

Reflexiones / 4

Retórica y Realidad de las Reformas de Salud:

La Salud y los Derechos Reproductivos

Priya Nanda



Los Sistemas Sanitarios de Latinoamérica:

¿Qué Puede
Aprenderse
de la Experiencia
Europea?
Figueras y cols.



Panorama / 10

Auge de la Reforma
El Plan de Acceso Universal
con Garantías Explícitas de Chile
Ministerio de Salud
del Gobierno de Chile

Monitor de la Salud / 12

Datos Relevantes
del Sistema de Salud del Uruguay

Páginas de la Reforma / 13

Noticias / 14

Citas con la Reforma / 16

Una luz en la oscuridad.

Diagnóstico (y tratamiento) de la corrupción en Hospitales Públicos de América Latina¹

Rafael Di Tella y William D. Savedoff

La palabra *corrupción* era prácticamente imposible de imprimir en las publicaciones oficiales de los países de América Latina hasta finales de los años noventa, cuando la lucha contra la corrupción se convirtió en grito de batalla. La señal más visible de este cambio llegó en 1996 cuando los miembros de la Organización de Estados Americanos firmaron la Convención Interamericana Contra la Corrupción. Presidentes tan disímiles como Vicente Fox de México, y Hugo Chávez, de Venezuela han hecho de la lucha contra la corrupción uno de los temas centrales de sus programas políticos.

Organizaciones multilaterales tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han comenzado a discutir públicamente la corrupción como impedimento al desarrollo e incluso han empezado a financiar acciones encaminadas hacia la reducción de la misma en diversos ámbitos. Cualquiera que haya sido la causa de este cambio, en definitiva se ha convertido en una oportunidad para mejorar el imperio de la ley, la eficacia de la administración pública y la transparencia del debate público.

Pero la capitalización de esta oportunidad requiere de acciones prácticas que deberán estar sustentadas en información a fin de tener éxito. ¿Cuánta corrupción existe? ¿Cuáles son los peores abusos? ¿Cómo fijar prioridades para las acciones correctivas? ¿Cuáles son las fuentes de la corrupción y cómo se les puede erradicar? La respuesta a estas preguntas requiere no sólo de información sino de análisis. Afortunadamente el incremento de la atención puesta en la corrupción en los años recientes aumentó la recolección de

datos haciendo brillar una nueva luz sobre conductas que, dada su naturaleza, suelen permanecer en la oscuridad.

Una de las áreas poco consideradas en la literatura sobre el tema, especialmente en América Latina, ha sido la atención a la salud. El gasto en salud representa más del 7 por ciento del PIB de América Latina, con aproximadamente 3.5 por ciento de gasto del sector público. Más de dos terceras partes del gasto público se destinan a la construcción, mantenimiento y operación de hospitales públicos y a los servicios relacionados con ellos. Todo esto crea un área enorme para la corrupción.

El uso de estudios sobre hospitales del sector público puede ayudar a demostrar que es posible obtener información objetiva sobre la corrupción, analizarla y usarla para extirpar este flagelo. En segundo lugar, permite medir y caracterizar la corrupción que saquea los recursos del gobierno comprometiendo la capacidad del sistema de salud para servir a la gente. Por último, identifica los temas de la estructura de incentivos, rendición de cuentas y transparencia que pueden ser usados para reducir la amplitud y el costo de la corrupción.

Es importante subrayar que este es sólo un primer paso en el análisis de un fenómeno complejo y oculto. Las prácticas comunes de pequeños cohechos o robos suelen ser más fácilmente identificadas (y menos peligrosas) que los casos específicos de grandes fraudes. También debemos distinguir los patrones de actos individuales de las acciones orquestadas que realmente pueden ser llamadas delincuencia organizada. Este estudio y sus alcances quedan delimitados por el enfoque hacia los fraudes y el mal uso de los fondos *dentro* de los hospitales, excluyendo todo lo relacionado con los ministerios y los institutos que los construyen, les dan mantenimiento y los operan.

En busca de evidencia

La corrupción es un problema social grave. Los economistas y otros científicos sociales lo han reconocido al menos desde Myrdal (1968), pero durante décadas la comprensión de sus causas y consecuencias ha avanzado poco y las teorías incluso han sido contradictorias. Esto queda

¹ Resumido del Capítulo 1 de Diagnosis Corruption. Fraud in Latin America's Public Hospitals. Editado por Raphael Di Tella y William D. Savedoff. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002

demonstrado al ver los esfuerzos realizados para comprender de qué manera la corrupción afecta el desarrollo. El problema central de las teorías existentes era la ausencia de datos que pudieran servir de guía para la investigación científica. De ahí que los argumentos retóricos tomaban el lugar de la puesta a prueba de las hipótesis.

Esta situación perduró hasta 1995 cuando Mauro publicó el primer trabajo empírico sobre corrupción. Utilizando índices de naturaleza subjetiva reunió la información necesaria para enfrentar con eficacia la discusión sobre el efecto de la corrupción sobre el desarrollo y demostró que la asociación era negativa. Posteriormente, en 1999 un estudio de Ades y Di Tella se enfocó hacia las causas de la corrupción. Su trabajo utilizó otro conjunto más de índices subjetivos para demostrar que existe evidencia de que la competencia reduce las posibilidades de corrupción.

Desde la aparición de los estudios citados, el campo ha sido inundado con docenas de trabajos que utilizan índices que comparten al menos una característica: la subjetividad. A final de cuentas, los datos sobre corrupción en diferentes países siempre provienen de la constatación subjetiva de un individuo o de un grupo.

Al mismo tiempo que los investigadores desarrollan diversos índices para medir la corrupción, las organizaciones internacionales han empezado a considerar la importancia de reducirla como base para el desarrollo. No obstante, el paso de la literatura a la práctica enfrenta un serio problema: es necesario que los países implicados estén dispuestos a participar. Por ejemplo, en el caso de los créditos del Fondo Monetario Internacional, los gobiernos deben aceptar que su acceso al crédito se vea afectado por índices subjetivos. La experiencia reciente de Bolivia y Argentina en relación con el índice desarrollado por Transparencia Internacional es reveladora: ambos países reaccionaron fuertemente en contra, acusando a la organización de manipular la información y amenazando con actuar legalmente contra ella.

Otras alternativas de desarrollo de índices subjetivos han sido presentadas por Peter Neuman y sus colaboradores en la publicación alemana *Impulse* y por Kaufmann a través de su proposición de agregados de múltiples índices.

Una perspectiva diferente ha sido la de abandonar los índices subjetivos en busca de medidas más precisas de la corrupción basadas en datos duros como el número de convictos por cargos de cohecho; la estimación del "residuo" o remanente del total de las transacciones y actos legales con el total de las actividades realizadas; o bien la consideración de los precios de compra o procuración ("precios legales") en comparación con los que realmente se pagan, especialmente en las compras de bienes relativamente comunes y de calidad homogénea.

Pero al igual que sucede con otras aproximaciones que dependen de información pública y que permiten medir la magnitud de las actividades ilegales, estos índices sólo son útiles en contextos muy concretos, o bien su obtención es costosa o, finalmente, dependen de interpretaciones conflictivas.

Esto significa que la distinción entre datos "duros" y "suaves" en la medición de la corrupción resulta artificial. A final de cuentas la elección de los índices depende del uso que se les quiera dar, lo cual determinará la importancia relativa que se le dé a su confiabilidad, su precisión y su costo.

En esencia, la mejor elección consiste en obtener los datos más relevantes para el problema que se plantea. Los estudios de caso que presentamos se dedican al desarrollo de nuevos índices complementarios de corrupción basados en datos duros. Esta aproximación promete abrir una nueva ventana para considerar la corrupción dentro de un sector muy particular y representa la oportunidad de poner a prueba la confiabilidad de los métodos más comunes para generar índices de corrupción.

Los Casos

En este trabajo se discuten siete estudios realizados para estimar y analizar las actividades ilegales en hospitales públicos de América Latina. Los estudios fueron realizados en Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Perú y Venezuela –países cuyos ingresos per capita varían entre un bajo \$400. USD en Nicaragua y más de \$8,000 USD en Argentina. El nivel de gasto en salud y su participación en el ingreso nacional también varía muchísimo, lo mismo que la organización de los sistemas de salud en los que operan los hospitales.

En cada estudio de caso se pidió a los investigadores que determinaran los tipos más importantes de corrupción, abusos o actividades ilícitas en los hospitales públicos; que estimaran el costo de esta corrupción y que pusieran a prueba la hipótesis de que ciertas estructuras de incentivos tales como la propiedad, los mecanismos de rendición de cuentas y los requerimientos de reportes influyen sobre la disminución de la magnitud y la amplitud del abuso. Todos los estudios usaron encuestas con médicos, enfermero(a)s y pacientes para elucidar la percepción existente sobre la corrupción en los hospitales públicos. Tres estudios se enfocaron sólo en unos cuantos hospitales (Perú, Nicaragua y Costa Rica) y los otros usaron un rango más amplio de instituciones. En algunos casos los investigadores aprovecharon las diferencias institucionales entre hospitales operados por los ministerios, las instituciones de seguridad social o entidades privadas, mientras que otros se enfocaron exclusivamente en hospitales públicos operados por el Ministerio de Salud. En cuatro casos (Argentina, Venezuela, Bolivia y Colombia) se obtuvieron datos sobre precios de procuración y éstos se analizaron de manera sistemática.

Debe recordarse que los estudios se enfocaron en el tipo de actos ilegales que ocurren dentro de los hospitales. No se presume que la corrupción al interior de éstos sea mayor o menor que en el conjunto del sector salud. Aún más, los estudios no pretenden hacer ningún juicio normativo sobre el tipo de actividades identificadas. Los autores simplemente han observado, medido e incrementado nuestra comprensión de este problema social.

Los hospitales públicos tienen cierta credibilidad

Existe una percepción generalizada de que la corrupción en los hospitales públicos y en el sector salud en general es menor que en otras instituciones. En Costa Rica y Bolivia los hospitales y el sector salud son considerados como las instituciones menos corruptas. Otro resultado común fue que los pacientes siempre tienen una perspectiva más favorable del sistema de salud que los médicos, quienes, a su vez, tienen una percepción más favorable que lo(a)s enfermero(a)s.

