

### Reforma del Sector Salud en América Latina: Aclarando el Vínculo entre Actores y Estado

Viviane Brachet-Márquez

#### Narrativas / 4

Hacia un México más Saludable.  
Una Visión del Sector Privado  
Zurita y cols.

#### Reflexiones / 7

Mecanismos de Financiamiento  
en Beneficio de los Pobres  
Bennett / Gilson

#### Panorama / 10

El Modelo de Seguridad Social  
Nicaragüense en Transición  
La Forgia / Gutiérrez

#### Monitor de la Salud / 13

Datos demográficos seleccionados de 12  
países de América Latina y el Caribe

#### Páginas de la Reforma / 14

#### Noticias / 15

#### Citas con la Reforma / 16

El tema de las políticas de reforma de la salud y los sistemas previsionales en América Latina es muy controvertido. Los reformadores han tenido que enfrentar un sinnúmero de protestas y críticas, algunas de las cuales han llevado a importantes alteraciones de las propuestas originales. Este fenómeno generalizado se ha calificado alternativamente como la defensa de intereses, entendidos en su sentido más estrecho, o como señales de que los países de la región están finalmente aprendiendo lo que es un debate democrático. Sin embargo, la participación de algunos grupos organizados, a los que llamaremos actores, en el proceso de reforma de los sistemas de salud es hoy un hecho innegable de nuestra vida política.

En la actualidad, las políticas de salud (y, de hecho, cualquier política pública) ya no son impuestas desde arriba por los poderes ejecutivos fuertes de antaño, ni adoptadas unánimemente por parlamentos mudos. Pero todavía sabemos poco sobre el papel que desempeñan los actores en conformar las políticas públicas, los mecanismos a través de los cuales ejercen presiones sobre sus gobiernos, o sobre las consecuencias de largo plazo de tales acciones.

En los contextos autoritarios del pasado, los debates dentro del gobierno sobre la salud o los sistemas de retiro estuvieron envueltos de misterio, mientras que los pocos actores sociales capaces de comentarlos –especialistas e intelectuales– tuvieron escaso interés en atraer la atención del gran público sobre el tema. En la actualidad el involucramiento de varios *stakeholders* (como suele llamarse a los actores) en las reformas sanitarias es a la vez innegable e inevitable, pero carecemos de argumentos sólidos para entender el significado de este fenómeno ni cuál es la mejor manera de utilizarlo.

En las reflexiones que siguen, seleccionadas de la experiencia adquirida en el análisis de las reformas de la salud en Argentina, Brasil, Chile y México, planteo cuatro preguntas:

1. ¿Quiénes son los actores (y los no-actores)?
2. ¿De qué manera ejercen su influencia?
3. ¿Con qué consecuencias para la salud de la población? y
4. ¿Debemos o no reforzar esos mecanismos o seguir otro camino?

#### Reforma de la salud en América Latina: postulados generales

En los años noventa, la casi-totalidad de las reformas estatales han sido esfuerzos por encontrar nuevas fórmulas ahorradoras de recursos cada vez más escasos para las burocracias centrales consideradas engorrosas y costosas. Este hecho, plenamente obvio, sólo vale mencionar debido a su contradicción flagrante con las declaraciones públicas de los reformadores que invariablemente pretenden que sus objetivos básicos son el mejoramiento de la calidad o la cantidad de servicios públicos. Pero esto no es todo. Desde el diseño de paquetes limitados de servicios básicos hasta la descentralización o la privatización parcial o total de los servicios de salud, las reformas sanitarias son, además, fórmulas que intentan resolver un gran número de problemas viejos en la organización y el desempeño de los proveedores públicos de salud. Para ello se basan en la premisa no examinada de que resolver algunos problemas organizacionales necesariamente conllevará mejoras en la calidad de los servicios. No obstante, la experiencia nos muestra que lo que es bueno para las organizaciones de la salud no siempre es bueno para sus beneficiarios y viceversa. Así pues, en este trabajo examino la presencia o ausencia de actores y de mecanismos por medio de los cuales éstos influyen en los resultados de las políticas adoptadas, desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud.

#### Los actores en las reformas sanitarias

El concepto de actor se entiende aquí como un cuerpo colectivo organizado (en la sociedad o dentro del aparato estatal) con una capacidad comprobada de acción orientada hacia ciertas metas y de movilización política en relación con cuestiones específicas. Por lo tanto, los actores requieren de un aparato y de recursos organizativos mínimos que aseguren la continuidad de su acción.

Los **actores sociales**, pertenecientes a la esfera privada, pueden apoyar u oponerse a la agenda gubernamental de políticas públicas, pueden ser muy centrales (laboratorios farmacéuticos y hospitales) o periféricos (población campesina) tanto en relación a la cuestión debatida como al grupo político en el poder. Su eficacia depende de un nivel mínimo de pluralismo político y de desarrollo de la esfera pública. En todo caso, los *actores* son los protagonistas que los gobiernos deben tomar en cuenta cuando contemplan innovaciones importantes en materia de políticas públicas. Esto se explica porque los actores tienen el poder de convocatoria necesario para movilizar en pro o en contra de nuevas propuestas gubernamentales y la capacidad de obtener concesiones importantes a cambio de su disposición a avalarlas.

Dentro del aparato estatal también se encuentran actores que representan las visiones y los intereses de componentes y subcomponentes específicos de la burocracia pública. Los individuos en tales componentes pueden tener opiniones personales que difieren de la posición adoptada por sus superiores, pero rara vez las expresan, aun en privado. En tales casos los individuos pueden considerarse como no-actores, a pesar de tener un interés personal en las cuestiones que se debaten. Los actores estatales también pueden ser intergubernamentales, como en el caso de los organismos internacionales. Aunque estos tienen un equipo de trabajo profesional, sus políticas son, en última instancia, el producto del consenso entre sus principales países miembros.

Los actores sociales en el caso de las reformas sanitarias recientemente emprendidas en América Latina son grupos organizados, tales como los sindicatos o las asociaciones de médicos, cuyos intereses se ven directamente afectados por estas propuestas. Esos grupos no se interesan necesariamente en las cuestiones de la salud, sino en el impacto de las políticas de salud sobre su posición en el mercado, sus intereses profesionales y su seguridad en el empleo. Actores menos especializados, como los intelectuales o los partidos políticos, se dirigen a públicos más amplios, pero no pueden enfocar su discurso de manera exclusiva hacia los temas de salud: Por último, la mayor parte de la población se queda generalmente fuera de estas discusiones, convirtiéndose en no-actores en cuestiones de salud. Ellos son los millones de familias de bajos ingresos políticamente atomizadas que utilizan los servicios de salud pública. Sin embargo, pueden ser "capturados" por actores sociales (por ejemplo, partidos políticos) en coyunturas críticas para afectar tanto las agendas como los debates de las políticas públicas y sus resultados finales.

Los cuatro países que sirvieron de base a las reflexiones aquí expresadas –Argentina, Brasil, Chile y México– ofrecen una variada

gama de arreglos políticos y condiciones sociales. Tres de los cuatro emergieron en los años ochenta de un largo período de dictadura militar, cada uno en condiciones distintas. El cuarto, México, aunque políticamente más estable, atravesó una larga crisis económica desde principios de los años ochenta. Todos han transitado de un modelo económico cerrado a uno abierto, pero con grados y periodicidades distintos. Tales diferencias podrían inclinarnos a pensar que los grupos constituidos como actores en cada uno de estos entornos son muy diferentes. Sin embargo, esto sólo es parcialmente verdadero. Debido, quizás a los orígenes históricos similares y al desarrollo reciente de los sistemas de salud, de hecho encontramos el mismo tipo tanto de actores como de no-actores. El primer grupo lo constituyen las organizaciones especializadas (en principio) en articular las demandas de sus miembros y dirigirlos hacia los gobiernos: sindicatos, partidos y asociaciones profesionales. En un segundo grupo se encuentran las organizaciones de todos calibres con algún interés en la salud: comunidades locales, ONGs, periodistas, etc. que disponen de un cuerpo organizacional mínimo pero que cuentan con recursos limitados y públicos restringidos. El último grupo lo constituyen las familias y los individuos atomizados con poco apoyo organizacional para expresar sus opiniones y plantear sus demandas.

Los sindicatos son los guardianes naturales del viejo orden industrial, especialmente la seguridad social, que tradicionalmente les ha ofrecido un nicho burocrático desde el cual han podido ejercer una importante cuota de poder político. Las reformas sanitarias han afectado fuertemente su posición. Sin embargo, su poder no está directamente ligado a cuestiones de salud, sino a los derechos acumulados a ciertos beneficios, niveles salariales o condiciones de trabajo. En consecuencia, el interés de los sindicatos por las cuestiones de salud puede ser poco más que incidental. Por lo tanto, las cúpulas sindicales, así como



sus bases, tienden a interpretar las políticas de salud como reformas laborales disfrazadas (a veces con mucha razón).

Las asociaciones de médicos están en una situación muy similar a la de los trabajadores de la salud, puesto que el estatus de los médicos sufre cambios importantes en las propuestas de reformas sanitarias. En países como Chile, donde estas asociaciones han sido tradicionalmente fuertes, estas han opuesto gran resistencia (pero con poco éxito) a la creciente proletarianización de los médicos en las llamadas *HMO's*. En cambio, en países como México, donde tales asociaciones siempre han sido débiles, la resistencia de los médicos a ser sujetos a los mecanismos de mercado ha tenido poca expresión pública.

