

La Reforma del Sector Salud: ¿Equidad y Eficiencia en Conflicto?

Barbara McPake

Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

La frase "reforma del sector salud" es una frase interesante. Se volvió común en el contexto de los países en desarrollo al inicio de los años noventa y rápidamente se puso de moda, se convirtió en un tema familiar en el área de las políticas de desarrollo. Estas expresiones tienen sus riesgos. Todos creemos saber lo que significan, pero como se relacionan con otros conceptos tanto de la literatura como ideológicos, posiblemente entendamos cosas muy diferentes. Esto puede dar lugar a malos entendidos, confusiones y frustraciones.

Un claro ejemplo del problema surgió en una reunión a la que asistí recientemente en la que me pareció claro que un subgrupo de participantes consideraba a la "reforma del sector salud" como el corolario en el sector salud del "ajuste estructural", que es también una palabra de moda que cuenta con sus propios conceptos relacionados. Entre otras cosas, para este grupo ambos conceptos parecen representar la búsqueda de la eficiencia y la exclusión de la equidad. Otro subgrupo presentó una visión de la "reforma del sector salud" como el menú de las políticas disponibles para la búsqueda de los objetivos del sector salud, independientemente de lo que los tomadores de decisiones pensarán que estos objetivos pudieran ser (equidad, eficiencia o calidad de la atención). Ambos grupos conversaron a lo largo de tres días, y los "racionalistas", la minoría en la reunión, se fueron con un mal sabor de boca.

A estas alturas quisiera declarar que la mayor parte de mis simpatías estaban con el grupo de los "racionalistas", una posición que creo compartir con los lectores de *Informando y Reformando*. Creo que aquellos que quieren que prevalezcan las soluciones equitativas, deben involucrarse en un análisis de las opciones disponibles para trabajar en su consecución, en lugar de definir los términos del debate de forma tal que el cambio implique la inevitable implementación de opciones inequitativas. Pero mi membresía en este grupo es poco menos que comprometida y también resulta importante analizar las formas en las que el concepto de reforma del sector salud pudo haber sido subvertido en la búsqueda de modelos de reforma que se mueven en direcciones inequitativas (e ineficientes).

Para evitar el fenómeno de las frases de moda, empezaré por definir mis términos. No creo que la definición de equidad genere mayores problemas, a pesar de todo lo que se ha escrito sobre conceptos alternativos. Estas alternativas conceptuales son relevantes en la definición de la equidad perfecta y, mientras permanezcamos distantes de este punto de perfección en todos los países que me son familiares, tendré que contentarme con la definición de equidad como una dirección de política que busca que los

pobres cuenten con mejores servicios de salud.

La definición de eficiencia es más problemática; es en sí mismo un concepto cargado. Pensando en los lectores que no están familiarizados con los conceptos de eficiencia usados por los economistas, me permito definir rápidamente dos de ellos. La eficiencia interna significa obtener el máximo resultado (controlando por calidad) con un conjunto dado de insumos—por ejemplo, asegurando que los medicamentos no se desperdicien al distribuirse de tal manera que muchos caduquen antes de ser prescritos. La eficiencia de asignación significa elegir aquellas actividades que aseguran el máximo "beneficio", lo que podríamos definir en nuestro contexto como mejoría en las condiciones de salud.

Sin embargo, si uso estas definiciones me estoy declarando implícitamente racionalista. La eficiencia se usa comúnmente para hablar de la reducción de costos en el sector público (independientemente de su impacto en la calidad o en el acceso) y para muchos resulta equivalente al uso de mecanismos de mercado y del sector privado.

Un ejemplo de lo anterior son las reformas de 1991 del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. La primera ministra Thatcher entendió muy bien cómo manipular el conocimiento "común" (pero poco sustentado) en la búsqueda de malos modelos de reforma en diversos sectores. Ella creyó que una mala memoria escolar de parte de la mayoría del electorado le permitiría equiparar el uso de los mecanismos de mercado con la eficiencia sin generar cuestionamientos. Muchos argumentaron que los problemas del sector salud debían resolverse mediante el incremento de recursos, y que la eficiencia podría ignorarse, subrayando aún más las nociones confusas sobre

Panorama / 3

Se Desarrolla en Colombia una Cultura del Aseguramiento
Yepes Luján



Jamaica
Protección para Enfermos Crónicos

La Reforma en Cifras / 5

Gasto en Salud
en los Países en Desarrollo

Avances / 6

La Reforma de la Atención a la Salud en Colombia
Corcho Berdugo



Monitor de la Salud / 8

Países del Caribe con Economías de Ingresos Medios

Páginas de la Reforma / 9

Noticias / 10

Citas con la Reforma / 12

eficiencia. Otros se enfocaron en la idea de que la relación conflictiva entre "eficiencia" y "equidad" eventualmente sería el resultado inevitable de estas reformas. En retrospectiva, parece claro que los argumentos que postularon que la eficiencia (en la lógica de los libros de texto de economía) no podría mejorarse fueron más fuertes que aquellos que postularon que la equidad se vería afectada, al menos en el sector salud.

Pocas cosas sirven mejor a los intereses de los promotores de los modelos inadecuados que esta definición laxa de eficiencia y el argumento de que la equidad y la eficiencia se encuentran inevitablemente en conflicto. Quisiera argumentar que la eficiencia en el sentido que le dan los libros de texto de economía es algo bueno y que aquellos que quieren avanzar hacia soluciones que habiliten a los pobres a obtener mejores servicios de salud no la deben tomar a la ligera.

¿Existe un conflicto inevitable entre eficiencia y equidad? Yo respondería: "en ocasiones, no siempre". El aspecto relevante de los sistemas de salud en la mayoría de los países en desarrollo (y en algunos supuestamente avanzados) es que las intervenciones de bajo costo y alto impacto son desdénadas mientras que las intervenciones de alto costo y bajo impacto se encuentran normalmente disponibles. Esto tiene que ver tanto con la equidad como con la eficiencia. Ubicar recursos donde producen un menor beneficio es ineficiente desde la perspectiva de su distribución, ya que los que obtienen los beneficios de las intervenciones de alto costo y bajo impacto son los ricos, y quienes no obtienen los beneficios de las intervenciones de bajo costo y alto impacto son los pobres. Cualquier modelo de reforma que aborde este problema está apuntando tanto hacia la mejoría de la equidad como hacia la eficiencia.

El segundo aspecto más obvio de la mayoría, aunque no todos, los sistemas de salud que nos interesa abordar es el de la ineficiencia interna. Si los recursos se encuentran en desequilibrio entre, por ejemplo, el personal y los medicamentos, se produce un desperdicio de recursos humanos, ya que no pueden lograr lo que deberían de acuerdo a sus capacidades. De manera similar, si las tasas de ocupación de camas son bajas, los recursos están siendo desperdiciados en aquellas unidades de servicio en las que no se utilizan. El resultado es que el dinero utilizado compra menos servicios de salud —aunque los ricos obtendrán de cualquier manera los servicios que necesitan. Son los pobres los que, como resultado, reciben los peores servicios de salud. De nuevo, la eficiencia y la equidad están correlacionadas —no en conflicto. Las reformas que buscan obtener mejores servicios con los recursos disponibles incrementan las oportunidades de beneficiar a los pobres.

Desde luego, existen casos en los que sí existe un conflicto entre ambos. Por ejemplo, la educación para la salud suele ser más eficaz entre las clases medias, dado que quienes pertenecen a ellas disponen de los recursos necesarios para considerar el mediano y largo plazo implícitamente incluidos en los mensajes. En cambio, los más pobres tienen que utilizar sus pocos recursos para asegurar la sobrevivencia diaria, por lo que no pueden gastar el tiempo y algunas veces los recursos personales (dinero, agua, energía, combustibles, etc.) necesarios para dar seguimiento a dichos mensajes. De manera similar, los niños mejor nutridos tendrán más posibilidades de responder al tratamiento en condiciones particulares. Si bien estas situaciones representan dilemas difíciles de resolver en los que se tiene que escoger entre equidad y eficiencia, su resolución no es clave para la operación del sistema de salud en su conjunto: es decir, no constituyen aspectos sistémicos que preocupen a la reforma del sector salud.

