

Sindicatos y Reforma del Sector Social en América Latina¹

Daniel Maceira²

M. Victoria Murillo³

Reflexiones / 4

Políticas de Salud en América Latina:
Temas, Tendencias y Retos
Abel / Lloyd-Sherlock

Panorama / 7

Gasto y
Financiamiento en
Salud: Situación y
Tendencias
Molina y cols.



●
Evolución Institucional de los Seguros
de Salud en América Latina:
El Caso de la Argentina

Jack

Monitor de la Salud / 12

Estructura y Datos Relevantes
del Sistema de Salud Brasileño

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

Antecedentes

A pesar del relativo éxito que tuvieron a nivel macroeconómico, las medidas implementadas por los gobiernos de América Latina⁴ para lidiar con la crisis de la deuda y la recesión de los años ochenta no fueron capaces de resolver la crisis del sector público. En particular, el estado fue incapaz de proveer una red de seguridad para compensar el costo del ajuste entre los diferentes grupos de ingresos y la prestación de los servicios sociales se deterioró. Además de la crisis del sector público, la región sufrió problemas crónicos de inequidad. Como resultado, desde el principio de los años noventa, los países de AL se vieron envueltos en una segunda vuelta de reformas estructurales que, esta vez, buscaban reorganizar sus sectores sociales, especialmente la atención a la salud y la educación.

Estas reformas pretendían ensanchar la cobertura de los servicios sociales al tiempo que aseguraban su sustentabilidad. Muchos países iniciaron programas de descentralización y pusieron en marcha esquemas de financiamiento del sector social guiados por la demanda en los cuales estaban considerados aspectos de recuperación de costos. Las reformas trataban de modificar los incentivos de los proveedores del sector público asumiendo que la estructura tradicional de pagos no determinaba la asignación de recursos escasos de una manera costo-efectiva. Por lo tanto trataron de

cambiar los métodos de remuneración basados en salarios fijos en el caso de los trabajadores y en presupuestos históricos para las instituciones (escuelas y hospitales) por métodos de pago basados en el desempeño, tales como la capitación y los pagos por caso. Las reformas relacionadas con los métodos de pago trataban de reducir las asimetrías de información desfavorables para los consumidores y los pagadores y tienden a reforzar el papel de la demanda en la asignación de los recursos.

La justificación técnica de estas reformas se basa en tres postulados. Primero, la separación del financiamiento y la provisión de los servicios crea un doble control en la administración de los fondos pues la concentración de los recursos y de la infraestructura de los servicios sociales bajo la misma autoridad reduce la probabilidad de un adecuado monitoreo del desempeño. En los casos de provisión mixta de servicios sociales, la separación de las funciones hace posible un uso más efectivo de las capacidades físicas y humanas disponibles al permitir a los financiadores públicos contratar servicios privados en lugares en donde no existe infraestructura pública y viceversa. En segundo lugar, la descentralización crea incentivos para adecuar la asignación de recursos a las necesidades de la población, pues la ausencia de interacción entre los tomadores de decisiones y la población objetivo puede reducir la eficacia de cualquier intervención en el caso de decisiones burocráticas centralizadas. Así, las reformas aumentarían la "voz" de los consumidores incrementando su participación en la organización de los servicios. Finalmente, estas reformas agrandarían las posibilidades de "salida" de los consumidores al permitir la competencia entre proveedores alternativos de servicios sociales.

En el contexto de las crisis fiscales por las que pasó la región, el deterioro de la prestación de servicios puede endurecer a la opinión pública haciéndola exigir cambios en las políticas, pero al mismo tiempo aumenta la desconfianza de los prestadores que temen que el objetivo de las reformas sea cortar el gasto en vez de mejorar la calidad. Esta situación ambivalente estimula y

¹ Este documento ha sido resumido de los primeros párrafos de un extenso estudio: *Social Sector Reform in Latin America and the Role of Unions* (El papel de los Sindicatos en la Reforma del Sector Social en América Latina) Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Departamento de investigación Working Paper #456

² Centro de Estudios de Estado y Sociedad

³ Yale University

⁴ Severos recortes al gasto gubernamental, eliminación de barreras comerciales y subsidios sociales, endurecimiento de las políticas monetarias, devaluación de sus monedas y desmantelamiento de las barreras a la inversión extranjera.

frena las reformas dificultando la implementación de reformas orientadas hacia la equidad y la eficiencia. Incluso contando con la ayuda financiera de las organizaciones multilaterales que pagan los costos de la transición durante las reformas, sólo una adecuada reforma fiscal puede establecer un compromiso creíble para relacionar las innovaciones institucionales con el mejoramiento de los ingresos de los prestadores de servicios. Así pues, el déficit fiscal tiene un efecto doble. Por un lado, crea incentivos para que los diseñadores de políticas hagan reformas costo efectivas, pero por el otro aumenta el temor de los prestadores a que la reforma sea sólo un mecanismo de recorte presupuestal que reduzca sus ingresos.

En el contexto de restricción fiscal, los prestadores temen que las reformas tengan un efecto negativo sobre sus ingresos y sobre diversos aspectos relacionados con sus condiciones de trabajo. Debido al carácter de utilización intensiva de trabajo de los sectores de educación y salud, la cooperación de los prestadores es fundamental para mejorar su desempeño. Por lo tanto, las organizaciones de los prestadores (representantes de la fuerza de trabajo encargada de la prestación de los servicios de salud y educación en el sector público), son actores clave para la economía política de las reformas. Consideremos, pues, algunas de sus principales características.

Prestadores de servicios sociales: sindicatos del sector público

La mayoría de los servicios de educación y una importante proporción de los de atención a la salud son prestados por el sector público. Por lo tanto, las organizaciones de los prestadores de servicios de salud y educación comparten las características generales de los sindicatos del sector público además de las que le son específicas de acuerdo con su sector.



El sector público se distingue del privado en que sus relaciones laborales generalmente están más politizadas y ligadas a cuestiones de desarrollo legal debido a que el empleador es el estado.

En ese contexto, descubrimos dos condiciones que han llevado a los sindicatos del sector público hacia estrategias políticas más que industriales. En primer lugar, la mayoría de los países de la región ponen límites a la negociación colectiva en relación con el derecho de huelga dentro del sector público, a pesar de la Resolución N. 151 de la Organización Mundial de Trabajo. En segundo lugar, debido a la discrecionalidad de los gobiernos en el control de los recursos humanos unida a la volatilidad política, el sector público de casi todos los países de la región ha padecido una politización de muy diversos temas, incluso los que tienen que ver con los servicios profesionales. Como resultado de estos factores, la mayoría de los países de la región implementó medidas legales que definen las condiciones de trabajo, de promociones y de remuneración para los trabajadores del sector público. En casi todos los casos, estos estatutos incluyeron la estabilidad en el empleo con el fin de evitar el riesgo del uso de criterios políticos y promover los criterios profesionales. Dado que esas reglas son definidas por los congresos o por la administración, se produce una politización de los sindicatos que tienen que negociar con los gobiernos y las legislaturas en vez de entrar en negociaciones colectivas con los administradores. Finalmente, la dependencia del público hacia sus servicios hace que sus protestas sean muy visibles e impactantes para los políticos con influencia en sus relaciones laborales a través del congreso, lo cual contribuye a incentivar el uso de estrategias políticas entre los prestadores de servicios públicos.