Finalmente, los partidos políticos pueden tener interés en oponerse a reformas sanitarias cuando estas son los suficientemente impopulares para prometer alguna ganancia electoral. Sin embargo, tales posicionamientos son muy estratégicos y generalmente de poca duración. Como consecuencia, los órganos centrales de los partidos pueden decidir en cualquier momento

ya sea tomar la bandera de la salud o guardarla, según sus necesidades estratégicas. En México, por ejemplo, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) se opuso a la reforma a las jubilaciones propuesta por el gobierno entre 1995 y 1997, pero más tarde abandonó su oposición y posteriormente se interesó muy poco por la reforma de los servicios de salud.

En sistemas políticos democráticos o semi-democráticos, los sindicatos, las asociaciones profesionales y los partidos políticos son intermediarios institucionalizados entre la ciudadanía y su gobierno, pero no están especializados en asuntos de salud ni dependen de ellos. De hecho, para sobrevivir, deben adoptar estrategias que rebasan esas cuestiones. Para los partidos, la importancia de las políticas de salud estriba en su potencial electoral, mientras que para los sindicatos y las asociaciones profesionales se trata de las condiciones laborales y niveles salariales. Por lo tanto, no podemos determinar a priori si las demandas ciudadanas pueden ser efectivamente canalizadas por estos organismos. Sin embargo, estas tres clases de actores no representan la principal fuerza de impulsión de la sociedad civil. De hecho, su influencia en cuestiones como la salud es demasiado diluida como para ser canalizada exitosamente sin la ayuda de otros actores sociales.

Las organizaciones de la sociedad civil propiamente dicha, u ONGs, recuerdan la perspectiva de Tocqueville, el pensador francés post-revolucionario que descubrió en los Estados Unidos una sociedad compuesta de núcleos organizados de ciudadanos privados políticamente participativos en asuntos de interés común. Estas organizaciones son consideradas por varios analistas como la base de la democracia y la fuerza capaz de promover activamente varias causas y actuar como agentes del cambio social. ¿Pero, podemos decir lo mismo de las ONGs latinoamericanas centradas en la salud? Desde la

perspectiva limitada del estudio de los cuatro países mencionados, la respuesta es no.

Hemos visto un florecimiento de ONGs en la región, algunas parcial o totalmente orientadas hacia la salud. Pero la mayoría tienen intereses más sustantivos que políticos en la salud, de modo que su interés está más en ofrecer servicios a algunas categorías de usuarios que en participar en los debates políticos. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos un caso de ONG capaz de acción política: la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), fundada y manejada por ex altos funcionarios y especialistas. Es un *think tank* al servicio del gobierno mexicano, con el cual trabaja en estrecha -aunque no siempre públicamente reconocida- colaboración, operando como mediador entre los organismos internacionales, el gobierno nacional y las empresas privadas interesadas en invertir en la salud. Esta clase de ONG representa un actor híbrido entre Estado y sociedad, destinado a idear nuevas políticas y facilitar su implementación. Por estas razones su papel mediador en las reformas de salud es crucial. Sin embargo, no se le puede considerar como un actor plenamente social.

Por lo que toca a los organismos internacionales, además de tener gran influencia sobre los gobiernos nacionales (debido a que controlan importantes recursos financieros) encuentran también formas indirectas de influir en los debates públicos.

Las empresas privadas proveedoras de servicios de salud, fabricantes de equipo hospitalario o laboratorios farmacéuticos se han vuelto actores importantes en el marco de la privatización creciente de los servicios de salud en la región. Esto no necesariamente significa que estos organismos presionen activamente a los gobiernos para que adopten medidas conformes a sus intereses. En el ambiente neoliberal, en muchos casos los mismos gobiernos y/o los organismos internacionales pueden tratar de

introducir reformas que tienden a favorecer los intereses de esta clase de empresas.

Los usuarios de la salud pública en América Latina rara vez se constituyen en actores sociales, de tal suerte que su capacidad para presionar a sus respectivos gobiernos es extremadamente limitada. Es notoria la precariedad económica de estos sectores duramente golpeados por los programas de reestructuración y ajustes, así como la creciente proporción de ellos que laboran en el sector informal. El empobrecimiento de la población situada en los deciles inferiores de la distribución del ingreso y la creciente desigualdad son hechos conocidos. Estos factores se han sumado a los clásicos rasgos culturales para reducir la capacidad de las masas empobrecidas para ejercer sus derechos ciudadanos a los eventos electorales. A pesar de que estudios recientes de los movimientos sociales en América Latina y otras regiones indican que las grandes masas amorfas son movilizables alrededor de problemas de la vida cotidiana, especialmente en zonas urbanas, es innegable que los usuarios de los servicios de salud pública en la región han sido pasivos y aparentemente conformes con los servicios de baja calidad que se les han proporcionado, aun cuando las encuestas revelan que los evalúan negativamente.

Por su parte, los actores gubernamentales involucrados en las reformas sanitarias no siempre se han puesto de acuerdo, debido principalmente a la escisión existente en la mayoría de los países entre la seguridad social que afilia a los trabajadores formales y los ministerios de salud que atienden a la población no asegurada o "población abierta", creando rivalidades intersectoriales importantes como en los casos de Argentina y México. Y ahí en donde la unificación de los servicios de salud ha resuelto este conflicto han surgido otros, por ejemplo entre los servicios públicos y privados de salud (Chile) o entre la administración central y la municipal (Brasil).

En resumen, para funcionar como actores, las colectividades deben tener una base y unos recursos organizacionales que les permitan articular los intereses de sus miembros. Los actores pueden ser viejos (sindicatos, partidos) o nuevos (ONGs), poderosos (sindicatos) o débiles (ONGs) y pueden encontrarse en la sociedad, en el Estado o en las agencias internacionales. Por otra parte, ningún grupo puede ser clasificado de manera definitiva como actor o no actor, sino sólo en relación con una cuestión y en un momento dado. Finalmente, quienes tienen más intereses involucrados -los usuarios de los servicios de salud- por lo general son no-actores pues carecen de un cuerpo organizacional capaz de inducir a otros actores a canalizar sus demandas hacia el gobierno. Están aislados institucional y organizacionalmente y por lo tanto políticamente atomizados.

# Hacia un México más Saludable Una Visión del Sector Privado<sup>1</sup>

Beatriz Zurita, Alejandra González Rosetti, Felicia Knaul, Guillermo Soberón  
Fundación Mexicana para la Salud

Muchas y muy variadas son las acciones que hay que llevar a cabo para elevar el nivel de salud de los mexicanos. La mayoría de ellas atañen a la superación de las enfermedades del rezago, la prevención y el control de los padecimientos no transmisibles y contender con las enfermedades emergentes. También hay que corregir el desequilibrio existente en los recursos humanos para la salud pues, por ejemplo, el exceso de médicos configura un grave problema social. No obstante, no habremos de ocuparnos de estos importantes aspectos pues deseamos concentrarnos en recomendar ahora cinco estrategias que se refieren a la organización y al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, las cuales resultan viables en razón del camino que han abierto las medidas de la reforma sanitaria que ya se han puesto en marcha.

Escapa también al alcance de esta propuesta, pero no puede dejar de mencionarse, el combate a la pobreza, por el gran impacto negativo que esta condición tiene en las condiciones de salud. En este sentido, cabe refrendar nuestra convicción de la importancia del enfoque integral de mejorar educación, nutrición y salud.

Antes de adentrarnos en las estrategias contenidas en esta propuesta, cabe señalar algunos elementos que deben considerarse dentro del financiamiento y la prestación de servicios a fin de incrementar el número de opciones que contribuyan a dar mayor flexibilidad y versatilidad al sistema de salud.

En lo que se refiere al financiamiento de los servicios de salud, la Fundación basa su propuesta en los siguientes lineamientos:

- Los recursos económicos para el sistema de salud, en su conjunto, se dividen en dos fondos nacionales:
  - ▶ **Fondo para un Seguro Nacional de Salud** destinado a financiar la atención médica de las familias y los individuos.
  - ▶ **Fondo Nacional de Salud Pública** destinado a las acciones de salud pública, a la formación de recursos humanos y a la investigación en salud, entre otros aspectos.
- Los fondos financieros deben distribuir el riesgo entre sanos y enfermos y entre grupos de edad.
- Se establecen subsidios dirigidos a la población urbana pobre para el pago de primas del Seguro Nacional de Salud (con un enfoque comunitario de primas para asegurar una prima por familia).
- Se establecen subsidios dirigidos a la población rural pobre a través de un paquete básico de atención integral que cubra más allá de las acciones de salud pública y provea un paquete acotado de intervenciones esenciales, cuyo número podría incrementarse en función de la disponibilidad de recursos.
- Papel complementario de los seguros privados según la capacidad de pago de las familias.
- Agregación nacional de riesgos pero con administración desconcentrada a nivel estatal.

En lo que se refiere a la prestación de los servicios de salud, la Fundación basa sus propuestas en los siguientes lineamientos:

- Que haya libertad de elección del prestador de servicios por parte del usuario.
- Que se promuevan nuevas organizaciones que asuman la articulación del financiamiento y la prestación de servicios.
- Que se impulse una mezcla público-privada conveniente a través de una pluralidad de prestadores.
- Que se dé la competencia de prestadores con base en calidad y costos.
- Que se favorezcan nuevos esquemas de servicios.

Partiendo de estos lineamientos y de las experiencias anteriores, se proponen cinco estrategias que, aun cuando benefician sobre todo a la población no cubierta por la seguridad social (población abierta), cabe recordar que es la más desprotegida y en ella se concentran los problemas de salud; que la segmentación del sistema determina una profunda inequidad pues se invierte varias veces más en el cuidado de la salud de un derechohabiente de la seguridad social que en el de una persona no asegurada, y además, que las medidas de reforma recientemente implantadas para modernizar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tendrán una repercusión positiva considerable en beneficios de sus derechohabientes.