Si consideramos algunos de los aspectos de la reforma del sector salud en el mundo, creo que es posible identificar otras negociaciones más importantes y relevantes a las que deberíamos estar poniendo mayor atención. Las reformas

chilenas de los años ochenta son reveladoras. Esas reformas crearon competencia entre los fondos privados de seguros de salud (ISAPRES) y el sistema de seguridad social. Las ISAPRES han estado particularmente interesadas en atraer la demanda de la población rica. Como se encuentran autorizadas a obtener un porcentaje fijo de ingresos por cada paquete de atención, se benefician de las altas primas y del mejor estado de salud de este grupo. Las demandas de los ricos dirigen los recursos hacia ciertas intervenciones quirúrgicas voluntarias (no urgentes) que se llevan a cabo en ambientes confortables, con estancias cortas y que no implican el mismo uso de recursos que las enfermedades crónicas o las intervenciones de emergencia. Las exclusiones definidas por los paquetes de las ISAPRES implican que cuando los miembros de estas aseguradoras desarrollan condiciones crónicas, cuyo tratamiento tiene un alto costo, entonces se les transfiere al sector público. Las reformas generan ineficiencias internas y de asignación, pues ubican recursos para intervenciones de baja prioridad y servicios de hotelería innecesarios que operan en función de las ganancias de las ISAPRES (lo cual de nuevo no impacta positivamente en la salud) e implican duplicación de recursos en los sistemas privados, públicos y de seguridad social. También son altamente inequitativas: segmentan el sistema asegurando servicios de lujo para las poblaciones ricas y crean subsidios cruzados del sistema público a las ISAPRES. Los recursos públicos tienen que cubrir las demandas de altos costos de los ricos y además no se benefician tanto como podrían de su potencial de contribución.

El modelo colombiano es superficialmente similar pero sus diferencias son realmente importantes. Mientras que los beneficiarios de los fondos competitivos de seguridad pagan un porcentaje fijo de su ingreso, este se transfiere a un fondo central y las aseguradoras reciben un monto fijo. Los incentivos para cubrir sólo a la población rica se reducen considerablemente. Un porcentaje de la suscripción total se retiene a fin de cubrir a aquellos que no pueden pagar, aunque sólo tienen derecho a un porcentaje equivalente a 50% del que reciben los que sí contribuyen (con el tiempo se buscará cerrar esta brecha). Existen muchos problemas en la implementación de la reforma colombiana, pero al menos en principio busca proteger la equidad y además tiene el objetivo de crear una seguridad universal lejana al clásico modelo segmentado latinoamericano. En

la medida que esto se logre también promoverá eficiencia distributiva e interna. Al proteger la equidad, protege la entrega de servicios costo-efectivos que los pobres demandan con mayor frecuencia, y al tratar de universalizar la cobertura, busca reducir la duplicación que crea desperdicios en el modelo segmentado.

La equidad y la eficiencia, particularmente la de asignación, están positivamente correlacionadas. Lo que genera conflictos son los intereses de los diferentes grupos. Es cierto que los ricos pueden recibir un mejor servicio en sistemas que generan ineficiencias e inequidades, además de que disponen de muchas estrategias para promoverlos. Una de esas estrategias es la noción errónea, pero ampliamente difundida, de que la eficiencia está vinculada a la actividad del sector privado y la reducción de los gastos públicos, y en conflicto inevitable con la equidad. Sobre esta base pueden argumentar que la pérdida de la equidad es un desafortunado producto secundario de la insoslayable búsqueda de la eficiencia.

Existen algunos dilemas genuinos que aparecen al tratar de escoger reformas alternativas capaces de proveer un enfoque más útil a nuestra preocupaciones. En los países en desarrollo encontramos serias deficiencias de recursos en los sistemas de salud. Esto da origen a una serie de dilemas en el nivel sistémico tales como tener que elegir entre la necesidad de desarrollar sistemas sustentables (pero comúnmente asociados a problemas de acceso) o crear una dependencia de largo plazo con las agencias financiadoras; entre la necesidad de focalizar los recursos (con el riesgo de errores de asignación y de crear "un servicio pobre para los pobres") o distribuirlos de manera más general en un esfuerzo por construir un sistema universal, y entre cubrir los servicios de hospitalización o proveer servicios básicos de salud cuya demanda es altamente predecible.

Creo que no sirve de nada definir "la reforma del sector salud" como un conjunto de medidas que atentan contra la equidad. Me parece más útil trabajar para resolver las dificultades que implica el desarrollo de modelos como el colombiano. Desde luego las dificultades son grandes —cualquier programa redistributivo encontrará enormes obstáculos. Sin embargo, los sistemas de salud existentes son fuertemente inequitativos e ineficientes y no creo que proteger el status quo y sostener que ningún sistema alternativo podría conseguir más sirva a los intereses de los pobres.

Se Desarrolla en Colombia una Cultura del Aseguramiento*

Francisco José Yepes Luján

El director fundador de ASSALUD y actualmente funcionario de la seguridad social colombiana platica sobre la experiencia de reforma en su país

- En 1988-89 se realizó el Estudio Sectorial de Salud en Colombia, del que usted fue director. ¿Dónde se planteó por primera vez la posibilidad de asegurar a toda la población colombiana? ¿Podría hablarnos sobre estos antecedentes de la Ley 100?

- El Estudio Sectorial de Salud se hizo por iniciativa de los Ministerios de Salud (MS) y de Planeación (MP) y con el apoyo del Banco Mundial. Para realizarlo convocamos a un grupo multidisciplinario de profesionales, universidades del país e instituciones de la administración pública: el MS, el MP, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Bienestar Familiar, el Dane. Con ese grupo hicimos el análisis sectorial de salud 1988-89 utilizando toda la información secundaria que había en el país. Con ese grupo y otro más amplio, con el que se hizo un trabajo de consenso, en donde se formuló lo que considerábamos que debía ser la imagen objetivo del sector salud en el país. En esa imagen objetivo se proponía un sistema de salud que fuera descentralizado, de cobertura universal y que no tuviera barreras económicas, geográficas ni culturales para la salud. Ese es el sistema que después la Ley 100 trata de desarrollar.

- ¿Cuál fue la intervención en la etapa de la formulación de la Ley 100?

- La intervención en la etapa de formulación de la Ley 100 fue a través de lo que hemos llamado el grupo de macropolíticas. Estando en el Instituto FES de liderazgo convoqué por segunda vez a un grupo de colegas de salud de todo el país. Había allí personas de la costa atlántica, de Santander, de Caldas, del Valle, de Cundinamarca y de Antioquia. Estábamos analizando fundamentalmente la situación de crisis del sector salud, la falta de liderazgo en el sector salud. En ese momento se había iniciado el debate de la reforma de la seguridad social en el gobierno del presidente Gaviria.

El presidente Gaviria había ordenado congelar el debate de salud frente a las discusiones que se armaron al interior de su equipo. Sin embargo, el Congreso y las Comisiones Séptimas las reiniciaron y le plantearon al presidente que si él no dejaba que se tramitara la reforma de salud, ellos no le tramitarían la reforma económica, que era la que le interesaba al presidente, la reforma de las pensiones.