Las estrategias políticas de los sindicatos del sector público son reforzadas por otras condiciones contextuales que aumentan su propensión a lanzarse a la huelga. Primero, el alto nivel de sindicalización del sector público en

América Latina, ya sea en la forma de sindicatos laborales o de asociaciones profesionales facilita la organización de acciones colectivas. En segundo lugar, los empleados del sector público generalmente se encuentran en el sector formal y en actividades no intercambiables. Estas dos condiciones se combinan con la estabilidad en el empleo para reducir el riesgo de presiones por competencia y los hacen más resistentes al efecto moderador del riesgo de desempleo en relación a la militancia por los salarios.

Finalmente, la regulación especial del sector público suele generar una organización de estos sindicatos alejados de los trabajadores del sector privado. Además, la centralización de los servicios sociales concentra la asignación de los recursos e induce a la centralización de la organización laboral en el nivel sectorial, provocando una mayor militancia que si los trabajadores se organizaran a nivel nacional o de compañías. Estas características de sus formas de organización impiden el efecto moderador sobre la militancia que ejercen las organizaciones laborales integradoras, que son más capaces de llegar a negociaciones corporativas nacionales capaces de generar apoyo laboral para los cambios institucionales. Así pues, las características de los trabajadores del sector público y la naturaleza centralizada de sus organizaciones aumentó los incentivos para hacerlos más militantes y más resistentes al cambio. Estas características contextuales hacen que la resistencia de los prestadores de servicios del sector público a los cambios que perciben como costosos para ellos sean más visibles y eficaces que en el sector privado.

Prestadores de servicios, organizaciones y reformas del sector social

Considerando las características de las organizaciones de prestadores antes mencionadas, a fin de entender las interacciones entre los trabajadores y el gobierno es importante enfocarse en las percepciones de los costos distributivos de las reformas del sector social y en los incentivos a los diferentes actores en términos de su organización y su interacción con los diseñadores de políticas. Es necesario analizar las preferencias de políticas y los incentivos políticos de los diseñadores de políticas y de los actores sociales en cuanto a la innovación institucional así como otros factores contextuales que tienen impacto en sus preferencias.

Debido a la incertidumbre creada por la innovación institucional, la percepción de los sindicatos de los costos distributivos de las reformas es muy importante para entender sus reacciones. Los sindicatos se sienten amenazados por las reformas que reducen su control sobre la promoción y el ingreso, y que, en algunos casos, afectan su poder de negociación al forzar a su descentralización. Los prestadores enfrentan retos tales como la pérdida del monopolio ante el surgimiento de nuevos competidores y la introducción de medidas del desempeño que amenazan sus ingresos reales. Los consumidores pueden enfrentar costos por la transición y la incertidumbre acerca del resultado, pero recibirán mejores servicios si las reformas son eficaces. En cambio, los costos de corto plazo de la transición se concentran en los prestadores, quienes generalmente están mejor organizados que los consumidores.

Las organizaciones de los prestadores tienen dos tipos de preocupaciones en relación con estas

reformas. En primer lugar representan las demandas y los temores de sus miembros. Los líderes sindicales buscan incrementar el poder de mercado, el empleo y el ingreso de sus afiliados puesto que su éxito en lograrlo influye en su capacidad para seguir siendo agentes de los trabajadores y, por esta vía, conservar su poder político. En segundo lugar, sus organizaciones enfrentan costos de transición más altos que los individuos, pues han desarrollado patrones de acción difíciles de cambiar. Por lo tanto, los costos de la transición para las asociaciones de prestadores implican la adaptación tanto de las prácticas individuales como de las de las organizaciones.

Las reformas del sector social generalmente son parte de una reorganización de las finanzas públicas, lo cual es visto por los líderes sindicales —y generalmente también por la sociedad— como una manera de soslayar a los sectores sociales y como un método que genera despidos y la reducción de los ingresos reales. Por lo tanto, e independientemente de que exista un eventual reconocimiento de la necesidad de reformar el sector social por parte de los sindicatos, estos perciben un conflicto de intereses entre las metas de sus afiliados, las de la sociedad y las suyas.

Este conflicto de intereses permea su percepción de las diferentes reformas, tales como la descentralización, la participación del sector privado o el cambio en los métodos de pago.

Los sindicatos tienden a percibir la descentralización como una fuente de dilución de su poder que debilita su capacidad de negociación al limitar las posibilidades de organizar estrategias a nivel nacional. También reduce la solidaridad entre los sindicatos al defender demandas específicas, que se vuelven locales, fenómenos geográficamente focalizados. En segundo lugar, perciben los cambios en los métodos de pago, tales como los que se

asocian con el desempeño, como una manera de incrementar la competencia entre sus miembros, lo cual erosiona la solidaridad interna al aumentar la probabilidad de despidos y la incertidumbre respecto al ingreso. En tercer lugar, perciben la participación privada en tanto prestadora de servicios como un reto que cambia dramáticamente las condiciones de trabajo y su capacidad de negociación. Debido a las características particulares del sector privado, las diferencias entre estos dos sectores generalmente son mayores que la simple diversidad en sus capacidades. Finalmente, también perciben la participación del sector privado como un abandono por parte del gobierno de sus responsabilidades sociales.

Lo cual está ligado al planteamiento ideológico prevaleciente en esas organizaciones de que la expansión de las responsabilidades sociales del estado en una garantía de los derechos sociales.

Los prestadores tienen grandes intereses en juego relacionados con el carácter de la reforma y están bien organizados en comparación con los beneficiarios, lo cual hace que sus actitudes y acciones revistan una gran importancia para el éxito de las reformas. De hecho, puesto que el mejoramiento de la calidad y el desempeño en sectores de uso intensivo de la fuerza de trabajo, como lo son la educación y la atención primaria a la salud, se requiere de una activa participación y apoyo de los prestadores, para la buena marcha del proceso. Es por esto que incluso cuando los prestadores no forman parte de la iniciativa de la reforma y no son ganadores evidentes de la misma, los gobiernos pueden hacer concesiones destinadas a evitar su veto a las reformas a fin de lograr una implementación más efectiva de las mismas.

El análisis sugiere que existen dos factores fundamentales que influyen en la reacción de los sindicatos ante la reforma del sector social: a) la organización del mercado (tamaño, nivel de desarrollo y competencia) y b) las variables políticas y organizacionales relacionadas con eventos históricos y con la evolución de los sindicatos, lo cual define la capacidad de los representantes de los trabajadores para unirse y cooperar entre ellos y con el gobierno.

En resumen, las reformas del sector social son vistas por los sindicatos como una fuente de conflicto pues incrementan la probabilidad del desempleo, el descenso en el ingreso y un mayor nivel de control sobre sus afiliados al tiempo que amenazan su estabilidad política y obligan a una adaptación por parte de su organización. Y estos efectos son especialmente relevantes en un contexto de inestabilidad económica interna y globalización en el cual el poder y las estrategias de los sindicatos están siendo revisados.

