la utilización. Algunos ejemplos de las prestaciones que caben dentro de esta categoría son: cirugía (excepto cirugía plástica) y otros procedimientos de cuidado intensivo. Se asume que si la demanda no es elástica, el riesgo moral también es bajo. Las prestaciones de alto riesgo (para las que la elasticidad de demanda es alta) incluyen visitas al médico general, medicinas y otros servicios en los que el precio tiene mayor influencia sobre la demanda. La alta elasticidad de la demanda también indica un alto riesgo moral. *La principal diferencia que existe entre el enfoque de la composición del paquete de prestaciones y el riesgo moral es que mientras el seguro privado diferencia entre personas de alto y bajo riesgo el SHI hace referencia a prestaciones de alto y bajo riesgo.* Mientras que los primeros son determinados por el patrón personal de utilización de servicios médicos, los últimos son determinados por su exposición al riesgo moral entre el público en general. Al mismo tiempo, ya que el seguro social de salud cubre a toda la población, el riesgo moral debe ser considerado a la luz del poder adquisitivo de los sectores más amplios de los distintos grupos de ingresos. Por ello podría decirse que, en principio, el

seguro social de salud no debe imponer cuotas al usuario para controlar el riesgo moral, sino enfocar este problema de otras maneras. Sin embargo y ya que no existe una mejor solución, en muchos países el SHI ha imitado al seguro privado al imponer cuotas al usuario con el fin de reducir el riesgo moral de las prestaciones de alto riesgo (aquéllas más susceptibles al riesgo moral). Sin embargo el SHI se ha abstenido de desplazar los costos en los otros tipos de prestaciones. No obstante, precisamente porque los procedimientos caros no se someten a las cuotas del usuario, puede ser que las reservas del SHI lleguen a ser demasiado limitadas para pagar el costo total de los servicios. En este caso, el SHI no se arriesgaría a ser declarado en bancarota, a diferencia del seguro privado. En su lugar, disminuiría las prestaciones o aumentaría las contribuciones, o buscaría otras fuentes de financiamiento. Esta situación se denomina "riesgo político"; algunos argumentan que el cambio de seguro social a seguro privado mejora la utilidad del asegurado porque reduce el riesgo político y, por lo tanto, garantiza el paquete de prestaciones acordado. Al mismo tiempo, puede plantearse un argumento en contra. El riesgo político faculta al público a ejercer presión sobre el gobierno para que incremente los recursos destinados al sector salud o a algunas partes de este, o a aumentar las prestaciones aunque no estén consideradas en los cálculos iniciales. En el seguro privado esta opción no existiría, ya que contrapondría el principio de evaluación de riesgo por adelantado basado en la información individual.

Resumiendo, en esta sección se explicó que el riesgo moral se debe principalmente a tres fenómenos: la sobre-utilización generada por el asegurado, la sobre-utilización generada por los proveedores y el comportamiento del asegurador (incluyendo el cálculo de primas) que promueven los dos primeros patrones. El aseguramiento privado ha prestado mucha atención al riesgo moral colateral de la demanda pero las cláusulas *bonus malus* no han sido suficientes para reducir los costos de salud. El SHI ha usado algunos de los mecanismos empleados por los aseguradores privados sin tener mucho éxito en la resolución del problema. Por otro lado, casi no se ha prestado atención a las otras dos razones. Sería necesario evaluar el impacto económico total de las tres causas con el fin de encontrar soluciones más adecuadas a este problema en el contexto del HSR.

4. Regulación de proveedores y elección de proveedor en los sistemas de provisión públicos privados.

Tradicionalmente, el seguro privado funciona *como contraparte financiera del asegurado*, más que como intermediario en las relaciones del asegurado (como paciente) con el proveedor de servicios de salud. Habitualmente el seguro privado de salud opera a través del reembolso de cuentas pagadas por el asegurado a proveedores de servicios de salud⁸. Para efectuar el reembolso de cuentas a su cliente, el seguro puede implementar reglas que establezcan incentivos o “penalizaciones” de uso, siempre y cuando estas reglas estén incluidas en el contrato. Con frecuencia las “penalizaciones” incluyen deducibles, cláusulas de pago conjunto, exclusiones de algunos tipos de servicio o límites máximos de prestaciones. Si la persona es considerada de alto riesgo, puede ser que la prima a pagar cambie al momento de renovar el contrato de aseguramiento. Sin embargo, por lo general el seguro privado de salud no restringe la libertad de elección de la persona asegurada. La característica más importante de esa libertad de elección es la libre elección del proveedor. Debe subrayarse el hecho de que, *usualmente el seguro privado apoya tanto la libertad del cliente para elegir al proveedor como la libertad del proveedor para decidir el plan de tratamiento*, incluyendo prescripciones ilimitadas. Sin embargo, no siempre es claro si esta libertad de elección favorece a los intereses económicos o médicos de los pacientes, los proveedores o los aseguradores. En algunos casos, cuando se limita la provisión efectiva de servicios de salud, la libertad de elección se vuelve cuestionable. Este caso puede darse en áreas pobres o rurales de países en vías de desarrollo, en las que el número de proveedores es desproporcionadamente bajo comparado con la población. Sin embargo en la mayoría de los países desarrollados y en los centros urbanos de los países en vías de desarrollo, los servicios médicos no son escasos; aunque, a pesar de la libertad de elección de los pacientes, el mercado no ha podido controlar los costos de los servicios de salud. Parte de la falla del mercado se relaciona con el riesgo moral del que ya hemos hablado. La respuesta de los aseguradores privados de incluir “cláusulas de *bonus malus*” (es decir,

⁸ Por sí mismo, un sistema de reembolso (más que el otorgamiento directo de servicios) puede ser más aceptable para las personas de mayores posibilidades económicas que para los pobres. Pueden considerarse tres niveles de riqueza: (1) aquellos que sienten que son “muy pobres para asumir el riesgo”: (2) aquellos que pueden pagar la prima pero no el financiamiento del costo hasta que se efectúa el reembolso. (3) y los menos privilegiados que son demasiado pobres para pagar al menos la prima.

incentivos en las primas por poco uso o, por el contrario penalizaciones en las primas por comportamiento o uso de alto riesgo) no ha servido de mucho para reducir los costos de los servicios de salud. Debemos recordar que, debido a la asimétrica información con la que los pacientes y los proveedores cuentan, el proveedor toma muchas decisiones sobre el tipo e intensidad (costo) de los servicios. Por ello, de la misma forma en que el costo del sistema de salud depende de la demanda y la oferta, para lograr ahorros en este mercado es necesario establecer incentivos tanto para los pacientes como para los proveedores. Sin embargo, a menos que el seguro pague las cuentas directamente al proveedor (en cuyo caso se le denomina “pagador de terceras partes”) no pueden establecerse reglas para los proveedores (por ejemplo tarifas de proveedor). Para hacerlo, el contrato legal firmado entre la aseguradora y el cliente tendría que considerar al proveedor en ese acuerdo. Estos acuerdos triangulados (seguro-asegurado-proveedor) son atípicos en la industria de seguros privados.

Sin embargo, debido a la inexistencia de acuerdos legales triangulados, los seguros han intentado analizar la información médica que les llega a través de las cuentas a un costo considerable. No obstante, en la mayoría de los países, la información contenida en las cuentas ha sido mínima o sujeta a un elaborado proceso de desciframiento, encaminado a proteger el secreto médico. Sin información detallada es muy difícil llegar a cualquier regulación significativa de los proveedores de servicios de salud. Una opción para los aseguradores privados sería diseñar procedimientos de reembolso que insten al proveedor a considerar el costo económico de los servicios. En los seguros privados que operan solamente a base de facturas-reembolso, es menos probable que exista esta opción.

Tradicionalmente, el seguro privado no ha establecido regulaciones para la operación del sistema de otorgamiento. Esto continúa siendo una realidad en la mayoría de los países. Sin embargo, en los Estados Unidos, el seguro público de salud (Medicare y Medicaid) que actúa como pagador de terceras partes, ha instalado un complejo sistema de regulaciones para los proveedores. Inspirado por este elaborado sistema, el seguro privado de salud ha aumentado sus actividades para incluir propiedad y operación de instalaciones en las que puede ejercer un mejor control sobre los proveedores. Mucho se ha escrito sobre este proceso en los Estados Unidos de América. De acuerdo a las condiciones existentes, el asegurado puede ejercer distintos grados de libertad de elección (desde libertad total hasta ausencia total de

libertad). Asimismo puede ser que la libertad del proveedor de elegir el tratamiento o la prescripción esté muy controlada. Además, la discriminación de precios entre los clientes es rutinaria. Esto se aleja de la fijación clásica de precios con base en el riesgo y se asemeja más al comportamiento mercantil normal de usar la distinción de precios como herramienta de mercadotecnia para aumentar la participación en el mercado del seguro propietario de las facilidades. Los clientes internos pagan la tarifas baja, dependiendo de los acuerdos de precios por volumen o con descuento. Por su parte, los clientes a los que no se les hace descuento pagan los precios más altos. De hecho, este sistema equivale a una transferencia de costos entre seguros. Por ello, se ha introducido un nuevo rasgo en los sistemas privados de otorgamiento: negociaciones de precios. Existe poca información para evaluar el impacto sobre los sistemas de salud de discriminación de precios pero algunos indicadores iniciales señalan que esta práctica podría abrir la puerta a la corrupción financiera a menos que estos sistemas sean auditados constantemente. Los problemas que han surgido al momento de auditar el riesgo moral (principalmente el intrincado problema de escudarse en la confidencialidad médica) son buenos indicadores de cuán difícil podría ser la auditoría financiera o la fijación de precios múltiples.

El seguro de salud social *con frecuencia funciona como pagador de terceras partes*. En algunos países lo hace proporcionando servicios a través de un sistema de otorgamiento de servicios de salud que posee y opera. Existen muchas formas de explicar esta situación. Primero, históricamente, en la mayoría de los países, el sector salud privado invierte muy poco y muy selectivamente en infraestructura médica costosa (principalmente hospitales). Por lo tanto, los sistemas de otorgamiento privados (con y sin fines de lucro, incluyendo misiones y otras organizaciones no-gubernamentales) no han sido capaces de satisfacer la demanda del SHI de cubrir a toda la población en toda la extensión geográfica. En muchos países en vías de desarrollo, el gobierno ha tenido que participar en este sector después de la independencia, principalmente porque el sistema de otorgamiento que se estableció en su lugar fue inadecuado. Segundo, en algunos países -por ejemplo en los países de la ex-Unión Soviética- la inversión privada (en servicios de salud y otros) fue coartada severamente debido a la ideología sobre propiedad de bienes y servicios públicos. La cuestión de propiedad y operación del sistema de otorgamiento está directamente relacionada con el consenso existente sobre libertad individual de elección. Ya se mencionó que los seguros sociales de salud se basan en la premisa de que *el asegurado tiene derecho a los servicios*

de salud; pero esto no necesariamente implica que se tenga libertad para elegir al proveedor. Existen varios modelos que restringen la libertad de elección del paciente hasta cierto punto. En algunos países (por ejemplo en Alemania) los sistemas de otorgamiento públicos, privados o semi-privados operan conjuntamente y casi todos los proveedores privados actúan como subcontratistas del SHI pero también pueden tener práctica privada, por ejemplo en los servicios incluidos y en los que no están incluidos en el paquete de prestaciones del SHI. En el modelo alemán, el SHI está organizado con base en varios fondos mutualistas regionales que tienen acuerdos sobre tarifas con organizaciones de proveedores; por lo general los fondos mutualistas pagan las cuentas directamente a las organizaciones de proveedores, y cada parte asume las funciones redistributivas y contables de sus miembros. El cliente puede seleccionar al proveedor de una lista limitada. En algunas regiones de Alemania el gobierno, ya sea directamente o a través del SHI, emplea a proveedores para que atiendan a la población asegurada. En Francia, el grado de elección personal varía dependiendo si el servicio se proporciona a nivel interno o externo. En caso de hospitalización el paciente no puede elegir y la decisión la toma el médico tratante. Muchos hospitales son propiedad del gobierno y gran parte del personal que labora en los hospitales es contratado por el estado. El seguro funciona sólo como pagador de terceras partes y agente contable; pero la base del pago a hospitales se decide por decretos gubernamentales con una fórmula compleja y específica para cada región¹⁰. Para el cuidado ambulatorio los clientes pueden elegir al médico libremente y los médicos operan como empresas particulares. En la mayoría de los casos los clientes pagan las cuentas directamente a los proveedores y solicitan reembolso al SHI. Para evitar el riesgo moral, el SHI francés impone reglas estrictas tanto a los asegurados¹¹ como a los proveedores¹² para compartir los costos de servicios ambulatorios. En el Reino Unido cada ciudadano debe registrarse con un médico general empleado por el NHS y

¹⁰ "La vieja fórmula basada en el precio histórico por día. Los promedio o intensidad del servicio ya no se usa.

¹¹ Principalmente a través de pagos conjuntos y tasas de reembolsos diferenciales (llamadas "*ticket modérateur*").

¹² Principalmente a través de acuerdo con proveedores para que reembolsen de sus ingresos anuales al seguro nacional de salud (CNAM). Este pago llamado "recuperación" (calculado a cada año *a posteriori*), refleja la cantidad que las organizaciones profesionales reconocen como costo excesivo del sistema causado por cobrar servicios inútiles, innecesarios o médicamente no adecuados. Esto se justifica contraparte de la libertad de los proveedores de decir el tratamiento que proporcionan.

este proveedor actúa como un “custodio” que decide si se requiere la intervención de un especialista o si es necesario referir al paciente a un hospital. Así pues, el asegurado puede seleccionar al médico general en principio pero no puede elegir a los siguientes proveedores parte de la cadena de atención médica.

Todos estos modelos han registrado aumentos en los costos. La atención de muchos SHI se ha desplazado de la mera función aseguradora hacia muchas otras funciones, como regulación de proveedores. Como se ha mostrado, los SHI del Reino Unido, Alemania y Francia son ejemplos de triangulaciones (compuestas por los dientes como demandantes de servicios, proveedores como abastecedores de servicios e instituciones de compensación como reguladores del flujo de fondos) reguladas por diversos lineamientos de contención de costos. Sin embargo, las tres partes que participan en este modelo no tienen el mismo interés en reducir los costos del sistema de salud. El doble modelo francés ha intentado reducir al mínimo su intervención en los principios de libertad de elección, tan valorados dentro del sistema público francés.

Además, la mayoría de los sistemas SHI en los países de la OECD han hecho una distinción implícita entre las prestaciones de bajo riesgo y las prestaciones de alto riesgo, destinando más dinero a la atención hospitalaria que a los servicios ambulatorios primarios. No parece ser claro que tendría que hacerse la misma elección si se permitiera que la oferta y la demanda encontraran su equilibrio en el mercado de servicios de salud. Asumiendo que la demanda de cirugía y cuidados intensivos es menos elástica que la demanda de cuidado ambulatorio, podemos concluir que si esta demanda se subsidiara en mayor escala, no aumentaría el riesgo moral e iría de conformidad con el principio de solidaridad entre distintos grupos de ingreso. Sin embargo, este *enfoque biomédico del sistema ha ampliado el riesgo inherente de la asimetría de información de la demanda*. Asimismo, ya que la medicina basada en el hospital es muy cara, por lo general es necesario limitar las facilidades a unos cuantos centros de excelencia. Este problema se ha ligado con otra característica del SHI que, a diferencia del aseguramiento privado, no tiene la labor contractual de compensar al asegurado en su totalidad. La paradoja resultante: el SHI asume, a diferencia del seguro privado, que los asegurados tienen derecho al mismo paquete básico de servicios sin importar el nivel de riesgo individual. Sin embargo, ya que el SHI puede llegar a disminuir las prestaciones del paquete en caso de escasez de fondos, es más probable

que esto suceda después de haber gastado gran parte del presupuesto de salud en centros de excelencia. En este caso, los *segmentos más privilegiados de la población y los proveedores que tiene acceso a estos casos de salud principalmente urbanos enfocados a los hospitales y con tecnología avanzada disfruten de servicios superiores comparados con las otras formas de suministro de servicios*. Este enfoque del servicio médico se ha cuestionado con el fin de adaptarlo a las necesidades de la mayoría de la población y para hacerlo equitativo a la luz de las limitaciones financieras del sistema de salud en su conjunto.

Además, el enfoque tecnológico de la biomedicina podría alentar el riesgo moral por parte del proveedor. En los seguros privados, el uso excesivo sería contrarrestado con un aumento en la prima individual en el período subsecuente. Sin embargo, el SHI no tiene una buena respuesta para este problema, principalmente porque no valora el riesgo individual. Por consiguiente, el enfoque bio-médico puede alentar el uso de alto riesgo entre los grupos privilegiados de la población incluso en el seguro obligatorio. Esto, a su vez, tendría como resultado una situación en la que *los grupos privilegiados disfrutan de una tasa de subsidio de-facto mayor al utilizar una mayor proporción del tratamiento costoso a precios por debajo del costo real*. Por ello, la efectividad redistributiva del seguro social puede comprometerse.

Resumiendo, tradicionalmente el seguro privado de salud no posee ni opera sistemas de otorgamiento. Actúa como socio financiero para el asegurado privado que, a su vez, asume el papel de comprador en el mercado. El mercado de los compradores asegurados de manera privada ha sido principalmente urbano. A pesar de los esfuerzos hechos para establecer regulaciones para los proveedores (principalmente en los Estados Unidos) ha sido muy difícil determinar la eficiencia económica de la medicina urbana privada, principalmente debido a la falta de información secundaria tanto de oferta como de demanda, o de opciones alternativas de servicios. Los sistemas públicos de otorgamiento han logrado abarcar a segmentos más amplios de la población pero, al mismo tiempo, han tolerado (y algunas veces apoyado) grandes discrepancias en la calidad de los servicios proporcionados en las regiones urbanas y las regiones rurales. La operación de sistemas de otorgamiento de gran escala por los seguros privados es un fenómeno relativamente atípico y nuevo. Estos sistemas han estado abiertos tanto para los clientes de esos seguros como para otras gentes pero, en algunos casos, los poseedores del sistema han introducido una discriminación de precios

entre clientes que reciben el mismo tipo de servicios. Esto puede limitar considerablemente la capacidad de estos sistemas de alcanzar a poblaciones más extensas. Asimismo, puede ser que los sistemas sean vulnerables a cuestionamientos sobre su honestidad, a menos que se establezcan estrictos mecanismos de auditoría. Finalmente, tanto los sistemas públicos como los privados han encontrado soluciones a la libertad del cliente de elegir el proveedor, en los casos en los que esta cuestión ha sido considerada un valor público primario.

¿Los principios de aseguramiento pueden contribuir a la política de reforma del sector salud?

Hasta el momento el estudio se ha centrado en el aseguramiento privado comparado con el SHI. Sin embargo la última sección habla sobre los cambios dentro de los sistemas públicos de otorgamiento (sin importar las disposiciones de aseguramiento). Esta no es una cuestión de aseguramiento *per se* sino que, debido al importante papel de los seguros en el sector salud, es importante examinar la consistencia de los acontecimientos en la reforma del sector salud (HSR) con las principales características tanto del seguro privado como del seguro social.

En la última década, los sistemas de seguridad social han sido atacados progresivamente. Algunas de las razones son:

1. Los crecientes costos del sistema de otorgamiento de salud, aunado a una restricción en los recursos disponibles para el sector público en general y para el sector salud en particular;
2. La aparente incapacidad del sector público de aplicar con efectividad el acceso o acatamiento universal de los impuestos o pagos de contribuciones;
3. La aparente incapacidad del sector público de hacer incursiones significativas en el sector informal, las poblaciones rurales, las poblaciones urbanas pobres o las poblaciones de inmigrantes, que representan los niveles más bajos de la condición de salud;
4. Un cambio ideológico aparente que promovió la creencia de que el sector público era menos eficiente en términos económico que las fuerzas del mercado para producir bienestar y riqueza.

Como resultado de esta crítica se emprendieron acciones en varios países para incorporar las prácticas del sector privado al sistema de salud de la seguridad social. Una versión relativamente simple -que sólo habla de la transferencia de pasivo para ciertos costos a otros pagadores- se ha introducido en los Países Bajos que usaban el sistema de pasivos bajo la ley de agravio para compensar a las víctimas de accidentes, liberando al sistema de seguridad social de su carga financiera¹⁴. Otras formas de presión se basan en elementos más fundamentales del sistema social de salud. Green y Matthias han sugerido que los principales fuerzas propulsoras del HSR ocasionaron las siguientes situaciones:

- I. Separar, al menos conceptualmente, los cuatro componentes críticos del sector salud:
 - (i) - Desarrollo de política;
 - (ii) Suministro de financiamiento;
 - (iii) Provisión de servicios;
 - (iv) Regulación de la calidad de los serviciosY para cada uno, la revisión del papel del estado

- II. Revisar la operación de los sistemas de salud operados públicamente

En un estudio reciente, Bennett, McPake y Mills¹⁶ señalaron que durante casi una década, las políticas promovidas por el Banco Mundial y otros organismos internacionales se han centrado en incrementar el papel de los proveedores privados en los sectores sociales de los países en vías de desarrollo. Este aspecto del HSR ha promovido la noción de que la participación del sector privado en operaciones puede remediar, o al menos reducir, las peores deficiencias de los sistemas públicos burocráticos e ineficientes. Además, describe a los sistemas de salud en términos de mercado (tales como “división entre comprador y proveedor”, o “mercados internos” dentro del sector público) y recalca otros apuntalamientos, principalmente consideraciones sociales

¹⁴ M. Faure: *Applicability of Principles of Private Insurance to Social Health Care Insurance, Seen from a Law and Economics Perspective* (Aplicabilidad de los principios de seguro privado al seguro social de servicios de salud visto desde una perspectiva legal y económica), *The Geneva Papers on Risk and Insurance* (No. 87 Abril de 1998), pp 266.