Abusos comunes

En general, los estudios demostraron que existe preocupación por una amplia gama de prácticas ilícitas: robo de material médico, ausentismo de médicos y enfermero(a)s, pagos ilegales por servicios, pagos excesivos por insumos y servicios contratados, favoritismo en nombramientos y promociones, uso no autorizado de instalaciones públicas para la práctica privada, referencias innecesarias a consultorios privados e inducción hacia el uso de intervenciones médicas innecesarias.

Robo de insumos

El robo de insumos médicos fue catalogado como muy común en Venezuela y en Costa Rica. En el primer caso incluso una observación superficial permite percibir cuán importante puede ser el impacto de esto en la calidad de los servicios de los hospitales públicos. Dos tercios del personal encuestado supo de casos en los que los insumos médicos fueron robados y 64 por ciento tuvo conocimiento del robo de medicinas. En promedio, el personal médico estimó que el material robado se hallaba entre 10 y 13 por ciento del total. En Costa Rica, 71 por ciento de los médicos y 83 por ciento de lo(a)s enfermero(a)s reportaron el robo de materiales y equipo en su hospital.

Robo de tiempo

El ausentismo es un problema común que erosiona la calidad y la oportunidad de los servicios médicos. La investigación en Venezuela

estimó que los médicos especialistas estaban ausentes durante un tercio de las horas estipuladas en su contrato, mientras que los residentes y lo(a)s enfermero(a)s faltaban aproximadamente el 13 y el 7 por ciento respectivamente. En Perú, a los médicos y lo(a)s enfermero(a)s coinciden en cuanto al ausentismo en los hospitales públicos. Cerca del 12 por ciento lo considera muy común y 20 por ciento lo considera “común” (habitual). Incluso en Costa Rica, cuyo sistema de salud goza de muy buena reputación en América Latina, se reportaron altos niveles de ausentismo.

Aun cuando los médicos no se encuentren técnicamente ausentes, es posible que reciban pacientes privados durante tiempo público y en instalaciones públicas, incrementando con ello sus ingresos. Los médicos de Costa Rica consideran que cerca de una quinta parte de sus colegas recurren a estas prácticas, pero lo(a)s enfermero(a)s piensan que la mitad de los médicos lo hace.

Es interesante notar que aunque en el estudio de Colombia se registró un bajo nivel de ausentismo, la cuantificación del costo de éste en los hospitales de Bogotá arrojó la cifra de un millón de dólares al año.

Cobro de servicios gratuitos

A pesar del énfasis que se ha puesto a la gratuidad de los servicios médicos en América Latina, la práctica demuestra que no es así. En ocasiones el cobro es “necesario” para la compra de materiales que hacen falta en los hospitales; a veces se cobran cuotas ilícitas para complementar los bajos ingresos del personal. En ciertos contextos puede ser difícil distinguir entre las “propinas” y las cuotas impuestas como un *quid pro quo*. Esto es particularmente notorio en el estudio sobre Bolivia, en donde frecuentemente se pagan “cuotas” rurales en especie (p. ej., pollos).

De cualquier modo, la mayor parte de las cuotas pagadas por servicios públicos de salud son ilegales, e independientemente de su objetivo o su uso carecen de la transparencia necesaria para proteger a los pacientes. Los estudios realizados en Bolivia y Costa Rica permitieron ver que se trata de prácticas comunes y, aparentemente, aceptadas por la población.

Pago excesivo: ¿incompetencia o robo?

Cuatro estudios –Argentina, Bolivia, Colombia y Venezuela– reunieron información proveniente de los registros de los hospitales sobre ciertos insumos o medicamentos homogéneos. A pesar de los enormes

esfuerzos de las oficinas nacionales para negociar precios estándar o para fijar techos a los precios, las diferencias entre los hospitales son dramáticas. Estas diferencias no pueden ser explicadas por la calidad, la cantidad, los términos del crédito, la fecha de compra, el tamaño del hospital ni la fecha de caducidad. El registro demuestra un desperdicio considerable en las compras que sólo puede ser atribuido a una pésima administración o a la corrupción. La relación del precio más alto al más bajo para la solución salina, el algodón, las soluciones de azúcar y la penicilina iban desde un 3:1 hasta 36:1 en el caso de precios pagados por algodón en Bolivia.

El impacto neto por precios excesivos en los presupuestos públicos puede ser enorme. En Bogotá, el sobreprecio por siete medicamentos e insumos específicos totalizaba más de dos millones de dólares al año. Un estudio reciente en Guatemala estimó que una nueva política que elimina la compra centralizada por el ministerio de salud implicó un ahorro de casi 50 por ciento. Esto hizo posible extender la atención básica de salud a 3.5 millones de personas que carecían de ella.

La salud materna en riesgo

Sólo un estudio, en Perú, buscó información sobre intervenciones médicas innecesarias y potencialmente riesgosas. Se analizaron los datos de cesáreas determinando que estas alcanzaban 21 y 29 por ciento de los nacimientos en dos hospitales del ministerio de salud, mientras que en el hospital del Instituto del Seguro Social y en una clínica privada la proporción subió hasta el 59 y el 78 por ciento de los nacimientos, respectivamente. El estudio permitió descubrir una relación importante entre este dramático aumento y las expectativas de ingresos por parte de los médicos y/o sus posibilidades de programar las cesáreas antes de las vacaciones y los fines de semana.

¿Se gana algo con ser honesto?

Habiendo documentado los tipos y magnitudes de la corrupción, los estudios exploraron una variedad de hipótesis para localizar los aspectos de la administración hospitalaria, la propiedad o los arreglos contractuales que podrían incentivar o desalentar las actividades ilegales. Los estudios parten de la premisa de que la conducta está gobernada por proveedores de servicios idealistas.

Sobre estas bases, la conducta burocrática es racional en tanto los agentes pesan los costos y beneficios de la falta de honestidad antes de actuar y siguen la conducta que les aporta la mayor utilidad esperada.

Diversos estudios permiten definir las probabilidades de una conducta honesta o deshonestas como resultado de las relaciones de ciertas variables: los salarios del sector público en relación a los del sector privado; la probabilidad de detección de las conductas ilícitas; el alcance de la penalización por conductas ilícitas; el prestigio que se obtiene por ser servidor público; y las dimensiones de las ganancias potenciales derivadas de las conductas ilícitas. Este tipo de formulación permite definir de manera sistemática el tipo de mecanismos capaces de influir sobre el nivel de corrupción.

Los estudios permitieron determinar un conjunto de factores fundamentales que alientan o desalientan la corrupción. En primer lugar existe poca evidencia de que los salarios altos de funcionarios encargados de compras necesariamente impliquen menor corrupción. En casos en que se descubrió una relación inversa –Venezuela– se maneja la hipótesis de que los individuos que acceden a puestos de mayores salarios lo han hecho precisamente mediante actos de corrupción que les permiten llegar a donde las ganancias potenciales son mayores.

El estudio de Argentina permite sugerir que *la impunidad puede ser el factor principal que contribuye a alentar la corrupción en los hospitales públicos*. El estudio de Venezuela también demuestra que las bajas probabilidades de detección y de penalización están asociadas con precios de compra más altos. Esto también demostró ser cierto en el caso del ausentismo de los médicos. Por ejemplo, en Colombia, los médicos con contratos permanentes incurrieron mucho más en el ausentismo que aquéllos a los que se podría despedir.

Conclusiones

Los estudios que presentamos ofrecen recomendaciones útiles para detener los abusos tanto en los hospitales públicos como en otras áreas de políticas públicas. En ellos se sugiere que:

- Elevar los salarios puede no servir para detener la corrupción si no existen sanciones creíbles;
- elevar las probabilidades de detección es tal vez el instrumento más poderoso de que se dispone para reducir la corrupción en los hospitales públicos siempre y cuando de ella deriven consecuencias reales;
- la detección y la penalización pueden fortalecerse no sólo mediante controles jerárquicos, sino usando mecanismos que den a los pacientes tanto voz como la posibilidad de elegir al servidor público (voz y salida);
- La propiedad, los mecanismos de pago y otros incentivos institucionalizados sí influyen sobre las actividades ilícitas.

Los estudios de caso presentados demuestran que el reto de confrontar la corrupción puede ser asumido incluso en circunstancias difíciles y riesgosas, que la información objetiva puede ser usada para corroborar y confirmar la percepción subjetiva basada en encuestas y que el análisis puede ofrecer recomendaciones de políticas para desarrollar acciones de gobierno. Dada la importancia de lo que está en juego, no hay duda de que resulta inadmisibles dejar las cosas tal como están.

Retórica y Realidad de las Reformas de Salud: Implicaciones para la Salud y los Derechos Reproductivos

Priya Nanda¹

Una visión de la reforma del sector salud basada en los derechos es algo novedoso. Su éxito depende de que logre reunir evidencia sobre la manera en que la salud y los derechos reproductivos relacionados con ella se comportan dentro de las reformas. Este documento se encarga de resaltar algunos temas claves de las reformas de salud y sus implicaciones para los asuntos relacionados con la salud y los derechos reproductivos partiendo de datos recogidos de un estudio de caso llevado a cabo por CHANGE en Zambia.

La liga estructural entre pobreza, falta de derechos sociales y económicos, género y mala salud ya han sido correctamente documentados y discutidos y se les ha incorporado entre los imperativos de políticas tales como la cancelación de la deuda de la iniciativa para Países Pobres Altamente Endeudados del Banco Mundial y las estrategias para la reducción de la pobreza del FMI. En este contexto de iniciativas para la salud y el desarrollo, las reformas del sector salud son consideradas como un medio para abordar la salud y la pobreza desde el lado de la oferta, esto es, a través de "cambios en la respuesta del sistema de salud para adecuarlo a las necesidades de los pobres y vulnerables". La agenda de la salud y los derechos reproductivos, en cambio, se dirige tanto al lado de la demanda como al de la oferta del esquema pobreza-salud: mejorar la provisión de atención a la salud y transformar los programas de planeación familiar con objetivos definidos, al mismo tiempo que se busca el *empoderamiento** y el bienestar de todos los individuos, especialmente las mujeres. A primera vista, las prioridades de la agenda de salud y derechos reproductivos y las de las reformas del sector salud parecen paralelas en cierto modo. Sin embargo hay poca evidencia acerca de lo que está pasando con las prioridades de la salud reproductiva y de igualdad de géneros en el contexto de las reformas.