Políticas de salud en América Latina: Temas, tendencias y retos¹

Christopher Abel² y Peter Lloyd-Sherlock³

Como resultado de las crisis económicas de los años ochenta y del cambio de un desarrollo guiado por el estado hacia una confianza casi total en el neoliberalismo, a lo largo de esa década y la siguiente las políticas públicas de los países de América Latina fueron objeto de un creciente escrutinio y de reformas radicales. Al mismo tiempo, los bancos internacionales de desarrollo empezaron a interesarse cada vez más en los 'sectores sociales' y se convirtieron en una fuerte influencia para el cambio. Estos procesos no fueron tan evidentes en ninguna otra área como en los servicios de salud. Sin embargo, se ha escrito menos sobre la salud y la atención a la salud en América Latina que sobre otros aspectos de las políticas sociales, y lo que se ha escrito se ha orientado hacia la perspectiva de la salud pública contribuyendo poco a ensanchar los debates de políticas públicas. En cierta medida, esto refleja la escasa tendencia de los científicos sociales a estudiar un campo considerado como altamente técnico, lo mismo que la reticencia de los científicos clínicos a adoptar una mirada 'suave' a un tema que antes de 1980 era considerado como un ámbito perteneciente a los especialistas de la salud pública y los médicos.

Existen muchas razones para profundizar el interés académico en la atención a la salud en América Latina. El reto de responder a los cambios demográficos, epidemiológicos y técnicos debe ser colocado en un contexto social, económico y político más amplio. Además, debemos considerar que el sector salud puede tener un impacto importante sobre el desarrollo social y económico. Al mismo tiempo que promueve el bienestar y la formación de capital humano, la atención a la salud en sí misma es una industria y un importante generador de empleos. Los servicios de salud son responsables de entre un tercio y la mitad del total del gasto social en la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que a principios de los noventa 130 millones de personas en América Latina y el Caribe no tenían ningún acceso a atención formal a la salud. Así las cosas, la región permanecía muy lejos de la consecución de los objetivos de la Declaración de Alma Ata de Salud Para Todos en el Año 2000.

Los sistemas de salud de AL comparten una serie de características distintivas que justifican el enfoque regional. La mayoría de los sistemas padecen un nivel de segmentación y una tendencia hacia la atención hospitalaria excesiva incluso dentro de los parámetros de países en desarrollo. Aun cuando datos como los presentados en el Cuadro 1 pueden conducir a generalizaciones demasiado grandes y deben ser tratados con

muchísimo cuidado, podemos ver en él que los países más ricos de AL dedican cantidades relativamente grandes de dinero a la salud, pero que no tienen resultados que puedan competir con los de otros países de ingresos medios. La región ha pasado por el conjunto más radical de reformas del sector salud inspiradas en el neoliberalismo, desde el experimento pionero de Chile a principios de los ochenta hasta iniciativas más recientes como las de México y Argentina. Existe una diversidad considerable en la región, incluyendo el ambicioso programa colombiano para desarrollar un sistema de salud universal y unificado y el éxito singular socialista de Cuba, en donde a pesar de la persistencia del embargo comercial de los Estados Unidos y el colapso de la URSS, el país sigue estando entre el cinco por ciento más alto de los países en desarrollo en términos de los indicadores de bienestar social.

La diversidad latinoamericana también tiene que ver con las necesidades de atención a la salud. Las grandes ciudades del cono Sur albergan poblaciones de edad avanzada que sufren de altos índices de enfermedades crónicas. Inversamente, algunas áreas rurales de los países más pobres no muestran indicadores de haber entrado en ninguna forma de transición epidemiológica o demográfica y continúan padeciendo de altos niveles de mortalidad (frecuentemente de padecimientos fácilmente prevenibles). La región no ha sido inmune a la re-emergencia global de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis (TB) ni al surgimiento de nuevas, tales como el VIH/SIDA. Si bien hubo un importante éxito en contra del cólera a principios de los noventa, el avance en contra de enfermedades establecidas como el Chagas o la malaria ha sido escaso. Un mejoramiento general de la salud de la población depende en última instancia de la capacidad de las

Cuadro 1
Estadísticas de Salud seleccionadas
por Regiones del Mundo, c. 1990

	<i>Gasto Total per capita, 1990 (dólares)</i>	<i>Médicos por 1000 habitantes. 1988-92</i>	<i>Tasa de Mortalidad perinatal por 1000, 1990</i>
América Latina	105	1.25	33
Antiguas Economías Socialistas	142	4.07	19
China	11	1.37	25
India	21	0.41	64
Resto de Asia	61	0.31	49
Economías de Mercado Establecidas	1,860	2.52	9

Fuente: Banco Mundial (1993)

¹ Tomado del primer capítulo del libro "Healthcare Reform and Poverty in Latin America"

² Profesor de Historia Latinoamericana de la Universidad de Londres

³ Profesor de Desarrollo Social de la Escuela para el Desarrollo, Universidad de East Anglia

políticas macroeconómicas para ofrecer un nivel de vida mejor a los más pobres y vulnerables; pero existen pocos indicadores de que esto esté sucediendo.

Los temas y los sistemas de atención a la salud son extremadamente variados y complejos, y se relacionan con un amplio espectro de disciplinas académicas. Es indispensable adoptar una visión multisectorial pues factores tales como el ingreso, la educación y la vivienda pueden tener tanto impacto en los resultados de salud como la atención a la salud en sí misma. El estudio de las políticas de salud nos puede brindar una buena comprensión de otros debates importantes, tales como la buena administración y las relaciones entre los sectores público y privado.

La atención a la salud y el estado

Generalmente se acepta que garantizar la salud para la sociedad en su conjunto es una responsabilidad central de cualquier estado. En AL existe una gran diversidad, tanto en términos de la naturaleza global del estado como en su relación con el bienestar social. A pesar de esta diversidad, a lo largo de la década anterior la región ha tenido una tendencia hacia la restauración de la democracia liberal en varios estados y hacia la profundización de la democracia en otros. Resulta esencial comprender cómo se inserta la atención a la salud en este contexto. Una preocupación clave es qué tanto los estados de AL han dejado el hábito de usar las políticas de salud y los sistemas de prestación como instrumentos de control político, a fin de que se regularicen las finanzas y de que las acciones orientadas hacia la obtención de votos no se impongan sobre otras consideraciones. Además, es útil comprobar qué tan abiertos, honestos e incluyentes han sido los debates sobre la reforma de la atención a la salud.

Entre los profesionistas liberales, la discusión de las políticas públicas suele estar impregnada de una confianza acrílica en la capacidad de la democracia liberal para alcanzar sus metas. Sin embargo, no debemos dar por un hecho que la democracia liberal consolidada intrínsecamente conlleva mejor atención a la salud. De igual modo, sería engañoso y retrógrada argumentar que generalmente se ha alcanzado un mayor avance en atención a la salud en las dictaduras. La experiencia reciente sugiere que ni los partidos de centro ni de izquierda han puesto los temas de la salud claramente en sus agendas y las democracias liberales han favorecido al sector privado en detrimento de asuntos de interés público.

En el campo de la salud, al igual que en otras áreas de las políticas públicas, se debe poner mucha atención a la capacidad, la competencia y la voluntad de las agencias gubernamentales para implementar las políticas y asumir sus responsabilidades. Los ministerios nacionales de salud deben estar obligados por mandatos constitucionales y otras reglamentaciones para limitarse a fijar normas, en vez de imponerlas, y su actuación debe estar enmarcada en el contexto de los diferentes niveles de competencia de otros ministerios que comparten responsabilidades en temas relacionados con la salud. La creciente politización de los puestos y el frecuente cambio de responsables en los niveles regional y local suelen frustrar hasta el desempeño rutinario de las tareas más básicas, no digamos las prácticas



innovadoras. La insistencia en la "rendición de cuentas" puede convertirse únicamente en un factor que aumente los cambios de personal y enfatice las políticas de mercado en lugar de incentivar el mejoramiento del desempeño.