## 1. Explorar la posibilidad de que el Seguro de Familia adquiera las características de un Seguro Nacional de Salud

Para asegurar un sistema nacional de salud equitativo, de calidad y eficiente, la reforma deberá apoyarse en la creación de un seguro nacional de salud. Para este fin, en una primera etapa en el corto plazo, el Seguro de Familia, implantado por el IMSS, extiende el cuidado de la salud a la población urbana de recursos medios que no es derechohabiente y, sin embargo, tiene suficientes ingresos para participar de este esquema de protección. El Seguro de Familia no

ha cubierto a esta población en la proporción deseada pues tiene un carácter voluntario y todavía resulta oneroso para ciertas personas en la economía informal. En el mediano y largo plazos, el Seguro de Familia podría convertirse en un seguro nacional de salud. Para ello, el Estado deberá buscar los mecanismos para subsidiar a las familias urbanas que trabajan en el sector informal y no cuentan con recursos suficientes para afiliarse.

En forma paralela, los Servicios Estatales de Salud (SESA) deberán consolidar la provisión del paquete básico de atención a las poblaciones rurales marginadas. En este rubro se deberá procurar la ampliación del paquete básico a aquellas intervenciones médicas costo-efectivas dirigidas a recuperar la salud.

Actualmente el Seguro de Familia ofrece formalmente a sus afiliados acceso a todas las intervenciones médicas del IMSS que, a pesar de tener 28 mil camas, opera al máximo de su capacidad para responder a la demanda de sus cerca de 42 millones de derechohabientes. Esto significa que para hacer viable la expansión de la cobertura del Seguro de Familia en el corto y mediano plazos es necesario:

1. Limitar el número de intervenciones ofrecidas a un paquete integral de intervenciones costo-efectivas.
2. Abrir la posibilidad de que otros prestadores de servicios, tanto públicos como privados, puedan suplir la oferta del IMSS para responder a la nueva demanda.

Para la extensión del Seguro de Familia hay que considerar las características de distintos estratos de la población, en lo que se refiere a sus posibilidades económicas y, consecuentemente, su acceso potencial a los servicios de salud, determinado por la cercanía a servicios públicos y privados.

Queda por analizar si el gasto en que incurren los hogares de los diferentes estratos obedece a la prioridad que asignan al cuidado de su salud o si gastan en función del límite de su capacidad de consumo. En todos los casos, las familias se hallan expuestas a gastos catastróficos, lo cual lleva a concluir que un seguro nacional de salud protegería el

<sup>1</sup> Resumido de: Hacia un México Más Saludable. Una Visión del Sector Privado. México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 2001

patrimonio de las familias actualmente no aseguradas; y en el caso de las familias de ingresos bajos, les garantizaría niveles mínimos de atención a la salud que actualmente están fuera de su alcance.

El Seguro de Familia canalizaría los recursos a la demanda en vez de a la oferta, como ahora sucede, lo cual incentivaría una competencia entre prestadores, aliviaría la selección negativa de riesgos e introduciría una gran equidad. Ciertamente significaría una cuantiosa erogación gubernamental pero sería una inversión altamente redituable en términos de salud.

## 2. Separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud

La separación del financiamiento y la prestación será un factor importante para incrementar la calidad de los servicios, atenuar la inequidad y aumentar la eficiencia. Recientemente la descentralización del sistema de salud ha favorecido la posibilidad de separar estas funciones. Tanto el IMSS como los SESA han ido cambiando en los últimos años y se esperan mayores ajustes en el futuro: por una parte, la descentralización de los servicios de salud para la población abierta y la consecuente consolidación de los SESA, y por la otra, la creación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) en el ámbito del IMSS. En conjunto, ambas iniciativas fortalecen al sistema, haciéndolo capaz de responder a los retos que enfrenta y, de manera directa, favoreciendo la separación del financiamiento y la prestación de los servicios.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, la capacidad de recaudación y administración de recursos, la gran experiencia y la fortaleza administrativa del IMSS, lo colocan en posición de manejar los recursos destinados a la atención médica a través del seguro nacional de salud. Estos fondos se integrarían con la captación de las primas del Seguro de Familia y el subsidio federal correspondiente para los asegurados que tienen una capacidad de pago parcial o nula. Con este fin, y para reducir sus costos operativos, el IMSS deberá continuar con sus esfuerzos por modernizar y volver más eficiente y transparente su administración.

En su capacidad de organismo financiador de la prestación de servicios de atención médica cubiertos por el seguro nacional de salud, el IMSS se valdría de sus delegaciones para obtener y hacer llegar los recursos a las unidades de las AMGD. De la misma manera, a través de los SESA haría llegar los recursos a las unidades de las jurisdicciones sanitarias en los estados. A través de las recién formadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), se podrían establecer contactos con los proveedores del sector privado. Esta nueva relación entre financiamiento y prestación permitirá establecer una asignación de

recursos con base en el número y, sobre todo, en la calidad de las intervenciones efectuadas para restablecer la salud de los usuarios.

En el caso de los Institutos Nacionales de Salud y todos los organismos descentralizados de la SSA, el IMSS podría asignarles recursos para la atención médica de los afiliados al Seguro de Familia a través de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, que es una dependencia de la SSA. Es por ello que la descentralización de los servicios no sólo es una oportunidad única para promover la separación de las funciones de financiamiento y prestación en el ámbito estatal, sino que puede ser, a la vez, un detonador de la pluralidad en la provisión de servicios de salud.

## 3. Abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios

A pesar de que actualmente sólo 60% de los derechohabientes del IMSS utiliza sus servicios médicos, todas las camas de sus hospitales están utilizadas a su máxima capacidad, además de que hay lugares en donde existe un déficit de camas. Se estima que en los próximos diez años el Instituto tendrá que casi triplicar el número de médicos, camas y consultorios para cubrir a 70 millones de usuarios que se calcula tendrá en el año 2010.

Para lograrlo, la provisión plural de servicios de salud puede ser una opción más costo-efectiva que la inversión en expansión de infraestructura como resultado de la saturación de los servicios del IMSS en algunas regiones del país. Las más de 11 mil camas subutilizadas con las que cuenta el sector público en los SESA y otras instituciones públicas son una oportunidad para complementar la infraestructura requerida para este fin, lo que además ayudaría a corregir las ineficiencias en la distribución de hospitales. Asimismo, hoy en día el sector privado cuenta con más de 2,400 camas subutilizadas en hospitales concentrados en ocho estados, de modo que en la medida en que consolide su oferta de servicios, el sector privado

estará en condiciones de coadyuvar a responder al crecimiento en la demanda de atención a la salud.

La sistematización de la contratación externa y la subrogación de los servicios que ofrece el IMSS no sólo es posible sino deseable y necesaria. Los proveedores que se pueden considerar para la provisión plural de los servicios son los SESA, los Institutos Nacionales de Salud y otros organismos descentralizados de la SSA, el programa IMSS-Solidaridad, otras instituciones de seguridad social y aquellos servicios privados que cumplan con los requisitos de calidad.

La colaboración entre el IMSS y el sector privado como una solución ante la insuficiencia de infraestructura, es un elemento importante a considerar. Tal es el caso de los convenios de reversión de cuotas, que son una opción a través de la cual algunas empresas mantienen la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a sus trabajadores equivalentes a los beneficios de la seguridad social mediante el financiamiento compartido de la contribución obligatoria a la seguridad social y fondos adicionales de la empresa. Otra alternativa que habrá que explorar es la prestación indirecta de servicios de salud, en la que las empresas que lo deseen pueden adquirir la responsabilidad de prestar servicios de salud a sus empleados con el financiamiento de la seguridad social y fondos complementarios. En esta modalidad la empresa contrataría a una ISES para que proporcione el paquete de servicios de seguridad social a todos sus empleados.

Las entidades federativas son el nivel en el que se puede explorar la coordinación entre estas diversas opciones para ampliar la prestación de servicios. Las recién creadas ISES y los mismos SESA, son instrumentos organizacionales para una mejor articulación de la prestación de servicios; además, como ya se dijo, ésta representa una opción intermedia entre el gigantismo de las instituciones públicas y la atomización del sector privado. En el futuro será necesario considerar cuidadosamente si la función de articulación puede ser cabalmente desempeñada por el ISES o si existe espacio para otras alternativas adicionales en cuanto a la organización de los proveedores.

La legítima competencia que se establecería entre los prestadores sería un acicate para aumentar la calidad de los servicios. Pero es preciso que antes de la apertura hacia la pluralidad se implanten programas de fortalecimiento de los prestadores y de la infraestructura regulatoria; además, la apertura deberá hacerse en forma gradual.

#### 4. Crear un Fondo Nacional de Salud Pública

Al descentralizar los servicios de salud para la población abierta la SSA se encuentra en mejor posición para ejercer la función rectora del Sistema Nacional de Salud que le confía la Ley General de Salud. De esta manera, sus actividades pueden centrarse en normar, planear, evaluar, supervisar y convertirse en una instancia de gestión financiera entre las instituciones de salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Además, puede orientar sus esfuerzos hacia la conducción del sistema basándose, sobre todo, en su capacidad reguladora.