¹⁶ S. Bennet B. Mc. Paker y A. Mills (eds) *Private Health in Developing Countries-Serving the Public Interes*, (Proveedores privados de salud en países en vías de desarrollo: ¿Al servicio del interés público?). Zed Books Londres y Nueva Jersey. 1997, pp 1-18

relacionadas con el efecto redistributivo de los sistemas de salud. Esto sugiere que *gran parte del empuje del HSR proviene del exterior más que de mercados internos* y que gran parte de ese empuje está encaminado a promover la participación del sector privado en los servicios de salud y a reducir en nivel de participación del gobierno paralelamente. Esto se ha logrado instando a las personas con mayores posibilidades económicas a usar los servicios de los proveedores privados para que los recursos del gobierno puedan destinarse a los más pobres, promoviendo políticas de reorientación de la mezcla pública / privada y a través de una mayor contratación de servicios ofrecidos por el sector privado. Examinemos estas medidas desde el punto de vista de su afinidad con los principios de aseguramiento. La primera medida promueve la transferencia de la demanda de sistemas públicos a proveedores privados. Ya que la medida se enfoca a las personas con mayores posibilidades económicas, uno puede asumir que sólo los ricos pueden pagar las cuotas más elevadas que los proveedores particulares cobran. En la medida en que los ricos compran seguros privados, esto implicaría *instalar dos sistemas adyacentes: un sistema privado basado en el riesgo para la población con mayores posibilidades económicas y un sistema solidario para los otros*. Sin embargo, si se autorizara a las personas con mayores posibilidades económicas a abandonar el SHI, ocurriría una “descolectivización” en lugar de un subsidio cruzado entre los distintos grupos de ingresos. Además, el sistema público aumentaría su exposición al riesgo de cubrir a personas que no contribuyen al sistema. La segunda medida propone reorientar la mezcla pública / privada. Esto sugiere el facilitar principalmente el suministro privado de medicina ambulatoria. Esto parece ser el complemento por parte del proveedor de la medida antes mencionada. Los proveedores privados, cuyo ingreso depende del mercado, tenderían a concentrarse en las áreas de dinero. Si se encargan de personas aseguradas a nivel privado, podría asumirse que existirían posibilidades de riesgo moral. Asimismo, la reorientación de la mezcla pública / privada no sólo depende de las regulaciones tolerantes sino, principalmente, de los muchísimos de mercado eficientes y de los niveles de demanda tanto del seguro como de servicios. En la primera sección se planteó que *existe un sólido argumento del seguro obligatorio* al menos para los riesgos elevados. Y en donde no existe información empírica, como es el caso de muchos países en vías de desarrollo¹⁷, puede que haya argumentos para optar por un seguro obligatorio también para otros riesgos. Debe decidirse si este seguro obligatorio se proporcionará a través de un seguro de salud privado

¹⁷ Bernnett. Mc. Pake y Mills (1997). Op. Cit., p 2.

o social. *La redistribución del ingreso puede hacerse más fácilmente a través de sistemas regulados por el gobierno que a través del seguros de salud privados.* A su vez, esta elección implica que el gobierno debe retener un papel central en las tareas de financiamiento y regulación. Con respecto al papel del gobierno en los sistemas de otorgamiento la teoría económica no determina la mezcla óptima entre seguro privado y público. Por el contrario, lo importante es asegurar una distribución geográfica adecuada de los servicios. Los mecanismos del mercado instan a los proveedores privados con fines de lucro a ofrecer sus servicios sólo en las áreas en donde habita la gente con mayores posibilidades económicas (principalmente en las áreas urbanas). Por ello, deben buscarse otras soluciones que sean útiles al interés público de que toda la población debe tener acceso a los servicios médicos.

Conclusiones

Esta ponencia tiene el propósito de revisar los dos enfoques alternativos del seguro de salud a la luz de las divergentes opiniones actuales sobre la política de reforma de la salud. La revisión de las bases conceptuales de los enfoques privados y sociales del seguro de salud ponen de manifiesto una serie de cuestiones fundamentales. La primera es si la sociedad esta comprometida con el principio de cobertura universal. Se ha comprobado que el acceso universal a los servicios de salud es incompatible con la diferenciación de riesgos. *Los seguros privados y públicos pueden operar simultáneamente si el seguro privado interviene como seguro complementario por los riesgos incluidos y no incluidos en el paquete básico de prestaciones.* Se han hecho algunos experimentos con diferentes mezclas de seguros de salud privados y públicos que proporcionan aseguramiento de la salud; por ejemplo, al seguro privado se le permite cubrir sólo a las personas de altos ingresos y bajo riesgo, dejando sólo a los individuos con bajos ingresos y altos riesgos como miembros potenciales del SHI. Tales soluciones son muy controvertibles, en términos económicos y de salud pública.

Los seguros privados postulan la libertad de elección y competencia. Al mismo tiempo es necesario contar con mayor información específica sobre el cliente para poder clasificar y diferenciar el riesgo. ¿Qué sucedería si el seguro pudiera solicitar un análisis genético como parte del examen médico de admisión?. Con información genética, podría rechazar no sólo a las personas que padecen neumonía (como es el caso actual) sino también a las personas que poseen genes que pueden causar cáncer o múltiples esclerosis y diabetes.

De hecho, llevando la diferenciación de riesgo a su extremo lógico, *el seguro privado podría excluir a cualquiera que requirieran un seguro*. En ese caso la sociedad tendría que hacerse cargo del riesgo financiero de enfermedades potenciales. ¿Sería esta situación deseable para la sociedad?

Dentro del sistema de abastecimiento, se ha prestado mucha atención a incorporar la "eficiencia del sector privado" en los sistemas públicos. Asimismo, se ha dedicado mucha atención a balancear el presupuesto, reduciendo el riesgo moral por parte de la demanda y aumentando la eficiencia de operación del sistema de salud. Pero, ¿se ha prestado suficiente atención a lograr un consenso sobre la justicia y equidad del sistema?. Esto es muy importante ya que cuanto más crece el riesgo, a falta de consenso, el sistema de salud tendría que desviar su atención a asuntos administrativos tales como el riesgo moral, las cuotas de los contribuyentes y la atención de personas que no contribuyen en lugar de proporcionar servicios a las personas en una etapa temprana. El atender a los enfermos en etapas iniciales no sólo implica una buena práctica médica sino que tiene un sólido sentido financiero. Esta práctica de diferenciación de riesgos, existente en los seguros privados, fomenta el penalizar a las personas cuyos riesgos de salud son descubiertos, cuando el interés público es la detección y tratamiento temprano de las enfermedades.

En realidad, los seguros de salud privados y sociales se han acercado más a lo que deben asegurar que lo que postula la diferencia teórica entre ellos. Los seguros privados se abstienen de ciertas formas de diferenciación de riesgos (por ejemplo, considerando las preferencias sexuales o grupos étnicos) con el fin de respetar los derechos humanos básicos. Asimismo, el seguro social de salud ha incorporado algunas prácticas del sector privado (tales como cuotas de usuarios) que no concuerdan del todo con sus objetivo de redistribuir la carga financiera de los servicios de salud.

Tal vez se requiera alguna consideración ideológica en este debate. Sin embargo, todo parece apuntar que se está pasando de un enfoque pragmático a una cuestión compleja. Después de todo al final del día cada persona puede, en un momento u otro, convertirse en un "mal riesgo". Y el seguro de salud debe reducir esta probabilidad y su efecto al máximo.

**REFORMAS DEL SECTOR SALUD Y
ACCESO UNIVERSAL:
LOS SERVICIOS DE SALUD EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

DANIEL LOPEZ ACUÑA

**DIRECTOR
DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y
SERVICIOS DE SALUD
OPS/OMS**

DANIEL LOPEZ ACUÑA

Nacionalidad: Mexicana

Formación:

Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestría y Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns 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 rango más alto dentro de la OPSD y la OMS y es colaborador del Diario El Nacional en México, del Semanario "El País" (edición internacional) en España y de la publicación Nexos que se edita en México.

También colaboró en 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 Pan Regional de Inversiones en Ambiente y salud, iniciativa encomendada en Madrid a la OPS para su 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 Secretaría 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.

Muchas gracias, Señora Presidenta, y voy a dar comienzo con la presentación que me fue encomendada en el programa. Fundamentalmente, (Si podemos poner la primera diapositiva), referida a hacer algunas reflexiones sobre las posibilidades y dificultades, así como algunas posibles estrategias para lograr la cobertura universal en salud en América Latina. -Mejor no apagamos todo, para que no se duerma todo el mundo, (risas), creo que se va a alcanzar a ver, si no se apagan todas las luces-.

**ESTRATEGIAS PARA LOGRAR
COBERTURA UNIVERSAL EN
SALUD EN AMERICA LATINA**

Dr. Daniel López -Acuña
Directora
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS

Yo creo que además ha sido una fortuna el que se pudiera correr ligeramente el programa del Seminario, y tuviéramos la conferencia de David Dror en la mañana, justo al lado del planteamiento que voy a hacer, porque creo que muchos de los aspectos que abordaré para el caso de América Latina, tienen que ser vistos a la luz de muchas de las reflexiones y comparaciones que justamente acaba de establecer David, con respecto a las dimensiones del seguro privado y a las dimensiones del seguro social o seguro público, para propósitos de cobertura universal. La siguiente, por favor.

Déjenme entrar con un planteamiento simple, pero al mismo tiempo diría yo dramático, que resume el problema en el que estamos situados hoy en América Latina y El Caribe. La magnitud del problema, podemos decir, que es que hay una población total de 475 millones de habitantes, y que el 25 % de esa población en promedio para toda la región, - esto varía de país a país, sin lugar a dudas -, carece de un acceso permanente a los servicios básicos de salud. Esto significa 120 millones, uno más o dos más, uno menos, o dos menos, de personas que están en esta situación, al final del siglo, al entrar al

* Versión estenográfica de la ponencia.

Siglo XXI, y este elemento, es el elemento que es inescapable, cuando nos planteamos el tema del acceso universal a los servicios o a la atención a la salud.

INTRODUCCION

■ MAGNITUD DEL PROBLEMA

- ◆ Población total:
475 millones
- ◆ 25% de la población carece de acceso permanente a los servicios básicos de salud
- ◆ 120 millones de personas en esta situación al final del Siglo

■ ALGUNAS CIFRAS DE IMPORTANCIA

- ◆ P.I.B. per cápita promedio para LAC: US\$3,289
- ◆ Gasto Nacional en Salud, promedio (G.N.S.), como % del P.I.B.: 7.3%
- ◆ G.N.S. per cápita promedio: US\$ 240

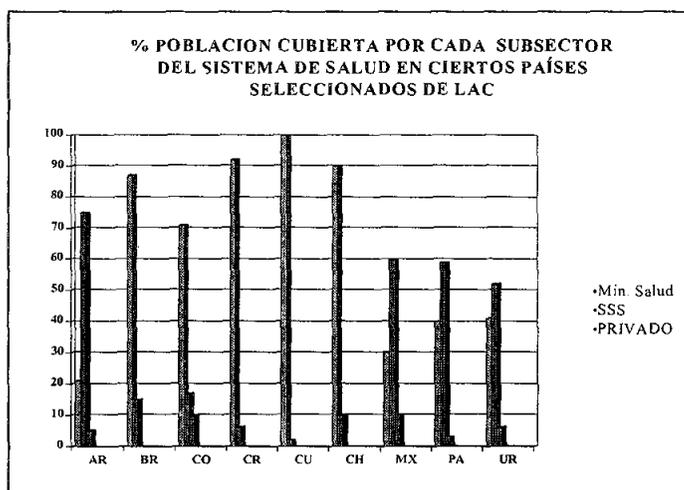
Pero también esto, que es un hecho, y que cualquier política social que quiera alcanzar dimensiones razonables de seguridad social para sus habitantes, se la tiene que plantear como el reto a enfrentar y el rezago que tiene que ser abatido. Tiene que ser visualizado también a la luz de la dinámica económica y social que tienen los países de la región. Y en esto yo quisiera enfatizar también algunas cifras que pueden ser de importancia, y es que el PIB per cápita promedio para América Latina y El Caribe, es de 3,289 dólares al año, un ingreso per cápita que es ocho a diez veces menos que el ingreso per cápita de la mayor parte de los países de economías avanzadas en los países de la OSD.

Es decir, que en la magnitud, en el tamaño, en la dimensión efectiva de las economías, existe, este problema y esta limitación, y esto que es un gasto promedio. Aún así, el gasto nacional en salud promedio para toda la región, es de aproximadamente 7.3 % del PIB, hablo de gasto público y gasto privado, con las mejores estimaciones que hoy pueden hacerse, que es, hay que

señalar, adolecen todavía de enormes deficiencias en su exactitud y en su adecuada comprensión de ingresos y gastos en el sector.

Esto lleva a que el gasto nacional en salud promedio per cápita en América Latina y El Caribe, sea del ámbito de 240 dólares por persona, público y privado. Independientemente de cómo se reparta equitativamente o no, dentro de los países cuestión que ahora trataremos de abordar. Es decir, si no se agregan más recursos al sector, públicos y privados hoy, en toda la región, el reto es con 240 dólares al mes, dar cobertura universal a todos los habitantes y con el amplio espectro de beneficios que requeriría una atención integral en salud. Y esto, sin lugar a dudas, requiere de una gran arquitectura o reingeniería del sistema, razón por la cual tienen sentido los procesos de reforma sectorial, siempre y cuando contemple muchas de las cosas que acabamos de escuchar por parte de David.

La posibilidad de que las medidas que se tomen, no polaricen aún más los sistemas segmentados que ya tenemos, sino abatan las desigualdades, para propósitos en ese sentido, de acceder de manera efectiva a una cobertura universal para todos los habitantes. La siguiente, por favor.

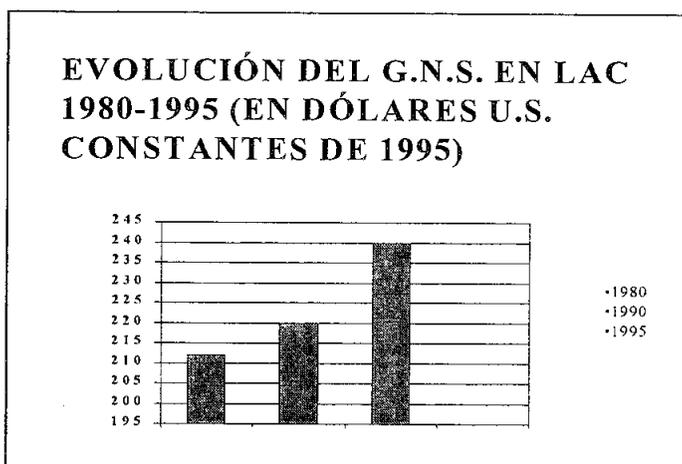


Esta gráfica, que quisiera resumir para algunos países del Continente, no es exhaustiva, el gran problema que enfrentamos de entrada, que es la proporción de población cubierta por distintos subsectores del sistema de salud en ciertos

países seleccionados de América Latina y El Caribe. Y aquí está el primer problema que enfrentamos, esos 240 dólares, no están distribuidos uniformemente. Hay una segmentación, y para usar la figura que usaba ayer David en una charla que tuvimos en la tarde, con algunos colegas del Instituto Mexicano del Seguro Social, el sistema de salud en nuestra región, excepción hecha de dos o tres países, es como el "Titanic", con varias clases de pasajeros y la segmentación no es únicamente una segmentación pública o privada. (¿Podemos volver a la anterior?), sino es una segmentación enormemente diferenciada en el volumen de recursos con el que se cuenta per cápita en el sector público y en el sector privado y dentro del sector público, dentro de las instituciones de seguridad social, y dentro de las instituciones que dan cobertura a población abierta, no necesariamente por la vía del aseguramiento, como suelen ser los Ministerios de Salud con alta presencia en la mayor parte de los países de la región, en cuanto a la provisión de servicios de atención a las personas.

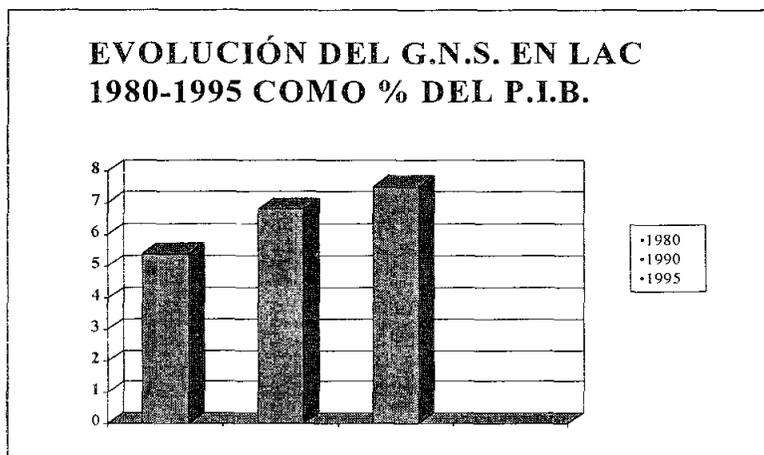
Ahí vemos algunos casos, como ejemplo, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, México, Panamá y Uruguay. Es sólo una muestra de países. Para mostrar la gran diferencia que hay en porcentajes de población, cubiertos por el Ministerio de Salud, países con una cobertura total por parte del Ministerio de Salud, y países que hoy enfrentan una baja cobertura por parte de los Ministerios de Salud con respecto a la población general, en la columna, que diría yo color lavanda o color morado claro, ustedes pueden ver la cobertura de los sistemas de seguridad social y la columna más oscura está referida a las coberturas de los sistemas privados.

Insisto, ustedes ven ahí, que, excepción hecha de cobertura universal por el Ministerio de Salud en el caso de Cuba, o cobertura universal por la Caja Costarricense de Seguridad Social en el caso de Costa Rica, y lo que de alguna manera virtual podría llamarse cobertura universal por el Sistema Único de Salud de Brasil, tenemos procesos segmentados en los países que ahí se muestran, sumamente diferenciadores de los espacios, de recursos, y de cobertura poblacional. La que sigue, por favor.



Pero recapitulemos un poco con respecto a algunas de las variables económicas, antes de entrar en las consideraciones de carácter estratégico, que pueden permitirnos plantear algunas rutas hacia la cobertura universal.

Primer término, sigo usando este conjunto de países de ingresos medianos dentro de la región, para caracterizar aún dentro de este grupo, la heterogeneidad que se observa. Vean ustedes como el PIB per cápita en algunos de estos países de América Latina, expresado en dólares de los Estados Unidos del 95, varía enormemente, es decir, de un producto interno bruto per cápita de alrededor de 8,000 dólares en Argentina, a un producto que podríamos señalar de Colombia o Cuba, de 1,100 el caso de Cuba o 1,900 dólares per cápita, es decir, cuando estamos hablando del gasto en salud en América Latina y El Caribe y de las coberturas universales o la posibilidad de cobertura universal, no estamos hablando de una situación homogénea, país por país. Evidentemente hay un diferencial grande en razón del tamaño de las economías y también en razón del comportamiento del gasto público en salud. La siguiente, por favor.



Cuando vemos el gasto nacional en salud en algunos países de América Latina, como proporción del PIB, y aquí volvemos a hablar de la suma de gasto público y gasto privado, vemos también esta enorme heterogeneidad. Uruguay, por ejemplo es un país que gasta 10 % en su PIB, público y privado en salud, entre las tasas más altas del mundo, en proporción del PIB que va hacia el sector salud público y privado. Argentina no está lejos de esto con un 9.8 %, y ciertamente estamos hablando en ambos casos de sistemas multisegmentados en esquemas de aseguramiento, con presencias del Ministerio de Salud, de múltiples aseguradoras obligatorias pequeñas, como son las mutuales, o las obras sociales en el caso de Argentina, y con un sector privado también de magnitud importante.

Y veamos cómo en cambio, para hacer algún contraste con países de ingresos medianos, México tiene un gasto público y privado total de 4.8 % en salud, y Colombia y Venezuela de alrededor de 7 %. Es decir, nuevamente, además de las diferencias en los ingresos per cápita, hay una diferencia considerable en la proporción de esa riqueza nacional producida, que va hacia el sector salud. La siguiente, por favor.

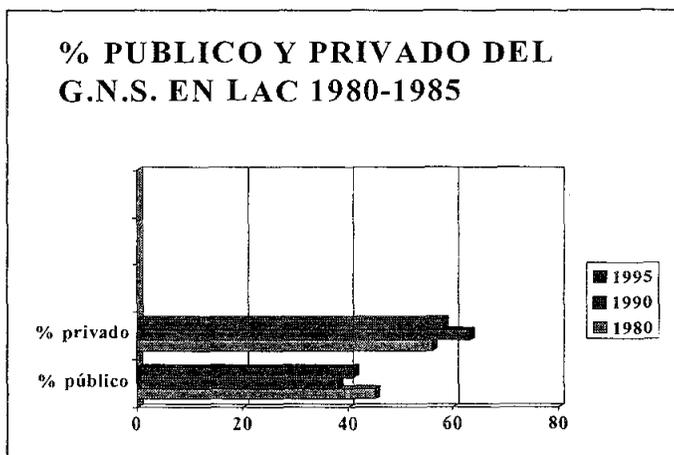
El gasto nacional en salud per cápita, una vez que ya toma uno la variable de lo que los países ponen en salud, y aplica la variable poblacional, muestra una heterogeneidad semejante a la del PIB que mostrábamos, es decir Argentina por ejemplo, tiene un gasto per cápita en salud pública y privada de casi 800 dólares, mientras que vemos en el espectro ahí países como México, Colombia o Cuba, que se ubican por debajo de los 200 dólares que en promedio teníamos para la región.