Muchos países latinoamericanos han pasado recientemente por procesos de democratización en los que los programas de reforma municipal y descentralización han jugado un papel muy importante. Parecería haber un consenso regional (incluso global) respecto a que la descentralización puede mejorar la calidad, la eficiencia y la capacidad de respuesta de los servicios de salud, al tiempo que profundiza la democratización. Sin embargo, las pruebas no necesariamente van en este sentido. En el contexto latinoamericano, en ocasiones la descentralización puede dañar más que beneficiar. Por otra parte, si bien algunos países pueden tener los recursos para alcanzar los objetivos de la descentralización, es obvio que los más pobres no pueden hacerlo y los países intermedios pueden tenerlos en ciertas regiones o ciudades, pero no en todos. En esos países el efecto final de las políticas puede ser la exacerbación de las disparidades.

El papel de los sectores público y privado

Uno de los temas relevantes en la actualidad es la capacidad del sector público para desarrollar un papel eficaz de regulación tanto de sus propios servicios como de los del emergente sector privado. Si el estado ha fallado como proveedor directo de servicios de salud, parece razonable dudar de su capacidad para regular las actividades de otros actores. Esto se dificulta aún más ante el alto nivel de interpenetración del estado y los intereses del sector privado, tanto a nivel institucional (por ejemplo, los subsidios estatales a los productores

nacionales de medicamentos) como a nivel individual (funcionarios gubernamentales que al mismo tiempo administran clínicas y consultorios privados). Los ministerios de salud y otras agencias estatales suelen carecer de personal competente para lidiar con un rango creciente de problemas legítimos relacionados con el sector privado de atención a la salud, los sindicatos, las organizaciones de campesinos y la salud ambiental.

En el centro de todos estos debates se encuentra el tema de la privatización, o para decirlo mejor, del cambio de la administración pública hacia la privada. Este proceso ha afectado todos los aspectos de los sistemas de salud de AL, incluyendo el financiamiento y la prestación de los servicios. EL BID estimó que hacia mediados de los noventa los planes de medicina privada prepagada dieron servicios a casi 50 millones de personas en la región, principalmente entre los grupos de mayores ingresos. La predicción de que los seguros privados continuarán expandiéndose hace que se perciba a AL como un mercado emergente de gran importancia para las compañías y organizaciones estadounidenses de seguros y de mantenimiento de la salud. A lo largo y ancho de la región se ha debatido muy poco acerca de las ventajas que tiene adoptar el sistema norteamericano de atención privada a la salud, el cual ha fallado de manera abyecta en su propio país.

Salud, pobreza y exclusión social

Cada vez se da más crédito a la idea de que la inversión en educación básica y en servicios de salud es la mejor manera de reducir la pobreza en el mundo en desarrollo. El desarrollo de políticas de salud adecuadas podría hacer mucho por reducir la relación biunívoca entre pobreza y mala salud. Sin

embargo, la elegibilidad y el acceso a los servicios de salud en la mayor parte de AL son un reflejo de la estratificación y la desigualdad de las sociedades, reforzando en vez de mitigando las diferencias. Las respuestas de políticas son obvias por lo general y lo difícil es saber por qué no se ponen en práctica.

En la actualidad conceptos como la exclusión social y la vulnerabilidad hacen surgir problemas de definición. Es necesario distinguir a los grupos excluidos de todos los servicios sociales de aquellos que sólo están excluidos de alguno, de aquellos que están excluidos de servicios de buena calidad. En segundo término, es necesario distinguir las familias en las que algunos miembros sí tienen acceso y otros no. En tercero, se debe distinguir a los excluidos de largo plazo de los nuevos excluidos y los desposeídos, como los migrantes, los refugiados y víctimas de desastres, etc. Finalmente, es necesario identificar a los auto-excluidos, que prefieren usar los servicios de los curanderos y las parteras tradicionales.

Reformas de la atención a la salud

Los lectores deben tener cuidado con el abuso que se ha hecho del término 'reforma'. La mayoría de los gobiernos tiene la tendencia a anunciar todos los cambios como 'reformas'. Todos los sistemas de salud de AL han sido objeto de intentos de reforma, pero la mayoría de ellos nunca se han implementado. Sin embargo, durante los años 90 se llevó a cabo una intensificación de los procesos de reforma en toda la región. Se puso un énfasis especial en el cambio hacia la mezcla público-privado, en el financiamiento, en el desarrollo de nuevas estrategias de administración y en políticas de descentralización. Al mismo tiempo, los conceptos de equidad y eficiencia fueron puestos en el centro del debate.

La creciente atención puesta en la equidad refleja la preocupación de que el gasto público en general y el gasto en salud en particular suelen ser claramente regresivos. Sin embargo, la importancia dada a la equidad puede ser debida a que se trata de un concepto en torno al cual los social demócratas, los liberales y los conservadores pueden construir un consenso. La noción de un 'progreso hacia la equidad' no ofende ni reta los intereses particulares como lo haría la de igualdad. De hecho, el progreso hacia la equidad puede ser rápido o tan lento que puede volverse apenas perceptible. Más aún, la equidad es muy difícil de definir o medir y puede ser entendida desde diversos puntos de vista filosóficos.

El énfasis en la equidad puede significar que los compromisos pasados de proteger al ciudadano débil de la dependencia del mercado y los objetivos pasados de bienestar universal han sido abandonados. Si esto ha ocurrido, ¿debemos interpretarlo como una aproximación más realista y pragmática a las políticas de salud o de un retroceso del objetivo de bienestar? ¿En qué medida se le ha asociado con el retroceso de la noción de la atención a la salud como un derecho de la ciudadanía en vez de como un privilegio o una mercancía? En áreas de pobreza extrema, en donde la economía de mercado es especialmente débil, una visión de la atención a la salud como una mercancía es especialmente cuestionable.

Al buscar maneras de promover la equidad en AL es fundamental considerar la segmentación de los sistemas de atención a la salud. En buena parte de la región los programas de seguridad social son

responsables de un gasto en salud tan importante como el del sector público, pero a menudo sólo prestan servicios a una minoría privilegiada de la población. Los programas de seguridad social generalmente captan una importante cantidad de subsidios indirectos provenientes del sector público, tales como el entrenamiento de médicos y el envío de enfermos crónicos y costosos a los hospitales públicos. En algunos países la situación se ha extendido a partir del surgimiento de un importante sector de seguros privados, el cual en ocasiones trabaja paralelamente a los programas de seguridad social y en otras compete con ellos.

En la nueva ola de reformas de la atención a la salud, los temas de la equidad han ido de la mano con los debates sobre la eficiencia de los sistemas de salud. Durante los 80 se hizo evidente que los servicios de salud se habían desarrollado con escasa atención a los temas de costos y eficacia. En 1985 el Comité Regional para América de la OMS estimó que cerca del 30 % del gasto en salud en AL era desperdicio. Un estudio independiente calculó que entre 10 y 30% de los tratamientos hospitalarios que se realizaron no tenían ninguna validez clínica. El ejemplo más citado es el uso excesivo de cesáreas, con tasas de 50% o más en varios países.

Este rango de temas explica, de menos en parte, por qué las políticas de salud se han convertido en área de estudio de economistas, ministros de finanzas y nuevos administradores 'empresariales'. En relación con esto han surgido análisis de costo-beneficio y otras formas de evaluación económica que algunas personas consideran como la respuesta mágica para los problemas de las políticas sociales y económicas.