En ese momento, en enero de 1993, nosotros convocamos, a través del grupo de macropolíticas y con el apoyo financiero de la Fundación FES y de la Fundación Corona, a una reunión en Quirama, en Antioquia, a la que asistieron el MS, invitamos al Ministro del Trabajo, a la entonces Directora del Instituto de Seguros Sociales, a los parlamentarios de las comisiones séptimas, a técnicos de salud y seguridad social, a representantes del mundo académico. En esa reunión se hizo la discusión de las tres propuestas que había en ese instante.

Había una propuesta que estaba en las comisiones séptimas, donde había un liderazgo técnico en ese momento de Jaime Arias, que me parece era el grueso de lo que hoy está en la Ley 100. Había una segunda propuesta de un grupo que se llamaba del Parainfo, de Antioquia, que lo lideraba Antonio Yepes Parra y que hacía énfasis en la descentralización del ISS. Finalmente estaba la propuesta del

gobierno, que había presentado Juan Luis Londoño, que había radicado en el Congreso a fines del 92 y que sólo contemplaba la creación de las Empresas Solidarias de Salud.

De ese foro de Quirama salió un consenso para trabajar ya una propuesta que se acercara a lo que es hoy la Ley 100. Se conformó un grupo de trabajo y a partir de ese instante el MS, con Juan Luis Londoño, asumió el liderazgo de ese grupo. Lo que yo sí quiero dejar en claro es que la propuesta original que había presentado el MS ni se parecía siquiera a lo que es hoy la Ley 100.

- Salida ya la Ley 100 del Congreso, en sus primeros cuatro años tuvo un desarrollo acelerado en la cobertura familiar, en el Régimen Contributivo, en la conformación de las EPS, en el arranque del Régimen Subsidiado, en la conformación de ARS, pero parece que hace un año alcanzó un cobertura del 50% de la población y se quedó estancada. ¿Cómo ve la situación?

- Creo que nos está pasando en este momento lo que señala el dicho popular: "Matamos al tigre y nos asustamos con el cuero". Yo creo que la reforma de salud de Colombia, y en esto creo que hay un consenso de los técnicos del mundo, es una reforma supremamente coherente, profunda, muy bien planteada, y creo francamente que, a nivel de la conceptualización ideológica de la Ley y de los planteamientos centrales, no hay que hacerle ningún cambio ni ningún ajuste. Nos hemos enredado en la aplicación de la Ley. Nos hemos enredado en la normatividad. Hemos sacado innumerables decretos, muchos de ellos que se contradicen, y la aplicación de la Ley está muy enredada.

A eso hay que sumarle la situación económica del país. Estamos en una crisis que, con el aumento del desempleo, necesariamente afecta una ley de aseguramiento universal, fundamentada por una parte en los aportes del Régimen Contributivo, que corresponden a gente empleada en el régimen laboral, y por otra el Régimen



Subsidiado, que se fundamenta en la recolección general de impuestos. Pero, además, una reforma de esta magnitud y de esta profundidad requiere de un período largo de adaptación. Nosotros pretendemos que después de haber pasado muchos años, casi todo este siglo, sin plantearnos un régimen de cobertura universal, lo vamos a tener funcionando plenamente, sin problemas, en menos de cinco años. Eso es una utopía, eso es imposible.

- Da la impresión de que la dirigencia del Sistema y el Gobierno están enredados en el corto plazo en lugar de trazar de una vez un plan más real, a diez años por ejemplo, donde se pueda ciertamente llegar a una cobertura universal, sustentada financieramente y con los ajustes necesarios. ¿Será que es necesario sentar de nuevo a los expertos en busca de un plan de aplicación real para la extensión de cobertura hacia el aseguramiento universal? Y además están los problemas financieros. A pesar de que se duplicaron los recursos del sector, sin duda a partir de la Ley 100, parecen más escasos que nunca...

- Sí. Indudablemente nunca ha habido más recursos en el sector salud. Recuerdo una intervención del presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas que nos decía como la situación financiera de los hospitales privados nunca había sido mejor en el balance. El problema es el de la liquidez. Y es que el dinero se está quedando en alguna parte. No hace falta dinero, el dinero no está fluyendo como debía fluir, y no está fluyendo por varias razones. Indudablemente la primera es porque el esquema de financiamiento es muy complejo, es muy oscuro, no es transparente, y esa falta de transparencia dificulta la vigilancia y el control.

* Reproducido con autorización de Salud Colombia

Además, por lo que yo he recogido hasta ahora interactuando con distintos actores, hay un problema grave de corrupción en todos los niveles. Alguien se está quedando con ese dinero y no está llegando a donde debería de llegar. Todavía no hemos desarrollado el mecanismo de participación social, de participación ciudadana, que es la única garantía de que los recursos se van a utilizar bien finalmente.

-Pero ¿qué decir, por ejemplo, de los hospitales de segundo y tercer nivel, que muestran la mayor crisis en estos momentos, cuando se le están empezando a retirar los recursos de oferta y al mismo tiempo no tienen un POS subsidiado que le permita facturar contra demanda?

- Creo que además de los problemas que he mencionado, indudablemente existen otros que afectan el financiamiento de los hospitales. Este esquema se planteó para que funcionara de acuerdo con reglas de mercado y esas reglas no se están dejando funcionar. Hay barreras, restricciones muy importantes, impuestas por las aseguradoras, por las EPS y por las ARS, que están afectando a los hospitales. Estas instituciones están controlando claramente el mercado. Y esto tiene que ver con una imperfección de la Ley y es el haber permitido que las EPS sean propietarias de sus propias IPS, y esto lo están

utilizando para quedarse con la parte más rentable, dejando a los hospitales, sobre todo a los hospitales públicos, con la parte menos rentable del mercado. Están cometiendo una clara infracción a la Ley al no permitir la libre elección de los proveedores finales, los profesionales, y de los proveedores intermedios, las IPS. Basta ver en las poblaciones vecinas de Bogotá como las EPS obligan a los habitantes de estos municipios a venir a Bogotá a atenderse en las IPS que tienen contratadas y no les autorizan la atención en las IPS de su municipio, lo que crea barreras a los usuarios. Las EPS muy posiblemente están utilizando esto como un mecanismo para maximizar sus ganancias.

-¿Algún otro tema relevante?

- Mi posición es que, a pesar de los problemas que tiene la Ley, que son muchos, pero solucionables con un claro liderazgo del MS y con una simplificación de normas, sigo siendo optimista. Creo que la Ley es buena y que tiene logros muy importantes.

Finalmente creo que nos quedamos hablando de los problemas y se nos olvidan los logros. Al segundo semestre de 1997, el 57% de la población colombiana reconocía estar asegurada, sabía cuál era su aseguradora. Más del 80% de la población expresaba satisfacción con estar asegurada. Esos son logros importantes: el desarrollar una cultura que en el país no existía que es la cultura del aseguramiento. El lograr conciencia del derecho a la salud y no tener que ir detrás de la caridad es un logro muy importante.

Jamaica: Protección para Enfermos Crónicos

En 1997 el gobierno de Jamaica lanzó un plan de Seguro Nacional de Salud (SNS) obligatorio destinado a dar cobertura universal a su población mediante un paquete básico que cubre la atención hospitalaria y los medicamentos.

Los servicios médicos de Jamaica son una mezcla de programas del ministerio de salud (MS), proveedores privados con fines de lucro y organizaciones no gubernamentales no lucrativas. Los programas del MS proveen servicios primarios de salud a precios bajos o gratuitos y cuentan con un nivel satisfactorio de accesibilidad. Por lo que se refiere a la atención secundaria, el MS los presta mediante el cobro de cuotas por servicio, pero existen posibilidades de exención. Las organizaciones no-gubernamentales participan de manera importante en la detección de enfermedades crónicas así como en campañas educativas, mientras que el sector privado con fines de lucro provee sobre todo servicios de atención primaria.