Y un número grande de países, Costa Rica, Venezuela, Brasil, Chile, situados un poco por encima del gasto promedio, lo cual implica que tenemos un número considerable de países en América Latina y El Caribe, que están muy por debajo de ese volumen de cien dólares per cápita. Incluso con algunos países, que llegan a tener una expresión de alrededor de 20 a 30 dólares per cápita como gasto público y privado en salud.

Es decir, nuevamente esto nos plantea el que no existe un esquema unificado, un esquema prescriptivo, una receta par resolver el problema del acceso universal a los servicios de salud en toda la región. La siguiente, por favor.

Vean ustedes aquí, la composición público-privada del gasto nacional de salud, en estos mismos países, la barra azul es la composición del gasto privado, o la proporción de gasto privado, y la barra roja la proporción de gasto público.

Ahí ustedes pueden visualizar claramente, y esto si lo contrastamos con la primera gráfica que mostraba de la proporción de población cubierta por Ministerios de Salud, Seguro Social y Privado. Vemos que casi es una imagen en espejo en la mayor parte de los países, es decir, la mayor parte de la población está teniendo que ser atendida por las instituciones públicas, llámese Ministerios de Salud o Seguros Sociales de Contribución Obligatoria, mientras que la mayor parte del gasto, está en promedio en los países, dirigiéndose o generándose en términos de un financiamiento privado, pero para una proporción muy inferior de la población.



Es decir, hay una asimetría total entre la composición público-privada del gasto y la ejecución público-privada del gasto, lo cual presenta o representa un problema considerable para poder caminar hacia el acceso universal, los servicios de salud, y plantea que no es sólo una expansión cuantitativa de coberturas de las actuales instituciones, sino que se requiere romper estos compartimentos estancos que hoy están segmentando o atomizando excesivamente el esfuerzo colectivo en términos financieros, para romper los equilibrios y las solidaridades, en la medida en que existen distintas lógicas de prestación institucional, cobertura y gasto. La siguiente, por favor.

Esta gráfica, lo que muestra es el gasto público, ya no la suma de gasto público y privado. Es estrictamente el gasto público en salud, en los mismos países, y aquí volvemos a ver una diferencia considerable. Cuando estamos aquí hablando de gasto público, estamos incluyendo lo que se destina a las acciones de prestación de salud por parte de los Ministerios de Salud, los Ministerios Estatales o Provinciales y los ámbitos Municipales, así como los seguros obligatorios que van a los esquemas de seguridad social en salud.

Y aquí vemos ese espectro tan amplio de diferencia. Con proporciones como el 7 % en países como Uruguay, como Cuba, mientras tenemos países como Colombia, México, Brasil, destinando únicamente alrededor de 2.2, 2.3 % del PIB incluyendo las contribuciones, a la seguridad social y las aportaciones del Estado a la seguridad social.

Es decir, aquí estamos planteándonos que va a ser muy difícil, muy difícil, acceder a esquemas de aseguramiento universal o cobertura universal, si la proporción del esfuerzo de la economía nacional y del ámbito del gasto público, no recupera en alguna medida, o expande en alguna medida, sus destinos hacia el sector salud, es decir, si sólo se destinan 2 % de los recursos de la economía en términos públicos, y esto, no siempre economías altamente tributarias, evidentemente va a ser muy difícil construir esquemas de acceso universal por la vía de la solidaridad y de los esquemas de aseguramiento político. La siguiente, por favor.

Aquí ven ustedes el gasto público, de nuevo público, en salud como proporción del gasto nacional en salud, en algunos países, y esto simplemente lo expresa en términos porcentuales, y ven ustedes ahí como un número considerable de países, Chile, México, Argentina, Venezuela, Brasil, Colombia, se ubican

por debajo del 50 % del gasto nacional en salud como gasto público, con las limitaciones que ya señalaba anteriormente. La siguiente, por favor.

Aquí pueden ustedes ver el gasto público en salud per cápita en algunos países, es decir ya no estamos incluyendo aquí la medida de lo privado, y las cosas se vuelven todavía más dramáticas. Tenemos en países como Uruguay o Argentina, cifras de 400 ó 360 dólares por persona, por año como gasto público en salud, y tenemos una expresión de un número considerable de países de medianos ingresos, como son Brasil, Cuba, Venezuela México y Colombia, con gastos que son inferiores a los 100 dólares, por persona, por año, en salud.

Esto, tiene que ser considerado como un elemento fundamental a ser acometido en las estrategias de expansión de la cobertura y de la posibilidad de acceso universal a los servicios de salud. No puede únicamente pensarse, sin afectar estos bajos niveles de gasto. La que sigue por favor.

Esto únicamente expresa el gasto en salud del gobierno central y local en algunos países de América Latina y El Caribe, como proporción del PIB, es decir lo que gasta el Ministerio de Salud del Estado Central y las Administraciones Intermedias y Locales, sin tomar en cuenta las contribuciones a los esquemas del Seguro Social. Y ahí lo ven ustedes, como en términos de proporción del PIB, también tiene una variación muy grande, y hay un número considerable de países, que cuando uno excluye el gasto por la vía de la contribución a la seguridad social, permanecen en niveles sumamente bajos de gasto público en salud por parte del financiamiento directo con impuestos generales del Estado. La siguiente, por favor.

Ustedes lo ven aquí de la misma manera, pero expresado en términos per cápita, y pueden de esa manera visualizar cómo incluso hay un número considerable de países con gastos sumamente bajos, de 13, 15, 20 dólares per cápita, como gasto en salud de los gobiernos centrales y locales. Y en esto estamos incluyendo las acciones de salud pública, más las acciones de atención a las personas. Si sólo incluyésemos para muchos de estos casos las acciones de salud pública, aún sería un nivel bajo de gasto. Entonces esto lo quiero puntualizar, y perdónenme que lo repita insistentemente con distintos ángulos de las diapositivas, porque hay un problema de subfinanciamiento público en muchos de nuestros países, que es inescapable, que muchas veces tras la discusión y el debate de los cambios en los equilibrios

públicos y privados en los procesos de reforma, minimizamos o relegamos a un segundo término, pero el problema está ahí, y es un problema que afecta a los equilibrios y las posibilidades efectivas de la mezcla público-privada, tanto en la provisión, como en el aseguramiento, como en el financiamiento. La que sigue, por favor.

Aquí, es una muestra del gasto en salud per cápita en esquemas de seguro social en algunos países de América Latina y el Caribe, y ahí vemos ya, cómo con poblaciones muchas veces mucho menores a las que tienen que cubrir las administraciones que tienen que prestar servicios a poblaciones abiertas, hay un gasto superior, pero aún se ubica en niveles sumamente modestos de gasto per cápita, que, si bien esto ya no tiene tanta implicación en la lógica que yo señalaba, de expansión de la cobertura universal, la tiene en cuanto a qué es lo que efectivamente puede prestarse como beneficios a la población asegurada, con estos niveles de gasto, otra discusión y otro debate, que es inescapable...

ESTRATEGIA EDUCATIVA EN LOS PROCESOS DE REFORMA DE LA SALUD

ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

**COORDINADOR DE EDUCACION MEDICA DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

Formación:

Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista en Medicina Interna

Experiencia Laboral:

Ha sido profesor del Curso de Especialización en Medicina Interna y es Asesor Académico de la Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ex-presidente del Consejo Mexicano de Medicina Interna. Miembro Numérico de la Academia Nacional de Medicina. Ex-director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Ex-gobernador del Capítulo Mexicano del American College of Physicians. Actualmente Titular de la Coordinación de Educación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Presidente del Comité Organizador del XXV Congreso Internacional de Medicina Interna, Cancún 2000. Ha publicado más de 230 artículos, editado 9 libros y ha participado como coautor en 44.

La Reforma de la Salud entraña una serie de cambios en la respuesta organizada a los problemas de salud de la población, los que están ocurriendo en una época de profundas modificaciones sociales y filosóficas que presagian una transición paradigmática. Bajo este marco, la educación constituye una estrategia esencial, no sólo para involucrar a la sociedad en los contenidos del cambio sino para enfocar con un perfil moderno los procesos de formación, capacitación, actualización, mantenimiento de la competencia, perfeccionamiento, documentación e investigación educacional.

La educación ya no es tanto la acción de las generaciones precedentes las sucesivas con el fin de preservar un acervo intelectual o ideológico, sino un proceso creativo en el que todos los días se reelabora el aprendizaje. Los roles de maestro y de alumno se intercambian continuamente. Han quedado atrás la rigidez de los programas educativos con sus cartas descriptivas inflexibles, y la educación se adapta a la circunstancia de los participantes. La educación misma vive una transición para que, más que proponerse tan sólo incorporar contenidos se oriente al perfeccionamiento de las personas, trascendiendo la resolución de un problema concreto hacia la capacidad general de resolver problemas.

En el terreno de la educación médica -entendida como aquella dirigida a todo el personal de salud, en oposición a la educación para la salud que está dirigida a la comunidad -las tendencias educativas comienzan a verse claras. Por un lado, lo que hoy en día se vislumbra como tendencias de la práctica médica constituyen sus contenidos, mientras que los métodos y técnicas se orientan por las tendencias pedagógicas modernas.

Las tendencias de la práctica médica abarcan una adaptación a los cambios epidemiológicos y demográficos, una consideración de las realidades económicas de la atención médica, la utilización inteligente de los avances tecnológicos, la vinculación de la esta práctica con los resultados de la investigación científica a través de lo que se denomina "Medicina basada en Evidencias" y una comprensión de las nuevas realidades sociales en las que destaca una comunidad mucho más participativa y crítica. Todo esto significa una reconsideración de los contenidos tradicionales. Sin menospreciar las enfermedades infecciosas y de la nutrición, habrá que incrementar la proporción de enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y violencias y las adicciones a los programas. El modelo con el que se atiende a los pacientes agudos tiene reconocerse como insuficiente para los pacientes

crónicos; mientras que en los primeros la prescripción puede jugar un papel considerable, en los segundos la preponderancia la tiene la educación. Al ir envejeciendo la población toda la sociedad tendría que estar preparada para la atención de los adultos mayores, más aún el personal de salud, por ello, habría que hacer un especial, énfasis en los contenidos geriátricos tanto de los programas de formación como de los de educación continua. El financiamiento de la atención médica se ha convertido en un asunto crítico; si esto se complementa con el hecho de que la industria de la salud se ha convertido en una de las más importantes en este mundo de fines del siglo XX, se comprenderá que ya no se pueden ejercer las profesiones de salud sin una conciencia clara de los costos y sin consideraciones de tipo económico. En esta transición se está asumiendo el grave riesgo de supeditar los valores tradicionales de la medicina a las razones de tipo económico, de tal manera que la práctica tiene que tener un sólido sustento, ético. La tecnología moderna requiere, igualmente, una posición crítica, sin deslumbramientos, y una posición sustentada en las cualidades que hoy pondera la moderna bioética.

Por otro lado, no cabe duda que la sociedad ha cambiado y esto se traduce en una nueva relación médico-paciente. El modelo hipocrático, tradicional, paternalista, en el que el médico ordena y el paciente obedece, ya no es funcional. Los pacientes han adquirido conciencia de sus derechos. La bioética consagra el principio de autonomía, de autodeterminación, y lo coloca incluso por encima del principio de beneficencia que ha guiado las acciones médicas durante siglos. Los enfermos se han organizado para presionar a las instituciones de salud y para ayudarse entre ellos. La sociedad completa vigila la actuación de los médicos; se han incrementado las demandas y reclamaciones y se alimenta una cultura de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, pero también la de sacar provecho de los conflictos.

Pierden jerarquía la intuición, los juicios basados exclusivamente en la experiencia, las predicciones sustentadas en la fisiopatología y las decisiones terapéuticas dependientes exclusivamente del conocimiento farmacológico para hacer un culto a la "evidencia", a la verdad científica, al conocimiento sustentado en investigaciones metodológicamente impecables que permitan concederle las cualidades de validez y confiabilidad.

Además, se viven los primeros tiempos de un cambio paradigmático en el que el modelo mecanicista va siendo sustituido por uno probabilístico, en el que se revalora lo subjetivo, se admite la multicausalidad, la participación del

observador en el concepto de realidad y desaparecen los límites reduccionistas. En estas circunstancias, las aportaciones transdisciplinarias resultan fundamentales, de tal manera que la medicina se enriquece de cuanto ocurre en otros campos, aparentemente ajenos.

En el terreno pedagógico también existe un modelo renovado, en el que el protagonista ya no es el maestro sino el alumno, la memorización irreflexiva deja su jerarquía a favor de la reflexión crítica, los métodos en los que el alumno se conduce pasivamente van siendo sustituidos por unos más participativos y activos. Se busca la integración de la escuela con el trabajo a través de la obtención de competencias dejando en el rezago a los reduccionistas objetivos educativos. Se aspira a una formación global, a una educación entre adultos, en la que cada quien es responsable de su propio aprendizaje y en la que la falta de una disciplina y una metodología para el aprendizaje autodirigido se considera un fracaso de la escuela formal. Se reconoce la individualidad de los educandos, su diversidad de estilos cognitivos y la necesidad de que sea el profesor quien se adapte a ellos. Las relaciones profesor-alumno dejan de ser tan asimétricas y están regidas por principios bioéticos semejantes a los que gobiernan la relación médico-paciente. Se diversifican los espacios educativos, los métodos y las técnicas. Empieza a despegar la investigación educacional como insumo de las decisiones en este campo.

En conclusión, los procesos de reforma de la salud concurren con una nueva visión no solo de la organización de los servicios sino con modificaciones en las bases conceptuales de la medicina y de la educación, cambios que se empiezan a traducir en innovaciones meteorológicas y operativas.

BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.

**ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS
CONTRA LA EXCLUSION Y
LA POBREZA SOCIAL**

MARC SOCQUET

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

Señor moderador:

Representantes de los países miembros de la CISS,
Representantes de los organismos internacionales,
Damas y caballeros,

Recientemente la OIT ha concentrado algunas de sus actividades para apoyar a los sistemas alternativos de seguridad social.

Esta decisión se tomó con base en:

- La necesidad y la demanda de las poblaciones de los países en vías de desarrollo que se han convertido en una realidad.
- Generalmente poca oferta para responder a la demanda.
- Un bajo desarrollo de sistemas alternativos a los ya existentes que, hasta hoy, privilegia a pequeñas proporciones de las poblaciones (correspondiente al porcentaje de poblaciones empleadas en el sector formal) y no responde a la tendencia general para aliviar la pobreza que se ha emprendido en todo el mundo.

La pobreza, en sus diferentes formas, está afectando aproximadamente al 60% de la población mundial, mientras que el 10% está viviendo en la pobreza absoluta. La pobreza y la exclusión están incrementándose rápidamente a pesar de los esfuerzos para aliviar la pobreza. Como se encuentra hoy día, el Informe sobre Pobreza del Departamento de Población de las Naciones Unidas afirma que:

- Un tercio de la población mundial vive con menos de US\$1 al día. 70% de ellos son mujeres y niños.
- El acceso a la protección y a los servicios sociales ha descendido dramáticamente en los últimos 20 años, especialmente en los campos de la salud, educación, cuidados infantiles, acceso al agua potable y disposición de desechos y seguridad alimenticia.
- Mientras que en 1960, el 20% más rico de la población mundial tenía ingresos 30 veces mayores que los pobres (20.5%); hoy día éstos son 78 veces mayores. Esto significa que la brecha entre ricos y pobres se está volviendo paulatinamente mayor, y que los pobres son cada día más excluidos de los servicios básicos.

- En 100 países, el ingreso per cápita es menor que el que era hace 20 años.

Estas tendencias de pobreza representan

- Daños potenciales a la democracia, la paz, el buen gobierno, tanto a niveles mundiales como nacionales,
- Barreras a los derechos humanos básicos y de los trabajadores, justicia y bienestar social, el crecimiento económico y el desarrollo humano a niveles nacionales
- Exclusión de las poblaciones pobres de los servicios al nivel familiar y, por ende, condiciones bajas de vida, enfermedad, bajos niveles de educación.

Se reconoce que hoy día la gran mayoría de los sistemas nacionales de seguridad social están respondiendo de forma poco adecuada a la situación actual:

La mayoría fueron desarrollados a imagen de los países industrializados y tienen las siguientes características:

- La mayoría son administrados exclusivamente por el Estado.
- Orientados para cubrir a los empleados del sector formal (en su gran mayoría empleados del gobierno, manufacturas administradas por el estado y, hasta cierto punto y, donde existen, trabajadores de empresas privadas que tienen salarios mensuales y contratos anuales).
- Muy centralizado - la mayoría viviendo en las capitales y en grandes ciudades- excluyendo a las familias que trabajan en áreas rurales y en los sectores agrícolas.
- Orientada a los empleados del gobierno, no responde a la tendencia general de privatización y al desarrollo de las profesiones liberales.
- Orientada a la oferta vs la demanda - la mano de obra formal vive en las capitales o grandes ciudades, la oferta de salud es más importante en campos especializados.
- Sistemas obligatorios, reciben las contribuciones de la fuente de salarios. Necesitan redes muy centralizadas.
- Costosas de operar por los estados cuyos gastos públicos se han visto reducidos.
- Costosa de comprar, ya que los salarios de los trabajadores del gobierno se han congelado en la mayoría de los países en los últimos 10 años,

mientras que el costo de los servicios ha aumentado, vg importación de medicamentos.

Hasta hoy, los sistemas nacionales de seguridad social cubren al 10% de la población de los países, mientras que la mayoría de la población (60% en promedio) trabaja en los sectores no formales. En la mayor parte de los países, la gente pobre de las áreas urbanas, la mayor parte de la población rural, los desempleados, los desplazados y los migrantes están excluidos de los sistemas de protección social. Y, nuevamente, gran parte de ellos son mujeres y niños.

La mayor parte de los sistemas nacionales de seguridad social en los países en desarrollo están enfrentando graves dificultades para sobrevivir, ya que muchos de ellos no son sostenibles. Su sustentabilidad está amenazada por el hecho que:

- La demanda es superior a la oferta (aunque su cobertura sea de sólo 10% de la población). Generalmente, los servicios especializados y costosos son los solicitados, mientras que los sistemas de prevención y los paquetes básicos de salud no se toman mucho en consideración. Como resultado, los sistemas existentes de seguridad social se han colapsado, están colapsándose y muchos han perdido su eficiencia y relevancia previas.
- La mayoría de los países tuvieron que comprometerse a tener políticas de ajuste estructural. Dichos ajustes fueron orientados a ayudar a los gobiernos a sanear sus economías, trabajar en el desarrollo económico y en los factores que determinan la distribución equitativa de ese crecimiento entre todos los actores, incluyendo la población involucrada en la producción tanto en los niveles formales como en los informales. Desafortunadamente, los ajustes estructurales no siempre se han interpretado como tales. En la mayoría de los casos ha sido un medio para proteger lo que es importante para una minoría de personas influyentes en el Estado y se tradujo en recortes generales a los presupuestos de desarrollo social (los más golpeados son los sectores de la salud y de la educación). El FMI y el Banco Mundial están tratando de dar marcha atrás a estas tendencias generales, al proporcionar exclusivamente asistencia a los países que hagan el firme propósito de realizar las reformas necesarias para aliviar la pobreza y, por lo tanto, adoptar una redistribución justa del crecimiento. (Club de Londres, Club de París, HIPC, etc., son los representantes de esta política).

- En los países industrializados, el incremento del desempleo, la migración, así como el envejecimiento de la población han generado una explosión en la demanda, mientras que al mismo tiempo se redujo el financiamiento. Las acciones continuas que dieron como resultado el alza simultánea de los niveles individuales de acciones y contribuciones y la disminución en el número de acciones a ser reembolsadas, la viabilidad de los sistemas de seguridad social y la capacidad de los gobiernos para continuar otorgando protección social accesible para todos es seriamente cuestionada.

La Unión Europea prevé que la explosión de la demanda y las realidades presupuestales forzarán a los países a replantear completamente las murallas tradicionales de la cohesión social que son los sistemas públicos de seguridad social. Ellos tienden a sugerir que se deben buscar alternativas que puedan unirse a las iniciativas del sector privado (diversas, innovadoras y, a menudo, inesperadas). La beneficencia, las iniciativas del Estado y las políticas sociales tendrán que ser substancialmente replanteadas y adaptadas a las situaciones actuales.

- Aunque la responsabilidad fundamental del Estado tenga que continuar, de tal manera que pueda proporcionar una seguridad mínima a su población ya no es ni realista ni razonable suponer que el Estado pueda hacerlo solo. Hoy día, los Estados tienen dificultades para poder cubrir entre el 10 y el 20% de las demandas generales de la población.

Por lo tanto, se deben encontrar sistemas alternativos y enfoques complementarios para asegurar la protección social y el desarrollo para favorecer a los estratos de la población no cubiertos, incluyendo a los pobres.

Por tanto, las responsabilidades del Estado en los nuevos sistemas también tendrán que estar claramente identificadas (los roles para establecer las normas y las herramientas de supervisión, de tal manera que cualquier solución alternativa siga las políticas generales nacionales en los campos de la salud y desarrollo humano - a fin de evitar el *desarrollo anárquico de sistemas* que puedan no beneficiar a la población de acuerdo con las reglas y normas de la ética).

Donde encontrar esos sistemas alternativos. Hasta hoy, varios han sido intentados y han obtenido éxito.