Una de las preocupaciones más importantes ha sido el desarrollo de fuentes de ingresos 'sustentables', lo cual generalmente implica la promoción de seguros privados y la implantación de cuotas a los usuarios. Estas dos políticas no han sido probadas de manera empírica en AL y los pocos estudios publicados hasta la fecha no están de acuerdo con su pertinencia. Incluso se cuenta con signos que apuntan hacia que las causas más importantes de la ineficiencia de los servicios de atención a la salud han sido acentuados por estos métodos.

El éxito reciente del economista de la salud es paralelo al cambio en la relevancia de las diferentes organizaciones internacionales interesadas en las políticas de salud. La influencia de la OMS y su subdivisión latinoamericana, la OPS, junto con la

UNESCO y la Organización Mundial del Trabajo (OIT), ha disminuido en términos relativos durante los años 80 y 90. En el mismo período, las voces del Banco Mundial y del BID han crecido. Las primeras organizaciones citadas tradicionalmente promovieron los movimientos de "Salud para Todos" y de atención primaria de los años 70. Las segundas promovieron la nueva ola de reformas del sector salud inspiradas en el neoliberalismo en toda la región. En algunos países, estas divisiones y culturas organizacionales se reflejaron en los gobiernos, con ministros de salud en estrecha liga con la OMS, ministros de finanzas en contacto con los bancos y las agencias de seguridad social con la OIT. La decreciente influencia relativa de la OPS (y sus crecientes ligas con el Banco Mundial) puede significar que las ONG se han convertido en la principal oposición a la ortodoxia neoliberal en las políticas sociales. La oposición a algunas de las reformas recientes proviene de que ciertas premisas de los funcionarios gubernamentales no son compartidas por los profesionistas jóvenes y la opinión pública, por ejemplo, que el sector privado es por definición más eficiente que el público, que los impuestos son muy altos también para los grupos de mayores ingresos, que los impuestos sólo tienen una pequeña función redistributiva.

Con frecuencia los 'reformadores' son incapaces de entender su dificultad para convencer a los usuarios de los servicios de salud como un resultado de su fracaso para explicar las políticas a la opinión pública o para realizar el análisis político previo a la reforma. Con frecuencia los 'reformadores' son ciegos ante el hecho de que los sectores vulnerables de la población tienen poca confianza en reformas diseñadas desde el exterior y cuyo énfasis fundamental proviene de imperativos fiscales del gobierno federal más que del deseo de mejorar y extender los servicios.

A pesar del cambio en las prioridades de la reforma, el mejoramiento de los servicios primarios de salud todavía está en la agenda de algunos países de AL. De hecho algunas de las políticas de reajuste de los 80 y los 90 tal vez obligaron a los gobiernos a considerar prioridades de tal modo que se restauró, al menos de manera retórica, el énfasis en la atención primaria. Sin embargo, esto puede haber sido guiado tanto por imperativos fiscales, y especialmente la urgencia de reducir los costos, como por consideraciones más amplias sobre la erradicación de la pobreza y la desigualdad.

Gasto y Financiamiento en Salud: situación y tendencias

Raúl Molina*, Matilde Pinto**, Pamela Henderson* y César Vieira*

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector salud es un tema relevante por su impacto no solo en la sustentabilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr.

El conocimiento del gasto nacional en salud (GNS) y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector salud, permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos y es clave para comparar los esfuerzos que hacen las sociedades y los gobiernos de los países para enfrentar los problemas de la salud que afectan a sus poblaciones. En este sentido, constituye un instrumento técnico que permite informar el diálogo entre los distintos niveles de la sociedad.

Durante la última década ha habido un considerable progreso en la estimación del GNS y su financiamiento en los países de América Latina y el Caribe. Tradicionalmente, el gasto en salud de los gobiernos nacionales y de las instituciones públicas de seguridad social se ha conocido gracias a la información que los países recolectan a través del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas y que comunican al Fondo Monetario Internacional y a la Organización Internacional del Trabajo. En 1993 el Banco Mundial publicó los primeros datos sobre el gasto privado en salud en la región. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud publicó sus estimaciones del gasto privado, las

cuales indicaron que el promedio regional era mucho más alto de lo que hasta entonces se pensaba. Posteriormente, otras publicaciones confirmaron esta tendencia. Desde hace dos años se ha iniciado en la región un proceso de estimación de Cuentas Nacionales de Salud con una metodología que permite obtener datos más detallados y más comparables internacionalmente. Este proceso se está realizando gracias al esfuerzo de los países y a la cooperación del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), de la Organización Panamericana para la Salud OPS/OMS y de la Universidad de Harvard.

Gasto en Salud en el continente Americano

El gasto en servicios de salud en América durante la última década presenta ciertas características que son producto de las transformaciones del modelo económico, de la redefinición del papel del Estado en la economía, del fortalecimiento el papel de la sociedad civil en el campo de la salud y de las modalidades con que la reforma del sector se ha aplicado a las políticas de financiamiento de los servicios de salud.

La primera de estas características tiene que ver con una gran heterogeneidad del GNS per cápita, no

sólo por los elevados valores observados en los Estados Unidos y Canadá en relación con el resto de la región, sino también entre los demás países de la región¹. Así, por ejemplo el GNS promedio per cápita para toda la región es de US\$393, pero mientras que en las Islas Caimán es más de tres veces superior, en Haití representa solo 6.1% de dicho promedio. Destaca que ocho países de la región destinan menos de US\$100 per cápita anuales a la salud.

La proporción del GNS en relación con el PIB se suele utilizar como un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención a la salud de su población. No obstante, el resultado final depende de los recursos y de la calidad del gasto en términos de equidad, efectividad y eficiencia. Por esta razón, se considera que en América el GNS es elevado en relación con los resultados que se obtienen. El GNS medio regional como proporción del PIB fue de 7.7% a finales de la década y mostraba una tendencia creciente; sin embargo, en 15 países de la región no alcanzaba el 5% del PIB.

En segundo lugar, y en apoyo de la tesis de que es posible mejorar la efectividad y la eficiencia del gasto, se observa que el GNS per cápita en América es, en términos absolutos, más elevado que en otras regiones del mundo, como Asia o África. En términos relativos, este gasto es muy cercano al de los países industrializados (cuadro 1). El promedio regional de 6.1% del PIB destinado al gasto en salud refleja el hecho de que un grupo importante de países de la Región, en especial aquellos con una baja participación del sector público y con esquemas de financiamiento plural, destinan menos del 5% del PIB a la salud.

En tercer lugar, se observa una limitada participación del sector público en el GNS, al contrario de lo que pasa en otras regiones del mundo. Esta situación es preocupante, ya que el gasto público está siendo reemplazado por aportes de los hogares, situación que tiene el potencial de imponer barreras adicionales a las ya existentes para el acceso a los servicios de salud. Resulta interesante notar que, en 1994, el sector público financiaba

Resumido del artículo aparecido en la Revista OPS.

* Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS /OMS. molinara@paho.org

** Programa de Organización y Administración de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS.

¹ Las estimaciones de los promedios regionales excluyen a los Estados Unidos y Canadá para evitar el sesgo que supone la alta participación de ambas economías en el PIB regional y la alta proporción del PIB que se destina a financiar la salud en esos países. A mediados de los años noventa el GNS de los Estados Unidos y Canadá representaba el 91% del gasto en la región del continente Americano y los EU realizaban el 86% de ese gasto.