Si bien el SNS puede constituirse en un método viable para cubrir los servicios esenciales de la mayoría de los jamaicanos, un estudio realizado por Aldrie Henry-Lee, de la Universidad de West Indies, bajo los auspicios de *Partnerships for Health Reform*, pudo identificar ciertos límites del plan, especialmente en lo que se refiere a la protección de la categoría de enfermos llamada médicamente indigentes.

El estudio propone que los enfermos médicamente indigentes no son únicamente quienes disponen de escasos recursos o se encuentran desempleados, sino sobre todo aquellas personas cuyo estado de salud ejerce una presión importante sobre sus recursos financieros, específicamente quienes padecen de enfermedades crónicas. Como es bien sabido, las enfermedades crónicas representan un reto tanto para la

economía de quienes las padecen como para cualquier sistema de seguros debido tanto a sus elevados costos como a la intensidad y frecuencia de utilización de los servicios de atención a la salud que provocan.

El estudio de Henry-Lee se enfocó en enfermos que padecían de diabetes, cáncer y enfermedades mentales debido a que estos tres padecimientos requieren de un contacto frecuente con el sistema médico, y por lo tanto pueden ejercer una presión importante sobre los recursos financieros de los enfermos. Por otra parte, además de los elevados costos que implican, tanto el cáncer como la diabetes se encuentran entre las cinco principales causas de mortalidad en Jamaica, mientras que, según lo revelado por la investigación, las enfermedades mentales también mostraron una gran importancia en relación a los costos.

Según el estudio, la más costosa de estas enfermedades es el cáncer, con un gasto anual promedio global (incluyendo hospitalización, medicamentos y consultas) de alrededor de 1,900 dólares. En seguida se encontró la diabetes, con 570 dólares, y en tercer lugar las enfermedades mentales, con 486 dólares. El gasto mayor en el caso de

estas dos últimas enfermedades correspondió a las consultas con médicos especialistas.

En efecto, independientemente de su nivel de ingresos, 59% de los enfermos de la muestra estudiada afirmaron haber experimentado dificultades financieras como consecuencia de su padecimiento. Inicialmente, estas personas fueron catalogadas como población en riesgo de indigencia médica. El estudio pudo determinar que una quinta parte de ellas había abandonado algún aspecto de su tratamiento debido a la presión financiera. De hecho, las dificultades financieras provocadas por el elevado costo de los servicios impidieron que varios pacientes recibieran un tratamiento completo.

En base a lo revelado por la investigación, las recomendaciones fundamentales para el mejoramiento de la protección a la población médicamente indigente fueron cuatro:

- poner un mayor énfasis en la atención preventiva;
- considerar la inclusión de las consultas con especialistas dentro del paquete de servicios cubiertos por el SNS;
- iniciar un monitoreo constante de la población médicamente indigente y sus necesidades, y
- asignar y adecuar recursos destinados al tratamiento de las enfermedades crónicas.

Gasto en Salud en los Países en Desarrollo

Datos tomados de:

- Schieber G, Maeda A. *Health Care Financing and Delivery in Developing Countries*. Health Affairs 1999; 18(3): 193-205.
- World Health Organization. *World Health Report 1999. Making a Difference*. Ginebra: WHO, 1999.

Cuadro I
Distribución Global del Ingreso, Gasto en Salud y Población, 1994

	PIB	Gasto en salud	Población
Distribución por grupo de ingreso			
Ingreso alto	82%	89%	16%
Ingreso medio y bajo	18	11	84
Distribución por regiones			
Este Asiático y Pacífico	24	17	35
Europa y Asia Central	19	18	11
América Latina y el Caribe	35	42	9
Medio Oriente y Africa del Norte	8	9	7
Sudeste Asiático	9	8	26
Africa al Sur del Sahara	5	6	12

Cuadro II
Carga Global de la Enfermedad en Miles de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), 1998

Categoría	Global total	Países desarrollados	Países en desarrollo
Enfermedades transmisibles	565, 528	7,834	557,694
	40.9%	7.2%	43.8%
Enfermedades no transmisibles	595,363	87,732	507,631
	43.1%	81%	39.8%
Lesiones	221,673	12,739	208,934
	16%	11.8%	16.4%
Total	1,382,564	108,305	1,274,259

Cuadro III
Gasto en Salud por Región y Nivel de Ingreso, 1994

Region	Gasto Per Capita en Salud (US\$)	Gasto en salud como % del PIB	Gasto público como % Gasto total en salud
Este Asiático y Pacífico	38	4.1	52
Europa y Asia Central	154	7.2	72
América Latina y Caribe	200	6.1	49
Medio Oriente y Norte de Africa	116	5.2	50
Sudeste Asiático	12	3.7	39
Africa al Sur del Sahara	38	4.0	54
Nivel de Ingreso			
Bajo	16	4.3	47
Medio	168	5.3	57
Alto	1,468	6.9	67

El gasto global en salud en 1994 ascendió 2.3 billones de dólares, equivalentes al 9% del producto global bruto. Los países de ingresos altos, que cuentan con 16% de la población y 8% de la carga global de la enfermedad, concentraron 89% de este gasto. Los países en desarrollo, con 84% de la población mundial y 92% de la carga global de la enfermedad, concentraron el 11% restante.

Por lo que se refiere a las necesidades de salud, en el momento actual, en los países en desarrollo, la carga de enfermedad se concentra en los padecimientos transmisibles. Sin embargo, se espera que en las próximas tres décadas se produzca una transición demográfica y epidemiológica que supondrá una mayor presencia de las lesiones y las enfermedades no transmisibles en el perfil epidemiológico de estos países. Se calcula, de hecho, que los padecimientos no transmisibles y las lesiones concentrarán 80% de la carga total de la enfermedad, lo que alterará de manera importante la demanda de servicios de salud y hará aún más crítica la necesidad de recursos adicionales.

Como puede observarse en el cuadro III, el gasto per cápita en salud varía considerablemente entre regiones. En el sur de Asia este gasto asciende apenas a 12 dólares, en contraste con lo que se gasta en América Latina y el Caribe. Sin embargo, las diferencias son más notables cuando los países se comparan de acuerdo con su nivel de ingreso. En los países de ingresos bajos, el gasto per cápita en salud asciende apenas a 16 dólares, mientras que en los países de ingresos altos es de 1468 dólares.

Un rasgo característico del gasto en salud en los países de ingresos medios y bajos es la baja participación del gasto público en el gasto total en salud, que asciende a 57 y 47%, respectivamente, en contraste con lo que sucede en Europa y los países de ingresos altos en general, en donde el gasto público concentra más del 65% del gasto total.

La Reforma de la Atención a la Salud en Colombia

Alexánder Corcho Berdugo
Instituto Nacional de Salud Pública, México

En los últimos 50 años, Colombia ha experimentado importantes transformaciones en su perfil demográfico y epidemiológico. La mortalidad infantil descendió de 196 por cada mil nacidos vivos en 1938 a 31.9 en 1996. La tasa global de fecundidad se redujo de 6.6 en 1960 a 2.6 en 1990. La esperanza promedio de vida en el presente quinquenio se estima en 71 años, lo que representa un incremento de 39% respecto de la esperanza de vida estimada para mediados de siglo. El peso relativo de la población infantil ha ido disminuyendo y la proporción de adultos es cada vez mayor. Por otra parte, el peso en la mortalidad de las enfermedades infecciosas se redujo del 60% en 1950 al 15% en 1990. Las cuatro principales causas de mortalidad actualmente son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las lesiones y los homicidios. Se estima que el 39% de la carga de la enfermedad se debe a las lesiones y la violencia, el 39% a las enfermedades crónico-degenerativas y el 22% restante a las enfermedades infecciosas y perinatales. Como en otros países de la región, existen profundas desigualdades en salud entre las áreas urbanas y rurales, así como entre los diferentes estratos sociales. Baste señalar que mientras la mortalidad infantil en las clases media y alta de las grandes ciudades no difiere de la de los Estados Unidos de Norteamérica, en los estratos más pobres alcanza todavía cifras de hasta 200 por mil nacidos vivos.