Además de estas importantes funciones, la SSA tiene la responsabilidad de ejecutar los programas de salud pública que, con un enfoque poblacional, cuidan de la salud colectiva. Los programas específicos que deberán financiarse son los de atención primaria de la salud, de protección al ambiente y la salud ambiental, y de vigilancia epidemiológica. Asimismo, la SSA tiene que apoyar, promover y encauzar la investigación en salud y la formación de recursos humanos, y asegurar la producción de los insumos requeridos con la calidad necesaria. A fin de asegurar y dirigir los recursos indispensables para llevar a cabo estas cuatro funciones torales, (salud pública, investigación, recursos humanos e insumos), creemos necesaria la creación de un Fondo Nacional de Salud Pública que, al tiempo de dar un impulso a las funciones de la SSA, otorgaría transparencia al ejercicio del gasto en aquellos rubros del cuidado de la salud distintos de la atención médica y permitiría avanzar hacia un mejor equilibrio entre la prevención de riesgos y la reparación de daños establecidos.

#### 5. Dar incentivos a la participación del sector privado en el cuidado de la salud

Lejos de ser una estrategia de privatización, la prestación indirecta de servicios así como las varias modalidades de subrogación y la reversión de cuotas son herramientas costo-efectivas para adecuar el sistema de salud a

las necesidades y demandas legítimas de la población en cuanto a la calidad y oportunidad de los servicios médicos. La opción de la reversión de cuotas podría ser impulsada por las empresas que están dispuestas a invertir en la salud de sus empleados. La prestación plural de servicios de salud, a través de estos esquemas no pone en entredicho la responsabilidad del sector público de financiar y regular el cuidado de la salud, por lo que consideramos que las posibilidad de hacer uso de los mismos, consagrada en la nueva ley del Seguro Social, no sólo debe ser preservada sino promovida.

La medicina privada siempre ha tenido una presencia importante en México. Cabe mencionar que la gran mayoría de los médicos que laboran en instituciones públicas dedican parte de su esfuerzo a la práctica privada. Por lo que toca a los hospitales, una regulación adecuada que dé transparencia, claridad y seguridad a la inversión privada promovería la creación de una mejor infraestructura privada y, a su vez, la formación de instituciones articuladoras como las ISES.

Igualmente, podría haber espacio para la ubicación de clínicas privadas de nivel primario o de corta resolución para especialidades básicas en poblaciones pequeñas donde la pluralidad y la competencia no son posibles. En esos sitios, por ejemplo, una cooperativa de la población o de los prestadores de servicios, o algún grupo inversionista, podría operar una Organización Solidaria de Salud (SolSalud) a manera de franquicia. En este sistema cada una de las SolSalud sería autónoma, pero tendría que adoptar un modelo de gerencia común y, a cambio, obtener el apoyo del Estado para la procuración de insumos, el control de calidad, el sistema de información, la capacitación del personal y la referencia de pacientes. Por otra parte, cada

SolSalud se comprometería a mantener un nivel adecuado de calidad y eficiencia y a ofrecer, a cambio de una cuota familiar –contribución de la familia y un subsidio del Estado- un paquete de servicios esenciales a sus derechohabientes de acuerdo con la región del país. Idealmente, cada SolSalud debería registrarse por un patronato en el que participaran la comunidad, los prestadores de servicios y los usuarios.

El fortalecimiento del sector privado orientado hacia el mejoramiento de la capacidad de respuesta del sistema nacional de salud exige vigorizar la certificación de hospitales, de médicos especialistas y de escuelas de medicina que ya se ha iniciado a fin de desarrollar un instrumento efectivo que asegure la calidad de los servicios prestados.

#### Colofón

La reforma de salud en México, como en el resto del mundo, ha seguido un proceso en el que las medidas adoptadas hasta ahora favorecen la implantación de lo que falta por hacer. Este es, pues, un momento de oportunidad. Los avances en la reforma de salud de los últimos años nos permiten ahora llevar a cabo acciones necesarias para concretar un nuevo sistema de salud más justo, más eficiente y de mejor calidad. Sin duda este gradualismo en la reforma acerca lo viable a lo deseable. Es una gran oportunidad para lograr una mayor integración de funciones que facilite las respuestas eficientes de las instituciones frente a las necesidades de la población. El sector privado puede coadyuvar en este propósito pues está llamado a jugar un papel cada vez más importante en el esfuerzo de brindar a los mexicanos la atención a la salud consagrada en la Constitución.

## Mecanismos de Financiamiento en Beneficio de los Pobres Segunda parte

Sarah Bennett y Lucy Gilson<sup>1</sup>  
DFID Health Systems Resource Centre

### Introducción

La reforma del sistema de financiamiento de la atención a la salud es una parte medular del desarrollo del sector salud en los países de ingresos medios y bajos. En general los sistemas de atención a la salud dependen de una mezcla de mecanismos de financiamiento. El grado en que el sistema de financiamiento es pro-pobres depende fundamentalmente de cómo interactúan los diferentes mecanismos de financiamiento.

Las múltiples posibilidades de interacción entre los mecanismos de financiamiento no permiten hacer un análisis general sobre sus efectos pro-pobres. En ocasiones se considera que ciertos mecanismos son intrínsecamente pro o anti-pobres, pero la teoría y la realidad no siempre coinciden. El contexto y la manera en que se implementa cada mecanismo pueden provocar efectos distintos a los previstos.

No basta con asegurar un financiamiento pro-pobres. Las políticas de financiamiento deben estar apoyadas por buenas políticas de organización y prestación de la atención a la salud. Los aspectos de financiamiento y prestación de los servicios están íntimamente ligados. En especial, dar incentivos al acceso mejorando la calidad de la atención está muy ligado a cómo crear un sistema de financiamiento pro-pobres.

### Diseño e implementación de esquemas de financiamiento pro-pobres

Independientemente de los argumentos teóricos, el carácter pro-pobres de los mecanismos de financiamiento depende de manera esencial del diseño y la implementación de los diferentes esquemas. Por ejemplo, cuando se introduce un esquema de seguro social en el sector formal, es necesario plantear las siguientes interrogantes:

- ▶ ¿Cuál será la magnitud de los subsidios gubernamentales? ¿Puede el gobierno financiarlo y mantener niveles de financiamiento para el resto de la población?
- ▶ ¿Existen los insumos necesario de atención a la salud para la demanda generada por el nuevo esquema sin distraer recursos de los servicios para los pobres? En caso contrario, ¿qué planes se tienen para ampliar la oferta de esos insumos?
- ▶ ¿Cómo y cuándo será posible integrar a los grupos más pobres en el esquema?

Dentro de la mezcla de mecanismos de financiamiento del sector salud es especialmente importante incluir la preocupación por los pobres. La experiencia de América Latina habla de los problemas derivados del uso de sistemas diferentes de financiamiento para distintos grupos poblacionales. Los intentos actuales para enfrentar estos problemas enfatizan la necesidad de crear una aproximación coherente que promueva la integración entre los mecanismos en vez de su mayor fragmentación.

Las reformas financieras suelen implementarse en medio de crisis cuya exigencia central es obtener más dinero para el sector salud. Esto puede crear una urgencia que rara vez genera un resultado favorable para los pobres. La implementación de reformas al financiamiento de la atención a la salud que beneficien a los pobres requiere crear capacidades en varias dimensiones:

- ▶ Dar voz a los pobres en el proceso de diseño de políticas puede ayudar a asegurar que estas funcionen mejor para ellos. Aunque no es fácil, se puede dar un primer paso para incentivar una consulta amplia con grupos que representen y trabajen con los pobres, tales como ONGs, organizaciones religiosas y otros grupos de interés.
- ▶ Informar al público sobre las nuevas políticas y crear consenso sobre su racionalidad y la dirección de la reforma. Proveer información es fundamental para crear una retroalimentación para el desarrollo de las políticas.
- ▶ Desarrollar habilidades técnicas adaptadas a cada país para determinar el impacto de la mezcla y las interacciones entre los mecanismos de financiamiento y de reasignación de recursos. La participación de los implementadores en el diseño de las políticas puede mejorar la implementación.

- ▶ Desarrollar nuevas habilidades administrativas entre la gente que trabaja en el sistema de atención a la salud si se quieren evitar problemas como los subsidios cruzados y otros que se relacionan con la estimación de costos, la facturación, etcétera.
- ▶ Desarrollar nuevos sistemas administrativos y de información destinados a monitorear el efecto de las nuevas formas de financiamiento sobre los pobres, asegurar el mejoramiento de la calidad de la atención o la aplicación de mecanismos de exención de pago.
- ▶ Organizar las reformas del financiamiento en etapas que permitan usar la capacidad existente y adecuar los diferentes elementos de la reforma. Por ejemplo, los mecanismos de exención deben estar definidos antes de introducir cuotas. El desarrollo de una secuencia bien pensada de la implementación de la reforma es esencial para reformas complejas como los seguros sociales de salud.

### Uso de mecanismos de financiamiento para promover servicios adecuados y de alta calidad para los pobres

Uno de los métodos clave para el mejoramiento del acceso de los pobres a la salud mediante la reforma del sistema de financiamiento es elevar la calidad de los servicios tanto públicos como privados. Las cuotas a los usuarios y los seguros basados en la comunidad pueden hacerlo directamente dando más recursos para la prestación de servicios a los pobres. Los seguros social y privados lo pueden hacer indirectamente al liberar recursos gubernamentales anteriormente usados por los sectores de mayores ingresos.