A la luz de la información relativamente dispersa que se tiene sobre las implicaciones de las reformas de salud sobre la salud y los derechos reproductivos, primero quisiera hacer una analogía con los programas de micro-créditos. Durante la década pasada los programas de micro-créditos parecían ser una panacea para el alivio a la pobreza y el mejoramiento de la salud de las familias. Estos programas se dirigen en primera instancia a las mujeres, debido a los beneficios aparentes en su capital económico y social, y al mejoramiento de la salud de sus hogares. Sin embargo, una vez que esa información se limpió estadísticamente de las tendencias a la selección, se ha visto que la participación de las mujeres en los programas de crédito sólo

tiene un pequeño efecto positivo en su *empoderamiento* económico y en su propia conducta de búsqueda de la salud. Esto no significa que no se le deba dar crédito a las mujeres pobres. Sin embargo, es necesario evaluar cuidadosamente los resultados, compararlos con nuestras expectativas iniciales y considerar el ambiente propiciatorio para estas políticas y programas. Cualquier programa de reforma o desarrollo por sí sólo nunca tiene un efecto mágico, especialmente cuando esos programas no logran definir las causas y modos de la pobreza de las mujeres, ni por qué las mujeres son llevadas a esos programas o qué hacen las mujeres con el pequeño capital que consiguen acumular.

Casi todos los países que enfrentan una reducción de recursos nacionales y globales para la salud, junto con la doble carga de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, -incluso en el caso de ciertos países desarrollados como los Estados Unidos- necesitan algún tipo de reforma del sector salud. Además, muchos de esos países enfrentan un deterioro o un mal desempeño de los sistemas de salud y no pueden responder a la carga de una morbilidad mayor proveniente de las enfermedades nuevas o de las re-emergentes. Los años noventa han sido testigos de dos generaciones de reformas en salud y el lenguaje empleado en ellas se ha acercado a las metas del alivio a la pobreza y el *empoderamiento*. Ahora la retórica de las reformas es más progresiva y comparte ciertos valores de la agenda de salud y derechos reproductivos.

Sin embargo, en la práctica, la agenda de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) no ha sido integrada a la lógica ni a la implementación de las reformas por dos razones: en muchos casos, las reformas del sector salud son anteriores al mandato de la ICPD; y, en segundo lugar, los diseñadores de políticas suelen ser

reticentes a la inclusión de los derechos y la salud reproductivos y sexuales dentro de los sistemas nacionales de salud. En efecto, tal como han sido conceptualizadas e implementadas, las reformas pueden causar más daño que beneficios. Al igual que el caso de los programas de micro-créditos, las reformas de salud son indiscutiblemente necesarias, pero insuficientes. Un proceso de reforma de salud exitoso es interdependiente de todos los esfuerzos destinados a alcanzar el desarrollo de un país.

A fin de aclarar las inconsistencias que existen entre la retórica y la realidad de las reformas de salud, necesitamos plantear varias preguntas: ¿Quién tiene acceso a la atención formal a la salud? ¿La salud de quién está siendo reformada? ¿Qué aspecto del sistema de atención a la salud se está reformando y cómo? ¿Quiénes son los pobres y los vulnerables y cómo es que serán ellos los más beneficiados por las reformas? Estas interrogantes muestran varias brechas entre la teoría y la práctica de las reformas de salud. Estas inconsistencias pueden ser interpretadas como brechas conceptuales, de implementación y de percepción. Me centraré en estos tres tipos de brechas mostrando la manera en que se puede incidir sobre la salud reproductiva y sobre la igualdad de géneros a través de los actuales esfuerzos de reforma de salud.

Brechas conceptuales: El verdadero respeto de la igualdad de géneros y los valores democráticos requiere de un cambio en el equilibrio de poder dentro del sistema de atención a la salud. Las iniciativas destinadas a facilitar los procesos de reforma -la descentralización, por ejemplo- implican un cambio radical en el *status quo* del poder. Semejantes transiciones no son fáciles.

En Zambia se formó una División de Género en Desarrollo dentro del ministerio como centro nodal

¹ Senior Program Associate del Centro para la Salud y la Igualdad de Géneros (Center for Health and Gender Equity-CHANGE)

* Usamos este neologismo que ya se encuentra en uso frecuente para traducir el concepto expresado en inglés como *empowerment* y que podría entenderse como obtención del poder o de la capacidad para realizar algo. (N. del T.)

de todas las políticas del gobierno relacionadas con temas de género. Sin embargo, los dos responsables más altos de la división aparentemente tienen poco poder a nivel de donadores o nacional y a nivel ministerial. Uno de los retos que enfrentan es la resistencia de los funcionarios gubernamentales de alto rango para cambiar normas relativas al género. Por ejemplo, un reporte de noticias de 1999 da cuenta de una sesión parlamentaria en la cual se llevaron a cabo acalorados debates en los que algunos hombres parlamentarios acusaban a sus compañeras parlamentarias de "no poner orden en sus casas". Incidentes como este hacen surgir dudas sobre la manera en que se pueden poner en práctica estas reformas. Dado que la resistencia a cambiar las normas de género suele encontrarse en los más altos niveles de los sistemas jerárquicos, la simple formación de nuevas estructuras administrativas o el hecho de escribir nuevas guías de políticas no pueden servir de mucho para el avance de las reformas.

De igual manera, es necesario entender cabalmente los desequilibrios de poder ahí en donde aparecen. Por ejemplo: a nivel de distritos (entre los equipos de salud de distrito y la administración de los distritos en Zambia y en Tanzania); entre proveedores y clientes (especialmente si queremos que las mujeres y los adolescentes ejerciten su derecho a una atención segura a su salud sexual); o entre los hombres y las mujeres a nivel de los hogares (tal como se ve cuando las mujeres usan métodos anticonceptivos a escondidas y en las consecuencias potenciales de coerción sexual y violencia cuando usan esos servicios; especialmente la atención a la salud sujeta a cuotas eventuales). Las reformas deben identificar y describir estas desigualdades de poder y dirigirse a corregirlas. De otro modo, el proceso de reforma asume tácitamente que los problemas son sólo técnicos y que, por lo tanto, únicamente requieren de soluciones técnicas, a pesar de que se reconozca la existencia de influencias estructurales.

Brechas de implementación: En el nivel de la implementación de las reformas existen otras preocupaciones. Por ejemplo podemos señalar la falta de capacidad de los organismos locales para definir prioridades y manejar los sistemas de prestación de servicios de salud; la incapacidad de los representantes de la sociedad civil para debatir sobre las reformas sectoriales y la salud y los derechos reproductivos; la falta de datos adecuados para definir las prioridades de atención a la salud; la falta de estándares consistentes para la calidad de la atención; la falta de mecanismos para asegurar la rendición de cuentas; y la falta de comprensión y entrenamiento sistemático en torno a la salud y los derechos reproductivos. De modo que, a pesar de que existan las mejores intenciones, es posible que los esfuerzos actuales para reformar los sistemas de salud no logren alcanzar las metas de mejoramiento en el acceso y la equidad en los servicios de atención a la salud; menos aún las metas más generales de la agenda de salud y derechos reproductivos.



Brechas de percepción: La diferente percepción de las reformas que tienen los diversos interesados puede poner de relieve otros dos conjuntos de temas. En primer lugar, en las reformas suele haber una flagrante contradicción entre los aspectos *normativos* ostensibles, y lo que *realmente* ocurre. Un tema relacionado con esto es la frecuente falta de transparencia en las decisiones acerca de la ejecución del proceso de reforma y la concomitante falta de inclusión tanto de quienes están a cargo de la implementación de las reformas en el nivel de la prestación de los servicios como de aquellos a quienes se debe explicar teóricamente las reformas. Estos temas son especialmente importantes cuando las reformas tienen antecedentes ligados a consecuencias adversas derivadas de políticas previas de ajustes estructurales, o cuando estas reformas incluyen un nuevo lenguaje o una nueva intención de atender asuntos relacionados con el deterioro del sistema público de atención a la salud. En Zambia, por ejemplo, los prestadores de atención a la salud afirmaban que sentían que se les había dejado fuera de la toma de decisiones en torno a las reformas y con frecuencia no entendían del todo por qué se llevaban a cabo algunas de éstas, como por ejemplo las cuotas a los usuarios en el contexto de una tremenda carencia de medicinas, alta prevalencia de VIH y un trabajo muy flexible y no remunerado de las mujeres. La falta de participación o inclusión en las reformas de salud a menudo lleva a la desmoralización de quienes trabajan en el sistema de salud, especialmente cuando tienen que enfrentar bajos salarios y limitaciones de entrenamiento, capacidades y habilidades.

En conclusión, documentar las experiencias de países en los que se llevan a cabo reformas del sector salud al tiempo que se hace el esfuerzo de cumplir con las metas de la agenda de la salud y los derechos reproductivos es de una importancia capital, especialmente para los países más pobres que se encuentran en las primeras etapas de la reforma. Un elemento clave en el mejoramiento del impacto de la reforma de salud sobre los temas ligados a la salud y los derechos reproductivos es una mejor administración global de la salud, lo cual cada vez es más aceptado como factor crucial para asegurar mejores resultados en salud, especialmente para los más necesitados y los más desprotegidos. A fin de atender estos temas, es necesario que las instituciones que se comprometen con la investigación y el debate en torno a las reformas de salud desde una perspectiva de género realicen un esfuerzo en las siguientes temas:

- Fortalecer el acceso de la sociedad civil a la información, así como su capacidad para relacionarse con actores institucionales;
- Promover marcos regulatorios más fuertes para monitorear las reformas;
- Desarrollar investigación fundada en evidencia sobre las implicaciones de las reformas en curso sobre la agenda de la salud y los derechos reproductivos;
- Monitorear la implementación de los mandatos internacionales fundamentales;
- Asegurar una mayor difusión del conocimiento; y
- Promover condiciones propicias para la construcción de consensos y la transparencia en la toma de decisiones dentro de los procesos de reforma de salud.

Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?

J. Figueras^a / P. Musgrove^b / G. Carrin^c / A. Durán^d

Los países latinoamericanos afrontan diversos retos que amenazan la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios. Para hacerles frente, en la pasada década la mayoría emprendieron programas de reforma, muchas veces enmarcados en una política más general de reforma del Estado. Este artículo adopta una perspectiva de análisis comparativo entre los retos planteados a los sistemas sanitarios de Latinoamérica y la experiencia en los países europeos a fin de ofrecer sugerencias y posibles opciones para las reformas latinoamericanas. Las grandes líneas que se derivan deben contemplarse desde los distintos contextos nacionales y corresponde en última instancia al lector latinoamericano extraer sus propias enseñanzas sobre la experiencia en Europa.

Marco de referencia para los retos sanitarios

Siguiendo el esquema planteado por la OMS se establecen cinco grandes objetivos para el sistema sanitario: a) buena salud y b) buena distribución de la misma en la población; c) financiación equitativa; d) mejor respuesta, y e) respuesta más equitativa respecto de las expectativas de la población en cuanto al tratamiento no médico que recibe. Otros elementos, como el acceso a los servicios, se consideran intermedios y no finales.

Sin embargo, los actores del sistema no pueden actuar directamente sobre los objetivos finales. Sus acciones corresponden a cuatro funciones generales: a) producir intervenciones, b) generar recursos que se usarán para producirlas, c) financiar la creación de dichos recursos y la prestación de servicios, y d) gobernar («ejercer la rectoría») sobre todos los actores y acciones integrantes del sistema. Los verdaderos retos para cualquier sistema de salud radican en mejorar el ejercicio de una o más de estas funciones. Es a este nivel donde los actores, públicos o privados, médicos o no, pueden intervenir para influir en el desempeño. Y, por mucho que el objetivo sea mejorar los resultados finales, las reformas realizadas o apuntadas para el futuro en América Latina están forzosamente centradas en estas funciones.

Retos actuales para Latinoamérica

Existen cinco retos claramente relacionados con las funciones básicas y planteados en menor o mayor grado en la mayoría de los países de la región. Tres de ellos forman parte del discurso común en la política sanitaria; además, han sido objeto de reforma en uno o más países en la década pasada. Los otros dos son menos reconocidos, pero no por ello menos cruciales según el esquema funcional; introducen la dimensión temporal del desempeño sistémico, a veces ignorada en el análisis comparativo estático que domina esta discusión.

Extensión de la protección financiera

Nos parece mejor no hablar de «extensión de cobertura», porque dicho término tiene demasiados sentidos, no siempre bien definidos. Por cobertura geográfica suele entenderse la presencia física de hospitales, clínicas o puestos de salud, sin que exista la preocupación de si la gente «cubierta» los utiliza. Por cobertura financiera se entiende la afiliación formal a un seguro o una verdadera protección mediante un sistema de financiación basado en impuestos generales, sin cuestionar tampoco los servicios «cubiertos» ni la disponibilidad y costes de las alternativas.

El verdadero reto es proteger más gente contra el riesgo de afrontar costes médicos tan altos que la coloca en la disyuntiva de quedar empobrecido al ser atendido, o bien, quedarse sin la atención

requerida (cosa que también puede empobrecer). Que la protección provenga de impuestos generales, impuestos específicos para la salud o cotizaciones a un seguro social deducidas del salario o individualmente adquiridas es secundario.

Protección estable en el tiempo

El reto de mantener estable la protección de la salud involucra todas las funciones del sistema y su relación con los demás gastos y actividades públicas. El problema apenas se nota en los períodos de crecimiento económico, cuando la cuestión central se plantea en términos de ampliar la protección. La experiencia latinoamericana de populismo inflacionista seguido de crisis y necesidad de esfuerzos de estabilización pone de manifiesto la imposibilidad de ignorar este reto.

El desafío que la región tiene planteado es prepararse mejor contra esos problemas en el futuro, o asegurar que no se repitan. Hacerlo sería, además, una buena política económica, pues la sostenibilidad en el terreno sanitario sirve para mantener el capital humano, que a su vez es un determinante de la producción general.

Inversión equilibrada en los recursos

La capacidad de producir servicios se ve limitada por la disponibilidad de los recursos físicos, humanos y financieros creados en el pasado. Los errores en dicha creación son particularmente

a Director del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. OMS. Oficina Regional Europea.

b Economista de Salud Principal. Health, Nutrition and Population. Banco Mundial.

c Economista de Salud Principal. OMS/Department of Health Financing and Stewardship. Suiza

d Consultor de la OMS/Oficina Regional Europea. Director de Técnicas de Salud. España

graves, pues sus consecuencias duran décadas, condicionando la evolución del sistema. No obstante su carácter crucial, y pese a muchos esfuerzos de planificación, la inversión en salud en América Latina está poco documentada o analizada.

Las reformas sanitarias, que han modificado la financiación y a veces la organización de los servicios, en general no han afrontado directamente el reto de la inversión. Recientemente se han dado cambios que facilitan una inversión más racional. Uno es eliminar la competencia entre el Seguro Social y el Ministerio de Salud. Otra vía, practicada en Argentina y Brasil, que se expande en Chile y se ha contemplado en Perú, es permitir que el Ministerio compre servicios de proveedores privados –es decir, use capacidad existente en vez de crearla–. Las inversiones privadas, sin embargo, pueden también ser ineficientes si desplazan capacidad pública o acaban convirtiéndose en una carga pública.

Producción eficiente de servicios

Las reformas emprendidas apenas han empezado a plantear la necesidad de especificar un conjunto de elementos asistenciales al cual tengan derecho todas las personas, independientemente de su afiliación o contribución. Ello trae a colación el tercer reto: ¿cómo asegurar que se produzcan servicios idóneos y que se produzcan eficientemente?

De entrada, se trata de resolver la eficiencia ubicativa o asignativa, lo que significa producir una mezcla óptima de servicios, considerando sus costes y productividades relativos. Entre las críticas más serias y comunes a los sistemas latinoamericanos destaca la ineficiencia de su producción pública, caracterizada por exceso de personal, falta de fármacos y otros elementos de la producción, pobre mantenimiento, uso inadecuado de los equipos, etc.

Rectoría efectiva

La función de rectoría implica vigilar el desempeño de las otras tres funciones. En el discurso político sanitario en América Latina, el reto para los rectores del sistema se plantea en términos del papel adecuado del Estado y, en particular, del Ministerio de Salud.

Ahora bien, aunque la preocupación por la función rectora es casi universal y se están dando pasos claros para desempeñarla mejor, sigue constituyendo un reto complicado, difícilmente separable del contexto político y social. Quizá lo más difícil para un Ministerio de Salud tradicional es reorientar su relación con el sector privado. Ello implica menos hostilidad pero más control e influencia. Algo parecido es característico de las relaciones con el seguro social allí donde no depende del Ministerio, como México o Perú. Más allá del tradicional sector salud, la rectoría es función del gobierno como un todo y engloba a los otros ministerios y áreas públicas que influyen sobre la salud de la población.

La experiencia europea

Analizaremos la experiencia de la reforma sanitaria en los países europeos al hilo de cada uno de los retos apuntados para Latinoamérica. El objetivo es identificar qué aspectos de esas reformas pueden ser relevantes para los países latinoamericanos. El análisis se centra, sobre todo, en los países de Europa occidental, aunque se efectúan algunas referencias a los países del Este y Centro de Europa y de la Comunidad de Estados Independientes de la antigua URSS (CEI).

Extensión de la protección financiera

La protección financiera es el área donde se han obtenido más logros en la región europea. El

análisis revela que en todos los países de Europa existe gran preocupación por financiar la sanidad de manera solidaria, con acceso universal o cuasi universal a los servicios, independiente de la capacidad de pago. La financiación es pública o privada obligatoria, con un componente mayoritario de prepago; existe mancomunidad de fondos entre individuos con distintos niveles de riesgo y grupos con diferentes ingresos. Cabe decir que, dada la importante regulación del tema, la financiación privada obligatoria suele ser entendida como cuasi pública o financiación paraestatal.

Destacaremos aquí dos aspectos potencialmente relevantes para los países latinoamericanos al lanzar mecanismos de ampliación de la protección financiera. El primero es que el componente mayoritario de la financiación se basa en el prepago. El segundo, el uso hasta ahora limitado de la competencia en el aseguramiento. Según su mecanismo fundamental de financiación, los sistemas sanitarios europeos pueden situarse en dos grandes grupos. Primero, los sistemas tipo Beveridge, característicos de los países escandinavos y el Reino Unido, predominantemente basados en impuestos generales. Debe reconocerse, sin embargo, que esa financiación se complementa con cotizaciones especiales pagadas por la población. Este tipo de sistemas se originó a partir de pequeños esquemas de seguridad social en cuya financiación el Estado fue asumiendo cada vez mayor responsabilidad a través de los impuestos generales, hasta llegar a cubrir a toda la población. Dentro del modelo existe también un subgrupo formado por los países mediterráneos (Portugal, España, Grecia e Italia), caracterizado por llevar a cabo esta transformación más tarde y por una transición larga hasta financiarse plenamente con impuestos generales. La experiencia de dichos países puede ser especialmente útil para Latinoamérica, pero para ello es indispensable que los países latinoamericanos dispongan antes de finanzas públicas con un nivel impositivo adecuado.

Un segundo grupo de países europeos se caracteriza por lo que se ha dado en llamar el modelo Bismarck, predominantemente basado en los seguros sociales. Es característico de países como Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda o Suiza. A diferencia de algunos sistemas de seguridad social latinoamericanos, en la mayoría de los casos los fondos de seguro son obligatorios y cubren alrededor del 99% de la población, bien mediante un seguro estatutario solamente, o combinando éste con seguros privados.