- Históricamente, el apoyo mutuo que existe en las sociedades y que es el origen de la mayoría de los sistemas de seguridad social en los países industrializados. Hoy día en Europa y otros países industrializados, más de 100 millones de personas pertenecen a sistemas de seguridad social basados en los sistemas mutuales.
- En Africa, los sistemas de ahorros y de créditos fundamentados en la administración mutual y los beneficios son populares y tienden a extenderse.
- En América Latina, las sociedades de ayuda mutua han sido conocidas desde el siglo XVIII y se han expandido rápidamente en las últimas décadas.
- Los gobiernos de Europa Central y del Este consideran hoy día a los sistemas mutuales de protección social como la única alternativa posible para complementar y, eventualmente reemplazar a los antiguos sistemas de seguridad social administrados por el Estado que han fracasado.¹

Ahora, el reto es cómo hacer que estos sistemas alternativos funcionen de manera más eficiente y cómo hacerlos más accesibles y benéficos para una mayor proporción de población, incluyendo a los pobres.

Este reto sólo será posible si se logra:

- Promover un ambiente político legal e institucional favorable.
- Desarrollar sistemas que sean adaptados a la demanda y medios de las poblaciones y correspondan a la oferta de servicios disponibles a situaciones de las zonas rurales y urbanas pobres (por ejemplo, en el campo de la salud - paquetes mínimos de servicios).
- Elaborar módulos técnicos, herramientas, instrumentos y procedimientos para el uso de las personas que manejan los servicios mutuales de seguridad y hacer que estas herramientas se adapten a las situaciones locales.
- Elaborar dispositivos de comunicación y capacitación para todos los actores, ya sea que estén involucrados en la administración de estas sociedades mutuales o sean sus beneficiarios o miembros.
- Desarrollar tecnología (*know how*) relevante y habilidades para todos los niveles (oferta y demanda).

¹ Simposium de Praga. *The financing of health care in Central and Eastern Europe*. (El financiamiento de salud en Europa Central y del Este). Abril 1997.

- Desarrollar la organización de iniciativas locales en áreas donde no hay servicios y asegurar el cumplimiento de estas iniciativas.
- Facilitar el intercambio de experiencias y el desarrollo de redes entre organizaciones que promuevan estas iniciativas locales y entre sociedades mutuales.

El enfoque STEP

Mientras que la OIT ha estado involucrada en el desarrollo de sistemas de seguridad social durante los últimos 30 años, se ha hecho evidente, de acuerdo con lo antes señalado, que esto no era suficiente para adaptarse a las cambiantes necesidades del mundo en vías de desarrollo.

Se obtuvieron ideas con el fin de desarrollar acciones a favor de la extensión de la protección social a los sectores informales de la población de los países en vías de desarrollo con objeto de encontrar sistemas alternativos para incluir a dichas poblaciones y de, eventualmente, tenerlas cubiertas por sistemas que hicieran que de esta forma terminará su marginalidad.

Nació STEP. STEP significa *Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty* (Estrategias y Herramientas contra la Exclusión Social y la Pobreza). Hoy día se está lanzando un programa mundial y está listo para prestar ayuda a los países, organizaciones o iniciativas locales que busquen sistemas alternativos para tener la posibilidad de desarrollar sistemas locales de seguridad social.

El principio básico fundamental de STEP es que la exclusión puede resolverse únicamente si los excluidos toman ellos mismos un papel activo en su solución.

La participación no sólo se entiende como contribuir al costo de los servicios. El costo es también una de las finalidades (a la que la gente puede contribuir de acuerdo con los sistemas razonables). Se busca también la participación para identificar los problemas, la definición de soluciones y los tipos de administración que son requeridos para que funcionen los sistemas identificados.

Se ha reconocido ampliamente que la participación de la comunidad se puede lograr de manera más efectiva a través de organizaciones con base en la comunidad (CBOs), cooperativas, sociedades mutuales, grupos de mujeres

y otras organizaciones no-lucrativas. Se ha demostrado que son agentes que proporcionan los servicios básicos de manera más eficiente que el sector público, ya que están más cercanos a la población y son capaces de responder a las necesidades básicas y aspiraciones involucrando a más beneficiarios, con mecanismos y estructuras más livianas, por lo tanto, lo hacen más rápidamente y a menor costo.

En el marco del desarrollo de herramientas alternativas para la seguridad social, STEP promueve y refuerza las CBOs, para ayudarlas a ser:

- Más autónomas en términos de administración y finanzas.
- Más aptas para proporcionar las necesidades básicas de los servicios con calidad y a un costo accesible.
- Autofinanciables.
- Capaces de proporcionar servicios equitativos y convertirse en instrumentos para responder a los asuntos de género.
- Capaces de desarrollar y proporcionar información, educación y mejores herramientas de comunicación a sus miembros y beneficiarios.
- Inclinas a organizar, administrar y desarrollar sus actividades con una base más sólida que las estructuras más complejas.

Estrategias del Programa STEP

- Identificación de las mejores prácticas sobre las iniciativas de la comunidad.
- Elaboración y difusión de la documentación sobre estas mejores prácticas.
- Desarrollo de herramientas metodológicas sobre la administración de los sistemas.
- Desarrollo de materiales de capacitación que contribuyan a la adaptación de las herramientas para promover y diseminar las mejores prácticas.
- Asistencia en la aplicación concreta de estas prácticas, haciendo un seguimiento en el campo, introduciendo pilotos y difundiendo los resultados.
- Apoyo a los socios.

Las ventajas comparativas de STEP son en el campo de la transmisión de la tecnología y su aplicación práctica en el campo de la protección social desde sus raíces. Debido a que el acceso a los servicios de salud es una prioridad para los más pobres y los marginados casi en todo el mundo, STEP está concentrando sus esfuerzos en este aspecto particular de la protección social.

Sin embargo, actualmente admite que la extensión de la protección social no puede ser puesta en marcha con éxito sin acciones específicas relevantes en las otras áreas relacionadas, tales como el desarrollo social y económico.

Como resultado, STEP está actualmente involucrado en:

- La integración y participación de la mujer en el desarrollo de programas y proyectos.
- La alfabetización funcional.
- El desarrollo económico local en el ámbito descentralizado
- Los servicios micro financieros y de micro seguros.
- La administración de infraestructuras locales (tales como bombas de agua en las aldeas y pequeños sistemas de irrigación).

STEP fomenta en particular acciones que pretendan organizar a las CBOs y a fortalecer habilidades para concebir mejor y organizar técnicas administrativas de información y sistemas de información adaptados a cada caso en particular STEP también ayuda a estas organizaciones a acreditarse, a fin de que tengan mayor reconocimiento.

STEP contribuye a la producción de manuales de capacitación y guías prácticas, así como a desarrollar herramientas administrativas que acompañan a la capacitación y que se convierten en herramientas diarias omnipresentes para realizar el trabajo de rutina. Otra ventaja comparativa de STEP es que está listo para intervenir cuando lo requieren las organizaciones de mutualidad, porque el material ya se encuentra preparado. Sin embargo, se realiza el esfuerzo de tratar de confeccionarlo para cada caso en particular.

STEP se encuentra trabajando activamente para asociarse con todos los interesados en el campo de la protección social como respuesta para aliviar la pobreza: los gobiernos, organismos internacionales, bi y multilaterales, donantes, el sector privado, institutos de investigación, universidades, fundaciones, etc., ya que está consciente de la complejidad de los problemas y la complejidad de las soluciones. De muchas formas trae sus propias ventajas comparativas ganadas en el pasado, tratando con el desarrollo de localidades en otras áreas.

Actividades actuales en el campo de la protección social

Mejor acceso a una mejor salud se ha convertido en el reto para los años venideros.

Aunque es evidente que se ha progresado mucho para reducir las tasas de mortalidad y de morbilidad en las últimas décadas, todavía falta mucho por hacer. De acuerdo con los indicadores globales recientes, la pobreza ha impedido el acceso de las poblaciones a los servicios de salud y hacia otras tendencias del desarrollo.

Los indicadores globales nos recuerdan constantemente el reto al que estamos confrontados:

- 13 mil millones de personas están por debajo de la línea de la pobreza.
- 30% de la población mundial no tiene acceso a agua potable y sistemas de disposición de excretas.
- La muerte de 2 millones de niños podría ser evitada cada año con sistemas adecuados de vacunación.
- 7.5 millones de madres mueren cada año por falta de cuidados prenatales, complicaciones obstétricas y ginecológicas en el parto o durante el período post-natal.
- 120 millones de parejas no tienen acceso a la información sobre planificación familiar.
- 30 millones de personas en el mundo son seropositivos y contraerán SIDA.
- 200 millones de niños menores a 5 años están severamente desnutridos.

Como respuesta, STEP proporciona asistencia en los siguientes sectores:

1. Educación y prevención en el sector salud.
2. Organización de poblaciones para crear asociaciones fundamentadas en el micro seguro (riesgo compartido) para luchar contra los altos costos de tratamientos.
3. Organización de grupos para presionar sobre la oferta de servicios de salud.

Para ilustrar esta lista de 3 puntos, tomemos el ejemplo de Haití:

Haití es uno de los países más pobres del mundo y ha sido confrontado y aún enfrenta crisis: durante las pasadas décadas la inestabilidad política, económica y social han sido una constante.

Haití tiene una población total de 7.5 millones de habitantes, tiene un sistema de seguridad social que cubre aproximadamente a 50,000 trabajadores del sector formal. Una organización llamada ONA se encarga de los fondos de pensiones y la otra es OFATHMA que se encarga de los accidentes y cobertura de servicios de salud.

El reto al que se enfrenta Haití es cómo extender un sistema que está orientado exclusivamente al sector laboral formal, hacia un gran sector laboral no-formal.

Se han hecho muchos intentos, el compromiso de todas las partes ha sido fuerte para extender la protección social, pero no tuvo éxito, ya que estos sistemas son burdos y sólo pueden ser aplicados al fragmento de la población que está cotidianamente empleada, con salario fijo y cuyas contribuciones pueden descontarse en su fuente de trabajo.

Hoy día, se reconoce que los mecanismos de micro seguro y las numerosas iniciativas en el campo de las sociedades mutuales de salud han prometido encontrar un medio para ofrecer protección a las poblaciones.

Se ha llegado a un amplio consenso entre los gobiernos y los organismos internacionales y las poblaciones para trabajar en estrecha colaboración a fin de poner en marcha actividades en la organización de las asociaciones mutuales de servicios de salud de micro-seguro. Esto fue hecho para responder a las necesidades de salud de las poblaciones y para incrementar la oferta de servicios de salud en el lugar.

STEP ya se ha comprometido contando con numerosas colaboraciones:

- **CBOs** Numerosas CBOs están ya listas o involucradas en la realización de estudios sobre las demandas/necesidades de la población, la comparación de la oferta de las infraestructuras de salud y para ayudar a establecer asociaciones mutuales con la población, basadas en el riesgo compartido.

- **ONGs locales** Están involucradas en la identificación y formulación de microproyectos de asociaciones mutuales.
- **ONGs internacionales** Contribuyen a la preparación y al financiamiento de consultas para formular la legislación necesaria para dar condición y soporte legal a las asociaciones mutuales y cooperativas de salud.
- **CISS** Organizó y financió el primer taller sobre el tema de “Reformas del sistema de seguridad social”.
- **PNUD** Patrocina un gran estudio que pretende describir la situación actual del sistema formal de seguridad social e identificar las acciones posibles para promover nuevas alternativas y sistemas mutuales complementarios. En la formulación del nuevo programa del PNUD “luchar contra la pobreza y la exclusión social”, se incluirá un nuevo componente llamado protección social. Sus objetivos serán:
 1. La organización de un programa extenso sobre salud reproductiva
 2. La promoción de una red piloto de asociaciones mutuales de salud
 3. Asistencia a la reforma del sistema formal de seguridad social.

Para poder llevar a cabo este amplio programa, el financiamiento y el apoyo técnico provendrán de las siguientes entidades:

- **FAPNU** Financiará y ejecutará lo referente a la salud reproductiva del programa.
- **ACDI** Preparará y financiará un taller “Servicios de las mutualidades”

Por su parte, el Gobierno de Haití está apoyando activamente el proceso continuo para encontrar soluciones a fin de hallar sistemas alternativos y complementarios para el actual sistema de seguridad social, con objeto de poder proporcionar mejor acceso y calidad en los servicios del sector salud.

Los Ministerios de Planeación han inscrito al programa PNUD de lucha contra la pobreza y la exclusión social como una de sus prioridades.

El Ministerio de Asuntos Sociales da pleno apoyo a las reformas propuestas en el campo de la seguridad social, incluyen el objetivo de extender, a través de asociaciones mutuales, su cobertura al sector informal.

Las universidades están dedicadas a la preparación y conducción de las encuestas de evaluación del impacto para varias CBOs, y en otros estudios complementarios relacionados con otros proyectos de asociaciones mutuales.

Finalmente, los sindicatos tienen un papel importante en la organización de diferentes talleres sobre las distintas formas de la asistencia y organización de las mutuales. Este programa está siendo financiado por la Cooperación Danesa y ejecutado por STEP.

Como se puede observar, Haití es un precursor, pero otros países están muy interesando en desarrollar sistemas idénticos en Africa: Senegal, Burkina Faso, Guinea, (Conakry), Costa de Marfil, Benin y otros a punto de iniciarlos. En otros continentes, Asia y hasta en los países de Europa del Este, están muy entusiasmados con la creación de asociaciones mutuales.

STEP está listo ahora para enfrentar el reto de convertirse en un socio en este campo y será capaz de ayudar a los países, los gobiernos, las CBOs, ONGs y organizar a las poblaciones para reunirse y establecer asociaciones mutuales y sistemas de micro seguro para tener mejor acceso a la salud.

Sobra decir que el programa STEP está llevando a cabo todas estas actividades relacionadas con los diferentes sectores en estrecha colaboración con los departamentos técnicos correspondientes en la sede de OIT, con el centro de capacitación de OIT en Turin, y con las oficinas descentralizadas de la OIT y los equipos multidisciplinarios en el campo.

Para concluir, me gustaría mencionar que las asociaciones mutuales y los sistemas de micro seguro ofrecen una promesa real a las poblaciones pobres para por fin, tener un mejor acceso a la salud y para darles la oportunidad de desempeñar un papel importante en su administración. STEP se ha dado cuenta de esto desde el principio y es un socio para su futura puesta en marcha. Hagamos juntos el camino y trabajemos hacia el éxito.

REFORMAS AL SECTOR SALUD CHILENO: ROL DE LAS UNIVERSIDADES

VITO SCIARAFFIA

**PROGRAMA DE INTERFACULTADES DE
ADMINISTRACION DE SALUD DE CHILE**

VITO SCIARAFFIA

Nacionalidad: Chilena

Formación: Médico Cirujano e Ingeniero Civil de la Universidad de Chile, Master of Business Administration of the University of Illinois at Urban-Champaign.

Experiencia Laboral:

Actualmente se desempeña como Director del Programa Interfacultades en Administración de Salud, Facultades de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile.

Fue Asesor Prorrector de la Universidad de Chile.

Se desarrolló como Jefe del Departamento de Planificación y Control de Gestión del Hospital Clínico Nacional de Chile.

Estuvo como Analista y como Jefe del Departamento de Programación del Ministerio de Salud.

1. Caracterización del Sector Salud Período Pre-Reformas

Durante el período anterior al proceso de reformas en el sector Salud, se encontraba en Chile un escenario caracterizado por un 800/0 de la población atendida en el sector público de salud. El Servicio Nacional de Salud era dueño del 90 0/0 de la infraestructura hospitalaria del país, estando a cargo de las acciones de fomento y protección para toda a población.

Las desigualdades en los sistemas de atención para obreros y empleados eran notables: mientras los obreros eran beneficiarios de salud gratuita, los trabajadores empleados tenían altos copagos (500/o aprox.).

Mientras un 20% de la población se encontraba sin cobertura de salud, las instituciones a cargo de financiar y administrar los beneficios, se caracterizaban por ser centralizadas, administradas inadecuadamente y de lenta adaptación a las circunstancias cambiantes del medio. Las personas de bajos recursos no disponían de opciones para elegir respecto de los sistemas que administraban sus fondos para salud, ni de los prestadores con que finalmente se atendían.

Finalmente, los indicadores de salud sobresalían por sobre los prevaecientes en el resto de

Latinoamérica:

	1950	1980
Mortalidad Infantil :	136,2	31,8
Mortalidad General :	14,8	6,6
Esperanza de Vida al Nacer :	58,1	71,0

2. Principales Reformas al Sector Salud (1979-1997)

El proceso de reforma en el sector Salud en Chile se ha distinguido por diferentes hitos:

- Se define un impuesto obligatorio para salud que cotizan los individuos, ya sea al sistema público, o a instituciones privadas de salud, lo que permitió desarrollar fuertemente el sector privado de salud a través de las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) (DFL N° 3 y 4 de 1981). Hoy en día un 27 % de la población se atiende a través de dichas instituciones, que ofrecen

un 28,6% de las camas hospitalarias del país. Esto ha permitido concretar un rol subsidiario del Estado, al hacer posible que éste se concentre en el otorgamiento de salud a las poblaciones más vulnerables.

- Se descentraliza el sector público de salud, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que cuenta con 27 servicios que cubren geográficamente el país, cada uno de ellos gozando de mayor autonomía administrativa y financiera (DL 2763 de 1979).
- Se ordena a través del Régimen de Prestaciones de Salud (Ley N° 18469 de 1985) el sector salud en su totalidad, eliminándose las inequidades existentes dentro de los beneficiarios del sector público, estableciéndoles copagos según su nivel de ingreso familiar y no según su calidad previsional.
- A nivel de atención primaria de salud, la administración de los consultorios se transfiere a las Municipalidades, con el objetivo de hacerlos más eficaces y eficientes, dada la proximidad de los mismos a las problemáticas locales (DFL N°1-3063 de 1980).
- Finalmente, la reforma financiera del sector público de Salud: tiene sus orígenes en 1978, cuando se introducen por primera vez cambios parciales en los mecanismos de asignación de recursos al interior del sector público. De esta forma se intenta terminar con los presupuestos históricos e introducir paulatinamente el mecanismo de incentivos a la gestión. Este desarrollo continúa hasta 1994, cuando se reimpulsa la conversión del Fondo Nacional de Salud (que recauda los fondos que financian el sector público de salud y el privado adscrito a la Modalidad de Libre Elección) en un organismo asegurador; avanzándose en el proceso de separación de funciones al interior del sector público de salud. Esto va aparejado con la implementación de compromisos de gestión a nivel de servicios de salud, que obliga a los directivos de estas instituciones a hacerse financieramente responsables de los resultados de su gestión.

3. Rol de la Universidad: Haciendo viable la reforma

La creciente celeridad y *fluidez* de los cambios que ha experimentado el mercado de la salud, en términos epidemiológicos, tecnológicos y económicos, junto al marcado proceso de democratización de los sistemas socio-políticos en América Latina están creando cada vez más, fuertes presiones y demandas sobre la oferta de atención de la salud. Se reconoce que estos fenómenos están produciendo cada vez mayor acceso de la

población a los servicios, provocando a su vez mayor equidad en la oferta y el financiamiento de las prestaciones.

Estas presiones y demandas sobre la oferta se manifiestan en tres ámbitos claves:

1) La Tecnología:

El creciente avance tecnológico en algunos campos de la medicina obliga a los centros prestadores a mantenerse a la vanguardia en técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de primer nivel. Claramente, la presión tecnológica recae sobre los costos de la atención y en su eficaz contención.

2) La Calidad:

Mayor acceso a la salud significa una presión para la generación de prestaciones de mejor calidad, conforme las exigencias crecientes de los pacientes.

3) El Valor/Precio:

Ser eficaz clínicamente no basta. El paciente cada vez mejor informado, exige un valor por el precio pagado cada vez más alto, y en ello, la sensación de atención integral y acogedora frente a la situación traumática que constituye la privación de salud.

Con este panorama, es dable suponer que son cada vez mayores las demandas de planificación en torno a la mejor asignación de los recursos, y a atender el problema de la costo-efectividad de las prestaciones.

Los cambios políticos, económicos y epidemiológicos que han dinamizado el proceso de reforma, están generando la necesidad de mayor conocimiento en Management (en búsqueda de eficiencia y calidad). El rol de la Universidad se materializa entonces en la transferencia del *know-how* administrativo necesario, a través del diseño de programas de formación y capacitación en administración de salud; todo ello con el objeto de generar ejecutivo con la flexibilidad, acertividad y un actitud proactiva hacia el medio, encaminados hacia una gestión de calidad profesional, que permita promover los aumentos de productividad, énfasis en la eficiencia de los servicios y la introducción de novedosos sistemas de gestión clínica.

La formación de recursos humanos se traduce entonces, desde el punto de vista de la Universidad, en capacitación para el trabajo (cursos ad-hoc) y educación continua, en donde la actualización y el reciclaje del personal toma relevancia. Finalmente, se encuentra la opción de la educación académica a través de diplomados, maestrías y doctorados.

4. Programa Interfacultades en Administración de Salud

Un Impulso a la reforma en Salud

En 1984, gracias a un gran aporte de la Fundación W K Kellogg se crea el PIAS, que asoció estratégicamente a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la misma Universidad.

Su creación ocurrió en el marco del proceso de reformas de salud que el país estaba experimentando en forma inicial y que en la práctica trajo la incorporación por vez primera de profesionales del área de la economía y administración a cargos de gestión de las instituciones de salud, cargos que tradicionalmente eran de responsabilidad de profesionales médicos. Dado que en general los primeros carecían de conocimientos del sector salud, enfrentaron mucha resistencia y dificultaron el avance hacia el tratamiento multidisciplinario de la problemática de la gestión en salud.