<sup>1</sup> Programa de Economía y Financiamiento de la Salud de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

A pesar de lo que se suele pensar, la recaudación de ingresos suplementarios no es la mejor forma de elevar la calidad de los servicios. Para ello son mucho más eficaces las reformas organizativas que implica la implementación de la recaudación. Por su parte, los ingresos provenientes de las cuotas de los usuarios o de los seguros basados en la comunidad pueden ser un catalizador del desarrollo de comités comunitarios de salud y otras organizaciones responsables de la administración de la atención a la salud. Dar a esos comités un papel en la administración de los fondos puede ser un mecanismo eficaz para implicarlos en la toma de decisiones a nivel local.

Es más probable que los seguros basados en la comunidad mejoren la calidad de los servicios para los pobres más que las cuotas a los usuarios. Los fondos comunes pueden usarse para negociar con los prestadores de servicios obteniendo garantías de calidad, especialmente si se compra a prestadores privados.

El mejoramiento de la calidad de la atención para los pobres en base a los esquemas de seguro social, depende en gran medida de que los pobres tengan o no cobertura. No obstante, las reformas organizativas asociadas a esos esquemas implican mejorías de las cuales los pobres pueden beneficiarse aun cuando no estén cubiertos por el seguro social, pues de todos modos usan las mismas instalaciones que los asegurados. Por otra parte, la información sobre la acreditación de los prestadores puede ayudar a los pobres no asegurados en la toma de decisiones. Sin embargo, los diseñadores de políticas deben tomar en cuenta que los prestadores pueden aumentar las cuotas para los no asegurados a fin de resarcirse del mantenimiento de cuotas bajas para los asegurados, como ha sucedido en los Estados Unidos.

### Diseño e implementación de mecanismos de exención

A menos de que existan verdaderos mecanismos de exención, tanto las cuotas a los usuarios como los seguros basados en la comunidad pueden afectar a los más pobres. Los errores cometidos en las implementaciones realizadas hasta la fecha obligan a considerar:

- ▶ Los políticos y los funcionarios deben dar prioridad a los mecanismos de exención;
- ▶ Se deben evitar las acciones que se convierten en incentivos para no exentar, tal vez mediante fondos para financiar las exenciones, por ejemplo.

- ▶ Difundir los criterios de exención entre los trabajadores de la salud y la población permitiendo flexibilidad en la implementación para permitir la adaptación a las respuestas locales dentro de límites claros de la autoridad central.
- ▶ Definir criterios claros para la elegibilidad entre pobres y no pobres monitoreando el desempeño de los mecanismos de exención.
- ▶ Incentivar la participación de la comunidad, los trabajadores de la salud y empleados entrenados ex profeso para la elección de quienes tienen derecho a la exención.
- ▶ Evitar que grupos de no-pobres como servidores públicos se anoten en las exenciones pero reconocer que ciertos grupos menos pobres, especialmente dentro de las comunidades, sí lo hagan a fin de ganar apoyo para los mecanismos de exención.

### Monitoreo y evaluación del impacto sobre los pobres

Es importante investigar los factores que limitan la implementación de políticas pro-pobres mediante procesos de monitoreo y hablando con los implementadores y el público. Para ello podemos considerar la siguiente lista de:

### Indicadores Potenciales del Impacto de la Reforma del Financiamiento a la Salud Sobre los Pobres

Distribución del uso y el gasto

- ▶ Distribución del uso de servicios y gasto en atención a la salud por grupo socioeconómico en servicios públicos y privados.
- ▶ Distribución de prestadores e instalaciones (por ejemplo, porcentaje de instalaciones en áreas rurales)

Accesibilidad financiera

- ▶ Precio de servicios de salud específicos como porcentaje del ingreso familiar

Exenciones

- ▶ Porcentaje de casos exentos
- ▶ Características económicas y sociales de los exentos

Indicadores para los sistemas de salud que cuentan con un sector de seguros

- ▶ Cobertura de los seguros para grupos en desventaja
- ▶ Características económicas, sociales y geográficas de los asegurados y los no asegurados
- ▶ Subsidios cruzados existentes entre los diferentes fondos de seguros
- ▶ Tasas de utilización por parte de los asegurados y los no asegurados (de ser posible anotando características tales como sexo y género).

Lecciones Fundamentales

- ▶ No tiene sentido determinar si un mecanismo de financiamiento aislado es pro-pobres. Lo importante es analizar las mezclas en su interacción dentro del contexto de la asignación de recursos y la organización.
- ▶ Los muy pobres no pueden realizar ninguna aportación financiera importante para los servicios de salud: los gobiernos deben asegurar la atención a la salud para ellos y especialmente para su atención hospitalaria, a través de pago directo proveniente de ingresos por impuestos, o de subsidios cruzados en sistemas basados en seguros.
- ▶ El gobierno debe jugar un papel importante en la protección de los pobres, no sólo financiando los servicios de atención a la salud, sino definiendo marcos de regulación y políticas para las diversas formas de financiamiento.

- ▶ Las cuotas a los usuarios y los seguros basados en la comunidad no tienden a ser equitativos ni sustentables si funcionan como la fuente principal de financiamiento de la salud. A fin de proteger los intereses de los pobres, deben ser vistos sólo como un medio para completar otros sistemas de financiamiento tales como ingresos de impuestos y seguro social de salud.
- ▶ Dados los grandes problemas para la equidad que implican los seguros privados y la dificultad para establecer un marco de regulación eficaz para esta industria, sólo en raras ocasiones deben ser incentivados.
- ▶ Aun cuando un sistema de financiamiento tenga un diseño original pro-pobres, es importante pensar en la factibilidad de su implementación. En la práctica, las presiones políticas para la asignación de recursos para los pobres y las capacidades limitadas del gobierno pueden minar la implementación real de esquemas de exención para los pobres o impedir las mejoras de calidad.
- ▶ El acceso de los pobres a la atención a la salud puede ser limitado por una atención de



mala calidad, los elevados costos del transporte, tiempos de espera muy largos y horarios inconvenientes. Las reformas financieras que benefician el mejoramiento de estos aspectos de la calidad a un costo moderado, especialmente comparados con la atención hospitalaria, con seguridad benefician a los pobres.

- ▶ Los mecanismos de exención son muy difíciles de diseñar e implementar pero merecen mucho más atención de la que se les ha prestado.
- ▶ El desarrollo eficaz y la implementación de políticas de financiamiento pro-pobres nunca es resultado de una sola acción sino de una aproximación sostenida que permita la

adaptación a lo largo del tiempo como respuesta a la experiencia y a las circunstancias cambiantes. Es esencial dar atención especial a las estrategias que construyen y mantienen el apoyo a las políticas a lo largo del tiempo, lo mismo que a las adaptaciones en el diseño de políticas.

- ▶ Los mecanismos de financiamiento pro-pobres sólo pueden desarrollarse con una adecuada comprensión de las circunstancias, necesidades y potencial de la gente pobre. Se debe encontrar la manera de recoger su punto de vista y su experiencia como una de las bases para desarrollar y comprobar las políticas.
- ▶ La peor pérdida que pueden sufrir los pobres como consecuencia de la enfermedad es la pérdida de su trabajo. los ministerios de salud deben trabajar muy cerca de los de bienestar social a fin de desarrollar esquemas que mitiguen los costos indirectos de las enfermedades graves.

# El Modelo de Seguridad Social Nicaragüense en Transición

**Gerard M. La Forgia**

**Banco Mundial**

**Roberto Gutiérrez**

**Instituto Nicaragüense de Seguridad Social**

El debate actual en torno a la política sanitaria nicaragüense se centra en el llamado Modelo de Salud Previsional (MSP) y las posibilidades de usarlo para ampliar la cobertura a las poblaciones pobres. El MSP representa un cambio radical en el modo de financiar, organizar y prestar la atención sanitaria en Nicaragua. Antes de su lanzamiento en 1994, todo el financiamiento público para la asistencia sanitaria se canalizaba a través de un sistema de "mando" centralizado en el cual las instalaciones médicas eran propiedad de una sola institución estatal, el Ministerio de Salud (MINSa), que también era el responsable exclusivo de su explotación. A través de un sistema presupuestario pasivo, el MINSa compraba directamente todos los insumos siendo simultáneamente comprador, asegurador y proveedor de todos los servicios de atención a la salud.

La implantación del MSP en 1994 permitió al INSS recuperar el control institucional del uso de los fondos derivados de la porción del impuesto sobre rentas del trabajo destinada a sanidad que anteriormente se canalizaban al gobierno central y, en teoría, eran traspasados al presupuesto del MINSa. El MSP consiste en un sistema de compra activo en el cual el INSS contrata a diversas organizaciones proveedoras de atención sanitaria públicas y privadas para que presten un conjunto definido de servicios a sus beneficiarios. El pago a estas organizaciones se realiza en base a un sistema de capitación.

La implementación del MSP en el contexto de la transición de una economía de planificación central hacia una orientada por el mercado luego de una década de deterioro a raíz de la guerra civil, la hiperinflación y el embargo comercial no fue una tarea fácil. El MSP cuestionaba la identidad y la estructura del sistema de asistencia sanitaria nicaragüense y representaba un cambio importante respecto a los incentivos económicos que lo impulsaban. Los responsables del INSS tuvieron que navegar por las turbulentas aguas políticas, económicas y jurídicas propias de cualquier empresa que implica un importante cambio sistémico e institucional. Sin embargo, a pesar de los obstáculos, el MSP resultó todo un éxito en términos del volumen de beneficiarios, el número de proveedores y las encuestas de pacientes.

Antes de la implantación del MSP, el MINSa era el proveedor más importante de atención a la salud. Cubría 70% de la demanda de atención médica ambulatoria y casi toda la atención hospitalaria, y captaba aproximadamente el 60% del gasto total en salud. Los pobres eran los principales usuarios del MINSa. Como resultado de la introducción del MSP, un sector privado en rápida expansión llegó a cubrir aproximadamente el 30% de la demanda de atención ambulatoria captando casi el 40% del gasto en salud.