Es importante, asimismo, destacar que en todos esos países el gobierno ejerce un papel protagonista como regulador del sistema. En cuanto al nivel de progresividad, los sistemas tipo Beveridge basados en impuestos generales parecen ser más progresivos que los tipo Bismarck,

basados en la cotización a fondos aseguradores. A diferencia de lo que sucede en Latinoamérica, en Europa los gastos directos de bolsillo desempeñan en la financiación sanitaria un papel limitado. Si bien existen formas de copago –en todos los países para cubrir los medicamentos y en aproximadamente la mitad para la asistencia primaria y secundaria–, en la mayoría de los casos tienden a ser nominales y van acompañadas de medidas de protección de las poblaciones vulnerables.

Finalmente, la reciente adopción de mecanismos de competencia entre aseguradoras en algunos países latinoamericanos recomienda incluir aquí la experiencia europea al respecto. La competencia entre aseguradoras sólo se ha instaurado en unos pocos países. Es importante señalar que poner a competir los fondos entre sí no significa permitir que el paquete de seguro básico de servicios sea diferente entre ellos.

Protección estable en el tiempo

Los países europeos han demostrado que sus sistemas de financiación –basados en impuestos generales o en cotizaciones a un seguro de enfermedad– siguen intentando dar respuesta a las necesidades de la población con independencia de los ciclos económicos. Puede observarse ya cómo en la gran mayoría el porcentaje del producto interior bruto (PIB) que representa el gasto sanitario ha crecido entre 1980 y 1996. Aún más importante es el papel de la fracción pública de dicho gasto en el gasto total que, en general, se mantiene. Pero un descenso en la «parte» del gasto público dentro del gasto total tampoco implica necesariamente una disminución de la «cantidad» del gasto público.

Inversión equilibrada en los recursos

El desequilibrio entre los distintos tipos de recursos también constituye un reto importante en Europa. El proceso de asignar capital varía según la estructura de propiedad de los hospitales y el estilo de la reglamentación pública. En casi todos los países

europeos, sin embargo, existe un marco regulatorio detallado mediante el cual los gobiernos nacionales o regionales determinan la ubicación y características de los servicios de las grandes inversiones hospitalarias.

Otro elemento clave en las reformas sanitarias europeas ha sido la reestructuración hospitalaria, con tendencia a reducir las camas y usarlas más intensiva y eficientemente; el resultado es un aumento del número de ingresos simultáneo a una reducción en la estancia media.

Finalmente, apuntaremos brevemente otras tres áreas de combinación de recursos donde ha habido un progreso importante en muchos países europeos: adoptar *numerus clausus* estrictos en la formación de médicos; cambiar el *skill mix*, concediendo mayor papel a la enfermería, y poner en marcha agencias de evaluación de tecnologías, en algunos casos ligadas a una función reguladora aplicable tanto al sector público como al privado.

Producción eficiente de servicios

A fin de aumentar la eficiencia ubicativa y técnica de los servicios se han lanzado, con resultados diversos, una amplia gama de estrategias de reforma. Dos áreas concretas de la experiencia europea quizá tengan especial relevancia para los países latinoamericanos: establecer un paquete básico de prestaciones, e introducir los mecanismos de mercado subyacentes a varias de las estrategias descritas.

En busca de la eficiencia, el debate nacional sobre el paquete asistencial ha llevado a varios países a promover la «medicina basada en la evidencia», aumentando la inversión en actividades de evaluación de tecnologías, desarrollando directrices y protocolos clínicos o implantando auditorías clínicas. En cuanto a la evaluación tecnológica, la mayoría han establecido agencias nacionales. En el área de los medicamentos, también la mayoría ha creado agencias específicas para evaluar la eficiencia clínica de los fármacos nuevos y registrarlos. Existen asimismo muchas iniciativas orientadas a proveer evidencia sobre el coste y la efectividad de distintas intervenciones clínicas. La enseñanza a extraer de esta tendencia es, en definitiva, que antes de ponerse a establecer prioridades y racionar el paquete de prestaciones hace falta asegurar que las intervenciones prestadas por el sistema sanitario sean efectivas.

La segunda área de reformas en Europa, que busca aumentar la eficiencia técnica al producir servicios, ha sido introducir incentivos de mercado en distintos subsectores del sistema. La introducción de incentivos ha ido acompañada de reformas diversas para aumentar la autonomía de gestión y toma de decisiones de los hospitales, convertidos así en distintas modalidades de «empresa pública» en los sistemas nacionales de salud, o en hospitales privados sin ánimo de lucro en los sistemas bismarckianos. La atención primaria ejerce ahora mayor influencia en la toma de decisiones del sistema, tras introducirse mecanismos de presupuestación y compra de servicios desde la atención primaria.

Otros instrumentos de estilo mercantil que han aumentado su papel en Europa son: aumentar la capacidad de elegir proveedor, introducir incentivos competitivos en la conducta de los profesionales sanitarios y,

directamente relacionado con ello, utilizar más los sistemas de pago a proveedores vinculados a su desempeño. Tras una década de experimentar con los mecanismos de mercado, los sistemas sanitarios europeos están cuestionando que dicho paradigma sea la única solución a sus problemas de eficiencia. El énfasis de las reformas parece dirigirse hacia instrumentos mixtos correspondientes en el terreno político y social a la filosofía de la llamada «tercera vía».

Rectoría efectiva

Una lección muy importante aprendida en Europa es que para producir servicios de manera más eficiente ha sido también necesario aumentar la actividad reguladora. En general, la introducción de mecanismos de mercado ha ido acompañada de un mayor volumen de regulación, nuevas modalidades de la misma y un aumento del arsenal al respecto. Esto con el fin de encauzar esta fuerza de cambio hacia el logro de objetivos sociales. La actividad reguladora, sin embargo, no ha estado siempre a la altura de las necesidades, y en algunos sitios (sobre todo en Europa del Este) ha sido claramente insuficiente. En la mayoría de los casos el fenómeno se ha debido más a una falta de capacidad institucional para instaurar mecanismos reguladores que al diseño organizativo de ningún modelo asistencial concreto.

En cualquier caso, y como también se señaló para Latinoamérica, en los países europeos la necesidad de fortalecer el papel rector del Estado ha venido dada por la introducción de nuevos mecanismos de mercado y un nuevo balance entre éste y el Estado en los sistemas sanitarios. La experiencia demuestra, en Europa, que más que un papel menor del Estado, lo que se requiere es un papel distinto y en muchos casos reforzado

del mismo. El relativo éxito en el logro de la cobertura financiera universal en Europa occidental, por ejemplo, resultó de un papel rector claro por parte de los gobiernos. Asimismo, el Estado ha ejercido un papel clave en asegurar protección estable y sostenibilidad financiera bajo una presión macroeconómica notable.

Un componente importante dentro de la función de rectoría es formular la política sanitaria o, lo que es lo mismo, definir la visión y dirección del sistema. En tal sentido, varios países han adoptado los objetivos promovidos por la OMS en su política de Salud Para Todos, que han traducido en forma de metas y políticas de salud a nivel nacional. El análisis de la experiencia de reforma en Europa demuestra la necesidad de que los Ministerios de Salud adopten un papel protagonista como órgano rector del sistema sanitario. En este sentido, la experiencia de readecuación de los ministerios de los antiguos países comunistas aporta lecciones de enorme interés.

En resumen, destacamos tres áreas de interés que configuran la columna vertebral de las reformas sanitarias europeas y que podrían ser útiles a los países latinoamericanos en sus esfuerzos de reforma:

1. Combinar solidaridad con sostenibilidad financiera.

En primer lugar, la competencia entre entidades de seguros está resultando difícil de implementar debido a las complejidades administrativas y las dificultades de monitoreo,

incluso en países con infraestructura abundante y calificada. Las ganancias de eficiencia que puedan resultar de la libre elección y la competencia deben ponderarse frente a los costes de transacción incurridos y la posible disminución en la equidad. Esta experiencia puede ser relevante sobre todo para Argentina, Colombia y, en otro grado, Chile. En segundo lugar, la mejor forma de garantizar la estabilidad del sistema sanitario es mejorar la fiscalidad, como forma global de asegurar una solidaridad entre generaciones y entre pobres y ricos. La experiencia de Europa del norte tras la segunda guerra mundial (Alemania, Inglaterra, etc.) fue confirmada en los ochenta en el sur (España, Grecia) y ahora en el este (Hungria, Eslovenia, etc.), y es aplicable con relativa independencia del tipo de sistema sanitario específico.

2. Introducir mesuradamente incentivos de mercado, manteniendo un claro papel rector del Estado.

La función de rectoría y, en particular, la construcción de una administración pública profesionalizada y responsable, son elementos clave para la buena marcha del sistema. La separación organizativa seguro/ ministerio debe ser compatible con la integración funcional. Los países europeos occidentales primero y los orientales ahora han comprobado lo que muchos países latinoamericanos ya saben: la importancia de evitar la ideologización sectaria y el clientelismo en la construcción de sus instituciones públicas.

3. Adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios.

Áreas de particular importancia son: la evaluación de tecnologías; el control de calidad, las directrices y los protocolos clínicos; la descentralización de la gestión; la integración funcional entre los distintos niveles de provisión; el reforzamiento de la atención primaria, y las estrategias de recursos humanos.

Auge de la Reforma

El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Chile¹

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile

Partiendo de la idea básica de que la salud es un bien social, el actual gobierno de Chile considera que el acceso a las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como a los servicios de atención de la salud, es un derecho esencial de las personas. A fin de convertir esta concepción en una realidad, el Ministerio de Salud recientemente ha puesto en marcha un nuevo programa: el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas: AUGE.