Por este motivo, el PIAS se constituyó naturalmente en un laboratorio que permitió experimentar, en forma pionera, el trabajo directo y multidisciplinario entre profesionales del área de la salud, con los provenientes de la administración e ingeniería. Se abocó de esta forma a crear un diseño curricular de post-grado en administración de salud, y a la elaboración de diversos productos en materia de capacitación, que puede responder con urgencia a las necesidades existentes en nuestras instituciones de salud. Más específicamente, la creación del PIAS fue inmediatamente posterior al establecimiento de las primeras reformas mencionadas, y por lo tanto vino a responder oportunamente a las exigencias con que se enfrentaba el sector salud en su etapa inicial de implementación de las mismas.

Por una parte, en el sector público, la descentralización del SNSS entregó a los servicios de salud nuevas atribuciones en lo administrativo y financiero, a las que no se podía responder con el perfil profesional existente hasta entonces,

mayoritariamente con formación básica en salud. Dicho rol, que con el paso del tiempo se ha reforzado aún más, los obligó a ponerse al día en herramientas de gestión que les permitiera administrar sus recursos con propiedad.

Esto ha explicado el flujo incesante de niveles directivos altos y medios, que vienen de dichas organizaciones a capacitarse a nuestro Programa. Asimismo, en el proceso de modernización propia de los servicios, el PIAS ha desarrollado un rol fundamental como transmisor de una cultura administrativa de vanguardia y puntualmente, a través de asesorías específicas en las diversas dimensiones del proceso de modernización.

En forma paralela, la Reforma Financiera que señalábamos anteriormente, también se encontraba en sus primeras etapas de diseño, lo que expandía la necesidad de reforzar la capacitación en herramientas en esta área en las diversas instituciones que componen el sector público. El PIAS constituyó un importante aporte en este proceso, a través de la capacitación impartida, la investigación desarrollada por los académicos del Programa, y su participación directa en asesorías relacionadas con dicho proceso de diseño.

Por otra parte, con respecto al sector privado, la creación de las ISAPRE implicó la creación de una nueva industria de aseguradores de salud que necesitó generar un *know-how* prácticamente inexistente en nuestro país, al que nuestro Programa ha colaborado a través de los avances en el conocimiento de las disciplinas que respaldan la gestión en dichas instituciones. Asimismo, la franca expansión de prestadores en el sector privado de salud que brindan atención a través de clínicas, laboratorios y centros médicos, encontró en nuestro Programa una oportunidad para la formación en administración especializada en salud de cientos de enfermeras, matronas y personal de salud en general, que laboran en dichas instituciones.

Por último, durante este período, el PIAS se ha constituido en una importante fuente de opinión, difundiendo los avances internacionales de esta disciplina de gestión especializada en salud, cumpliendo, por lo anteriormente señalado, un importante rol en el proceso de reforma del sector salud. A la fecha, mantiene el sitio de ser el organismo capacitador de instituciones de salud de mayor importancia a nivel nacional, irradiando su actuar más allá de nuestras fronteras. Hoy suman más de 2500 las personas que se han capacitado en nuestro Programa, encontrándose entre nuestros alumnos y profesores los líderes que guían el proceso de modernización del sector, e

importantes directivos de nivel superior e intermedio, que hacen posible la implementación armónica de dicho proceso.

La misión del PIAS se ha traducido en **“Liderar la enseñanza e investigación en las áreas de la administración de salud en el país y la región”**.

Los principales productos de extensión de este programa son:

- * DIPLOMA EN GESTION DE INSTITUCIONES DE SALUD
 - Modalidad Extendida
 - Modalidad Intensiva
- * DIPLOMA REGIONES
- * DIPLOMAS INTERNACIONALES

CURSOS DE ESPECIALIZACION:

- Administración de Recursos Humanos
 - Preparación y Evaluación de Proyectos
 - Mejoramiento de la Productividad
 - Priorización y Guías Clínicas
- * MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SALUD

Los contenidos temáticos que incluyen los cursos del PIAS, incluyen los siguientes tópicos:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| • Desarrollo Social | Epidemiología Moderna |
| • Sistemas de Salud | Recursos Humanos |
| • Marco jurídico | Administración de la Producción |
| • Seguridad Social | Contabilidad General y de Costos |
| • Teoría de la Organización | Finanzas |
| • Economía de la salud | Evaluación de Proyectos |
| • Salud Pública | Marketing en Salud |
| • Costo Efectividad en Salud | Control de Gestión y Reingeniería |
| • Taller de Destrezas Ejecutivas | Desarrollo de Sistemas de Información |
| • Responsabilidad Legal | Salud Administrada (Managed Care) |

5. Conclusiones

El rol de la Universidad en el proceso de reforma puede resumirse en los siguientes puntos:

- Apoyo técnico que entregue la viabilidad y sustentabilidad de las reformas, a través de la transferencia de *know how*.
- Abrir un puente entre la clase médica y los profesionales de la administración a un trabajo interdisciplinario más eficiente.
- Contribuir por medio de la capacitación a la formación de los Recursos Humanos idóneos para la complejidad propia de la administración de centros de atención de Salud.
- Generar la gestión de calidad profesional que el mercado exige.
- Desarrollar investigación en temas de vanguardia en Administración.
- Realizar asesoría institucional.

**EVOLUCION DE LA PROTECCION DE LA
SALUD EN EL PROCESO DE REFORMAS
POLITICAS E INSTITUCIONALES**

ALVARO CASTRO GUTIERREZ

ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ALVARO CASTRO GUTIÉRREZ

Nacionalidad: Nicaragüense

Formación: Tiene un doctorado en ciencias estadísticas y actuariales de la Universidad de Roma.

Experiencia Laboral:

Se desempeñó inicialmente como actuario, gerente técnico y jefe actuario en instituciones de seguros privados y sociales de Nicaragua y de Costa Rica. Fue profesor de matemáticas financieras en la Universidad Centroamericana, y profesor de estadística en la Universidad Nacional de Costa Rica.

En 1973 ingresó al Departamento de Seguridad Social de la OIT. En 1979 pasó a ocupar el cargo de consejero técnico y actuarial de la AISS. En 1991 fue llamado a dirigir el Servicio de prestaciones de la OIT. Desde agosto de 1993 es gerente general de los programas estadísticos actuarial y regional americano de la AISS.

Ha participado en el programa de cooperación técnica de la OIT, sea como actuario que como experto en Seguridad Social. Ha sido conferencista en seminarios y cursos de formación de la AISS, del CIESS, de la OIT, de la OCDE de la OEA y de la OISS. Ha participado en más de 120 conferencias internacionales y reuniones técnicas en el campo actuarial y de la seguridad social. Es autor de más de 50 ponencias, artículos y trabajos de investigación. Dirige los seminarios actuariales interregionales y de alto nivel de la AISS.

Es miembro de la Asociación Actuarial Internacional (AAI) y de su Sección Finanzas (AFIR), de la Asociación Suiza de Actuarios (Actuario ASA) y del Instituto Actuarial Argentino.

Introducción

Uno de los problemas centrales en el proceso de reforma de la protección de la salud, cuyo enfoque correcto es indispensable para el éxito de su actuación, consiste en evaluar de manera adecuada las situaciones existentes, tanto en lo que toca la identificación y definición de las necesidades reales, como de cuantificar debidamente los recursos requeridos para hacer frente a esas necesidades.

En materia de protección de la salud se han considerado innumerables enfoques; consecuentemente se han llevado a cabo otros tantos programas. Muchas veces se han realizado con éxito. En otras ocasiones, sin mayor impacto. Otras veces, el fracaso de los programas actuados ha demostrado que el tema no es de fácil dominio. Las múltiples componentes que intervienen en el proceso, tanto de evaluación de necesidades y de recursos como de su actuación, no son variables más o menos complejas, cuya cuantificación indique claramente las magnitudes de la problemática y que, por ende, las soluciones se encuentren a mano una vez alcanzada esa etapa.

En esta breve exposición, se señalará en primer lugar algunos de los aspectos principales de la problemática actual, para no perder de vista el contexto en el que se desarrolla la reforma. Sucesivamente se citaran algunos ejemplos que ilustran modalidades diferentes y de actuación de la protección de la salud. En fin, dos comentarios, que se consideran importantes para la acción futura, se mencionarán a guisa de conclusión.

Aunque la problemática es general, se hará referencia preferencialmente a los aspectos fundamentales que interesan solamente a países de ingresos medios. La breve revista de tendencias actuales, al contrario, interesa un rango más amplio de países, ya que importa conocer hacia adónde se va en los procesos de reforma.

Sobre los principales factores que influyen actualmente en la determinación de políticas de protección de la salud

Los cambios y la evolución de la protección de la salud observada en los últimos tiempos es resultante directa de las mutaciones permanentes en el contexto económico y social. Esto es así tanto bajo el punto de vista de las necesidades de protección del individuo, que es un aspecto fundamental y

permanente, o del aparecer de nuevas enfermedades (o del reaparecer de otras, que se consideraban superadas) y del progreso de la ciencia médica.

El contexto general aparece muy claro:

- Aumento del número de personas que requieren protección en salud.
- Necesidad de actuar políticas dirigidas a una cobertura universal en salud.
- Aumento de la desigualdad de acceso a una atención adecuada.
- Aumento del ingreso medio de las personas en países de ingreso medio.
- Crecimiento del sector privado de salud.

La lista no es por supuesto exhaustiva; el propósito siendo meramente ilustrativo para ubicar la problemática. Esta última parece encontrarse en dos grandes tipos de cuestiones:

- Modalidades de financiación.
- Modalidades de actuación.

Lo anterior se plantea en un contexto dialéctico muy activo, que opone criterios y propugna razones por una determinada modalidad en vez de otra, ya sea en materia de financiación, ya sea en materia de actuación de los programas:

- ¿Cuáles son las necesidades reales de protección?.
- ¿El acceso a la atención, es una cuestión individual o social?.
- ¿El suministro de atención se tiene que realizar mediante un servicio nacional de salud, o mediante seguros de salud públicos y/o privados?

Evolución reciente de la protección de la salud

Conviene referirse a esta evolución considerando grupos de países que presentan una cierta homogeneidad o similitudes en materia económica y social. La información sobre la evolución, que se resume a continuación a lo

esencial, se ha tomado principalmente del texto del informe general sobre las evoluciones y tendencias de la seguridad social en el mundo, que el Secretario General de la AISS presentará en ocasión de la próxima Asamblea General de la Asociación en octubre de este año.

Los países a que se hace referencia en ese informe se agruparon de la siguiente manera:

- Países económicamente desarrollados
- Países en transición económica
- Países en desarrollo

Países económicamente desarrollados

En los últimos cinco años se ha asistido a la actuación de reformas tendientes a proporcionar a todos un acceso a la protección a la vez equitativo y satisfactorio. Al mismo tiempo, los responsables persiguen la eficiencia macroeconómica - es decir, contener los gastos en realización razonable con los recursos del país - y microeconómica - o sea, obtener buenos resultados y la satisfacción de los usuarios del sistema a un costo mínimo. Esas reformas se sitúan en un contexto de envejecimiento demográfico y de inestabilidad económica. La prioridad es entonces la contención del gasto.

En los países de la Unión Europea, los servicios nacionales de salud tienden hacia la descentralización y a desarrollar una competencia destinada a mejorar la calidad del servicio y a la vez a bajar los costos. Los seguros de salud ponen el acento en el control reforzado de los proveedores de servicios.

AISS ha constatado una fuerte tendencia hacia la mejora de la atención primaria y la disminución de la atención hospitalaria. Esta tendencia se dirige evidentemente a lograr a la vez la disminución de los costos y respetar las normas establecidas de atención.

En cada país la misión es clara y estricta: conciliar el acceso de cada persona a la atención de su salud de acuerdo a sus requerimientos, con una repartición ecuánime de su costo, que resulte razonable para la economía.

Lo anterior implica una toma de conciencia y de responsabilidades por parte de todas las partes interesadas, ya sean públicas o privadas. El establecimiento de zonas de negociación y de mecanismos de control adecuados y oportunos son elementos constitutivos de su realización.

Los países en transición económica

En los países del ex-bloque soviético, la protección de la salud era responsabilidad integral del Estado, al igual que los otros regímenes de protección social. Su planificación, aplicación, financiación y gestión. Los sindicatos asumían algunas funciones que el Estado les delegaba. Los sistemas nacionales de salud protegían gratuitamente a toda la población.

Sin embargo, dos tipos de problemas caracterizaban la situación: una manifiesta insatisfacción por los servicios proporcionados y el sentimiento de rechazo de un régimen paternalista. Los problemas económicos que se evidenciaron luego de la caída del bloque y las nuevas orientaciones en materia política ofrecieron un nuevo panorama. Las modalidades de prestación directa de la atención fue descartada. Sin embargo, se mantuvo el principio de que el acceso a la protección de la salud es un principio social que no se cambia. Los regímenes de seguro de enfermedad comenzaron a reemplazar a los servicios nacionales de salud.

En general, un cierto número de aspectos se discute frecuentemente en el debate sobre la política social al nivel nacional: la separación de roles entre el sector privado y el sector público en materia de seguridad del ingreso, de suministro de la atención de la salud y de los servicios sociales; qué grado de protección es necesario que el Estado tome a su cargo; cual es el papel del individuo, de la familia y de las colectividades locales en la garantía de los medios de, existencia de la atención de base y de las necesidades sociales.

La reforma de los sistemas de salud en los países de Europa Central y Oriental se presenta entonces como muy delicada y de difícil solución, que no ha mostrado resultados satisfactorios hasta la fecha. Desmantelar el servicio nacional de salud implica el grave riesgo de perder el control sobre los gastos de salud, en provecho único de la profesión médica y la industria farmacéutica y de equipos médicos. El tema es en resumen cómo transformar el sistema de protección de la salud limitando la administración pública de las unidades de atención sin perder el control público de los gastos.

Las perspectivas inmediatas no son del todo alentadoras. La extensión de la pobreza y el desorden en los servicios médicos han conducido a una serie de situaciones negativas en materia de salud: la esperanza de vida, ya sustancialmente inferior en comparación con los países de occidente, ha bajado en numerosos países; en pleno aumento se constatan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el tabaquismo, el SIDA y otras enfermedades venéreas; la tuberculosis se difunde en la ex-URSS.

La OMS ha señalado las causas de esa situación: falta de financiamiento, equipos obsoletos, mala alimentación, tabaquismo y alcoholismo, alta contaminación ambiental, estrés debido al miedo del desempleo y del empobrecimiento, fuerte aumento en las diferencias de ingresos, tendencia hacia una medicina "a dos velocidades", pago obligatorio de prestaciones supuestas gratuitas, oposición de los médicos a ser pagados modestamente.

Los países en desarrollo

En estos países el problema consiste mayormente en dar acceso a una protección básica de la salud a toda la población. Grandes segmentos de la población quedan aún desprotegidos totalmente. Sin embargo, diversos países se encuentran empeñados en la vía de la reforma.

Veamos algunos ejemplos.

Nuevos regímenes

En Bangladesh, una institución de autoasistencia ha lanzado un programa voluntario de salud privado, destinado a respaldar el servicio público de salud. Se dirige principalmente a proteger a las mujeres del sector rural, enfatizando los aspectos de salud de la madre y del niño, prevención y educación sanitaria, atención primaria de diagnóstico, curas a nivel de dispensarios, medicinas. Se financia mediante cotizaciones y tiquete moderador, y debería completar de manera satisfactoria la protección proporcionada por el servicio público.

En China se ha iniciado una gran reforma de su sistema de seguridad social. El sistema de salud venía acusando serios problemas de financiamiento y de aumento de los costos. Algunas reformas piloto se han emprendido al respecto al nivel local. En 1996 se adoptó un régimen director que combina cuentas

médicas individuales y un seguro de enfermedad. Las cotizaciones pagadas al régimen por los empleadores y los trabajadores se reparten entre esas dos formas de protección. En caso de gastos médicos se afecta primero la cuenta individual acumulada; al agotarse ésta el asegurado asume todos los gastos hasta un porcentaje determinado en función de su salario; seguidamente el seguro de enfermedad toma a su cargo los gastos, el asegurado debiendo pagar un tiquete moderador. La idea es controlar los gastos.

En la India, un nuevo seguro de enfermedad para los pobres ha sido introducido por el gobierno. La gestión la realizan compañías de seguros que toman a su cargo los gastos durante un período de varias semanas; los niveles de cotización son modestos, con el objeto de permitir que se aseguren las personas de bajos ingresos de las zonas rurales y de las zonas industriales urbanas.

En Nicaragua se ha introducido un nuevo sistema de seguridad social. En materia de salud se trata de proporcionar atención ambulatoria y hospitalaria a los asegurados afiliados al seguro social y a sus familiares a cargo. Esta reforma debería permitir una mejora sustancial de la calidad y eficacia de los servicios, proporcionados anteriormente por el sistema nacional único de salud. Empresas públicas y privadas participan en la aplicación del nuevo modelo; el seguro social, que cubre directamente solo a una parte de sus asegurados, ha pasado convenios con empresas de atención de salud y ejerce el control del sistema.

En el Perú se adoptó una nueva ley para la reforma del sistema de salud. El régimen es obligatorio para los trabajadores asalariados y para los miembros de las cooperativas, cubriendo igualmente a los familiares a cargo. El seguro social administra el régimen; protección complementaria, pública o privada, puede ser proporcionada igualmente.

Reformas importantes se han registrado igualmente en regímenes existentes en diversos países, entre otros, en Filipinas, Kenia y Túnez.

Los ejemplos anteriores son solamente una muestra de una serie de cambios en las modalidades de acceso y de provisión de la protección de la salud en los países en desarrollo, a pesar del contexto económico difícil en que se desenvuelven y de las orientaciones políticas prevalecientes en general, que

favorecen en general los aspectos económicos y financieros de los países, a expensas de una mayor atención dirigida a la protección social.

El camino por recorrer es aún muy grande en la mayoría de esos países, a pesar de los progresos registrados en algunos de ellos en tema de reducción de la mortalidad infantil, aumentos en la esperanza de vida y mejora de la salud.

La fragilidad de las medidas dirigidas a eliminar la pobreza y la reducida velocidad del crecimiento económico penalizan a un número relativamente elevado de países en desarrollo o en transición económica.

Conclusión

Los párrafos precedentes dan una breve y forzosamente incompleta imagen de la situación actual en tema de evolución de la protección de la salud en la época actual de reformas políticas e institucionales. No se puede decir que esa imagen sea muy optimista. En efecto, los desafíos en la materia son aún más grandes que nunca antes. A pesar de las nuevas tecnologías médicas y avances en el campo de la investigación científica, medios de comunicación, concientización sobre los problemas mayores que agobian a las sociedades, sobre todo las emergentes.

La protección universal de la salud, meta última de cualquier gobierno, no debería desviar la atención de los responsables de las políticas nacionales de los problemas inmediatos, que son susceptibles de solución, mediante la actuación de reformas graduales y sectoriales, que necesitan del concurso de todos los agentes económicos y políticos de la sociedad.

La reforma no es una meta. Es simplemente un medio, para la realización de las aspiraciones que la sociedad se ha fijado como indispensables para su plena realización ideal y material.

ACETATOS

Principales factores que determinan las políticas de protección de la salud

- Aumento del número de personas que requieren protección en salud.
- Necesidad de actuar políticas dirigidas a una cobertura universal en salud.
- Aumento de la desigualdad de acceso a una atención adecuada.
- Aumento del ingreso medio de las personas en países de ingreso medio.
- Crecimiento del sector privado de salud.

La problemática

Dos grandes tipos de cuestiones:

- Modalidades de financiación.
- Modalidades de actuación.

Financiación

- Impuestos generales.
- Cotizaciones salariales.
- Gravámenes específicos.
- Copagos contribuciones voluntarias.
- Otros medios.

Modalidades de actuación

- ¿Cuáles son las necesidades reales de protección?
- ¿El acceso a la atención, es una cuestión individual o social?
- ¿El suministro de atención se tiene que realizar mediante un servicio nacional de salud, o mediante seguros de salud públicos y/o privados?

Evolución reciente de la protección de la salud

- Países económicamente desarrollados
- Países en transición económica
- Países en desarrollo económico

Países económicamente desarrollados

- Las reformas se sitúan en un contexto de envejecimiento demográfico y de inestabilidad económica.
- La prioridad es la contención del gasto.
- Reformas tendientes a proporcionar a todos un acceso equitativo y satisfactorio a la protección.
- Eficiencia macro y microeconómica.

Unión Europea

Los servicios nacionales de salud:

- Tienden hacia la descentralización.
- Tienden a desarrollar una competencia destinada a mejorar la calidad del servicio y a bajar los costos.

Los seguros de salud:

- Ponen el acento en el control reforzado de los proveedores de servicios.

En general se registra una clara tendencia hacia:

- La mejora de la atención primaria
- La disminución de la atención hospitalaria

Esta tendencia se dirige evidentemente a lograr:

- Disminución de los costos.
- Respetar las normas establecidas de atención.

La misión es clara y estricta:

Conciliar el acceso de todos a la atención de su salud de acuerdo a sus requerimientos, con una repartición ecuánime de su costo, que resulte razonable para la economía.

Los países en transición económica

El debate sobre la política social y la garantía de los medios de existencia, de la atención de base y de las necesidades sociales:

- Separación de roles entre el sector público y el sector privado.
- Qué grado de protección debe garantizar el Estado.
- El papel del individuo, de la familia, y de las colectividades locales.

Los países en transición económica

Los grandes problemas actuales en materia de salud:

- aumento de la pobreza.
- desorden en los servicios médicos.
- aumento de muchas patologías.

El tema es cómo transformar el sistema de protección de la salud, limitando la administración pública de las unidades de atención, sin perder el control público de los gastos.