## Los orígenes del MSP

Durante el régimen sandinista (1979-1990) se creó el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) con el cual la prestación, administración y organización de los servicios de atención a la salud fueron centralizados en el MINSa. Debido en parte a un financiamiento escaso, pero también a mala organización y gestión, la oferta y la calidad de los servicios se deterioraron. Con la salida del régimen sandinista en 1990, el nuevo Gobierno quería explorar modelos alternativos para una asistencia sanitaria financiada por la Seguridad Social más acorde con la "economía de mercado", la "descentralización operativa" y la "democracia participativa". Los modelos propuestos desencadenaron un acalorado debate ideológico. El INSS, junto con altos funcionarios y empleadores privados, quería convertirse en un comprador de servicios de proveedores públicos y privados. Algunos grupos se oponían vigorosamente a cualquier

propuesta que supusiera la fragmentación del SNUS y la reestratificación de la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos. Otros grupos estaban dispuestos a aceptar el papel del INSS como comprador, pero sólo a los proveedores del MINSa. De este debate surgió el MSP, cuyas características principales son:

1. El INSS conserva la porción destinada a sanidad del impuesto sobre rentas del trabajo.
2. El INSS compra los servicios a proveedores públicos y privados.
3. El MINSa puede crear empresas públicas en sus redes de proveedores.
4. El MINSa define un paquete de servicios y negociaba su costo con el INSS.
5. El INSS paga el paquete sobre una base per capita.
6. Los empleadores son responsables de incluir a sus empleados como colectivo en las empresas proveedoras.

El conjunto de estos elementos puso los cimientos del modelo MSP, a saber: a) la separación de las funciones de financiamiento y prestación; b) las compras activas a través de contratos y c) la aplicación de un sistema de pago de base poblacional (capitación). Desde un punto de vista operativo, el modelo consiste en un solo asegurador y comprador (INSS) que contrata sistemas asistenciales privados y públicos para que ofrezcan un paquete definido de prestaciones a una población beneficiaria.

### Crecimiento del MSP

Tras un Decreto Presidencial, el INSS implementó el MSP a partir de 1994. El MINSA diseñó y calculó el costo de un paquete de servicios y el pago capitado se fijó en 9.30 dólares US por afiliado y por mes. El INSS contrató a dos firmas públicas afiliadas con instalaciones del MINSA y nueve empresas privadas, las cuales se denominaron EMP.

Después de haber pasado por dos años de estancamiento a finales de los ochenta y principios de los noventa, el número de empleadores inscritos en el régimen integral del INSS, que financiaba el MSP, se incrementó en un 60% en 1994. Entre 1994 y 1999 las altas de inscritos en el nuevo sistema de seguridad social aumentaron en 160%, mientras el número de EMP casi se cuadruplicó pasando de 11 a 41: 34 EMP privadas y 7 públicas repartidas por todo el país.

### Prestaciones

El paquete de prestaciones incluido en el sistema fue diseñado originalmente por el MINSA en 1994. Los criterios utilizados para definir el paquete estaban relacionados con los servicios disponibles en el MINSA y su accesibilidad para el INSS. Utilizando la 10ª clasificación revisada de enfermedades (OMS/OPS), el MSP especifica las patologías, tratamientos, procedimientos quirúrgicos, pruebas diagnósticas y medicamentos (incluso las dosis) cubiertos. Los procedimientos y las pruebas diagnósticas de alto costo deben ser aprobados previamente por el INSS. El sistema aplica una larga lista de exclusiones, entre otros los procedimientos caros, las enfermedades crónicas y algunas condiciones catastróficas. Excepto las inmunizaciones y la atención prenatal, no se cubren los servicios preventivos, incluidas las revisiones médicas. Tampoco se cubren los servicios dentales ni oftalmológicos. Los asegurados que

precisan servicios no cubiertos por el MSP los pagan de su propio bolsillo o los solicitan en instalaciones gratuitas del MINSA.

### Beneficiarios y altas

Bajo el sistema original se proporcionaba cobertura al beneficiario, a su cónyuge para asistencia de maternidad y a sus hijos hasta los dos años de edad. En 1995 se amplió la cobertura para incluir a los niños hasta los seis años de edad. Los dependientes representan el 45% de la afiliación total del sistema. Como es típico de los sistemas de seguridad social basados en el impuesto sobre la renta, los afiliados representan un segmento relativamente acomodado de la población nicaragüense.

Los distintos programas del INSS cubrían aproximadamente al 7% de la población y al 25% de la fuerza laboral, pero no todas las personas incluidas en el INSS eran afiliados del MSP. Para poder afiliarse a este, los asegurados deben contribuir al "régimen integral" opcional que incluye cobertura sanitaria.

Los asegurados del INSS que contribuyen al sistema pueden inscribirse libremente en la EMP de su elección pudiendo cambiar de EMP una vez al año. El INSS facilita folletos explicativos del plan de prestaciones, pero al afiliación es responsabilidad de las EMP. Estas inscriben directamente a los clientes y luego notifican al INSS. Muchas EMP organizan campañas de afiliación y publicidad que constituyen la principal fuente de información sobre el MSP. Una encuesta reciente sugería que los afiliados estaban poco o incorrectamente informados acerca de sus derechos y la cobertura asistencial.

Una encuesta realizada por el INSS en 1998 reveló niveles altos de satisfacción por parte de los afiliados (80% o superior) con la atención médica, la afiliación y las prestaciones, aunque niveles inferiores de satisfacción (60%) con la cobertura para los hijos.

La atención médica y las instalaciones también recibieron una calificación alta, pero el INSS recibió puntuaciones bajas (niveles de satisfacción del 44%) respecto a las prestaciones farmacéuticas.

### Financiamiento y gastos

El MSP forma parte de la rama de seguro de enfermedad y maternidad (RSEM) del INSS. Esta rama se financia a través de un impuesto sobre rentas de trabajo del 8.5% conocido como la "cuota técnica". Esta cuota también es la fuente de financiamiento para los subsidios relativos a las bajas por maternidad y enfermedad. Los pagos a las EMP por atención médica representan aproximadamente dos tercios del gasto de las RSEM, mientras el resto se reparte entre costos administrativos y prestaciones pecuniarias.

La RSEM tenía un superávit anual que en promedio ascendía a casi el 50% del gasto. Entre 1994 y 1999 el RSEM acumuló un "ahorro" que se traspasaba a la rama subfinanciada de pensiones para sufragar su déficit crónico. El gasto relativamente bajo del MSP constituía la principal causa del superávit observado. En comparación el gasto en el modelo asistencial directo presandinista, el MSP había reducido costos. Al comparar dos períodos de cinco años, 1974-78 y 1994-98, el gasto real por afiliado había bajado casi un 40% (de 274 a 167 dólares per capita). Del mismo modo, mientras el gasto total del INSS se triplicó entre estos dos períodos, el gasto sanitario como porcentaje del gasto total bajó aproximadamente del 70% a menos del 30%. Existen varias hipótesis para explicar por qué han bajado los costos, que incluyen mejoras de la eficiencia, la exclusión de prestaciones del paquete y la derivación masiva de pacientes al MINSA.

### Sistema de pago

El INSS paga a las EMP un precio capitado de 11.10 dólares por afiliado y mes (papm). El precio fue fijado por el INSS y se aplica a todas las EMP. La fórmula para calcular el precio de capitación se desarrolló en 1994 y se basaba en los costos unitarios del MINSA para cada uno de los servicios cubiertos, ajustados para las tasas de utilización por los asegurados del INSS. En 1996, el importe de 9.30 dólares papm se incrementó, en parte para tener en cuenta la inflación y para facilitar la ampliación de la cobertura a los niños (de 2 a 6 años de edad). El incremento no se basó en otros análisis de costos o actuariales.

A pesar de la ausencia de ajustes de riesgo, no había indicios de una selección del riesgo por parte de las EMP o una selección adversa por los

afiliados de las mismas. El perfil demográfico de los afiliados así como el número de dependientes, varían poco entre las EMP y no parecen estar influidos por el tamaño de la EMP, años de actividad, situación y propiedad (pública o privada). Las tasas de utilización de servicios hospitalarios y ambulatorios por los asegurados afiliados y sus dependientes tampoco muestran mucha variación entre ellas.

### Selección y contratación de EMP

La selección de las EMP por parte del INSS se realizó mediante una estrategia de contratación abierta en la cual se ofrecía un contrato a cualquier organización que cumpliera con un determinado nivel mínimo. Este enfoque pretendía facilitar los objetivos del INSS de ampliar la cobertura y acceso, además de estimular el mercado de proveedores. Según el INSS, aplicar un proceso de licitación o una estrategia de contratación selectiva habría sido inapropiado debido a la inmadurez del mercado de las EMP.

El proceso de certificación se enfocaba en la viabilidad financiera de la EMP y en la capacidad de su red de proveedores para hacer efectivo el paquete de prestaciones. La primera consistía en un análisis de mercado que proyectaba los ingresos en base a supuestos respecto al número de afiliados. La segunda valoraba la capacidad médica en términos de infraestructura, equipamiento y personal. Las EMP también debían demostrar su constitución como empresa además de tener un capital social mínimo. Los requisitos a nivel de desempeño (es decir calidad y control de la utilización) y organización no eran elementos importantes del proceso de certificación.