El Plan AUGE es un instrumento para promover la equidad y materializar los objetivos sanitarios y de protección social en salud para todos los chilenos y chilenas. Contribuirá a fortalecer la regulación sanitaria, al explicitar las condiciones en que las personas podrán tener acceso a los servicios de atención y contribuirá, también, a una mayor efectividad del gasto en salud, a través del reordenamiento sectorial de la prestación de servicios y del cambio de modelo de atención.

El plan otorgará prioridad a las acciones que fomenten y promuevan la salud de las personas y todas aquellas intervenciones necesarias para resolver de manera eficaz los principales problemas sanitarios que afectan a la población, utilizando la atención primaria como su estrategia principal.

El plan es un instrumento sanitario que traduce los Objetivos Sanitarios Nacionales en metas públicas tanto para los agentes estatales y municipales como privados, sin que constituya una amenaza para ningún sector, sino por el contrario, una histórica oportunidad de mejora hacia la satisfacción de las necesidades de las personas.

Propósito

- Garantizar la **equidad** en el acceso a la atención de la salud de acuerdo a condiciones de salud e independientemente de la capacidad de pago.
- Contribuir al **logro de los objetivos sanitarios**, orientando los recursos del sector a las actividades de mayor impacto sanitario.
- Fortalecer la **regulación sanitaria** para todo el sector, ya que ésta explicita las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de las acciones de salud y de protección financiera.
- Dirigir el **modelo de atención** hacia la promoción y la prevención, la atención primaria y ambulatoria y las acciones y prestaciones de carácter curativo y paliativo necesarias y efectivas.
- Apoyar el **ordenamiento sectorial en la provisión**, porque ello explicita las condiciones de entrega y financiamiento de las acciones y prestaciones de salud.

Dimensiones

El plan AUGE **es universal**, beneficiando a todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros, residentes en el territorio nacional.

Es integral, ya que considera todas las enfermedades y condiciones de salud en sus diversas fases de evolución clínica.

Es total, ya que incorpora todas las acciones o prestaciones necesarias asociadas al ciclo de salud-enfermedad fundamentadas en el conocimiento científico disponible: promoción, prevención, curación, cuidados paliativos y rehabilitación. Todas ellas con una calidad estandarizada y garantizada.

Es incremental, porque persigue mejorar la protección existente con base en los objetivos de salud del país y de acuerdo a los recursos disponibles.

Componentes del Plan



Prioridades sanitarias

Las enfermedades o condiciones de salud contempladas como prioridades en el Plan incluyen:

- Todos los cánceres infantiles y los que producen más muertes en adultos (vesícula biliar, mama, cuello uterino, leucemias, linfoma, testículo y próstata).
- Enfermedades cardiovasculares, como infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico, hipertensión arterial y cardiopatías congénitas.
- Traumatismos y urgencias con riesgo vital, por ejemplo, accidentes que requieren UTI como politraumatismos y quemados.
- Otras anomalías congénitas operables del tubo neural, labio leporino y fisura del paladar.
- Enfermedades respiratorias.
- Algunos problemas oftalmológicos, mentales y dentales.
- Atención del embarazo, el parto y la prematuridad.
- Otras enfermedades crónicas – degenerativas y catastróficas.
- Consultas y controles de nivel primario.

El plan no es una canasta básica de prestaciones, pero sí entrega mayores garantías que las actuales para asegurar la resolución integral de las prioridades de salud.

¹ Adaptación de: "Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE. Documento de Trabajo. Propuesta al País." Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, enero 2002.

Garantías explícitas

El plan contiene un sistema de garantías que busca asegurar que todos los miembros de la sociedad gocen del acceso a sus acciones y prestaciones bajo condiciones explícitas, exigibles y socialmente aceptables, independientemente de quién sea el administrador de la cotización obligatoria y del prestador que las otorgue (público o privado). Una garantía explícita establece protección efectiva para el ejercicio de los derechos emanados del plan.

El Plan AUGE contempla garantías diferenciadas en los siguientes ámbitos:

- **Acceso:** Se refiere a la garantía de recibir las acciones de salud y a la forma de entrar a una red de servicios de salud. Cada administrador de plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los prestadores de servicios de atención de salud.
- **Oportunidad:** Se refiere al tiempo máximo para la entrega de prestaciones cubiertas en el plan. Se podrán distinguir garantías de tiempo de atención en dos ámbitos: para la primera atención y para atención cuando ya existe diagnóstico. Ambos tipos de garantías serán explícitas, por prestación y/o acciones o agrupaciones de éstas.
- **Calidad:** Implica recibir prestaciones y acciones que cumplan con un conjunto de atributos técnicos que aumenten la probabilidad de obtener la resolución del problema y los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de los usuarios. El plan contempla criterios de calidad estandarizados.
- **Protección Financiera:** Se pretende que el pago no sea un obstáculo al acceso a los servicios, ni que el trabajador o su familia caigan en la pobreza o se mantengan en ésta como resultado de afrontar el gasto en salud.

Beneficiarios, Administradores y Regulación del Plan

El plan AUGE define como sus beneficiarios a todos los chilenos y extranjeros residentes en el territorio de Chile, independientemente de su calidad previsional, edad, género, ingreso, etnia u orientación sexual.

El plan será administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Su carácter obligatorio reducirá las posibilidades de selección de riesgos, al tiempo que la estandarización de beneficios disminuirá las asimetrías de información, favoreciendo la exigibilidad de condiciones de otorgamiento y acceso a los mismos.

El Ministerio de Salud, a través de sus organismos descentralizados, será responsable de hacer exigible el Plan a todo el sector salud (público y privado).

El Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y actualizar el Plan AUGE. Para ello existirá un Consejo del Plan encargado de dar las máximas garantías a todos los actores regulados y en especial a los usuarios. Esta Secretaría de Estado revisará y adecuará el contenido del Plan en forma regular y sistemática con el auxilio de los organismos competentes.

Diseño y Construcción Metodológica

Los Objetivos Sanitarios de la Década 2000 – 2010 constituyen el marco referencial para el diseño y construcción del plan. La lógica del diseño consiste en identificar y priorizar sanitariamente las principales condiciones de salud que afectan a la población, para luego vincularlas a las acciones o intervenciones sanitarias que modifiquen efectivamente dichos problemas, tanto en el contexto de la salud pública como el de la salud de las personas. Posteriormente, costear dichas intervenciones y calcular el valor del plan de acuerdo a la prevalencia de las situaciones de salud y la cantidad de acciones estimadas para abordarlas.

Beneficios

Para el país	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mejora los logros sanitarios del sistema de salud chileno ▶ Enfrenta los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios en la sociedad ▶ Reduce las desigualdades en salud ▶ Provee servicios acordes a las expectativas de la población
Para los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aumenta la información para tomar decisiones y ejercer derechos ▶ Aumenta la equidad en el acceso a la atención a la salud ▶ Aumenta la transparencia en el uso del sistema de salud ▶ Aumenta la protección financiera ▶ Ofrece una mayor oportunidad en la atención ▶ Aumenta la calidad de las prestaciones / acciones
Para los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Privilegia los aspectos sanitarios (eficacia de la atención) ▶ Promueve el conocimiento, la adecuación y la implementación de protocolos o guías de atención basada en evidencia científica ▶ Permite contar con equipos y técnicas para la implementación de servicios de calidad y eficaces
Para los prestadores	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ofrece un referente para guiar las decisiones de inversión ▶ Facilita las relaciones institucionales y/o comerciales con los administradores de planes ▶ Incentiva la eficacia y efectividad sanitaria de las acciones y del uso de los recursos ▶ Promueve la configuración de redes integrales ▶ Promueve el desarrollo de la calidad ▶ Estimula la competencia
Para los administradores	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reduce los costos de transacción asociados a la existencia de innumerables planes de salud para disminuir costos ▶ Facilita las relaciones con los prestadores de salud y promueve el cambio de modelo de atención ▶ Mejora la oferta de planes de salud, reduciendo su número y aumentando la satisfacción de los usuarios con una orientación sanitaria ▶ Permite conocer los riesgos en salud de la población chilena ▶ Permite conocer las tasas de consumo actuales y esperadas ▶ Da transparencia a la información y a la regulación
Para los reguladores y fiscalizadores	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mejora la fiscalización de los aseguradores y los prestadores ▶ Incrementa la coordinación de la red asistencial

Los “pares” condiciones de salud / intervenciones se incorporarán en el Plan AUGE siguiendo los siguientes criterios básicos:

1. **Prioridad sanitaria.** Son los pares prioritarios globales, sistematizados por subgrupos específicos de edad, sexo y otros criterios de riesgo, en concordancia con el perfil epidemiológico y demográfico del país, sus proyecciones y las brechas de equidad, a los cuales el sistema de salud debe dar respuesta.
2. **Protección y seguridad.** Condiciones que generan sensación de desprotección e inseguridad en la población, como las situaciones de salud que requieren de intervenciones de mayor complejidad y que son de alto costo.
3. **Intervenciones eficaces y efectivas.** Intervenciones probadamente eficaces y/o efectivas con base en la evidencia científica disponible en estudios nacionales e internacionales.
4. **Estudios de costos.** Se consideran las relaciones costo – beneficio; costo – efectividad; y costo – utilidad a fin de asegurar el mejor uso de los recursos.
5. **Enfoque promocional y preventivo por sobre lo curativo.** Inclusión tanto de las acciones dentro de planes de prestaciones individuales (para personas o pequeños grupos familiares o sociales) como de las acciones poblacionales a través de proyectos formulados con lógica territorial o poblacional con una alta cobertura.
6. **Incrementos según capacidades del sistema.** Es necesario estimar la capacidad del sistema de salud, la respuesta a la demanda en los distintos niveles de atención para ajustar -e incrementar cuando sea necesario- la oferta disponible geográficamente, la capacidad de resolución del conjunto de la red asistencial disponible y la capacidad de derivación entre los distintos niveles de complejidad.