Los países en desarrollo

El problema consiste mayormente en dar acceso a una protección básica de la salud a toda la población.

La fragilidad de las medidas dirigidas a eliminar la pobreza y la reducida velocidad del crecimiento económico penalizan a un número relativamente elevado de países.

Conclusión

- Los progresos realizados no son muy grandes, y la situación económica y social actual no deja mucho margen de maniobra.
- La protección universal de la salud no debería desviar la atención de los problemas inmediatos, superables mediante cambios graduales que necesitan del concurso de todos los agentes económicos y políticos de la sociedad.
- La reforma no es una meta. Es un medio para realizar las aspiraciones que la sociedad se ha fijado para su plena realización ideal y material.

**SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LAS
REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN
LAS AMERICAS**

JOAQUIN MOLINA LEZA

OPS/OMS

JOAQUIN MOLINA LEZA

Nacionalidad: Cubana.

Formación: Graduado de Estomatología en la Universidad de la Habana, Cuba en 1997; concluyó la especialidad en Teoría y Administración de Salud Pública en 1988 y también realizó estudios de postgrado de Epidemiología en la Universidad Semmesweis en Budapest, Hungría y de formación en Salud Internacional en la OPS en Washington, USA.

Experiencia Laboral:

Ocupó diferentes cargos directivos y de especialistas en el Ministerio de Salud Pública de Cuba y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana entre 1980 y 1989. Desde 1990 se vinculó a la OPS en calidad de Consultor de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Trabajando en la Oficina Regional de Nicaragua y México.

Ha trabajado como técnico, asesor y consultor en la áreas de regulación del sector, planificación, organización y gerencia de los servicios de salud, procesos de descentralización y desarrollo de sistemas locales de salud, programas de mejoría de la calidad, investigaciones en servicios de salud y de Reforma Sectorial.

Ha sido titular e invitado en Centros de Educación Superior y postgrado en Cuba, Nicaragua y México en temas de administración y desarrollo de servicios de salud.

Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en las Américas

Los procesos nacionales de reforma del sector salud son de los temas más debatidos actualmente en la salud pública del Continente. Los principios básicos que guían estos procesos, las estrategias a implementar, la gestión de los cambios, el financiamiento sectorial y otras áreas más, conforman la agenda de asuntos relevantes sujetos a discusión en el marco de la reforma del sector salud.

Sin embargo, luego de revisar la información sistematizada y los programas nacionales y otros documentos de gobierno sobre reforma del sector salud, se aprecia que el seguimiento y la evaluación son de las áreas menos tratadas –y posiblemente desarrolladas-, particularmente en Latinoamérica. No ocurre lo mismo en los países pertenecientes a la OCDE, ocupándose esta organización de documentar los procesos nacionales de reforma del sector salud y de publicar análisis comparado de sus estrategias y los cambios introducidos en los sistemas nacionales de salud, particularmente de los países europeos, a partir de la década de los '80s.¹

Se han dado algunas explicaciones del poco seguimiento y la menos frecuente evaluación de los procesos nacionales de reforma del sector salud en América Latina. La más comúnmente declarada es que los procesos de reforma son jóvenes en la mayoría de los países -no en todos-, y su revisión será tarea para el futuro. Otras explicaciones para no evaluar tienen que ver con la complejidad de estos procesos, que como sabemos involucran a muchos actores con posiciones y perspectivas no pocas veces opuestas, cuyas diferencias interesa no profundizar; y también que los estrategias de reforma se asocian con decisiones de gobierno y en esa medida, si los resultados de la evaluación no llenan las expectativas iniciales, se teme que la oposición política los utilice como crítica a la posición oficial.

Por suerte, los excusas mencionados para no hacer seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud han perdido fuerza en el contexto actual. Los procesos nacionales de reforma acumulan años en la mayoría de los países

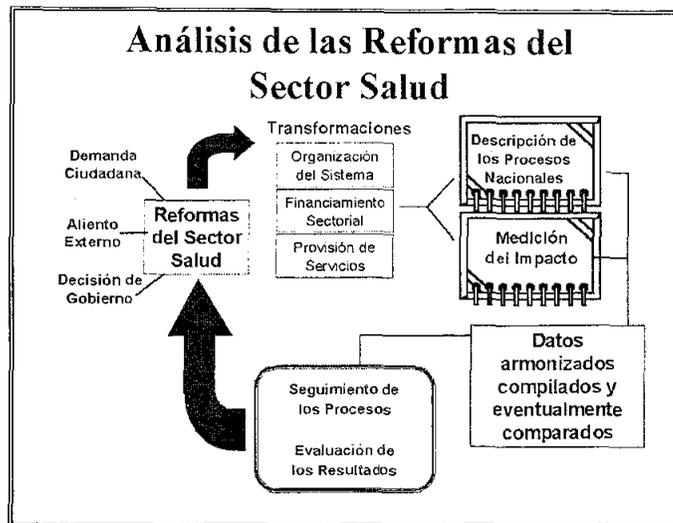
¹ México pertenece formalmente a la OCDE y en 1998 esta organización publicó un estudio sobre la reforma del sector salud en México.

y su evaluación resulta impostergable. Asimismo, el desarrollo de reformas en salud es cada vez más el producto del consenso entre actores sociales al interior de los países, al tiempo que las organizaciones de financiamiento internacional y de cooperación técnica en salud buscan sinergias y evitar duplicidades en su labor.

Mi conferencia será sobre la importancia y los criterios a utilizar para el seguimiento y la evaluación de la reforma del sector salud. En la primera parte abordaré las complejidades que marcan el tema y su relevancia en el momento actual, y en la segunda parte presentaré la metodología propuesta por la OPS para este fin, la que forma parte de lineamientos más amplios para elaborar los perfiles de los sistemas de servicios de salud en la región. Estos lineamientos fueron revisados en reuniones de expertos en mayo de 1998 y abril de 1999 celebradas en Washington D.C., que sirvieron para enriquecer su enfoque y contenidos.²

Los orígenes de los procesos de reforma del sector salud son diversos y están insertados complejamente en la política de desarrollo de cada país. No obstante, es posible identificar al menos tres motivaciones –declaradas o no declaradas– que han concurrido para desencadenar procesos de esta magnitud: (1) demandas ciudadanas de acceso a servicios y de mayores beneficios del sistema de salud, que algunos analistas lo interpretaron como interés por incrementar la responsabilidad individual y familiar sobre la salud; (2) decisiones de los gobiernos, con grados diferentes de consenso según el país, sobre los esquemas deseados y posibles de acceso y prestación de los servicios de salud en su realidad socioeconómica particular y; (3) aliento externo por parte de instituciones financieras internacionales y organismos de cooperación para transformar los sistemas de salud, patentizado través de préstamos y donaciones de fondos para financiar los cambios a introducir.

² Para junio de 1999, los lineamientos para elaborar los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud están en pleno uso y en la página WEB de OPS se puede consultar la información de 17 países que la han aplicado.



Prácticamente todos los países del Continente han implementado a lo largo de la presente década de los años '90s transformaciones en el tradicional modo de conducción y regulación de sus sistemas de salud, así como en las formas de aseguramiento de la salud a sus ciudadanos, a tenor de lo que muchos denominaron proceso de Reforma del Sector Salud. Sin perjuicio por la agrupación que se adopte, los cambios introducidos han repercutido en la organización de los sistemas de salud, el financiamiento sectorial y la provisión de servicios de salud.³

En la organización de los sistemas de salud, una transformación relevante fue la introducción de un seguro obligatorio de salud para todos los ciudadanos –caso de Colombia-. En otros países, las reformas dictaron un renovado esfuerzo para garantizar el acceso a servicios de salud para todos los ciudadanos bajo nuevos esquemas de aseguramiento públicos y privados, donde generalmente el Estado, a través de los Ministerios de Salud, continúa a cargo de la atención de la población no asegurada con orientación particular

³ La OPS en 1997 identificó en su documento sobre Rectoría de los Ministerios de Salud para la Reforma del Sector, 5 funciones fundamentales de los Ministerios de Salud: Conducción, Regulación Sectorial, Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de Servicios. Otros autores como Londoño, J.L. y Frenk, J. en sus varias publicaciones sobre el modelo que denominaron Pluralismo Estructurado reconocen otra clasificación de las funciones de los sistemas de salud.

a los pobres, al tiempo que el sector privado incrementa su participación en la atención a las personas. Las estrategias operacionales han sido numerosas e incluyen, citando sólo las más reiteradas, las siguientes: la descentralización y desconcentración institucional, que en algunos países incluyó espacios para una gestión más autónoma de los hospitales públicos; la separación de las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios por instituciones, que en países como Chile, Colombia y Argentina se acompañó del surgimiento de organismos nuevos como son las superintendencias; y el incremento de la articulación interinstitucional, ejercido por los Ministerios de Salud como parte de su función rectora del sistema.

En materia del financiamiento sectorial, los cambios más notables tienen que ver, en primer lugar, con la preocupación por incrementar los fondos que se dedican a la salud y en ese sentido, se han implementado esquemas de recuperación de costos y cobros por servicio y se ha buscado incrementar las aportaciones a la salud por las instancias intermedias y locales de gobierno. Otra dirección ha sido mejorar la eficiencia y efectividad del gasto, particularmente el público, determinando la adopción de criterios basadas en el llamado costo-beneficio y costo-eficacia que han incluido la subrogación de servicios⁴, desarrollo de la compra-venta de servicios de salud directamente por los usuarios o a través de intermediarios, así como el cálculo económico de las prácticas sanitarias y clínicas para luego privilegiar aquellas de menor costo o las de mayor beneficio potencial a la salud. Las modalidades de prepago en salud han recibido un notable impulso en el continente al calor de los procesos de reforma del sector.

En la provisión de servicios de salud, los reformas han señalado su inspiración fundamental en incrementar la cobertura de los servicios y la equidad del sistema de salud. De nuevo, las experiencias son muy diversas. Pese a la incompleta evidencia disponible, se ha estimado que la oferta de servicios ha aumentado a expensa del primer nivel de atención en la mayoría de los países. Otros cambios mencionados en este ámbito son interés creciente por hacer más efectiva la participación y el control social, mejorar la identificación de los grupos vulnerables y orientar hacia ellos los programas de atención, redefinición de los modelos de atención y de gestión sanitaria en

⁴ Los servicios más frecuentemente subrogados "a terceros" por los establecimientos de salud son: vigilancia, limpieza, alimentación, mantenimiento de equipos y más recientemente se han observado los de enfermería, farmacia, ciertos exámenes complementarios e incluso algunas atenciones especializadas.

un abanico grande de opciones según el país, que incluye la medicina familiar como opción privilegiada para algunos, la introducción de paquetes básicos de servicios, uso de unidades móviles, fomento de la responsabilidad individual por la salud, estrategias de municipios saludables y otras.

Los cambios y transformaciones introducidos a tenor de los procesos de reforma del sector salud conviene tenerlos bien documentados, tanto en sus fundamentos y prácticas operacionales como en el impacto real sobre la gestión sanitaria y la salud de la población. La reforma del sector salud es de esos temas donde conviene compartir aciertos y errores entre los países, a fin que el camino andado por algunos sirva a los otros para no fabricar utopías, se inviertan mejor los escasos recursos disponibles para el desarrollo y lo que es más importante aún, que no desmonten los logros alcanzados por los actuales sistemas de salud.

Para fines de seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud, interesa abordar dichos los procesos nacionales desde dos ópticas diferentes: la primera es la descripción de la dinámica y los contenidos de la reforma, y la segunda es la medición del impacto de estos procesos en la gestión de los servicios y los niveles de salud de la población. Seguidamente abundaremos sobre la importancia y las complejidades de estos 2 abordajes.

La descripción de los procesos nacionales de reforma del sector salud de cada país conviene que incluya un análisis del sistema de servicios de salud previo a las reformas, para poder entender el por qué de los cambios planeados. Aquí puede radicar la primera dificultad, ya que no pocas veces la información disponible es insuficiente o poco fiable y en otras ocasiones su recopilación carece de sistematización. Se añade que los sistemas de salud de los países son heterogéneos como lo son sus procesos de reforma, produciendo notables diferencias de conceptos y términos empleados, que requieren de aclaraciones sopena de que al compararlos se incurra en confusiones. Se desprende entonces la necesidad de contar con un conjunto de definiciones claves aceptadas por todos los países para describir el sistema de servicios de salud y consecuentemente, las reformas implementadas.⁵

⁵ Referido a términos como los de equidad, cobertura, accesibilidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud, que no siempre los países emplean con la misma acepción.

Hay avances frente a las dificultades mencionadas. La OPS publicó en 1998 la descripción de quince sistemas de servicios de salud de países de América Latina previo a la implementación de la reforma, a los que denominó línea basal, que será nuevamente realizado en el año 2002 y luego comparados para visualizar los cambios ocurridos a tenor de las reformas del sector. Por otra parte, han aparecido sistemas de información y redes electrónicas de intercambio enfocadas al tema de reforma del sector salud, de los citamos tres ejemplos: (1) la red de economía y financiamiento de la salud REDEFS, con sede en el Centro Interamericano de Seguridad Social CIESS en México; (2) el NAADIIR⁶, que es una iniciativa del Instituto de Salud Pública de México con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, para agrupar a investigadores en estos temas de todos los continentes y que ha puesto a disposición por vía electrónica literatura gris sobre reforma del sector; y (3) más reciente tenemos el SINAR, que es una iniciativa lanzada por la OPS conjuntamente con la Agencia Internacional para el Desarrollo AID de Estados Unidos y otros asociados, para crear un centro de inteligencia virtual con información amplia sobre las reformas del sector en países de América Latina y el Caribe.

La medición del impacto de las reformas sobre los sistemas de salud extraña mayores dificultades aún que la descripción de los procesos nacionales. La evaluación de los procesos de reforma se torna difícil- sino imposible- si previamente no se ha esclarecido los orígenes, las motivaciones y objetivos esenciales que dieron lugar a la decisión de reformar el sistema de salud, para entonces, luego de transcurrido un tiempo lógico, evaluar si los objetivos perseguidos se consiguieron o no. Pero lo más complejo de la evaluación, a juicio nuestro, es establecer con claridad la relación entre cambios introducidos por la reforma y el desempeño de los sistemas de salud. Sabemos que la salud es un sistema sujeto a muchas externalidades y el éxito o fracaso de un proceso dirigido a modificarlo, está dictado en una cuota importante por otras intervenciones que ocurren en la economía y el desarrollo político y social del país.

No obstante, las dificultades señaladas no deben en modo alguno limitar el intento de evaluar las reformas. De nueva vuelta, en esta área también hay acumulaciones más o menos recientes que abren opciones a la evaluación.

⁶ Núcleo de Acopio de Análisis y Difusión Internacional de Iniciativas de Reforma de los Sistemas de Salud.

El creciente número de descripciones de los sistemas de servicios de salud y de los procesos de reformas, como la línea basal realizada por la OPS en 15 países del América Latina y el Caribe; los datos recopilados por los sistemas de información de salud, aunque no siempre iguales y tampoco de similares niveles de confiabilidad entre los países, brindan información útil que no es explotada lo suficiente; y por último, la difusión de metodología y listas de indicadores de evaluación específicos para medir cambios ocasionados por las reformas, como los recomendados por McPake y Kutzin (OMS) y Knowles y Leighton (PHR) y la propia OPS.

Como se había adelantado, el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma del sector salud entraña la compilación de datos armonizados sobre los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector salud. Un paso posterior sería la comparación nacional e internacional de los datos armonizados, lo que juzgamos de utilidad para la formulación de adecuadas políticas nacionales, además de ayudar a despejar incógnitas y aclarar dudas sobre los contenidos, las dinámicas y los resultados de los cambios introducidos con las reformas, así como a prevenir problemas en el desarrollo de las políticas de salud.

Los principales beneficiados con la existencia de datos armonizados y eventualmente comprados sobre los sistemas de servicios de salud y las reformas del sector son, en primer lugar, los gobiernos de los países en su carácter de formuladores de políticas nacionales de salud. También los proveedores de servicios de salud y los investigadores, en la medida que resulta información sistematizada sobre gestión sectorial y una posible agenda de temas para la investigación; las instituciones de financiamiento internacional, al contar con información útil para definir sus prioridades de cooperación; y finalmente, a todos los usuarios y prestadores de los servicios de salud, que se benefician de la producción de conocimientos sobre sistemas y servicios de salud. La reforma del sector salud está dictando como pocas veces antes, la necesidad de estar informados sobre opciones para el desarrollo de la salud.

En las circunstancias relatadas, es que la OPS se ha propuesto la tarea, con el apoyo de los países del continente americano, de formular y poner en operación una metodología de seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud. Dicha metodología forma parte de un esfuerzo más amplio por documentar los sistemas de salud del continente y de hecho, lo

parte relativa a las reformas del sector es el capítulo 3.3 del documento "Lineamientos para la Elaboración de los Perfiles de los Sistemas de Servicios de salud en los países de la Región".

A modo de introducción a la metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud, comentamos que el seguimiento se propone realizarlo desde dos posiciones: (1) de la dinámica del proceso, referido a los distintos momentos por los que ha transitado el proceso de reforma (diseño, negociación, implementación y evaluación), así como características y relaciones de los actores involucrados; (2) de los contenidos de las reformas, interesando describir las estrategias diseñadas para el cambio y las acciones efectivamente emprendidas en el marco del proceso de reforma.

Por su parte, para la evaluación de las reformas la pauta planteada es el seguimiento de cinco principios rectores a saber, planteados en la mayor parte de los programas nacionales de reformas de los países del continente: (1) equidad; (2) efectividad y calidad; (3) eficiencia; (4) sostenibilidad; (5) participación y control social.

Tanto para la sección de seguimiento como para la de evaluación de las reformas, los puntos a tratar aparecen redactados en forma de pregunta, estimándose que así ayuda a concretar la redacción del tema. Se combina la información cuantitativa y cualitativa según los requerimientos de los temas tratados.

Se adjunta a esta presentación, la parte correspondiente al seguimiento y evaluación de la reforma sectorial del documento de OPS "Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud en los países de la Región".

Muchas gracias.

Bibliografía

1. Carr-Hill, Roy A. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc. Sci. Med.* Vol 39. No. 9 pp1189-1201. 1994.
2. Cassels, A. Health sector reform: key issues in less developed countries. Forum of Health Sector Reform, Discussion paper No. 1, WHO/SHS/NHP/95.4. Geneva. World Health Organization. 1995.
3. Cohn, Amelia. Reforma de los sistemas de salud y sus problemas: financiamiento, privatización, cobertura, descentralización y equidad. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, Estado de Morelos, México del 2 al 6 de julio de 1997. Publicado en el libro "Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina por EDAMEX S.A. de C.V. y el Instituto de Salud Pública de México; 1999.
4. Granados, Ramón. Reforma de los sistemas de salud. Editora Rossany Aueda F. Tegucigalpa, Honduras: OPS/OMS. 1995.
5. Infante, Alberto. La reforma de la atención a la salud en América Latina: El rol del Estado y los medicamentos esenciales. Publicado en "Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas. Editorial Civitas, S.A: pag. 151-176. Madrid, España; primera edición, 1997.
6. Knowles, James C. and Charlotte Leighton. 1997. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators. Special initiative report No. 1. Bethesda. MD: Partnerships for health reform, Abt. Associates Inc.
7. Laurell, Asa Cristina. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, Estado de Morelos, México del 2 al 6 de julio de 1997. Publicado en el libro "Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina, por EDAMEX S.A. de C.V. y el Instituto de Salud Pública de México; 1999.
8. Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio. Pluralismo Estructurado, hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud A.C. Mexico, D.F.; Primera edición. 1997.
9. López Acuña, Daniel. Procesos de reformas del sector salud en Las Américas. Publicado en "Memoria del 1er. seminario sobre los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud". Conferencia

- Interamericana de Seguridad Social; serie estudios No.42: pag. 33-49. México. CISS. 1998.
10. McPake, Barbara and Kutzin Joseph. Methods for evaluating effects of health reforms. Division of Analysis, Research and Assessment. World Health Organization. WHO/ARA/CC/97.3. Geneva. 1997.
 11. Organisation for economic co-operation and development. New directions in health care policy. Health policy studies No. 7: France: OCDE; 1995.
 12. Organisation for economic co-operation and development. The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries; Health policy studies No. 2. France: OCDE; 1992.
 13. Organización para la cooperación y el desarrollo económicos. Reforma del sistema de salud de México, Capítulo Especial. Estudios económicos de la OCDE. Francia. 1998.
 14. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington DC: OPS; 1997.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud en los países de la región de Las Américas. Documento preliminar. División de Sistemas y Servicios de Salud. OPS. 1998.
 16. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Reforma del Sector Salud: informe de la Reunión Especial. Washington DC: OPS; 1996.
 17. Organización Panamericana de la Salud. La rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de la reforma sectorial. Documento CD40/13 del XL Consejo Directivo de la OPS. Washington DC: OPS; septiembre de 1997.
 18. Organización Panamericana de la Salud. La reforma de los sistemas de salud, en La Salud en Las Américas. Publicación científica No. 569. Washington DC: OPS; pag. 345-357; edición de 1998.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Línea basal para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en América latina y el Caribe. LAC/RSS: Iniciativa Reforma Sector Salud, No. 2. Washington DC: OPS; 1998.
 20. Organización Panamericana de la Salud. Clearinghouse on health sector reform. LAC/RSS: Iniciativa Reforma Sector Salud, No. 4. Washington DC: OPS; 1998.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Relato de la consulta internacional de expertos para el monitoreo y evaluación de la reforma del sector salud. Washington DC: OPS; 15 y 16 de abril de 1999.