Cuadro 1 Gasto en salud por región y nivel de ingreso, 1994

Regiones	Per cápita ^a	% PIB	Gasto Público como % del gasto total
Países industrializados ^b	1 777	8.3	76
Países no industrializados:			
América Latina y Caribe	367	6.1	42 ^c
Europa y Asia Central	346	4.1	72
Asia Oriental y Pacífico	158	7.2	52
África del Norte y Medio Oriente	353	5.2	50
Sudeste Asiático	65	3.7	39
África Sub-sahariana	111	4.0	54

Fuente: Citado en Schieber G. Maeda A. Health care financing and delivery in developing countries. Health Aff 1999; 18: 193. Tabla 4.

^a En dólares con el ajuste cambiario de la paridad del poder adquisitivo

^b Países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) excluyendo Hungría, México y Turquía.

^c Estimación del programa de políticas públicas de la OPS/OMS.

76% del GNS en los países industrializados, mientras que en las regiones con menos industrialización o de menores ingresos la participación del financiamiento público estaba en torno a 50% o menos.

El análisis de la composición pública-privada del GNS en la región para el lustro de 1990-95 muestra que la participación del gasto público disminuyó y la del gasto privado aumentó. El componente del gasto público atribuible a la seguridad social se redujo en 6.6 puntos porcentuales, mientras que los componentes atribuibles al gasto local y central aumentaron ligeramente. Es de notar que dos terceras partes del gasto privado se realizaron por la vía de desembolsos de los hogares en la compra de servicios de salud.

En la región 13 países cuentan con una participación mayoritaria del gasto privado y en otros 23 países predomina el gasto ejercido a través de instituciones públicas prestadoras de servicios.

Destacan los extremos de la República Dominicana y Guatemala, con una alta participación del gasto privado (75 y 74 % de gasto privado como porcentaje del GNS respectivamente) por una parte, y Guyana y Costa Rica (24 y 25% respectivamente) por la otra.

El gasto directo de los hogares se orienta principalmente a cubrir las consultas médicas (38.1%) y los medicamentos (22.3%). En el caso de estos últimos, la mayor parte del gasto se realiza en medicamentos de marca y alejados del marco terapéutico que ha propuesto la OMS con base en los medicamentos esenciales. La extensión de los mecanismos de mercado en el funcionamiento del sector sin duda significará una mayor presión al aumento de los gastos, pues los precios de los bienes y servicios aumentarán.

Los estudios de cuentas nacionales que se han llevado a cabo en la región bajo el proyecto "Reforma del Sector salud en América Latina y el

Caribe", en colaboración de la OPS, USAID y otros socios, han permitido obtener información adicional sobre algunas características del GNS. Para los países participantes en este proyecto se observa que el gasto se sigue orientando a la atención curativa (72.6%) con sólo 7% para la atención preventiva, 12.1% para gastos administrativos y 8.3% para otros rubros, como infraestructura, compra de insumos y formación de recursos humanos. La información proveniente de este tipo de estudios permitirá mejorar el proceso de monitoreo y evaluación de los recursos financieros invertidos en el sector salud y hacer un uso de estos con una mejor relación costo-efectividad.

Financiamiento: Reformas y Tendencias de la Región

Las reformas del financiamiento del sector salud se iniciaron como respuesta a la necesidad de compensar la reducción del aporte fiscal y tuvieron como principal objetivo aumentar los recursos financieros. Posteriormente se han revisado a la luz de los objetivos que buscan crecimiento con equidad.

En los países industrializados el financiamiento ha sido mayoritariamente público, mientras que en el continente americano proviene fundamentalmente de los hogares.

La OPS propone un esquema de análisis y diseño de la política de financiamiento del sector salud que parte del reconocimiento de que debe incluir simultáneamente el componente de atención a las personas y el conjunto de intervenciones de salud pública. Entre estas últimas se incluyen tanto las que tienen características de bienes públicos como las que, teniendo características de bienes privados, presentan alta externalidad positiva (por ejemplo, los programas de vacunación).

Tradicionalmente se han identificado cuatro mecanismos de financiamiento: el gasto público a través de recolección de impuestos generales o específicos para la salud, los seguros privados de salud, los seguros nacionales de salud y el cobro a los usuarios. Si bien estos cuatro mecanismos tienen un impacto positivo en el logro del objetivo de generar ingresos, también pueden tener uno negativo en el acceso a los servicios de salud. El caso típico es el del cobro a los usuarios que, aunque tiene el potencial de generar ingresos financieros, funciona como barrera al acceso y como causante de un financiamiento regresivo. En este sentido, se plantea un dilema en la selección del conjunto de mecanismos más adecuados para formar una estrategia de financiamiento de la salud que permita lograr, simultáneamente, los objetivos múltiples de los procesos de reforma.

La OPS propone la utilización conjunta de los mecanismos tradicionales de financiamiento con otros complementarios, en forma de subsidios, cuyo propósito es compensar los efectos no deseados de los primeros y proteger el acceso de la población considerada vulnerable por razones de nivel de ingreso o por condiciones específicas de salud. La propuesta considera el financiamiento público como el más eficiente y equitativo para las intervenciones de salud pública y sugiere que el debate que los países tengan en la definición de su estrategia de financiamiento se limite a los servicios de salud de atención a las personas.

La recomposición del financiamiento en la región es heterogénea. En los ocho países que cuentan con estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud se puede observar el peso mayoritario que tiene el financiamiento de los hogares en el sector. La expansión de los mecanismos del mercado en los servicios de salud de la región ha hecho que una de las modalidades de financiamiento que se extendiera fuera la del cobro a los usuarios. La experiencia demuestra que esta modalidad de financiamiento se ha transformado en una barrera para el acceso a los servicios de salud y que su implementación ha generado problemas adicionales.

En primer lugar, resulta difícil sostener un sistema de tarifas diferenciadas cuando las excepciones han de hacerse caso por caso, en oposición a un esquema general de identificación de la población beneficiaria del gasto público. En segundo lugar, cuando a los establecimientos se les permitió retener la totalidad o parte de la recaudación por cobro a los usuarios, la política de cobrar una tarifa preferencial a la población pobre o perteneciente a un determinado grupo identificado como vulnerable se transformó en un desincentivo al proveedor para atender a estas personas, debido a que no se estableció un mecanismo de compensación por los ingresos que los proveedores dejaron de recaudar a causa de la tarifa preferencial.

La participación del financiamiento privado está correlacionada con los niveles de inequidad en la carga financiera de los hogares. Por ejemplo, en Honduras, en donde el sector privado contribuye con 62% del financiamiento, el cuartil de la población con menores ingresos destina 7.1% de sus ingresos familiares al gasto en salud, mientras que el de mayores ingresos destina sólo 2.5%. Por el contrario, en Costa Rica, donde la participación del financiamiento privado es menor (25%), se observa una mayor progresividad, ya que el cuartil de menores ingresos destina 2.2% a la salud, mientras que el de mayores ingresos destina 4.5%. En estas circunstancias, el Estado tiene un importante papel como ente rector para corregir las fallas del mercado que limitan el acceso a los servicios de salud.



Conclusiones

Las modificaciones del financiamiento del sector salud han sido un componente sustancial de los procesos de reforma. El objetivo explícito ha pasado de la búsqueda de la sustentabilidad financiera a la del logro del acceso equitativo a servicios de calidad.