Datos Relevantes del Sistema de Salud del Uruguay¹

Datos demográficos	Población / 2000		Tasa bruta natalidad ^a	Tasa bruta mortalidad ^a	Tasa global de fecundidad	Mortalidad infantil ^a								
	Hombres	Mujeres	1998/1999	1998/2000	1999	1998/2000								
	1,609,199	1,712,942	16.5	9.6	2.25	15.0								
Immunizaciones	Cobertura de inmunizaciones													
	Polio y DPT		BCG	SRP (Triple)										
	91%		99%	89%										
Recursos humanos	Enfermeras	Médicos	Odontólogos	Parteras	Químicos farmacéuticos									
(Afiliados a la Caja Profesional Universitaria)	2,572	12,357	4,024	612	1,071									
Indicadores hospitalarios	Promedio diario de camas disponibles				Porcentaje de ocupación									
	Montevideo				Interior									
	3,124				3,213									
	Montevideo		Interior		Montevideo		Interior							
	79.27%		48.5%											
Mortalidad por causas ^b	Cardiovasculares ^c		Tumores ^c		Diabetes		Neumonía		Trastornos mentales		Sistema nervioso		Crónicas vías respiratorias	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1998/2000	1,139	994	918	548	64	63	96	92	70	100	71	74	201	55

a: x 1000

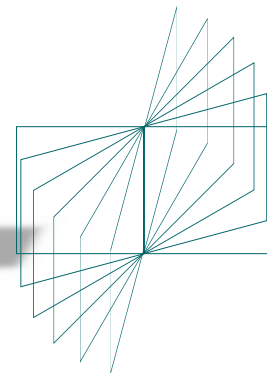
b: H = Hombres M = Mujeres

c: x100,000 en población de 45 años y más

Fuente:

La Salud de Uruguay por Departamentos en Cifras. Publicación del Departamento de Estadística. Dirección de la Salud. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001.

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Aghón, Gabriel E., comp.; Albuquerque Llorens, Francisco, comp.; Cortés Castellanos, Patricia, comp. Desarrollo económico local y descentralización en América Latina: un análisis comparativo. Santiago de Chile: División de Desarrollo Económico, CEPAL agosto 2001.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Sistema de Cuentas de Salud. Washington, D.C., D.C.: BID, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, 2002
- Bennett, Sara, Lucy Gilson. Health financing: designing and implementing pro-poor policies Reino Unido: DFID Health Systems Resource Centre. UK Department for International Development, 2001 Disponible en Internet: http://www.healthsystemsresource.org/Pdfs/Health_financing_pro-poor.pdf
- Corbacho, Ana; Gerd J. Schwartz. Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure Policies IMF, Working Paper No. 02/12, Enero 2002. Disponible en internet en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2002/wp0212.pdf>
- Migliónico, Américo La Salud En Uruguay En El Siglo XX La Mortalidad: Cambios, Impacto, Perspectivas. Montevideo, Uruguay, 2001. Disponible en Internet en: <http://207.3.115.126/ops-oms/pdf/texto.pdf>
- Montoya Díaz, M.Dolores. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and age effects. Sao Paulo, Brasil: Departamento de Economía. Facultad de Economía, Administración y Contabilidad. Disponible en Internet en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext?ID=88511668&PLACEBO=IE.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud.. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington D.C.: OPS/OMS, 2001
- Organización Panamericana de la Salud. Catálogo de Publicaciones 2002. Disponible en Internet en: <http://publications.paho.org/spanish/news.cfm?ID=52>
- Varun Gauri Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries. World Bank Working Paper No..2624, 2001. Disponible en Internet en: http://econ.worldbank.org/files/2229_wps2624.pdf

La Salud de @s Adolescentes en América Latina

A partir del análisis de la situación concreta de un relevante fenómeno contemporáneo en su contexto real, la autora nos ofrece una cuidadosa reflexión sobre el papel del Estado ante las funciones de rectoría, organización y provisión de los sistemas de salud referidos a los programas de salud dirigidos a las y los adolescentes en el ámbito de los procesos de reforma del sector salud en Brasil, Costa Rica y República Dominicana.

La obra consta de tres capítulos. En el primero se establecen las bases teóricas relacionadas con la relación del Estado con la promoción de la salud en general y de la salud de las y los adolescentes en particular.. El segundo capítulo presenta y analiza los avances y orientación de la reforma sanitaria en cada uno de los países escogidos pasando por la descripción de los modelos de atención correspondientes, para finalmente considerar la situación tanto de los programas de salud como de la salud misma de los y las adolescentes. Por último, el tercer capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones que se derivan del estudio con base en un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de la promoción de la salud y los programas de salud dirigidos a los y las adolescentes.

La elección de los países del estudio se basa en que los tres cumplen dos características: tienen un largo desarrollo en el área de salud de las y los adolescentes y tienen un proceso de reforma del sector en marcha con distintos niveles de desarrollo. En palabras de la autora, "el estudio incluye una presentación de la reforma de salud de cada país, centrando la atención en el papel rector, los cambios en la organización y la provisión de servicios". Y su objetivo es llegar a plantear recomendaciones para optimizar el proceso de reforma del sector salud a fin de que incluya como prioridad de los diferentes modelos de atención la promoción de la salud de las y los adolescentes.

Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de @s adolescentes en la Región. Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana: Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción.

Liliana la Rosa Huertas. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe.

Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) Fundación W.K. Kellogg. 2001. 76 páginas



Financiamiento de la Seguridad Social

Los estudios incluidos en la presente publicación fueron realizados en el marco del proyecto conjunto «Reformas al financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe», ejecutado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), con el apoyo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania. La primera parte está dedicada a un análisis de los aspectos analíticos y los problemas prácticos que plantean los procesos de reforma del sector de la salud tanto a nivel regional como internacional. Se examinan, asimismo, la organización del financiamiento y de la provisión de servicios de salud, que son objeto de variados planteamientos, como queda en evidencia en el estudio comparativo de estos procesos en Canadá y los Estados Unidos.

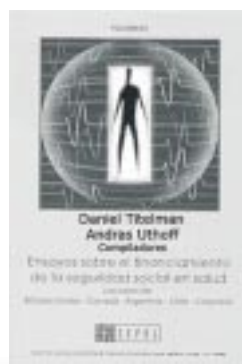
Los estudios de casos incluyen tres países de la región —Argentina, Chile y Colombia—, y examinan temas centrales del debate sobre las reformas al sector salud en los países de América Latina y el Caribe: la evolución de las fuentes de financiamiento, de la estructura de gastos en el sector, de la dinámica y comportamiento de la oferta de servicios de salud, tanto pública como privada, y de la interacción entre los subsistemas público y privado de seguridad social.

En los artículos se otorga particular importancia a los cambios que han estado ocurriendo en la configuración de la combinación público-privada, sobre todo en el ámbito del financiamiento.

Los editores del presente libro subrayan que uno de los propósitos de las reformas del sector salud debe ser la creación de estructuras institucionales que, además de dar cabida a la participación de instituciones privadas tanto en el ámbito de la provisión como del financiamiento, fortalezcan los mecanismos de solidaridad de tal modo que sea posible

financiar los servicios de salud destinados a la población de menores recursos.

José Antonio Ocampo
Secretario Ejecutivo de la CEPAL



Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia
Compiladores, Daniel Titelman y Andras Uthoff
Chile, Julio de 2000

Noticias

Cancún 2001 Salud Panamericana en el Siglo XXI

El pasado mes de diciembre de 2001 se llevó a cabo en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México, la reunión "Salud Panamericana en el Siglo XXI: Fortalecimiento de la Cooperación Internacional y Desarrollo del Capital Humano", a la cual asistieron 37 funcionarios y académicos relacionados con la salud pública y la cooperación internacional. En representación del Comité Organizador, el evento fue presidido por el Doctor Jaime Sepúlveda, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Doctor Guillermo Soberón, Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), el Licenciado Eduardo Jaramillo, Director General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud (SSA) y el Doctor Lorenzo Reyes Dorantes, Secretario de Salud del estado de Quintana Roo.

El doctor Sepúlveda señaló que los objetivos principales de la reunión son: analizar y proponer soluciones a viejos problemas y problemas no resueltos e identificar los nuevos retos en la salud panamericana; discutir y proponer formas de cooperación técnica y financiera en salud; y analizar nuevas necesidades de formación de capital humano, así como de experiencias de programas de salud nacionales y subregionales.

El doctor David Brandling-Bennett presentó la ponencia "Niveles y tendencias de la salud panamericana" en cuyas conclusiones, entre otras cosas, subrayó la importancia de los logros en salud pública obtenidos en el último siglo sin dejar de considerar las fallas en la reducción de los diferenciales e inequidades entre los países y al interior de ellos, así como la necesidad de incrementar la inversión en salud y de incorporar nueva tecnología para atender los rezagos y resolver los nuevos retos.

La primera sesión estuvo dedicada a la Cooperación Internacional y en ella los doctores R. Feachem, Wolfgang Munar y Mario Bronfman hicieron presentaciones en las que abordaron los rasgos fundamentales del escenario internacional, haciendo especial énfasis en las condiciones favorables y las dificultades para impulsar acciones colectivas de cooperación en beneficio de los sistemas de salud nacionales.

En la segunda sesión, sobre Pobreza y Salud, los doctores Felicia Knaul, Jaime Sepúlveda y Paul Gertler presentaron los datos sobre el impacto que tiene la pobreza como determinante de la salud y su esquema teórico. Además se planteó el caso de México, en particular el desarrollo del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

En la tercera sesión, dedicada a los Problemas de la Agenda no Resuelta, se estudiaron los temas relacionados con las enfermedades transmitidas por vector (ETV). El Profesor Gustavo Kourí presentó el trabajo "El dengue y la Fiebre Hemorrágica del Dengue (FHD) en la región de las Américas. Los retos para su control en el nuevo milenio". El doctor Alejandro Llanos comentó y presentó un documento en el que se formulan los problemas en el control de las enfermedades transmitidas por vector con énfasis en Malaria y Leishmaniasis. El doctor Julio Frenk señaló la reducida importancia que se le otorga a la cooperación internacional con los países, con relación al enorme peso que puede tener para obtener un mayor control regional de las enfermedades transmitidas por vector.