Situación del Sistema de Salud en 1993

En 1993, año en que fue promulgada la ley de reforma (Ley 100), el sistema nacional de salud de Colombia (SNS) estaba organizado básicamente en tres subsistemas, cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y atendía a grupos específicos de población en función de su capacidad de pago. Los grupos de población de mayores ingresos atendían sus necesidades de salud en el sector privado (cerca del 10% de la población), a través de la compra de seguros prepagados o pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. La población empleada en el sector formal de la economía, por su parte, estaba parcialmente cubierta por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), financiado principalmente con aportaciones de obreros y patronos. Menos del 20% de la población del país estaba asegurada y sólo 18% de los afiliados tenía derecho a cobertura familiar. Finalmente, la población pobre obtenía atención médica en el subsistema público, administrado y financiado por el Ministerio de Salud (MS), al que le correspondía atender al 70% de la población nacional. En la realidad, alrededor del 25% de los colombianos no tenía acceso a

ningún tipo de servicio.

Aunque el SNS incluía en su esquema organizativo a los tres subsistemas mencionados, en la práctica, éste funcionaba de manera desarticulada e inequitativa. El MS tenía poca injerencia en la orientación de las entidades de seguridad social y su papel en la regulación del sector privado era sumamente restringido. Cerca de la mitad de los gastos en salud se canalizaban al subsistema de la seguridad social y, por ende, al 20% de la población del país, mientras la mitad restante se destinaba al subsistema público. Los recursos públicos no se focalizaban de manera efectiva en la población más pobre. El 40% de los subsidios a los hospitales públicos se filtraba al 50% más pudiente de la población.

La utilización de los servicios del ISS por parte de la población de altos ingresos beneficiaba finalmente al creciente sistema de medicina prepagada, en tanto una proporción elevada de beneficiarios de la seguridad social atendía sus necesidades en los sectores privado y público. Con el traslape de la demanda se perjudicaba más a los pobres, quienes ante la insuficiencia de la red pública recurrían frecuentemente a proveedores privados. El decil más pobre de la población gastaba el 18% de sus ingresos en el pago de hospitales, médicos y medicamentos, en contraste con el decil más rico que dedicaba menos del 0.5% a este tipo de gasto. Los servicios se concentraban en las áreas con mayor desarrollo socioeconómico y eran escasos y de baja calidad en las zonas pobres. Se privilegiaba el gasto en la atención de tipo curativo, particularmente la más especializada y de mayor costo. La falta de desarrollo de la prevención y de los niveles primario de atención provocaba la saturación de los hospitales de mayor capacidad tecnológica. La asignación de recursos se realizaba con base en presupuestos históricos o en proporción directa al déficit de las instituciones, sin considerar las necesidades de salud locales ni los costos de producción de los servicios.

El Nuevo Sistema de Seguridad Social

La nueva Constitución Política de 1991 estableció que la atención de la salud es un servicio público de carácter obligatorio al que tienen derecho todos los colombianos, cuya prestación se realiza bajo la

dirección, coordinación y control del Estado, con la participación de agentes públicos y privados. El mandato constitucional fue desarrollado en 1993 por la Ley 60, que definió las normas para la descentralización del sistema, y la Ley 100, que sentó las bases para la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las metas del nuevo sistema son la universalidad, la solidaridad, la eficiencia, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre elección y la autonomía institucional. Para ello se crearon agentes específicos encargados de desempeñar las funciones de dirección, financiamiento, articulación y prestación de los servicios; se introdujo la competencia entre aseguradores y proveedores, y se diseñaron reglas para regular el mercado y lograr la solidaridad entre las poblaciones con y sin capacidad de pago.

Las funciones de dirección, coordinación y control las desempeñan el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud). El CNSSS lo dirige el Ministerio de Salud y se integra con los representantes de los principales actores y gestores del sistema. Para la articulación y financiamiento del sistema se crearon dos regímenes de aseguramiento: un régimen contributivo y un régimen subsidiado, vinculados a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa).

El régimen contributivo es de afiliación obligatoria para las personas con ingresos iguales o superiores a dos salarios mínimos, quienes pueden escoger libremente a una Empresa Promotora de Salud (EPS) pública o privada. Estas entidades se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Las cotizaciones son remitidas al FoSyGa, el cual retorna a la EPS una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada persona de la familia afiliada. El valor de la UPC lo define el CNSSS y garantiza que los beneficiarios queden cubiertos por el POS. Los recursos restantes de las cotizaciones se emplean para compensar a las EPSs cuyos ingresos hayan sido menores a la UPC.

El régimen subsidiado, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago. La identificación de dicha

* En esta sección se publicarán narrativas integrales de las reformas de los países de la región. En el website del NAADIIR, estas mismas reseñas se presentarán con mayor detalle.

población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Los recursos para su financiamiento provienen de un punto porcentual de la cotización del régimen contributivo y de diversas fuentes fiscales y parafiscales. Las Direcciones de Salud departamentales y municipales se encargan de contratar mediante licitación pública a una empresa administradora del régimen subsidiado (ARS), que puede ser de tres tipos: las EPS del régimen contributivo, las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS). Estas últimas son organizaciones de carácter comunitario y pueden asociarse a otra EPS para fortalecer su capacidad financiera y operativa. La capitación respectiva (UPC-S) es un subsidio público otorgado por el municipio con sus ingresos y complementado con recursos provenientes del FoSyGa. Aunque el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) excluye transitoriamente algunos de los beneficios previstos en el régimen contributivo, los asegurados pueden acceder a dichos servicios con cargo a los subsidios de oferta que aún reciben los servicios públicos de salud. Se planeó que la UPC-S y el POS-S se fueran expandiendo gradualmente hasta igualarse en el año 2002 a las del régimen contributivo.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPSs o las ARSs. Éstas, por su parte, deben proporcionar distintas alternativas a los afiliados para que elijan libremente a la IPS de su preferencia. En el nuevo sistema, las instituciones públicas se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales continúan sosteniéndose transitoriamente mediante subsidios de oferta, en tanto logran financiarse a través de la venta de sus servicios a las distintas EPSs o ARSs existentes. Para asegurar la eficiencia en la gestión, incentivar la competencia en el mercado, mejorar la calidad de los servicios y facilitar el control de las distintas IPSs, se estableció que éstas deben ser autónomas administrativamente y financieramente de las entidades encargadas del aseguramiento.

Principales Avances y Dificultades

El avance más importante de la reforma ha sido el aumento de la cobertura de aseguramiento, la cual pasó de alrededor de 9 millones de personas en 1994 (24.1%) a 21.58 millones (52.8%) hacia finales de 1997. En el régimen contributivo se amplió la cobertura de servicios a todos los miembros de la familia. Se avanzó en la descentralización del sistema y en la identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado, lográndose la afiliación de 7.03 millones de personas. Los recursos del sector se incrementaron significativamente. Según cifras oficiales, el gasto en salud pasó del 3.44% del PIB en 1993 al 14.3% en 1998, cifra extraordinariamente alta no sólo para la región.

No obstante estos avances, el montaje de la reforma ha sido sumamente complicado. La inestabilidad en los cargos ministeriales, la resistencia al cambio

de las instituciones públicas y de seguridad social, y la abundantísima reglamentación han restado credibilidad a las decisiones del gobierno. La transición de las instituciones públicas ha sido lenta y traumática. Si bien algunas de ellas han logrado adaptarse a las nuevas reglas y mejorado su desempeño, muchos hospitales han enfrentado problemas de liquidez. La situación ha sido particularmente crítica para los servicios del segundo y tercer nivel de atención, que aún dependen de los subsidios de oferta para su funcionamiento. Una parte importante de dichos recursos ha tenido que destinarse al pago de los salarios del personal de salud, los cuales se triplicaron. El ISS enfrenta serias dificultades financieras y de carácter organizacional para descentralizarse y desempeñarse como EPS e IPS.