Las EMP que no cumplen con las condiciones contractuales se hacen acreedoras a sanciones que van desde advertencias hasta multas o la rescisión del contrato. El INSS ha sancionado a más de 30 EMP por infracciones leves y moderadas y a tres por infracciones graves. Se ha rescindido el contrato de siete EMP.

### Las EMP y sus redes de proveedores

De acuerdo con su relación con su red de proveedores, las EMP se dividen en tres categorías:

- a) proveedores internos, es decir que controlan y explotan su red de proveedores;
- b) proveedores externos y



- c) combinación de prestación interna y externa.

Aproximadamente dos tercios de las EMP corresponden al modelo mixto y muy pocas recurren únicamente al modelo externo. De las 41 EMP, 17 se ubican en Managua, donde se localiza la mayoría de los asegurados del INSS. Sin embargo las EMP están presentes en casi todas las ciudades secundarias y, en algunos casos, los asegurados pueden escoger entre dos o más EMP. En 1999 más de la mitad de los afiliados de EMP estaban inscritos en empresas privadas, frente al 20% de 1994.

Obligadas a ocuparse del financiamiento y la prestación de los servicios de atención a la salud, las EMP son responsables clínica y fiscalmente de hacer efectivas las prestaciones, pero su responsabilidad respecto a los resultados y el estado de salud de los afiliados es menos clara. En parte debido a que no se les exigen informes de calidad, no han desarrollado programas de gestión médica o de garantía de calidad. En general dan poca prioridad a los servicios preventivos, pero prestan más servicios ambulatorios que el MINSA.

Las características estructurales del MSP, como paquete limitado de prestaciones, y el elevado número de exclusiones, ha permitido a las EMP soslayar el riesgo. La incidencia de infracciones sugiere que las EMP evitan el riesgo adicional reduciendo la gama de servicios (incluidos) que reciben los afiliados. Sin embargo, estas mismas características estimulan poco a las EMP para seleccionar afiliados de bajo riesgo o evitar los de alto riesgo. Un estudio reciente no encontró ningún indicio de que las EMP buscaran a los afiliados más rentables. Comparado con el sistema asistencial directo presandinista, el número de servicios prestados a los asegurados por las EMP disminuyó bajo el MSP. Sin embargo, no existen pruebas de que las EMP hubieran introducido programas activos de gestión del riesgo que hubieran contribuido al aumento en la eficiencia. Por ejemplo, casi todos los médicos cobran sueldos fijos sin deducciones, primas u otros sistemas que involucren a los proveedores en la contención de los costos.

El MSP es todavía una obra inacabada y su crecimiento rápido ha hecho aflorar una serie de problemas de diseño, organización y estructurales que podrían poner en peligro la viabilidad futura del sistema. Sin embargo, ya ha logrado una redefinición fundamental del papel del gobierno en el sector salud de Nicaragua, al atender a una parte de la población anteriormente atendida por el MINSA, lo cual hace posible verlo como una institución hermana de este. Los políticos y las agencias internacionales pueden ver en el MSP una plataforma alternativa para reformar la asistencia sanitaria basada en el MINSA, desarrollar un sistema más pluralista y competitivo, y ampliar la cobertura a la población no protegida.

## Monitor de la Salud en las Américas 1998

### Datos demográficos seleccionados de 12 países de América Latina y el Caribe, 1998

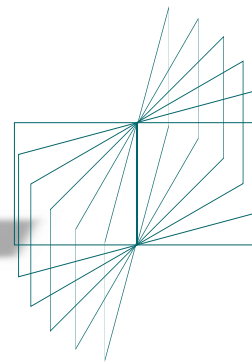
País	Población (millones) 1998	Población urbana %	Esperanza de vida al nacer	Natalidad	Tasa global de fecundidad <sup>1</sup>	Mortalidad infantil por mil nacidos vivos	Mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	Riesgo de muerte materna <sup>2</sup>
Argentina	36.1	89	72	19	2.5	22.2	50	290
Bolivia	8.0	58	60	36	4.8	75.0	650	26
Brasil	162.1	76	67	22	2.5	43.0	220	130
Colombia	38.6	71	69	27	3.0	28.0	100	300
Chile	14.8	85	75	19	2.4	11.1	44	490
Ecuador	12.2	61	69	28	3.6	40.0	150	150
El Salvador	5.8	50	69	29	3.9	41.0	300	65
México	97.5	74	72	27	3.1	28.0	110	220
Nicaragua	4.8	63	66	38	4.6	46.0	160	100
Paraguay	5.2	52	69	32	4.4	27.0	160	120
Perú	26.1	71	69	28	3.5	43.0	280	85
Rep. Dominicana	0.1	—	—	19	2.0	16.2	110	230
<b>Región</b>								
América Latina y el Caribe	500	72	69	25	3.0	36.0	—	—
América del Sur	331	76	69	24	2.8	37.0	—	—
Caribe	37	60	68	22	2.8	40.0	—	—
América Central	132	66	71	29	3.4	32.0	—	—

<sup>1</sup> Número de hijos promedio por mujer durante todo su período reproductivo

<sup>2</sup> Riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva (15-49 años): 1 en x mujeres. Ejemplo: 1 en 3000 es riesgo bajo, 1 en 100 es riesgo alto.

Fuentes: PRB, 1998; *Cuadro de la Población Mundial. Edición en folleto*; OMS/BM.

# Páginas de la Reforma



## Publicaciones Recientes

- Almeida Filho, Naomar. Inequalities in Health Based on Living Conditions. Research Coordination Program Health and Human Development Division, OPS/OMS Junio 2000. Disponible en Internet como archivo PDF [153p.] en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDR/HDR/series19.pdf> <http://www.paho.org/English/HDP/HDR/HDR/series19.pdf>
- Bloom, Gerald y Hilary Standing. Pluralism and Marketisation in the Health Sector: Meeting Health Needs in Contexts of Social Change in Low and Middle Income Countries. Sussex, Gran Bretaña: IDS Working Papers - 136, Institute of Development Studies, University of Sussex, 2001. Disponible en Internet como archivo PDF [35p.] en: <http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp136.pdf>
- British Medical Journal. Private health care in developing countries. If it is to work, it must start from what users need. BMJ 2001; Septiembre, 2001. Disponible en Internet en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7311/463>
- Karl, Theodore y Althea Dianne La Foucade. The Impact of HIV/AIDS on Social Safety Nets: What Can the Caribbean Expect? SanAgustin. Trinidad y Tobago. heus@trinidad.net : Health Economics Unit. The University of the West Indies, 2001
- Public Policy and Health Program. Fact Sheet on Health Inequalities in Jamaica Health and Human Development Division, OPS/OMS. Julio 2001 Disponible en Internet como archivo PDF [18p.] en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/HDD-Jam.pdf>
- Wagstaff, Adam. Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide? Sussex, Gran Bretaña: El Banco Mundial, Universidad de Sussex. Septiembre, 2001. Disponible en Internet en: <http://newweb.www.paho.org/English/HDP/HDD/wagstaff-01.PDF>

## Sector privado y salud en Costa Rica

Situado en el contexto de la Reforma del Sector Salud de Costa Rica, este estudio se enfoca al análisis del papel que está jugando y puede jugar el sector privado en la provisión y el financiamiento de los servicios de salud. Los autores analizan tanto la situación actual como las posibilidades de desarrollo de un sistema de salud que ha sido caracterizado como eminentemente público y en el cual, si bien la participación del sector privado es aún marginal, durante los últimos diez años se ha registrado un importante crecimiento de la misma.

Costa Rica cuenta con un Seguro Estatal de Salud que cubre prácticamente a toda la población, de modo que el reto más importante que enfrenta en este campo es el de mejorar la eficiencia de todo el sistema, tanto en el sector público como en el privado. Entre los problemas identificados por el estudio, destacan la debilidad estructural de la rectoría del sector y la ausencia de un sistema de regulación económica específico capaz de enfrentar las distorsiones inherentes a los mercados de servicios de salud.

El estudio analiza el papel del sector privado desde cuatro perspectivas complementarias: 1) los patrones de utilización de servicios públicos y privados; 2) los flujos de gasto entre entes financieros, compradores y proveedores del sistema; 3) los resultados obtenidos en las experiencias de contratación de servicios privados a través del Seguro Nacional de Salud; y 4) las características del marco regulatorio y de rectoría del sistema.

La obra describe la organización del sistema de salud de Costa Rica y la Reforma que está en marcha desde inicios de la década de 1990. Analiza la utilización del sistema de acuerdo con la Encuesta de Hogares de 1998 comparando resultados con la de 1993 y constata la concentración de los servicios privados en la atención ambulatoria. También analiza el gasto nacional en salud a través de la construcción de un juego de Cuentas Nacionales de Salud para 1998 siguiendo la metodología desarrollada por la OCDE. En otra sección se analiza la provisión por parte del sector privado de los servicios para los grandes compradores estatales: la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros. Los autores analizan el tema de la rectoría y la regulación estatal de las actividades del sector privado en el campo de la salud. El estudio finaliza con la presentación de una síntesis de los principales resultados obtenidos y plantea algunos de los dilemas de política para contribuir al mantenimiento y la superación de los niveles de atención a la salud que actualmente disfruta la población costarricense.

El estudio finaliza con la presentación de una síntesis de los principales resultados obtenidos y plantea algunos de los dilemas de política para contribuir al mantenimiento y la superación de los niveles de atención a la salud que actualmente disfruta la población costarricense.