En torno a los temas de Nutrición y Salud, El doctor Juan Rivera presentó la ponencia "Transición Nutricional". Señaló que a las transiciones demográfica y epidemiológica se les ha unido la transición nutricional, caracterizada por cambios en los patrones de alimentación y de actividad física en amplios grupos de la población.

En torno a los Problemas Emergentes, el doctor Renato Alarcón presentó la ponencia "Salud Mental en América Latina, Circa 2001". Comentó sobre los dos enfoques complementarios de la investigación en salud mental, el neurobiológico y el psicosocial, así como sobre los diferentes enfoques conceptuales de la epidemiología, desde la tradicional hasta la conductual.

El tema de la relación del consumo de tabaco con la salud despertó un vivo interés y una interesante discusión a partir del conjunto de datos presentados por el Dr. Mauricio Hernández, en los que se ilustra la dimensión de los daños a la salud que genera la adicción al tabaco.

El doctor Carlos del Río presentó el trabajo "VIH/ SIDA. Intervenciones exitosas que pueden limitar su impacto. El caso de México". Esta presentación fue objeto de preguntas y comentarios de David Zakus, Paul Gertler, Renato Alarcón, Jaime Sepúlveda y Julio Frenk.

La Doctora Isabelle Romieu hizo una presentación sobre Salud y Ambiente, señalando la necesidad de contar con educación e información para crear una conciencia ambiental. Finalmente, el Doctor Pierre Perrin realizó una importante presentación sobre el tema de la Guerra y su impacto en la salud, en la cual subrayó la importancia que tiene la pérdida de la capacidad institucional para la vigilancia epidemiológica, la falta de control de enfermedades transmisibles, la falta de la salud materno-infantil y, en casos extremos, la destrucción de los servicios de salud.

Abriendo caminos: la reforma del sector salud y la salud sexual y reproductiva*

En la Ciudad de Bellagio, Italia, gracias a una convocatoria de la Fundación Rockefeller y *Reproductive Health Matters*, se efectuó una reunión titulada *Reformas del Sector Salud: Implicaciones para los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Esta reunión convocó expertos de diferentes instituciones académicas de países con ingresos bajos, medios y altos del 15 de febrero al 1 de marzo del 2002.

El tema de las reformas del sector salud ha sido constantemente debatido. También el tema de la salud reproductiva se ha ganado un espacio en la

* Nota preparada por Erika Troncoso



discusión sobre salud. Sin embargo, aún no existe un acuerdo claro acerca de las relaciones entre estos dos temas. Una de las principales dificultades ha sido la lógica diferente de cada uno de ellos. Por ejemplo, la asignación de recursos representa un problema, pues mientras la reforma del sector salud busca reducir costos y redefinir prioridades de gasto, según la propuesta de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se necesita un presupuesto cada vez más amplio para cumplir los objetivos de la salud reproductiva. Esta conjunción de estrategias y la búsqueda de objetivos comunes tienen relevancia fundamental para países en desarrollo en donde se deben atender necesidades ligadas a la planificación familiar sin olvidar temas emergentes como calidad en los servicios de salud.

En el primer día de la reunión se trataron temas relacionados con los cambios legales y políticos para la implementación de las propuestas, la descentralización de los servicios de salud y la relación entre lo público y lo privado. En la segunda sesión del día se presentaron los cambios en la estructura de los sistemas de salud en países como Bangladesh, Filipinas, Argentina, China y Tanzania. Durante el segundo día se discutieron las reformas al financiamiento de la salud con casos de Sudáfrica, México y Uganda. En la segunda sesión del día se analizó lo ocurrido en Lituania y en Zambia respecto a los cambios en la asignación de prioridades y los mecanismos de rendición de cuentas. También se presentó la relación entre equidad de género y reforma del sector salud. En el tercer día el tema de discusión fue el acceso a la salud y los bienes y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Dentro de este tema se discutieron los movimientos del consumo de los ciudadanos en la Comunidad Europea y la respuesta de los países en vías de desarrollo a la industria farmacéutica frente a la epidemia de VIH/SIDA. Finalmente se realizó una plenaria en la cual los participantes presentaron sus recomendaciones para la investigación, política y acción futura.

Como un fruto suplementario del esfuerzo de esta reunión serán editados dos números especiales de la revista *Reproductive Health Matters*, que serán publicados a finales del año 2002 y comienzos del 2003. En ellos se reunirán las participaciones de todos los expertos convocados a esta reunión.

Centenario de la OPS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en Washington, D.C. en 1902, inauguró las celebraciones de su Centenario. Con 35 países miembros, la OPS es también la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

El Director de la OPS, el Dr. George A. O. Alleyne, estuvo acompañado por el Inspector General de los Estados Unidos, Dr. David Satcher, y el Director del Departamento de Salud del Distrito de Columbia, Dr. Ivan Walks, durante la ceremonia que se llevó a cabo en la Sede de la OPS en Washington, D.C., la misma en la que la Organización recibió las felicitaciones por sus cien años al servicio de la salud pública en el hemisferio occidental.

Los participantes en la celebración mencionaron algunas de las contribuciones más importantes de la Organización durante sus cien años de existencia, como la erradicación de la polio del hemisferio occidental, la dramática disminución de las tasas de mortalidad infantil, la dramática mejora de esperanzas de vida y el crecimiento en el acceso a los cuidados básicos de salud a través del continente Americano. También se mencionaron los retos continuos de la Organización, particularmente el VIH/SIDA y las consecuencias de salud en los fumadores.

«Por definición, ninguno de nosotros sabe qué nos traerán los próximos cien años», dijo el Director de la OPS, el Dr. Alleyne, «pero sabemos que los seres humanos continuarán valorando su salud como algo importante en sí mismo. Sabemos que también será vista como un instrumento crítico y esencial para la realización del potencial que todos tenemos. Habrá nuevas enfermedades y nuevas formas de enfermedades pasadas que constituirán un reto para el ingenio de la humanidad para sobrellevarlas. Pero tengo confianza, basado en la historia de cien años, que la OPS será de ayuda en la atención de estos problemas».

La ceremonia incluyó el anuncio de los once Héroes de la Salud Pública de América, elegidos por su importante contribución a la salud pública. La OPS también anunció tres concursos hemisféricos. Los mismos incluyen un concurso especial de afiches del centenario para niños de seis a doce años y un concurso de ensayo para jóvenes de 13 a 18 años. Asimismo, la OPS está promocionando un premio al mejor reportaje panamericano sobre salud pública.

Durante todo el año 2002 se realizarán diversas actividades conmemorativas en los 35 países miembros de la OPS.

Para mayor información sobre el Centenario visite la página:

<http://www.paho.org/spanish/DPI/100/spanish.htm>

Programa Flagship Reforma Sustentable del Sector Salud*

Dentro de la tradición de capacitación de El Instituto del Banco Mundial en asociación con Bitrán Asociados y con el apoyo de ILPES-CEPAL, se llevó a cabo la cuarta versión del Programa Flagship en Reformas y Financiamiento Sustentable del Sector Salud para América Latina en Santiago de Chile del 15 al 26 de abril del 2002. Los objetivos del Programa Flagship son impartir conocimientos en economía, financiamiento y gestión de la salud; analizar y divulgar las diferentes experiencias en reformas del sector salud llevadas a cabo en la región y discutir nuevos enfoques para abordar los principales problemas del sector salud. El Programa Flagship es impartido en numerosos países y regiones del mundo y en varios idiomas por un grupo de instituciones responsable de impartir el curso en varios idiomas.

Esta versión del Programa Flagship reunió a 44 profesionales que trabajan en el sector salud de 14 países latinoamericanos. Durante dos semanas se trataron temas como conceptos básicos de economía, financiamiento y gestión de servicios de salud, rol de la ética y de los valores en las políticas públicas y análisis del desempeño del sector salud. Después de esto el grupo se dividió en dos módulos. Uno de los grupos trabajo sobre la focalización de los subsidios públicos hacia los pobres y vulnerables y la construcción de paquetes básicos. El otro grupo trató el tema de métodos de pago a prestadores y métodos de contratación de proveedores. Por último, durante los dos últimos días se realizaron conferencias sobre diversos tópicos de reforma de los sistemas de salud tales como el mercado de los fármacos, los gastos catastróficos, la salud pública, el aseguramiento y las tendencias de la seguridad social en América Latina.

En el curso se creó un espacio para el diálogo entre actores importantes en la toma de decisiones de las políticas públicas en salud en la región. Así, profesionales de la salud y personas encargadas de la parte económica encontraron un espacio para discutir la importancia de implementar servicios de salud que atiendan las necesidades y rompan las innegables brechas de inequidad existentes en la región.

* Nota preparada por Erika Troncoso

Citas con la Reforma

**XIV International AIDS Conference,
XIV Conferencia Internacional Sobre el SIDA**
Julio 7 - 12, 2002
Barcelona, España

**XVIII RESSCAD – Reunión de los sectores de salud de
América Central y República Dominicana**
Agosto 2002
Costa Rica

Congreso 2002 sobre Crisis y Reforma del Sector Salud
Septiembre 10 – 12, 2002
Buenos Aires, Argentina

Conferencia Sanitaria Panamericana
Septiembre 23 – 27, 2002
Washington, D.C., Estados Unidos

**Sexta Conferencia Asia-Pacífico de las Ciencias Sociales
y de la medicina (APSSAM)**
Octubre 14 – 18, 2002
Kunming, China

Foro de Promoción de la Salud en las Américas
Octubre 20 – 24, 2002
Santiago, Chile

Vigésimo Octavo Congreso Interamericano de la AIDIS
Octubre 27 a Noviembre 1, 2002
Cancún, México

**Conference on Health and Economic Policy
Conferencia sobre Salud y Políticas Económicas**
Junio 27 – 28, 2003
(Fecha límite para entrega de resúmenes: Junio 1, 2002)
Munich, Alemania
John Komlos E-mail: jk@econhist.de
Departamento de Economía, Universidad de Munich
Ludwigstr. 33/IV 80539 Munich, Alemania

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

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud
Enis Baris • Banco Mundial
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

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

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director
Víctor Becerril • Editor
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial
Alejandro López Franco • Asistente Editorial

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