Las fuentes, mecanismos y objetivos del financiamiento son tan diversos que su manejo ha resultado sumamente complicado. Las regiones con mayor desarrollo socioeconómico, que tradicionalmente han tenido mayores niveles de gasto, continúan recibiendo la mayor parte de los recursos. Los recursos no fluyen de manera oportuna de las aseguradoras hacia los prestadores. Las EPSs para maximizar sus ganancias han estado presionando la compra de planes complementarios de salud por parte de sus afiliados y alientan a través de diversos mecanismos la salida de aquellos cuya atención resulta costosa. Existen elevadas tasas de evasión, elusión y mora en el pago de los aportes obligatorios por parte de la población con capacidad de pago. Una proporción significativa de la población falsifica la información sobre su situación socioeconómica con el fin de acceder al régimen subsidiado. Ha resultado particularmente difícil la incorporación al sistema de los empleados en el sector informal de la economía y de la población en las áreas rurales dispersas.

La solución de muchas de estas fallas se ha visto entorpecida por la baja capacidad del

gobierno para la dirección del sistema. La reglamentación ha sido abundantísima y contradictoria, y ha generado confusiones, evasión de responsabilidades y conflictos entre los distintos actores. Además, no se ha logrado desarrollar un sistema de información que permita analizar y evaluar el desarrollo del proceso, y establecer los correctivos oportunos. Si bien estos resultados pueden no ser concluyentes, la experiencia colombiana ha puesto de manifiesto que el secuenciamiento en la implantación de las decisiones globales, así como la clara especificación de los procesos de transición institucional, son requisitos fundamentales para el montaje adecuado de los distintos componentes del sistema y garantizar el logro de los objetivos que éste se propone alcanzar.

Países del Caribe con Economías de Ingresos Medios

Indicadores/País	Antigua y Barbuda	a/f	Barbados	a/f	Granada	a/f	Guadalupe	a/f	Puerto Rico	a/f	Saint Kitts y Nevis	a/f	Santa Lucía	a/f	Trinidad y Tobago	a/f
Económicos y Sociodemográficos																
Población total (en miles)	66	97f	265	97f	96	97f	422	96b	4,000	97f	41	98c	159	97f	1,283	97f
PIB (millones US\$)	502	97f	1,743	97f	295	97f	-	-	42,364	97f	247	95b	598	97f	5,892	97f
PIB per cápita (miles US\$)	7,606	97f	6,577	97f	3,073	97f	-	-	10,591	97f	6,024	95b	3,761	97f	4,592	97f
Esperanza de vida al nacer (años)	75.0	97f	76.5	98c	70.0	96b	75.6	98a	76.6	98a	70.0	97f	70.0	97f	74.0	98c
Tasa global de fecundidad	1.7	98a	1.5	98c	4.0	97f	2.1	98a	2.1	98a	2.0	97f	2.0	97f	1.7	98c
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NVR)	17.0	97f	12.0	98c	24.0	97f	9.0	97f	11.0	97f	22.0	97f	16.0	97f	15.0	98c
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 NVR)	-	-	33.0	95b	-	-	51.4	90b	7.8	94b	110.0	94b	-	-	90.0	98c
% alfabetismo	89.0	94d	95.0	95b	85.0	96b	89.5	94d	93.0	97f	98.0	94d	54.1	90b	98.0	97f
% población con agua potable	60.0	95b	100.0	94d	59.0	94b	89.8	90b	97.0	95b	90.0	91b	75.0	91b	96.0	96f
% población con alcantarillado	-	-	100.0	94d	-	-	36.3	90b	80.0	95b	96.6	95b	-	-	96.0	95f
Gasto en Salud																
Gasto total en salud (millones US\$)	141	95b	29	95b	9,600	96b	-	-	1,036	96b	7	95b	-	-	-	-
Gasto en salud como % PIB	5.4	95c	6.8	95c	4.5	96b	-	-	2.4	95b	3.5	95b	3.8	95c	3.4	95c
Gasto en salud per cápita (US\$)	306	95b	111	95b	97	96b	-	-	278	95b	163	95b	-	-	-	-
Gasto público como % gasto total en salud	54.0	95c	65.0	95c	12.0	96b	-	-	-	-	61.0	95c	66.0	95c	61.0	95c
Recursos y Servicios																
Médicos (por 1000 habitantes)	0.2	95b	1.3	94b	0.6	96b	1.4	92d	1.7	92b	1.1	95b	0.5	95b	0.7	94e
Enfermeras (por 1000 habitantes)	3.4	95b	3.4	94b	2.4	96b	0.4	92d	3.2	92b	6.3	95b	2.8	95b	1.6	92d
Cobertura de servicios de salud (%)	95.0	93d	98.0	93d	86.0	93d	-	-	95.0	93d	98.0	93d	98.0	93d	97.0	93d

a/f: Año y fuente de referencia.

Fuentes:

- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 1998. Washington, D.C.: OPS, 1998:vol I.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 1998. Washington, D.C.: OPS, 1998:vol II.
- World Health Organization. The World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995. Washington, D.C.: OPS, 1995.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Datos Básicos Socioeconómicos. Washington, D.C.: BID, 1999.
- The World Bank Group. World Development Indicators 1999. Washington, D.C.: World Bank, 1999.

Fé de erratas

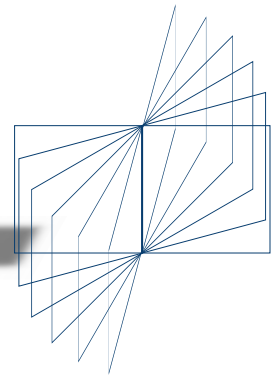
En el número anterior, julio-septiembre de 1999, apareció el siguiente error:

Para Bahamas la cifra referente a gasto en salud como porcentaje del PIB dice: 13.3; debe decir 4.2.

Se cita en: World Health Organization. The World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.

* / Sección a cargo de Blanca Villa y Antonio Tapia

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Abassi K. The World Bank and world health. *BMJ* 1999;318:865-869, 933-936, 1003-1006, 1066-1069, 1132-1135, 1206-1208.
- Armstrong P, Armstrong H, Fegan C. Universal health care. What the US can learn from the Canadian experience. New York: The New Press, 1998.
- Cendex, Fundación Corona. Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Bogotá: Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999.
- Montoya S, Willington M. El financiamiento de los hospitales públicos: un análisis de las alternativas para Argentina. México, D.F.: Premio Internacional "José Luis Bobadilla", Fundación Mexicana para la Salud, 1999.
- Saavedoff W. La organización marca la diferencia: educación y salud en América Latina. Washington, DC: BID, 1998.
- Standing H. Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: an analysis and review of policy issues. Boston, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper No. 99.06, 1999.
- World Bank. Honduras: toward better Health Care for All. Washington, DC: World Bank, 1998.

El Sector Salud de América Latina para Inversionistas y Decisores

La Unidad de Inteligencia del *Economist* lanzó recientemente a la circulación una nueva publicación cuatrimestral: *Healthcare Latin America*. Esta publicación, que forma parte de un ambicioso proyecto editorial que incluye a *Healthcare International* y a diversos estudios de sistemas nacionales de salud, está dirigida a inversionistas y decisores, y tiene como objetivo proporcionar un análisis crítico del mercado de la atención a la salud en la región latinoamericana.

Los sistemas de salud en América Latina, que nacen en su gran mayoría en su versión moderna en los años cuarenta, están atravesando por una crisis caracterizada por una cobertura de servicios integrales de salud limitada, problemas de eficiencia y calidad, y, en algunos casos, explosión de costos. Esta crisis sucede al mismo tiempo que se amplía la participación de las enfermedades no transmisibles y las lesiones en el perfil de salud de la región.