El estudio del financiamiento y del gasto en salud debe estar siempre presente en los estudios sobre reforma, ya que las modificaciones en esta área repercuten en el logro de los objetivos de accesibilidad, equidad, efectividad y eficiencia. La información económica puede facilitar una evaluación integral del funcionamiento del sector.

El análisis de los resultados de salud en la región indica que éstos son relativamente pobres en función del volumen de recursos que se les destina. Esto sugiere la necesidad de evaluar el destino del gasto desde el punto de vista de su eficiencia tanto técnica como asignativa. Es indudable que se tiene que mejorar la información financiera del sector para poder evaluar mejor su desempeño.

La búsqueda simultánea de varios objetivos plantea el reto de considerar el financiamiento del sector desde una perspectiva de estrategia que identifique la mejor combinación de mecanismos alternativos. La OPS propone una combinación de esquemas tradicionales de generación de ingresos (gasto público vía impuestos, seguros privados de salud, seguros nacionales de salud y cobro a los usuarios) con esquemas complementarios de subsidios destinados a compensar a los grupos vulnerables de los efectos de las barreras



financieras que reducen su demanda de atención a la salud.

Como consecuencias de la aplicación de algunos mecanismos de mercado, los hogares aumentan su aporte al financiamiento del sector. Generalmente, este aporte ha sido regresivo, ya que los grupos de menores ingresos destinan un porcentaje mayor de los mismos a la obtención de atención de salud.

Para los países de la región queda claro que, debido a los niveles de pobreza y dadas las características de la distribución del ingreso, los objetivos de ampliación de la cobertura y equidad en el acceso no se pueden lograr a través de un financiamiento que se sustente únicamente en los mecanismos de mercado, en los cuales la capacidad de pago depende principalmente del nivel de ingresos familiares.

Teniendo presente que las modificaciones de los modelos económicos que siguen los países de la región han pasado por la redefinición del papel del Estado, destacando su función de garante del acceso a los servicios sociales, se plantea la necesidad de fortalecer el papel del Estado como corrector de las fallas del mercado que se presentan en el sector salud.

Evolución Institucional de los Seguros de Salud en América Latina¹: El caso de la Argentina

William Jack

Grupo de Investigación de Economía del Desarrollo

Banco Mundial

En los últimos veinte años varios países de América latina se han embarcado en amplias reformas de sus sistemas de seguros y atención a la salud. En términos generales, entre los países de mayor ingreso se ha dado una tendencia hacia la expansión de la cobertura explícita de los seguros de salud más allá del mercado de trabajo formal. Al mismo tiempo, estos países han estudiado las maneras en que han sido prestados los seguros y la atención a la salud poniendo en marcha reformas cuyo objetivo es mejorar la eficiencia en la asignación y la producción de los servicios del sector. Han tratado de alejarse de la integración pública de la prestación del aseguramiento y la atención hacia una prestación más descentralizada que, en diversos grados, descansa en la participación del sector privado. En cambio, puesto que una amplia reforma de los seguros y de la atención a la salud en sí misma parece ser un lujo, los países más pobres de la región se han enfocado hacia los retos más básicos en términos de prestación de servicios de atención primaria.

A continuación se examinan las experiencias de la Argentina², un país que ha adoptado reformas significativas.

En los últimos años se ha instaurado en Argentina un sistema de seguro obligatorio de salud financiado en base a impuestos que descansa en una pléthora de instituciones ya sean de lucro o sin fines de lucro que labora en conjunción con una oferta predominantemente privada de servicios de médicos y hospitales. Esto parecería ser un modelo de gran potencial capaz de lidiar con las fallas propias del mercado de los seguros (por ejemplo, la selección adversa) gracias a la participación obligatoria, las preocupaciones relativas a la equidad con base en impuestos progresivos y la eficacia de la prestación a través de la prestación descentralizada de los seguros y la atención. Sin embargo, numerosos factores han impedido la realización de ese potencial conduciendo a la puesta en marcha de reformas importantes a mediados y finales de los años 90.

A finales de los ochenta el sistema formal de seguros de la Argentina estaba bien desarrollado. Todos los empleados estaban obligados a asegurarse en la *obra social* que cubría al sector en el que laboraban. En esencia, las *obras sociales* eran y son compañías de seguros sin fines de lucro propiedad de algún sindicato importante. Existen alrededor de 360 *obras sociales* que cubren a alrededor de 10 millones de personas y sus familias. Además, cada una de las 24 provincias del país opera una *obra provincial* que cubre a cerca de 5 millones de empleados del sector público y sus dependientes. Las *obras* son financiadas sobre la base de impuestos (no discrecionales) al trabajo. Los trabajadores retirados y pensionados (cerca de 4 millones de personas) tenían cobertura de seguros médicos a

través del PAMI, *Programa de Asistencia Médica Integral*, operado por el INSSJP, *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*.

Estos servicios eran financiados por impuestos al trabajo e impuestos a los beneficios de las pensiones. Entre las obras y el PAMI cubrían alrededor de 61% de la población y otros dos millones de personas estaban cubiertas por planes de seguros privados de pre-paga y un millón más tenían seguros de alrededor de mil pequeñas mutuales. El 25% de la población que no tenía seguro formal generalmente buscaba atención a través de los hospitales públicos operados por los gobiernos provinciales y municipales.

La mayor parte de la gente con seguros formales buscaba atención entre los prestadores del sector privado, a pesar de lo cual las obras sociales prestaban aproximadamente 10% de los servicios de manera directa. Algunas obras contrataban también la función del aseguramiento, pagando a las *Empresas Administradoras de Prestaciones* un pago por capitación por cada miembro. La EAP contrataba con redes de prestadores de servicios.

Tradicionalmente, los prestadores eran remunerados a partir de pago por servicio, aunque el pago basado en el diagnóstico y la capitación también han sido frecuentes.

Las personas cubiertas por el PAMI tenían un médico familiar asignado que tenía que funcionar como cuidador y era un empleado del INSSJP. Otros prestadores (especialistas, hospitales, etcétera) son pagados con base en pagos por capitación y contratos de pago por servicio.

Reconociendo el amplio rango de variaciones tanto de salarios como de riesgos de salud en relación a la ocupación y, por lo tanto, a la gran variación en las contribuciones per capita dentro de las obras sociales, la Administración Nacional del Seguro a la Salud (ANSSAL) también dio una estructura dentro de la cual operaban las obras sociales.

Resultados

Los principales problemas identificados en la prestación de servicios de seguros de salud fueron la insatisfacción de los consumidores por la calidad (esto es, ineficiencia en la asignación), la inestabilidad financiera (derivada de una ineficiencia productiva insostenible) y la inequidad.

Ineficiencia en la asignación

La disciplina sobre los prestadores llega ya sea por el lado de la demanda a partir de la elección de los consumidores o por el lado de una regulación efectiva. En el viejo sistema, los trabajadores del sector formal no podían escoger en ningún sentido. No podían decidir cuánto pagar por los seguros, pues el impuesto al trabajo no era discrecional (y no se podía escoger la no participación o de quién comprarlos). Los beneficiarios del INSSJP no podían escoger a su médico familiar. Dado que existían límites bien claros a la eficacia de la respuesta de los consumidores en los mercados de atención y seguros de salud, la abolición no parece que pudiera mejorar las cosas.