Anexo

Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud⁷

La Reforma Sectorial (RS) se ha definido como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan”.

Aplicando rigurosamente la definición anterior, no todos los cambios introducidos en el sector podrían ser denominados RS. De hecho, la realidad en este campo es muy diversa en la región, observándose importantes variaciones tanto en las dinámicas como los contenidos de los cambios que la mayoría de los países están introduciendo. En unos casos, los cambios son sustantivos y los proyectos de RS definidos como tales están en discusión y no se han implementado todavía. En otros, se han ido introduciendo cambios en áreas como el financiamiento, el manejo de los pacientes u otros sin que se afecten las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios son sustantivos y planificados pero se conocen bajo denominaciones distintas a “reforma” (por ejemplo, “Plan para la Modernización del Sector” y otros, en los cuales se modifican la globalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no las restantes. Por último, hay casos donde los cambios sustantivos no se han explicitado suficientemente.

A mediados de 1998, probablemente la mayoría de los países se encuentran en algún punto comprendido entre el diseño y las primeras fases de implementación de las RS. En unos pocos la implementación se encuentra avanzada. En algún país es posible caracterizar, a lo largo de la última década, dos o tres períodos de RS y en algún otro, no es posible detectar hasta ahora ningún proyecto orientado a introducir RS. Por último, en casi ninguno existen mecanismos explícitos de evaluación del proceso de RS o de sus resultados.

⁷ Corresponde a sesión 3, del capítulo 3, del documento de OPS “Lineamientos para la Educación de Perfiles de los Sistemas de servicios de Salud en los Países de la Región”.

Siguiendo la metodología empleada para la preparación del documento "Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial", el capítulo se ha dividido en dos apartados: el primero dedicado al proceso, mediante el análisis de las dinámicas y los contenidos de los procesos; y el segundo, a los resultados de la atribuibles a la RS. La propuesta inicial de esta metodología fue enriquecida en una Reunión Internacional de Consulta sobre la "Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe"⁸, bastantes de los indicadores utilizados entonces fueron suprimidos, sustituidos o modificados; también se añadieron algunos indicadores nuevos.

Incluso en aquellos países donde no se vislumbran iniciativas de RS, puede útil analizar los temas incluidos en el epígrafe "Seguimiento de las Dinámicas" aunque sea para descartar muchos de ellos. También puede ser útil analizar la mayoría de los incluidos en el epígrafe "Seguimiento de los Contenidos" y en el apartado "Evaluación de Resultados". En esos casos, el "seguimiento" se referirá a los contenidos de la acción ordinaria del sistema de servicios de salud, y la "evaluación de resultados" no se imputará a las acciones de RS sino a la actuación normal de las autoridades sanitarias y de los otros actores relevantes.

Ello es así porque la selección y el enfoque de los temas incluidos en este capítulo no son arbitrarios. Responden a la experiencia acumulada a lo largo de varios años gracias, entre otras las siguientes iniciativas:

- a) los informes de los países a la "Reunión Especial sobre Reforma Sectorial" (Washington, D.C., septiembre de 1995);
- b) el informe sobre "Progreso de las Actividades de Reforma Sectorial" presentado al Comité Regional de la OPS (septiembre de 1996);
- c) los capítulos de país para la edición de 1998 de "Condiciones de Salud en las Américas";
- d) los informes preparados por los países para la "III Revisión de la Estrategia de Salud para Todos"(1997);
- e) las discusiones en y el documento aprobado por el Comité Regional de la OPS sobre "Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial" (septiembre de 1997);

⁸ La Reunión fue parcialmente financiada con fondos del proyecto Acceso Equitativo a Servicios Básicos de Salud provenientes de la USAID.

- f) los 17 informes de los países que cumplimentaron el ejercicio de "Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial" (octubre de 1997 mayo de 1998);
- g) las discusiones sobre RS en las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Area Andina y países del Caribe Anglofono y;
- h) el seguimiento y apoyo a las comisiones nacionales y grupos de apoyo a la reforma en varios países de la región.

Debe insistirse en el carácter no normativo ni prescriptivo del capítulo. Para el apartado de "Dinámica de los Procesos" se ha escogido una secuencia lógica con el propósito de enfatizar el carácter analítico y la importancia de algunos momentos críticos (por ejemplo, la negociación y la evaluación). No se desconoce que, en algunos casos, las fases pueden entrecruzarse y los resultados de alguna de ellas pueden variar la dinámica y los contenidos de las siguientes. Además, se recuerda que si algún tema no incluido es relevante en algún país, nada impide analizarlo.

Es importante insistir en la necesaria consistencia entre la información recogida y analizada para el seguimiento de los procesos y la empleada para evaluación de resultados.

1. Seguimiento del Proceso

El propósito de este apartado es describir y analizar:

- a) la dinámica, es decir los distintos momentos del proceso de reforma sectorial (diseño, negociación, implementación y evaluación), así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores (sociales o institucionales, públicos y privados, nacionales, subnacionales o internacionales) involucrados en ellas y;
- b) los contenidos del proceso, es decir las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas.

1.1. Seguimiento de la Dinámica

Las reformas son procesos en los cuales a lo largo del tiempo es posible distinguir diversos momentos y gran número de actores. Respecto a los momentos interesa distinguir la génesis u "origen remoto", el diseño u "origen inmediato", la negociación, la implementación y la evaluación de resultados.

Respecto a los actores interesa distinguir tanto los que predominantemente actúan en el ámbito de la sociedad (por ejemplo, asociaciones de empresarios, sindicatos de trabajadores, empresas aseguradoras, movimientos sociales, grupos de autocuidado, medios de comunicación, universidades privadas y otros) como aquellos cuya actuación tiene lugar predominantemente en el ámbito del sector público (por ejemplo, organismos e instituciones de los diversos niveles de gobierno, los poderes legislativo y judicial, las instituciones de seguro social, las universidades públicas y otros).

- ¿Cuál fue la génesis del proceso de reforma?. Si es posible, indicar cuándo comenzó, las razones aducidas y los protagonistas principales.
- ¿Se consideró la opinión y/o demandas de la población a la hora de plantear la reforma? Si fue así, ¿Cómo se hizo?.
- ¿Se ha explicitado una agenda de RS en el país? Si es así, ¿cuáles son sus objetivos?.
- ¿Se inscribe la RS en los planes y programas de desarrollo y/o de modernización del Estado?.
- ¿Quién(es) fue(ron) (o es, son) el (los) encargado(s) del diseño?. ¿Cómo lo hizo (hicieron) (o está[n] haciendo)?. ¿Cuál fue el papel de las autoridades sanitarias y, en particular, del Ministerio de Salud en ese momento?.
- ¿Asumen (o asumieron) las autoridades sanitarias el liderazgo del proceso de negociación de los objetivos y/o contenidos de la RS?.
- ¿Qué entidades, asociaciones, grupos, etc., participan (o han participado) en el proceso de negociación? ¿En qué momento ha participado cada una y con qué propuestas?.
- ¿Existe un plan de acción con metas, fechas y responsabilidades para la implementación de la RS?.
- ¿Quién(es) y cómo financian los estudios, las experiencias de campo y la implementación de RS?.
- ¿En qué momento se encuentra la reforma?. Si existe, ¿se está siguiendo el calendario establecido? Si no es así, ¿cuáles son los cambios y por qué?.
- Si es del caso, ¿se ha(n) cambiado alguno(s) de los objetivos y estrategias del proceso de reforma? Si es así, ¿cuándo y por qué?.
- Se definieron criterios de evaluación desde el inicio de las RS, Si es así, ¿en qué consisten? Si no los hay, especificar las razones.
- ¿Se ha efectuado ya alguna evaluación del desarrollo y/o impacto de la RS? Si es el caso, ¿cuándo? ¿quién la realizó? ¿con qué resultados?.

1. 2. Seguimiento de los Contenidos

Sobre el marco jurídico

- ¿Se introdujeron o se están introduciendo cambios, o se piensa modificar la Constitución y/o la regulación básica de salud? (por ejemplo. en las leyes de salud, los códigos sanitarios y sus reglamentos) Si es así, ¿cómo se hizo o se propone hacer? por ejemplo, mediante una modificación constitucional que se sustancia en cambios normativos de rango inferior o a través de modificaciones legislativas paulatinas que finalmente hacen imperioso un cambio constitucional).
- Los posibles cambios ¿se han planteado como una forma de alcanzar los objetivos de la reforma sanitaria? Si es así, citarlos.
- Si es el caso, enumerar en las principales normas jurídicas que tienen relación con la reforma sanitaria (incluida la incorporación de convenios internacionales).
- ¿Se define la equidad en la normativa jurídica sanitaria? Si es así, ¿cómo?.
- ¿Los cambios jurídicos favorecen la intersectorialidad, relacionando las garantías de derecho a la salud con otros derechos? (por ejemplo, a la educación, a la vivienda digna, o a un medio ambiente saludable).

Sobre el derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento

- ¿Cómo se garantiza el derecho a los cuidados de la salud?.
- Ese derecho, ¿es explícito?, ¿se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlo y hacer su conocimiento accesible a la población?.
- ¿Se han introducido o se están diseñando programas específicos de aumento de cobertura? Si es así, ¿por quién y en qué consisten?.
- ¿Se ha introducido o se está diseñando un plan garantizado o conjunto básico de prestaciones? ¿a quiénes va dirigido? ¿qué incluye? ¿quién decide las prestaciones que se incluyen y cómo?.

Sobre rectoría

- ¿Se está revisando el ejercicio de la función rectora en materia de salud y las funciones del (los) organismo(s) responsables de ejercerla?.
- ¿Se han introducido cambios en la(s) estructura(s) de la(s) autoridad(es) de salud para adecuarla (s) a su rol rector?. Si es así, ¿en qué consisten?.

Citar ejemplos de los cambios estructurales efectuados para mejorar la capacidad institucional.

- ¿Se han creado nuevas instituciones de regulación que afecten al sector? (por ejemplo, fondos nacionales de salud, superintendencias u otros). Si es así, ¿cuáles son las relaciones del Ministerio de Salud con ellas?
- ¿Se han tomado acciones orientadas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos a los diferentes niveles de decisión?

Sobre separación de funciones

- ¿Cómo se están organizando las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud?
- ¿Se crearon o se están creando instituciones responsables de la formulación de políticas, financiamiento aseguramiento y provisión de los servicios públicos de atención a las personas?. Si es el caso, identifíquelos y describa cómo funcionan.
- ¿Cuáles son los mecanismos para asegurar la rendición de cuentas (*accountability*) de (los) organismo(s) público(s) encargado(s) de las distintas funciones arriba mencionadas?

Sobre modalidades de descentralización

- ¿Se están revisando y/o modificando los niveles administrativos del sistema de servicios de salud, las funciones de cada uno y las relaciones entre ellos?. Si es así, ¿guardan relación dichos planteamientos y/o cambios con propuestas más generales de descentralización de la administración pública y/o de otros sectores sociales?
- ¿Se están transfiriendo responsabilidades, competencias y recursos (equipamiento, recursos humanos, etc.) hacia los niveles subnacionales? Si es el caso, ¿cómo se está efectuando esta transferencia?
- ¿Cuál es el grado de desconcentración al interior de cada una de las principales instituciones públicas de servicios de salud?

Sobre participación y control social.

- ¿Se plantea la participación social como un objetivo de la RS?

- ¿Cuáles son las instancias y mecanismos que se han introducido o se están introduciendo para facilitar la participación y el control social del sistema de servicios de salud?
- ¿A qué nivel -nacional, subnacional y/o local- se han desarrollado o se están desarrollando estas instancias y mecanismos y con qué atribuciones? (por ejemplo, movilizar recursos, conocer las necesidades de la población, apoyar la planificación o la gestión, encargarse de la provisión de determinados servicios).
- Para desarrollarlos, ¿se han tenido en cuenta a grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones, por ejemplo, mujeres y ciertos grupos étnicos?
- ¿Se están introduciendo grados de formalización legal de dichas instancias y mecanismos?. Si es el caso, ¿cuentan esas instancias y mecanismos con recursos y capacidad para desarrollar las responsabilidades asignadas?.

Sobre financiamiento y gasto

- ¿Se están fortaleciendo los sistemas de información sobre financiamiento y gasto para hacerlos confiables y homologables por unidad territorial y/o por establecimiento?. Si es así, ¿cómo?.
- De acuerdo a lo analizado en el epígrafe 3.2.3.2, ¿se están introduciendo medidas para modificar substancialmente la composición del financiamiento,
 - la evolución esperable del gasto total y del gasto público en salud
 - la distribución del gasto público en salud por agentes gastadores
 - la distribución del gasto público en salud por niveles de atención.
 - la distribución del gasto público por componentes (por ejemplo: recursos humanos, compra de bienes y servicios, compra de medicamentos y otros insumos, inversiones y otros).

Si es así, documentar en unas cuantas líneas.

Sobre la oferta de servicios

- ¿Se están redefiniendo los modelos de atención?. Si es así, ¿en qué sentido y cuáles son las características principales del(los) modelo(s)?. -
¿Se ha caracterizado la demanda para hacerlo?.

- ¿Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatorio, ingreso a domicilio, etc.?
- ¿Se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así, ¿cómo?
- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?
- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?
- ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel? Si es así, ¿en qué instituciones de los subsectores público y privado y en qué unidades territoriales?
- ¿Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingreso, riesgo específico, género, etnia o marginación? Si es así, ¿cuáles?

Sobre el modelo de gestión

- ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores? ¿Cuáles y cómo?
- ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores, tanto al exterior como interior de los establecimientos sanitarios públicos? ¿Cuáles y cómo?
- ¿y en los establecimientos sanitarios privados?
- ¿Se están introduciendo contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de atención de salud? Si es así, ¿cuáles y cómo?
- ¿Se está desarrollando la posibilidad legal y la capacidad institucional, y se está implementando por parte de los establecimientos públicos la compra y venta de servicios a terceros? Si es así, ¿cómo?
- ¿Se están organizando los establecimientos sanitarios públicos con criterios empresariales, de autogestión u otros?
- ¿Se ha entregado, o se pretende entregar a la gestión privada los establecimientos o servicios sanitarios de propiedad pública?

Sobre los recursos humanos

- ¿Se han diseñado o se han introducido modificaciones en el proceso de formación de los recursos humanos para responder a las necesidades planteadas por la RS?
- ¿Cuál ha sido la participación de los trabajadores de la salud y sus representantes en el proceso de RS respecto al tema de los recursos humanos?
- ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de recursos humanos?. (por ejemplo, en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros).
- ¿Se han propuesto incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud?. ¿Cuáles han sido introducidos?. ¿Se han introducido en el subsector privado?
- ¿Se han formulado o se han introducido modificaciones en las formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria?. (por ejemplo, medicina familiar, enfermería general, técnicos de atención primaria y otros).
- ¿Qué modalidades se están introduciendo para la capacitación del personal de salud?. ¿Qué volumen de recursos consumieron en el último año en cada una de las principales instituciones públicas prestadoras de servicios?
- ¿Se están creando o reformulando los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud?. - Son esas modificaciones acordes a los objetivos de la RS?

La participación social

Tiene que ver con los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia. Los autores del presente documento son conscientes de la imposibilidad de establecer relaciones directas y unívocas entre las acciones de RS y las modificaciones de muchos de los indicadores propuestos, lo cual es particularmente evidente en el epígrafe dedicado a la eficiencia pero no sólo en este. En muchos casos, los efectos de las RS se producirán en el mediano y largo plazo y vendrán mediatizado por multitud de factores no directamente imputables a las mismas. Ello es claro en el caso del efecto de las RS sobre ciertos indicadores de situación de salud. Sin embargo, parece

posible aproximarse algo mejor a los efectos de las RS en temas tales como la equidad, la calidad, la gestión de los recursos, la sostenibilidad y la participación comunitaria. Con todo, incluso en estos casos, la evaluación de los efectos de las RS vendrá afectada al menos en los países, por los diferentes puntos de vista de los distintos actores en juego. Sin duda, una valoración adecuada del impacto de las RS debe ser global; combinar indicadores cuantitativos y cualitativos, trazadores y sistemáticos; y tener en cuenta diferentes puntos de vista.

2. Evaluación de la reforma del sector

2.1. Sobre equidad

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos de los siguientes indicadores por unidad territorial?. Si es posible, muéstrense datos según género, edad, raza, nivel socioeconómico y esquema de cobertura.

En cobertura

- Sobre los porcentajes de población cubierta de forma regular por un conjunto básico de prestaciones.
- Sobre las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de un año (IB97, 52, 53, 54, 55).
- Sobre las coberturas del control prenatal realizado por personal entrenado (IB97,50).
- Sobre el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos (IB97, 56). Si se puede, desglosar al menos entre métodos quirúrgicos y no quirúrgicos.

En distribución de recursos

- Sobre todos o algunos de los siguientes indicadores:
- Gasto total en salud *per capita* (IB97, 48).
- Gasto público en salud *per capita*
- Médicos por 10.000 habitantes (IB97, 45).
- Enfermeras profesionales por 10.000 habitantes (I1397, 47).
- Camas hospitalarias censables por 1.000 habitantes (IB97. 47).

(Si es posible, para los tres últimos indicadores diferenciar entre subsectores público y privado).

En acceso

- Sobre el porcentaje de defunciones sin ningún tipo de atención médica.
- Sobre el porcentaje de población rural a más de una hora de un sitio de atención y población urbana a más de 30 minutos.
- Sobre la posibilidad de obtener asistencia el mismo día de su solicitud en los servicios de atención primaria de salud.
- Sobre el porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (por ejemplo, de horario, de idioma u otras).
- Sobre el volumen de las listas de espera quirúrgicas (o los tiempos medias para ser atendidos) para tres procesos seleccionados.

En el uso de recursos

- Sobre los siguientes indicadores:
 - Consultas ambulatorias por 1.000 habitantes.
 - Egresos por 1.000 habitantes.
 - Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado (IB97, 51).

Nota: Si ninguno de los apartados anteriores se adecua a los contenidos de la definición de equidad contemplada por el país o a los cambios que el país ha decidido introducir, especificarlo e indicar las variaciones producidas en los objetivos establecidos.

2.2. Efectividad y calidad

- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos de los siguientes indicadores por unidad territorial? (y, si se dispone, por población objetivo de las acciones de RS).
 - Mortalidad infantil (IB97, 19).
 - Mortalidad materna (IB97, 23).
 - Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer <2500 g (IB97, 43).
 - Mortalidad por cáncer cérvico uterino.
 - Incidencia de HIV/AIDS (IB97,41).
 - Enfermedades inmunoprevenibles

- Mortalidad por complicaciones agudas de: Diabetes mellitus II (<25 años)
- Hipertensión arterial esencial (<25 años).
- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido en alguno o en todos de los siguientes indicadores, globalmente o para alguna(s) red (es) de prestador(es), por unidad territorial? y si se dispone, por grupos poblacionales, ¿a quiénes va dirigida?.

Calidad técnica

- Porcentaje de establecimientos del nivel primario con comités de calidad establecidos y funcionando.
- Porcentaje de hospitales con comités de calidad establecidos y funcionando.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención.
- En la incidencia de infecciones hospitalarias.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega un informe de alta o asistencia.

Calidad percibida

- Posibilidad de selección del prestador de servicios de atención primaria por parte del usuario, sin importar su capacidad de pago.
- Porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato al usuario (por ejemplo, Hospital Amigo u otros) establecidos y funcionando.
- Porcentaje de establecimientos con procedimientos específicos de orientación al usuario.
- Porcentaje de centros de salud y hospitales que realizan encuestas de percepción u opinión a usuarios.
- ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) establecidas y funcionando?.
- Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

2.3. Sobre Eficiencia

En la asignación de recursos

- ¿Se están introduciendo mecanismos de asignación de recursos más eficientes?. Si es así, ¿cuáles y con qué resultados?.
- ¿Existe alguna evidencia que la RS haya influido sobre alguno o todos de los siguientes indicadores, globalmente, por unidad territorial?. Y si se dispone por grupos poblacionales, ¿a quiénes va dirigida?.
- Sunministro de agua potable, rural y urbano (IB97, 13).
- Servicios de alcantarillado y disposición de excretas, rural y urbano (IB97, 14).
- Porcentaje del presupuesto de salud que se gasta en servicios de salud pública.
- Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto en salud.
- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya influido en la reasignación de recursos para el desarrollo de:
 - acciones intersectoriales (por ejemplo, el autocuidado de la salud, la prevención de los accidentes, etc.).
 - programas de prevención de patologías de alta prevalencia, por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes, cáncer de cuello uterino u otros. Si es así, citar y comentar en pocas líneas.

En la gestión de recursos

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya contribuido a aumentar
 - el porcentaje de centros de salud y hospitales con medidas de actividad y rendimiento estandarizadas y funcionando.
 - el número de hospitales que han mejorado al menos los siguientes indicadores de rendimiento (si es posible, desagregar por subsectores público y privado).
 - Índice de ocupación
 - Promedio de días de estadía
 - Número de egresos por cama
 - Porcentaje de cesáreas respecto del total de partos
 - Grado de uso de quirófanos
 - Costo por día hospitalizado
 - Costo por consulta ambulatoria

- el porcentaje de centros de salud y hospitales que han negociado compromisos de gestión.
- el porcentaje de establecimientos sanitarios públicos que pueden expandir el marco de gasto utilizando para ello los nuevos ingresos.
- el porcentaje de centros de salud y hospitales con presupuestos basados en criterios de actividad.