Los retos se están enfrentando de manera muy diversa a nivel nacional. Algunos países están favoreciendo las alternativas de mercado; otros insisten en seguir financiando la atención a la salud sobre todo con recursos públicos.

El contexto económico, comercial y político de estas reformas es también novedoso. La región en general es testigo de ajustes caracterizados por una participación decreciente del Estado en las actividades económicas, una acelerada integración comercial y un amplio proceso democratizador.

Healthcare Latin America pretende ofrecer información periódica para identificar los patrones de cambio y las oportunidades de inversión. En los números iniciales de esta publicación se han abordado temas tan diversos como los siguientes:

- perspectivas generales de la atención gerenciada en América Latina;
- alternativas de inversión de la industria farmacéutica frente a la devaluación de la moneda brasileña;
- posibilidades de armonización de la atención a la salud en los países del MERCOSUR, e
- impacto del NAFTA en la prestación y financiamiento de la atención a la salud en América del Norte.



**The Economist Intelligence Unit.
Healthcare Latin America
(Quarterly Publication).**

Medicamentos: Enorme Potencial de Crecimiento en América Latina

América Latina es uno de los pocos mercados con verdadero potencial de crecimiento tanto desde el punto de vista demográfico como económico. En el momento actual constituye el tercer mercado farmacéutico más importante del mundo, con ventas por 22 mil millones de dólares al año. En los próximos cinco años los especialistas proyectan ventas anuales por 25 a 30 mil millones de dólares.

El nuevo reporte del *Financial Times Healthcare*, producto de más de 70 entrevistas a líderes nacionales e internacionales de la industria farmacéutica, proporciona información muy valiosa sobre los escenarios futuros de los mercados de atención a la salud y de medicamentos en América Latina y el Caribe. Asimismo, identifica las habilidades que las firmas farmacéuticas tendrán que desarrollar para poder aprovechar las oportunidades y enfrentar exitosamente los retos.

Aunque se trata de un libro dirigido sobre todo a posibles inversionistas, *Latin America: Building Business in Pharmaceuticals and Healthcare* ofrece un panorama muy completo de la industria farmacéutica y una revisión de los cambios que se están dando en el perfil epidemiológico, los sistemas de salud y las estructuras regulatorias en la región que lo convierten en un texto valioso también para los funcionarios públicos encargados de regular a esta industria y para los académicos dedicados al estudio de las políticas farmacéuticas. En los 11 capítulos que componen el libro –que se ilustran con estudios de caso de firmas (Boehringer, Bristol, Gruenthal, Myers-Squibb, Smithkline-Beecham) y países específicos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú)– se revisan, entre otros temas, las estadísticas de los principales mercados, el papel de los genéricos, el futuro de las patentes, y las estrategias para generar ventajas comparativas en una industria cada vez más consolidada y una región cada más integrada desde el punto de vista comercial.

**Doulton P. Latin America:
Building business in
pharmaceuticals and
healthcare. Londres:
Financial Times
Healthcare, 1999.**

Noticias

PHR Lanza su Sitio en Internet

www.PHRproject.com



Partnerships for Health Reform (PHR) tiene como objetivo ayudar al mejoramiento de la salud de las poblaciones de países de ingresos medios y bajos mediante el apoyo a las reformas del sector salud que buscan garantizar un acceso equitativo a servicios de atención a la salud de calidad, eficientes y sustentables. PHR impulsa los conocimientos y las metodologías necesarios para desarrollar, implementar y supervisar las reformas de salud y su impacto, además de promover el intercambio de información sobre temas claves.

El pasado mes de abril PHR lanzó su nuevo sitio en Internet. Este sitio, por cierto cuenta con un sistema para solicitar las publicaciones de PHR que se distribuyen en forma impresa o en CD-ROM.

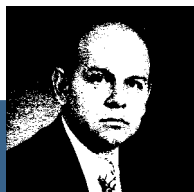
Se Entregó el Premio "José Luis Bobadilla" 1999

En el pasado mes de marzo se lanzó la convocatoria para participar en el Premio Internacional "José Luis Bobadilla" en Políticas de Salud. Este año el Premio se otorgó a la categoría de innovaciones en políticas de salud. El jurado designado para evaluar los trabajos concursantes estuvo integrado por Christian Baeza, de Chile, Celia Almeida, de Brasil, Luis Nicolás Ferreira, de Argentina, Rodrigo Guerrero, de Colombia, y Enrique Ruelas, de México. Este jurado declaró un empate entre dos trabajos ganadores:

"Guatemala: la experiencia exitosa de extensión de cobertura"
del Ministerio de Salud Pública de Guatemala, y

**"Subsistema de encuestas rápidas del sistema de información
sobre calidad de la atención"**
de Luis Durán y Sonia Fernández.

Para mayor información sobre este y futuros premios consultar:
www.funsalud.org.mx/eventos.red.html



José Luis Bobadilla

International Award
in Health Policy Innovations

En Busca de Consenso para la Reforma del Sistema de Salud en El Salvador

El nuevo gobierno de El Salvador, en funciones desde junio de 1999, está considerando la formulación de un Programa de Reforma del Sector Salud que: (i) aumente la eficacia y eficiencia del sector público; (ii) fortalezca la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); (iii) aumente la capacidad del MSPAS para entregar servicios preventivos de salud; (iv) extienda la cobertura y favorezca los servicios básicos de salud; (v) defina claramente las funciones de las instituciones públicas y de las privadas en la prestación de servicios de salud, y (vi) adapte los servicios al perfil epidemiológico y a las condiciones socioculturales locales.

El gobierno anterior formuló, con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, el proyecto "Modernización Institucional y Reforma del Sector Salud del MSPAS de El Salvador". Este proyecto pondría en marcha experiencias piloto de reforma hospitalaria y del primer nivel de atención del MSPAS, y fortalecería la capacidad gestora de este ministerio. No obstante, el proyecto no pudo ser sometido a su aprobación por el Congreso durante esa administración.

En el contexto del proceso electoral, la reforma al sector salud despertó el interés de un gran número de actores de los sectores público y privado. En ese periodo se elaboraron cuatro propuestas de reforma sectorial por parte del Colegio Médico, la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), y el gobierno saliente (Plan de Nación y Plan Nacional de Salud). Como es natural, las propuestas abordan con diferentes énfasis la realidad nacional y sus planteamientos responden también a diversos intereses. No obstante, es claro que existen puntos de encuentro que permiten pensar en una propuesta consensada.

La Comisión de Medio Ambiente y Salud de la Asamblea Legislativa, de hecho, está promoviendo la formación de un ejercicio de consenso en torno a las propuestas de reforma y conformó para tal fin un Grupo de Trabajo con la participación de diversas agencias de desarrollo. El actual gobierno está por crear también un Consejo de Reforma del Sector Salud que será presidido por el Ministro de Salud y Asistencia Social y en el que participarán diversos actores gubernamentales, los gremios y la sociedad civil. Uno de sus propósitos será conciliar las diversas propuestas de reforma a fin de buscar un consenso nacional.

Iniquidad en la Investigación en Salud: Desequilibrio 10/90

Entre el 8 y 10 de junio pasados se llevó a cabo, en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Tercer Foro Global de Investigación en Salud. A este foro acudieron tomadores de decisiones y representantes de instituciones académicas, agencias internacionales, fundaciones privadas, organizaciones no gubernamentales y empresas del sector privado.