**El sector privado en el sistema de salud en Costa Rica**  
**Fernando Herrero, Fabio Durán**  
**Unidad de Estudios Especiales.**  
**Secretaría Ejecutiva**  
**CEPAL. ECLAC. Naciones Unidas**  
**Santiago de Chile, abril de 2001**



## Enfermedades mentales: Nueva comprensión, nueva esperanza

Tal es el lema y el tema básico del informe anual de la Organización Mundial de la Salud 2001 dedicado a las enfermedades mentales. En su mensaje introductorio, la Dra. Gro Harlem Brundtland, insiste: en nuestras comunidades hay lugar para todos. Y enfatiza la imperiosa necesidad de reconocerlo en el caso de quienes padecen de trastornos mentales.

La OMS hace una afirmación sencilla: la salud mental – largamente soslayada – es crucial para el bienestar global de los individuos, las sociedades y los países y debe ser universalmente considerada desde una nueva perspectiva.

El reporte parte de los principios aceptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas hace ya una década: 1) ninguna persona será discriminada por padecer enfermedades mentales; 2) en la medida de lo posible, todos los pacientes tendrán derecho a recibir tratamiento y atención en su propia comunidad y 3) todos los pacientes tendrán derecho a recibir atención en el ambiente menos restrictivo posible y mediante el tratamiento menos *invasivo* posible.

Algunos datos son especialmente reveladores. Las estimaciones actuales hablan de 450 millones de seres humanos que sufren por diversos tipos de trastornos mentales, neurológicos o psicológicos. La depresión severa es una de las principales causas de incapacidad y en veinte años puede convertirse en la segunda causa global de enfermedad. Se calcula en 70 millones el número de individuos que dependen del alcohol, cerca de 50 millones padecen de epilepsia, otros 24 millones padecen de esquizofrenia. Cada año, un millón de personas se suicidan y entre 10 y 20 millones tratan de hacerlo. Además, una de cada cuatro personas se verá afectada por algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Como se puede intuir, el peso económico y social de las enfermedades mentales es gigantesco.

El reporte presenta información relacionada con afecciones comunes y que suelen causar incapacidad severa: desórdenes ligados a la depresión, esquizofrenia, retraso mental, desórdenes propios de la infancia y la adolescencia, dependencia al alcohol y las drogas, enfermedad de Alzheimer y epilepsia. El informe analiza la eficacia de la prevención y la disponibilidad y los obstáculos al tratamiento, así como los niveles de provisión y la planeación del tratamiento. Finalmente, el informe define las políticas necesarias para acabar con el estigma y la discriminación y para implementar el financiamiento y los métodos efectivos de prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales.

del tratamiento. Finalmente, el informe define las políticas necesarias para acabar con el estigma y la discriminación y para implementar el financiamiento y los métodos efectivos de prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales.



**World Health Report 2001. Mental Illness**  
**WHO, Ginebra, 2001**

# Noticias

## Foro Regional de Liderazgo en Salud Cartagena, Colombia, Octubre 18 y 19, 2001

En un momento interesante del desarrollo de la reforma de los sistemas de salud en América Latina se llevó a cabo el *Foro Regional de Liderazgo en Salud* con la participación de ministros y representantes ministeriales así como de expertos en el tema de 12 países de la región. El objetivo del foro era proporcionar un espacio de deliberación y discusión a tomadores de decisiones y estudiosos con el fin de intercambiar experiencias y lograr un aprendizaje compartido. El foro fue abierto por la Ministra de Salud de Colombia, Dra. Sara Ordóñez, quien en su exposición planteó la problemática en la que se encuentra el sistema de salud de su país en la actualidad.

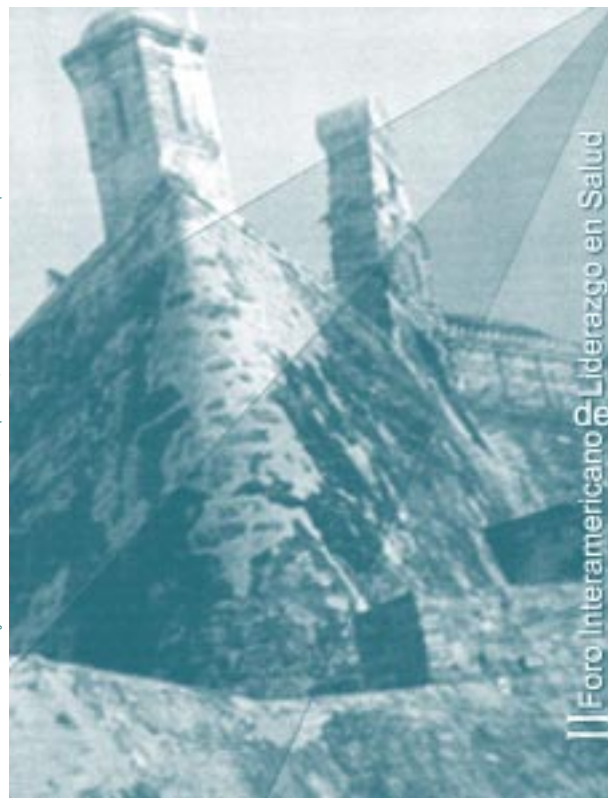
Como es sabido, Colombia llevó a cabo una reforma ambiciosa de su sistema de salud cuyo desarrollo ha sido monitoreado muy de cerca por diversas instituciones en la región. El problema que enfrenta la reforma estriba en el hecho de que el sistema reformado ligó su sustento financiero al desempeño de la economía y la incorporación de la fuerza de trabajo al mercado laboral. Además de que el sistema tenía una base solidaria que permitía la transferencia de recursos desde el fondo de aportación al fondo que financia la salud de los que no aportan. Los pronósticos del desempeño económico con los cuáles se inició la reforma no se han cumplido, siendo de hecho bastante negativos, en particular a lo referente al desempleo, que alcanza el 20% de la fuerza de trabajo en el país. Así las cosas, al tiempo que mantiene su principio de solidaridad, el sistema se descapitaliza, pues tiene que enfrentar las demandas cada vez mayores de una población que ha entrado en un proceso de envejecimiento con el consecuente incremento de la demanda de atención para enfermedades de largo plazo y alto costo. El equilibrio financiero del sistema está a punto de perderse y las medidas que se tienen que tomar para no llegar al déficit están siendo exploradas en un contexto en que los tiempos para tomar las decisiones adecuadas son muy cortos.

La situación colombiana sirvió como punto de arranque para analizar las experiencias de otros países. Entre los temas abordados destacan la descentralización en Brasil y Colombia así como los lineamientos del nuevo programa de salud de México y el mecanismo de financiamiento del sistema de salud de Costa Rica. También se revisó un tema clave y que ha sido poco abordado: el sistema de información y su utilidad en el contexto de la reforma, para lo cual los casos de Chile y Colombia fueron tomados como ejemplos. Además, se presentaron dos metodologías: el peso de la enfermedad y las cuentas nacionales. En ambos casos los presentadores puntualizaron su utilidad en el proceso de toma de decisiones en el contexto de la reforma. Dos presentaciones especiales llamaron la atención de los participantes en el foro. La primera, a cargo del Dr. Alfredo Solari, versó sobre el papel que debería jugar el Banco Interamericano de Desarrollo en los procesos de

reforma y la segunda estuvo a cargo de la Dra. Felicia Knaul, quien expuso el proyecto para el aseguramiento de poblaciones que viven en condiciones de pobreza en México.

Por último, la discusión abierta permitió conocer también los avances de la reforma en otros países representados como Ecuador, Panamá, Bolivia y Guatemala. Podemos decir que independientemente del grado de avance de la reforma en cada país, la discusión de los temas permitió identificar la necesidad del aprendizaje compartido a partir de las experiencias, el valor de los instrumentos para guiar la reforma y su uso adecuado, la necesidad de revisar los marcos conceptuales que dan sustento a las reformas, poner en su justa dimensión el papel de los sistemas de información y ampliar la base de participación de los diferentes actores en la reforma del sistema de salud.

Diseño: Sergio Andrés Yepes. Núcleo Expansivo. 2001



## Citas con la Reforma

**EUROLAC Forum Managing Health Systems for Better Health  
The Stewardship Function of Health Ministries - Forum on  
Health Sector Reform**

**4to Foro EUROLAC: Gestionando la Mejora de Salud: La  
Función de Rectoría de los Ministerios de Salud**

Febrero 20 - 22, 2002

Málaga, España

**Quality In Primary Care  
Calidad de la Atención Primaria**

Febrero 28 - Marzo 2, 2002

Gold Coast, Queensland, Australia

**3rd Annual International Workshop on: Creating and Using  
National Health**

**Accounts for Health Finance Reform**

**Tercer Taller Internacional Anual: Creando y Usando**

**Cuentas de Nacionales de**

**Salud para la Reforma Financiera en el Sector**

Marzo 12 - 22, 2002

Stowe, Vermont, EUA

**2nd Annual International Workshop on: Making  
Decentralization Work:**

**Tools for Health Policy Makers and Managers**

**Segundo Taller Internacional Anual: Haciendo que la  
Descentralización Trabaje: Herramientas para Tomadores de  
Decisión y Directivos de Salud -**

Mayo 13 - 24, 2002

Stowe, Vermont EUA

**Performance Measurement and Management: Research and  
Action Conference**

**Administración y medición del desempeño: Conferencia  
sobre investigación y acción**

Julio 19, 2002

Boston, MA, EUA

**XIV International Conference on AIDS**

**XIV Conferencia sobre SIDA**

Julio 6 -10, 2002

Barcelona, España

## 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  
Victor Becerril • Editor  
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial  
Alejandro López Franco • Asistente Editorial

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