2.4. Sobre la Sostenibilidad

- Existe alguna evidencia de que la RS haya aumentado:
 - la legitimación y/o la aceptabilidad de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud.
 - la disponibilidad de la información desagregada del gasto público y privado en salud por unidades territoriales y construir tendencias (comentar en pocas líneas).
 - la sostenibilidad a medio plazo de los esfuerzos de incremento de coberturas, sea de los programas (por ejemplo, PAI, control prenatal u otros) o de los servicios (por ejemplo, atención al parto por personal entrenado, consulta de medicina a demanda, fomento de la calidad u otros).
 - la capacidad de ajustar los ingresos y gastos en salud de las principales instituciones del subsector público (comentar en pocas líneas).
 - el porcentaje de centros de salud y hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores.
 - la capacidad de gestión de los préstamos externos y si es el caso, su sustitución por recursos nacionales llegado su vencimiento?.

2.5 Participación y control social.

- ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya contribuido a aumentar el grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del sistema de servicios de salud? Si fue así, ¿en general y/o de ciertos grupos? Comentar en pocas líneas.

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
EMANADAS DE LOS
GRUPOS DE TRABAJO**

Conclusiones y Recomendaciones del Grupo I

Conclusiones

- Es evidente la necesidad de fortalecer el marco regulatorio, de modo que el mismo permita una transparencia en identificar y cuantificar las diversas funciones del proceso de actuación de los programas de salud y que a la vez señale las responsabilidades y modalidades de su actuación. El marco regulatorio deberá contribuir al buen funcionamiento de los sistemas y evitar el caer en situaciones ambiguas que lleven al fracaso de los programas.
- La búsqueda de consenso entre los diferentes actores de la reforma es una necesidad innegable. A este respecto se registra una falta de participación en todo el proceso de parte de actores muy importantes, que han sido siempre ignorados: el sector informal y los grupos marginados. Se impone encontrar fórmulas para su integración.
- La garantía de los principios de equidad, universalidad y solidaridad es indispensable para que cualquier reforma de la seguridad social en materia de salud se haga efectiva. A este respecto los gobernantes tienen que vigilar porque se mejore la capacidad de preservar esos principios de modo que lo anterior se manifieste plenamente. Los partidos políticos deben ser realistas al formular reformas; los legisladores deben estar conscientes de la necesidad de reforzar el marco regulatorio.
- Sin educación no hay posibilidad de llevar a cabo reformas aceptables. La reforma es un proceso educativo y tiene que ser multidisciplinario y cambiar las capacidades de las universidades y de los ministerios de salud como agentes indispensables en este proceso. Los medios de comunicación masiva son un potencial incalculable como vehículos de capacitación para llevar a cabo las reformas. Sin embargo esto último se ha ignorado completamente.
- La evaluación y el seguimiento de los programas es necesario para conocer, medir, corregir, evaluar y proponer soluciones y correcciones en la marcha de la reforma. Esto nos permite evitar que otros cometan los errores inevitables que los que ya han iniciado el proceso de reforma.

Conclusiones y Recomendaciones del Grupo II

Conclusiones

- El fortalecimiento del marco regulatorio es una necesidad para garantizar el éxito las reformas de seguridad social en materia de salud. Para ello resulta necesario definir en primer lugar cuales son los objetivos de la reforma a partir del consenso entre los diferentes actores. Lograr que los procesos de reforma tengan como objetivo central perfeccionar la atención a la salud del hombre donde debe establecerse un marco regulatorio en el que queden bien definidas las responsabilidades que correspondan a cada uno de los actores y, los procedimientos que regulen la aplicación practica de la reformas aprobadas. El proceso regulatorio no debe quedar limitado a macropolíticas sino que debería llevarse a las políticas operativas.
- Los principios de equidad, universalidad y solidaridad deben ser mantenidos y fortalecidos en los procesos de la reforma. Para ello será necesario que el objetivo central de la reforma lo constituya la extensión del derecho a la salud a toda la población, debiéndose elaborar un plan nacional de salud que identifique las etapas que deben ser cumplidas y los plazos para su implementación.
- La educación constituye un elemento fundamental para el éxito de cualquier programa de salud, en lo que respecta a la población general, le permite entender con claridad tanto las políticas generales de salud pública como las indicaciones médicas en su carácter de paciente. La formación del personal de salud no debe limitarse a los aspectos técnicos, hay que ampliar su formación en lo que respecta al carácter social de su profesión. Su responsabilidad es lograr que su trabajo favorezca una adecuada satisfacción de la población, utilizando los procedimientos eficientes y procurando a su vez el costo más racional.
- La evaluación constituye una estrategia fundamental, ya que permite identificar objetivamente aciertos y desaciertos con respecto al cumplimiento de los objetivos que dieron lugar a los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud.

Conclusiones y Recomendaciones del Grupo III

Conclusiones

- Es necesario generar cambios en los sistemas de salud, asegurando en todo momento el rol del Estado, como responsable de la salud de la población, según nuestras Constituciones.
- Urge lograr un nuevo modelo solidario de salud, como el apoyo económico más comprometido de los gobiernos y la iniciativa privada, que se pueda generalizar a toda la población como una atención, completa y equitativa.
- La educación formal e informal es una estrategia para cualquier proceso de reforma que permitirá obtener el mayor provecho de los servicios y un uso racional de los mismos.
- La evaluación en los procesos de reforma es imprescindible para corregir, actualizar y mejorar el sistema de salud.

Recomendaciones

- Hacer una revisión total del sistema de salud con la participación activa de los sectores de la sociedad.
- Actualizar las legislaciones que permitan el rol protagónico del Estado en la rectoría de las políticas de salud.

Conclusiones y Recomendaciones del Grupo IV

Conclusiones y Recomendaciones

- La comunidad debe tener un conocimiento amplio de la Ley para poder hacer aportaciones válidas y razonadas y sobre los puntos críticos en los que debe haber consenso.
- Los marcos regulatorios de reforma tienen que estar abiertos al cambio para tener agilidad de modificar sus metodologías de operación.

- Todas las reformas deben ser dirigidas y desarrolladas en base a los principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- El Estado debe ser garante de la salud y debe mantener el control del financiamiento para sí garantizar la aplicación de los principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- El Estado debe promover la creación de un sistema de monitoreo con indicadores que puedan evaluar la aplicación efectiva de los principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- Adecuar los recursos fiscales a las necesidades de la población y asignar éstos bajo fórmulas que dirijan las mismas a una efectiva aplicación más equitativa.
- Es importante la educación al derechohabiente sobre sus derechos y la mejor utilización de ellos.

CEREMONIA DE CLAUSURA

DR. JUAN RAMON DE LA FUENTE

**SECRETARIO DE SALUD
MEXICO**

Que trataron, pues en una síntesis, pues desde luego muy apretada, dada la riqueza y la amplia cobertura, que tuvo este Seminario y que sin duda, ponen de manifiesto el interés que compartimos, un buen número de países de este planeta, por las reformas que se están llevando a cabo en materia de salud y seguridad social, y si bien es cierto, que cada país, como ha quedado de manifiesto en esta y en otras reuniones similares, tiene aspectos particulares que le son muy propios, también es cierto, que en este tipo de reformas son muchos los elementos comunes, son muchos los vasos comunicantes y es mucho lo que podemos seguir aprendiendo, unos de otros, porque además, este tipo de reformas, ustedes convendrán conmigo, pues son procesos siempre perceptibles, siempre sujetos a una dinámica que los hace a veces parecer interminables, literalmente, porque conforme se avanzan y se resuelven algunos aspectos, pues van surgiendo otros que nos mantienen en reto permanente

En nuestro país, como ustedes saben, la reforma al sistema de salud y seguridad social ha sido una de las reformas más trascendentes del Gobierno de la República, así lo ha señalado en varias ocasiones el Presidente Zedillo, por su trascendencia y por la complejidad intrínseca que estos procesos conllevan, ha requerido de un esfuerzo verdaderamente importante, no solamente del Gobierno Federal, sino de los Gobiernos de los Estados y de los Sectores Privado y Social, que de alguna manera han estado participando de manera muy activa en estos procesos de reforma la reforma de la salud y de la seguridad social, tiene desde luego agendas paralelas, pero también tiene una serie de puntos que las intercomunican y las han mantenido coordinadas desde el inicio de este Gobierno. Yo creo que en nuestro país hemos logrado tener algunos avances concretos que son de la mayor trascendencia y que seguramente, pues al igual que muchos de sus países han representado puntos en su momento, controvertidos, pero que finalmente, por el enorme peso intrínseco que conllevan en unos cuantos meses se han ido consolidando y han ido mostrando claramente sus bondades, tal es el caso en nuestro país, de la gran reforma al sistema de pensiones que se dio el año pasado, fundamentalmente y que en el corto plazo ha empezado ya a mostrar sus indiscutibles beneficios.

Los marcos jurídicos para las reformas han tenido que ajustarse, la nueva ley del seguro social y los numerosos cambios que tuvo la ley general de salud, como factores, si bien no suficientes, pero si necesarios para impulsar la reforma, pues tuvieron en el seno de nuestro Congreso una discusión intensa

y finalmente fueron aprobados en los términos en los que ahora ustedes, seguramente, han tenido también la ocasión de conocerlos por bocas de algunos de los ponentes mexicanos en este Seminario. Pero, es particularmente relevante que este Seminario se haya enfocado dentro de la reforma de la seguridad social, pues justamente al aspecto de salud, que es uno de los componentes de la seguridad social, fundamental, diría yo, pero que desde luego no puede contemplarse en forma aislada al resto de los componentes y seguramente, creo yo, que a ello se debe la participación tan activa en esta reunión de la Organización Internacional del Trabajo.

Cuáles serían a mi juicio, algunos de los retos más urgentes que tenemos que afrontar en México, y seguramente en algunos de sus países, en el futuro inmediato, bueno, no quisiera ni pretendo ser exhaustivo ni inclusivo, señalaré solamente dos, que si creo que están en la agenda política de nuestros países, y están como una de las mayores prioridades de nuestros gobiernos. La primera tiene que ver con la ampliación de la cobertura de los servicios, tema al que le dedicaron un buen número de horas, porque pues esto se ha convertido, por un lado, en un reclamo social, cada vez más justificado y cada vez más intenso, por otro lado, hay una creciente tendencia a que sean las instituciones de seguridad social las que vayan asumiendo cada vez más, estos huecos y estos espacios de iniquidad que tenemos en nuestros países, sin embargo, pues como ustedes saben el planteamiento teórico que suena muy convincente, porque hay muchos argumentos a la hora de llevarlo a la práctica, se encuentra con un gran número de obstáculos de carácter económico, de carácter político, de intereses enconados y de la necesidad de profundizar todavía más en los cambios estructurales. Pero yo creo, que el planteamiento por sí solo es meritorio y es importante que quede, independientemente de que 105 tiempos y los ritmos seguramente van a seguir variando de país en país, y desde luego pues este proceso requerirá de un creciente apoyo económico, no nada más de los gobiernos sino de todos los grupos sociales que finalmente son copartícipes y corresponsables de la salud de sus propios pueblos y de sus propias naciones y esto desde luego pues habrá un nuevo frente de trabajo, de trabajo político, de trabajo académico, con grupos sociales que hace algunos años se mantenían ajenos a estos procesos de reorganización de los sistemas de salud y de seguridad social y desde luego habrá que seguir trabajando intensamente con los (Congresos, que también han hecho de estos procesos de reforma uno de los puntos más importantes de sus agendas políticas, como ha ocurrido aquí en México y seguramente en muchos países. Entonces, creo que este tipo

de Seminarios, pues nos van permitiendo aclarar una serie de dudas, e ir aprendiendo no nadamás de los logros que se van teniendo, sino también de los obstáculos con los que nos vamos enfrentando, porque finalmente, insisto, independientemente de los aspectos que nos propios, también en estos procesos hay una gran cantidad de aspectos que nos son comunes.

Estas reformas se ven particularmente vulnerables ante las restricciones de carácter económico que se van teniendo que confrontar, como resultado de fenómenos internos o de fenómenos externos, por esta convergencia que la globalización que hoy en día nos pone como un frente ineludible. Y precisamente por eso, me parece oportuno resaltar, que el compromiso del Gobierno de México con estas reformas que han sido, insisto, desde el inicio de la administración del Presidente Zedillo, las reformas sociales más importantes que se han emprendido durante su Gobierno, han podido tener el respaldo económico necesario para avanzar y para seguir adelante, aún ante situaciones verdaderamente difíciles que hemos tenido que confrontar, algunas de nueva cuenta, muy propias de nuestro país, y otras que al ser resultado de fenómenos externos, pues han afectado a algún buen número de países en todo el planeta. Recientemente, como resultado de la caída en los precios internacionales del petróleo, pues economías como la mexicana que siguen dependiendo de una manera importante en los ingresos derivados en las ventas del petróleo, pues se vieron nuevamente amenazadas, porque el ingreso no se mantuvo al ritmo que se había estimado a principio de año, y en consecuencia, había que tomar de nueva cuenta decisiones, que no son fáciles, y que requieren, pues desde luego, de un profundo compromiso, de parte de los gobiernos, precisamente, con los sectores más desprotegidos y más necesitados de las sociedades, ante un fenómeno de este tipo, en donde se disminuyen los ingresos, pues los gobiernos no tienen en términos generales, más que dos alternativas la que ya probamos muchos países de volvernos endeudar, con todo lo que esto implica, en el mediano y en el largo plazo, aunque aparentemente, en el corto plazo se resuelve el problema, pero que sabemos que no se resuelve, porque estos endeudamientos pues van generando los fenómenos que ustedes conocen, de aumento en las tasas de interés, incremento generalizado de tarifas, y eventualmente hacen muy difícil sostener la paridad con las monedas fuertes en los mercados internacionales, y nos vuelven a llevar a fenómenos inflacionarios y al final del camino, nuevas devaluaciones.

O bien, tomar la decisión más difícil, pero la más responsable, que es ajustar el gasto de manera que la disminución en el ingreso no nos lleve a un déficit mayor al estimado que permita que siga habiendo un ritmo de crecimiento económico que finalmente es lo que va a permitir, que verdaderamente podamos seguir teniendo mayores recursos para seguir impulsando los programas de salud y de seguridad social, esto es lo que ha hecho el Gobierno del Presidente Zedillo, ha ajustado el gasto de manera que no caigamos en ese esquema deficitario, y que no volvamos a repetir los fenómenos de endeudamiento que tantos problemas posteriores tienen. Pero, quiero resaltar, que en este nuevo ajuste del presupuesto, el área que quedó más protegida, de todas las áreas del gasto público. fue justamente la que ocupó el tema de este Seminario, la Salud y la Seguridad Social. Ni la Secretaría de Salud, ni el Instituto Mexicano del Seguro Social, ni el ISSSTE, tuvieron recorte alguno, en sus presupuestos. Lo mismo ocurrió con las áreas de educación básica, de manera que los ajustes que se hicieron, que bueno, pues siempre son complicados y que uno no quisiera tener que confrontarlos, se hicieron en otras áreas, fundamentalmente en el área de energéticos, para proteger así los programas fundamentales del gasto social. Yo creo que, lo más relevante de este episodio reciente, tan reciente como hace 48 horas que acaba de ocurrir, lo que verdaderamente pone a prueba es el grado del compromiso que tienen los Gobiernos con la salud, la seguridad social y la educación básica, porque es ante este tipo de disyuntivas, en donde se tienen que tomar las decisiones que van a afectar o no, de manera directa la posibilidad de que estos procesos de reforma avancen, a pesar de las coyunturas y las adversidades, o se detengan con todo el costo enorme, desde el punto de vista económico y político que implica el detener un proceso de esta naturaleza en medio de una dinámica y de una inercia que viene ya tomando en los dos o tres años. Y yo como colaborador del Presidente y Miembro del Gobierno Mexicano, les puedo decir que ha sido nuevamente muy estimulante y muy satisfactorio poder constatar esa congruencia absoluta entre el discurso, que dice que hay que trabajar para que el gasto social y los programas sociales verdaderamente nos permitan ir alcanzando un desarrollo con mayor justicia, y las decisiones que se ponen a prueba en los momentos difíciles, porque cuando hay periodos de bonanza y hay, que no son frecuentes desde luego, pero hay más posibilidades de distribuir los recursos, pues siempre puede uno encontrar la manera de salir más equilibrado, pero cuando hay este tipo de problemas ahí, es donde, a mi juicio, se pone a prueba la voluntad política de los gobiernos, y una vez más el Gobierno del Presidente Zedillo ha cumplido con su palabra y a mostrado en los hechos una congruencia que es, pues

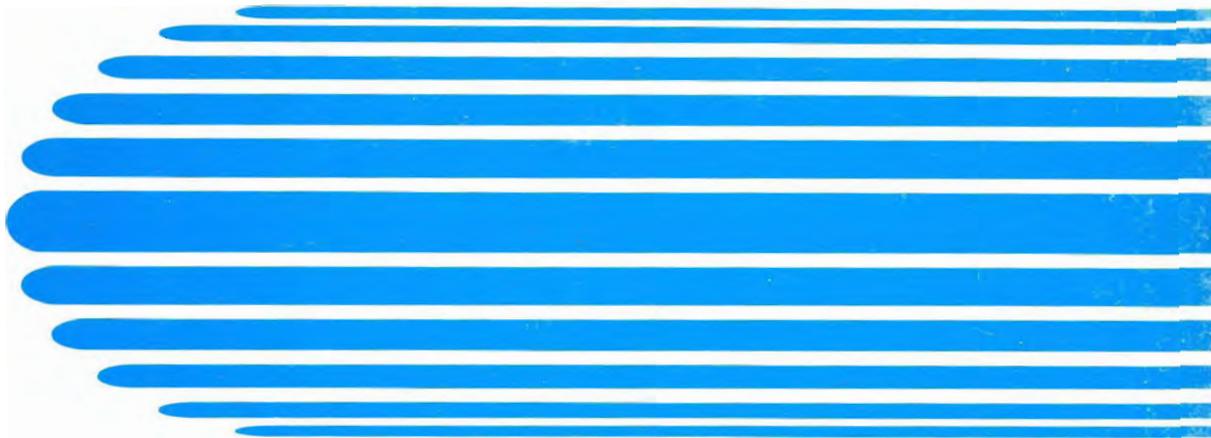
justamente, lo que va consolidando su autoridad moral ante los mexicanos y ante las naciones hermanas con las que tenemos muchas relaciones en materia de salud y seguridad social, como son las que se encuentran representadas en este Segundo Seminario.

Quisiera pues, para concluir, felicitar a los organizadores, a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, a la Organización Panamericana de la Salud, a la Organización Mundial de la Salud, a la Organización Internacional del Trabajo, al Comité Organizador, a la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto, a la Secretaría de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y a todos los que han hecho posible este Seminario, que seguramente, arrojará beneficios para todos los que en él participaron, y también para aquellos que no pudiendo participar directamente, pues se benefician siempre con los documentos que emergen de este tipo de reuniones, y que como ustedes saben, tienen una amplísima difusión y una gran demanda, al grado de que si no los obtiene uno, casi al momento en que salen, después están agotados y cuesta trabajo encontrarlos. Pero, claro que si tienen este problema, pueden recurrir a la Secretaría General de la Conferencia, que tiene una magnífica infraestructura, y que podrá satisfacer todas esas necesidades futuras que puedan presentarse como resultado de estos trabajos.

Y si ustedes me lo permiten, señor Director General y me acompañan y nos ponemos de pie, me da en verdad mucho gusto declarar formalmente concluidas las tareas de este Segundo Seminario «Procesos de Reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud», los felicito nuevamente y los exhorto a que sigamos trabajando con esta seriedad, con esta capacidad reflexiva y de análisis para llevar en todos nuestros países hasta sus últimas consecuencias las reformas tan importantes que tenemos en nuestras manos.

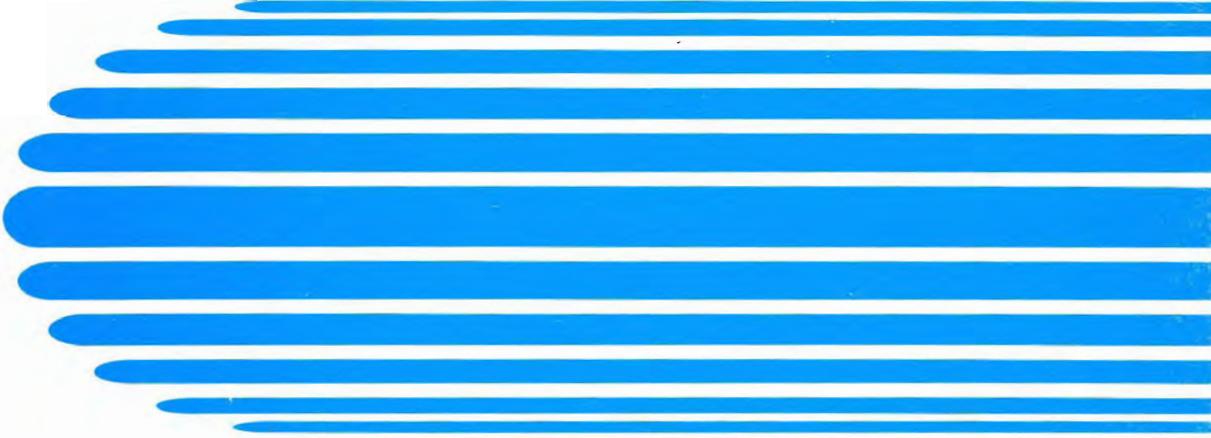
Muchas gracias y muchas felicidades.

La presente edición consta de 350 ejemplares.
Se terminó de imprimir en el mes de julio de 1999
en los talleres de Editorial Piensa, S.A. de C.V.
Villa del Mar No. 2, Barrio de San Antonio,
San Lorenzo Tezonco, C.P. 09900
México D.F.



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General
México, D.F.
1997