Dentro de la información proporcionada en la reunión sobresale el hecho de que a nivel mundial se dedican aproximadamente 56,000 millones de dólares al año a la investigación en salud. Sin embargo, casi 90% de estos recursos se utilizan en investigación sobre problemas de salud que afectan sólo al 10% de la población mundial. A esta disparidad se le ha llamado *desequilibrio 10/90*, que ha sido considerado por la Comisión para la Investigación en Salud y el Desarrollo y por el Grupo *ad hoc* en Investigación en Salud de la OMS como el problema central de la investigación en salud.

En esta última reunión se planteó el reto de involucrar a la investigación en la solución de diversos problemas críticos, a saber:

- ▶ las enfermedades infecciosas de la niñez, así como los problemas de salud materna y perinatal;
- ▶ las enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes (SIDA, tuberculosis, paludismo);
- ▶ las lesiones y la violencia, y
- ▶ la iniquidad y la ineficiencia en la provisión de servicios de salud.

Proyectos sobre Equidad en Salud en América del Sur

El programa "Análisis de Políticas Orientados hacia la Equidad", financiado por el International Development Research Center de Canadá (IDRC), seleccionó cinco proyectos de investigación de un total de 17 para recibir financiamiento en 1999:

- ▶ Salud y desregulación: el proceso de reconstrucción de las obras sociales en Argentina: un estudio de caso. Coordinadora: Lilian Findling (Argentina).
- ▶ Evaluación de la reforma de salud en Uruguay: equidad y redefinición del welfare State. Coordinadores: Myriam Mitjavila y Jose Enrique Fernández (Uruguay).
- ▶ La equidad en salud: del discurso a la práctica. Coordinador: Virginia Junqueira. (Brasil).
- ▶ Impacto de la reforma a la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud. Coordinador: Juan Eduardo Céspedes Londoño (Colombia).
- ▶ Evaluación de la política de medicamentos en términos de accesibilidad, disponibilidad y uso racional: Colombia 1999. Coordinador: Samuel Mejía Restrepo (Colombia).

Alternativas de Atención a la Salud para Poblaciones Binacionales en América del Norte

La California HealthCare Foundation, la Fundación Mexicana para la Salud, la Academy for International Health Studies y Healthcare Redesign International anunciaron en junio de 1999 el inicio de un esfuerzo binacional para mejorar el acceso a los servicios de salud de millones de mexicanos y estadounidenses que viven, trabajan y viajan entre México y California.

En el momento actual, alrededor de siete millones de inmigrantes nacidos en México viven en EUA —cifra equivalente al 8% de la población mexicana. De éstos, sólo un millón se ha naturalizado estadounidense y muchos tienen un acceso limitado a servicios de salud. Por otro lado, en México viven 300,000 retirados estadounidenses que no pueden hacer uso del seguro de salud público para adultos mayores de EUA (Medicare) y frecuentemente no pueden acceder a los seguros médicos privados en México debido a restricciones relacionadas con su edad.

El esfuerzo para enfrentar las necesidades de atención a la salud de estas poblaciones dio inicio con una Mesa Redonda que se llevó a cabo en Cuernavaca, México los días 3 y 4 de junio de 1999. Asistieron a este evento 30 delegados: ejecutivos de las compañías líderes de seguros y de atención gerenciada de México y California, representantes de la agencia de salud y servicios humanos federal y de California, representantes de las principales agencias de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y de los ministerios de Hacienda y Salud de México, empleadores multinacionales y representantes de diversas organizaciones internacionales (OMS, BID, BM).

La Iniciativa de Seguros de Salud a Uno y Otro Lado de la Frontera reunirá a estos delegados en una serie de foros con el fin de discutir alternativas para mejorar el acceso a coberturas integrales de salud de estas poblaciones. Las temas centrales de discusión son los siguientes:

- ▶ identificar las alternativas públicas y privadas para expandir la cobertura de salud para poblaciones binacionales con problemas de acceso, y
- ▶ explorar las políticas y regulaciones gubernamentales de México y EUA que podrían favorecer la cobertura privada al tiempo que se respeta el interés público.

Dentro de los temas específicos discutidos en la reunión destacan los siguientes:

- ▶ alternativas de cobertura para trabajadores transfronterizos y sus familias;
- ▶ acceso a seguros de salud para la población de estadounidenses retirados en México, y
- ▶ promoción de una estructura regulatoria que garantice un desarrollo razonable de los planes de atención gerenciada en la frontera norte de México.

Los delegados y los consultores asociados a este proyecto desarrollarán planes de acción en pequeños grupos de trabajo en el curso de los próximos seis meses. Los resultados del trabajo de estos grupos se presentarán en la siguiente Mesa Redonda, que se llevará a cabo en el mes de febrero del año 2000.

Citas con la Reforma

Fourth Annual Summit on International Managed Care Trends Cuarta Cumbre Anual sobre Tendencias Internacionales de la Atención Gerenciada

Bal Harbour, Florida, EUA, Diciembre 5 - 8

<http://www.aaph.org/services/conferences/summitt.htm>

11th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care Onceavo Foro Anual sobre Mejoramiento de la Calidad de la Atención a la Salud

Nueva Orleans, Louisiana, EUA, Diciembre 7 - 10, www.ihf.org

Partnerships for Health in the New Millennium Colaboración para la Salud en el Nuevo Milenio

Washington, D.C. EUA, Enero 24 - 28, e-mail: icg@infinityconferences.com

www.health.gov/partnerships

Methodological Perspectives in Health Services Perspectivas Metodológicas en los Servicios de Salud

Escuela danesa real de farmacia

Dinamarca, Enero 30 - Febrero 5, e-mail: ehh@mail.dfh.dk

http://www.dfh.dk@edu_inf/phd_cour.htm

Leadership and Management Skills for Health, Safety, and Environmental Professionals Habilidades de Liderazgo y Administración para Profesionales de la Salud, la Seguridad y el Medio Ambiente

Boston, Massachusetts, EUA, Enero 10 - 12, e-mail: contedu@sph.harvard.edu

Governance, Partnerships and Poverty Gobernabilidad, Colaboración y Pobreza

Birmingham, Reino Unido, Febrero 28 - Marzo 25, e-mail: Y.Swain@bham.ac.uk

<http://www.bham.ac.uk/IDD/postexp.htm>

Management Methods for International Health Métodos de Administración para la Salud Internacional

Boston, Massachusetts, EUA, Febrero 2 - Abril 28, e-mail: cebarnes@bu.edu

<http://www-busph.bu.edu/Depts/IH/>

Health Care and Management in Tropical Countries Atención y Administración de la Salud en Países Tropicales

Swiss Tropical Institute, Basilea, Suiza, Marzo 20 - 24,

e-mail: sticourses@ubaclu.unibas.ch

www.sti.unibas.ch

Health Systems Management Administración de los Sistemas de Salud

Galilee College Study Center, Israel, Marzo 14 - 1º de Abril, www.galicol.ac.il

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información
sobre Iniciativas de Reforma



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional
de Salud
Pública
México



Organización
Mundial
de la
Salud

Directorio

Comité Directivo

Joseph K. Wang'ombe • Universidad de Nairobi, Kenia
Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz, Brasil
Max Price • Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica
Jorn Heldrup • Ministerio de Relaciones Exteriores, Dinamarca
Alfredo Solari • Banco Interamericano de Desarrollo
Shanlian Hu • Universidad Médica de Shanghai, R.P. de China
Bo Swenson • Instituto Karolinska, Suecia
Sigrun Mogedal • Centro de Socios para el Desarrollo, Noruega
Viroj Tangcharoensathien • Ministerio de Salud, Tailandia

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud
Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México
Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

Staff del NAADIIR

Octavio Gómez-Dantés • Director del Proyecto
Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Octavio Gómez-Dantés • Director y Editor General
Gustavo Nigenda / Víctor Becerril • Editores Asociados
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial
Arroyo+ Cerda, S.C. • Diseño

Explore la base de datos del NAADIIR
<http://www.insp.mx/ichsri>