Por otro lado, el aparato de regulación de la ANSSAL y el INSSJP no era suficiente para asegurar la calidad de la cobertura en ausencia del poder de elección de los consumidores. Algunas fallas en la regulación eran obvias, por ejemplo, la capacidad de las obras sociales para participar en actividades no relacionadas con los seguros de salud (como instalaciones recreativas). Otras derivaban del uso político que se daba a los puestos ejecutivos dentro de las instituciones reguladoras y la tendencia a la corrupción que emergió.

Inestabilidad financiera

La inestabilidad financiera provino tanto del lado de los ingresos como del de los costos. Los impuestos al trabajo (de los cuales las contribuciones para seguros de salud eran como el 20%) llegaban al 56% del salario bruto, de modo que estaban condenados a ser excesivos y a constituirse en un impedimento para el desempeño macroeconómico y la competitividad internacional y fueron reducidos a principios de los años 90, reduciendo también la base del impuesto para seguros de salud. En 1995 la crisis financiera y las dificultades económicas subsecuentes empeoraron las cosas. Si bien como instrumento de políticas esas reducciones en los

¹ Tomado de The Evolution of Health Insurance Institutions: Theory and Four Examples from Latin America

² En el estudio original el autor analiza las experiencias de Argentina, Brasil, Colombia y Chile (n.d.e.)

impuestos no deben ser vistos como la causa de la ineficiencia productiva, sí contribuyeron a aumentar la deuda de las *obras sociales*. Por el lado de los costos, una mala administración, el exceso de personal y el aumento en los costos de la atención médica contribuyeron más a esta ineficiencia en el uso de los recursos.

La fuerza de los sindicatos en tanto propietarios de las *obras sociales* fue importante en este sentido. Cifras del Banco Mundial muestran una relación beneficiarios/personal de cerca de 130 y ciertas *obras sociales* reportan menos de 10 beneficiarios por empleado. A pesar del alto nivel de desempleo y el consiguiente bajo “salario sombra”, los enormes costos distorsionadores asociados con esa producción tan intensiva en trabajo parecen superar los efectos positivos sobre el bienestar a través de su impacto en la tasa de desempleo.

La deficiente administración de la *obras sociales* puede ser una mala interpretación. De hecho los administradores ejercieron un importante control del uso de los recursos y de la elección de políticas, generalmente a favor del sindicato dominante y no necesariamente a favor de los intereses de largo plazo de los trabajadores. Sin incentivos para controlar los costos, tanto porque no había socios que compartieran las acciones y porque el gobierno impuso una limitación suave a los presupuestos, el esfuerzo que de otro modo hubiera sido productivo se desvió hacia la manipulación política y la búsqueda de ingresos.

Aun con una escasa disciplina impuesta por los consumidores, uno podría esperar que las *obras sociales* aspiraran de menos a la eficiencia productiva, aunque no necesariamente de asignación de los recursos. En su papel de organizaciones no lucrativas cualquier superávit generado debería haber sido distribuido en especie (lo cual puede explicar la participación de las *obras sociales* en actividades no-médicas), pero esto no podía afectar la conciencia de los costos de manera indebida. En cambio, los costos aumentaron mientras que, en el mejor de los casos, la calidad del servicio se estancó. De hecho esta situación fue provocada porque, en lugar de ser demandantes residuales frente a los flujos netos de ingresos generados por los aportes de los seguros, las *obras sociales* enfrentaron controles presupuestales muy blandos a causa del fácil acceso al crédito gubernamental. Dado que los individuos no tenían ninguna posibilidad de cambiar de *obra social*, incluso en el caso de colapso financiero, el gobierno tenía dificultades para comprometerse a permitir que salieran del mercado. De hecho resultaba mucho más apetecible desde el punto de vista político (y tal

vez más eficiente en el corto plazo) extender los créditos y permitir la continuación de la cobertura con la *obra social* existente que cerrar una aseguradora y asumir la responsabilidad de la cobertura de sus miembros. De este modo, la falta de procedimientos formales y creíbles de bancarrota significó que la amenaza de cierre funcionara como un ineficiente mecanismo de incentivos.

Redistribución

Cerca del noventa por ciento de las contribuciones por nóminas era retenido por la *obra social* en la que estaba inscrito el trabajador y el resto de los ingresos era transmitido a la ANSSAL para ser redistribuido. Esta redistribución debía ir tanto de las *obras sociales* ricas hacia las pobres como de las de bajo riesgo hacia las de alto riesgo. En principio, esa redistribución permitiría que las diferentes *obras sociales* brindaran niveles similares de cobertura.

Sin embargo, en 1994 los ingresos por beneficiarios de cada obra variaron de \$5 al mes en las obras más pobres hasta \$80 en las más ricas. Esto sólo da una ligera idea que muestra las desigualdades en los recursos provenientes de impuestos sobre el trabajo disponibles para la ANSSAL. En la práctica las cosas eran aún peores, pues las transferencias por beneficiario apenas estaban negativamente relacionadas con el ingreso propio, lo cual sugiere un impacto si acaso marginal sobre la inequidad de la cobertura de seguros de salud entre los trabajadores.

A partir de este análisis se puede inferir que los ingresos de las *obras sociales* tomaron la forma de un pago más o menos fijo por persona más una proporción del salario promedio del sector. De este modo se dio cierta redistribución dentro de cada sector, pero no entre ellos. Esto se puede comparar con el pago recibido por los proveedores de seguros de Colombia –las EPSs– cuyo ingreso per capita es una cantidad fija (basada en la UPC), sin ningún componente proporcional. En el otro extremo, las ISAPRES de Chile reciben fondos relacionados en mayor o menor medida con el salario de cada persona sin ningún componente fijo.

La otra función redistributiva de la ANSSAL debía permitir a las *obras sociales* con costos subyacentes diferentes relacionados con el perfil de riesgos de cada una el proveer niveles similares de servicios. Dado que la membresía dentro de una *obra social* en particular era obligatoria para ambas partes, los diferenciales en el perfil de riesgos contribuyeron a la inequidad y no tuvieron ningún efecto de eficiencia asociado con una selección de riesgos activa. En la medida en que el riesgo individual se relaciona con el

ingreso personal, los ajustes del riesgo correspondientes en principio podrían ser incorporados directamente en el mecanismo redistributivo basado en el ingreso. Sin embargo, las transferencias no fueron hechas sobre la base de riesgos *ex ante*, sino sobre la base de los costos realizados *ex post*, en especial en lo que se refiere a ciertos procedimientos que fueron considerados de alto costo (aunque algunos, como las prótesis, no fueron incluidos a pesar de ser baratos).

Reformas actuales y futuras

El objetivo de largo plazo de la reforma de los seguros es la obtención de la cobertura universal a través de la provisión competitiva de un nivel mínimo de seguro. La estructura fragmentada actualmente existente –que consiste de un sistema público para los retirados y pensionados, un sistema no competitivo pero descentralizado de seguros obligatorios para los trabajadores del sector formal, un sistema competitivo no regulado para los demás que tienen la capacidad de pago y un sistema público de hospitales que provee un aseguramiento basado en servicios de baja calidad– debe ser unificado a través de los consumidores. Esto es, las características de los proveedores de seguros y el ambiente en el que operan deberán ser independientes de las identidades de los individuos que cubren. Esto representa una separación racional de la organización de la producción (determinada por consideraciones relacionadas con la eficiencia interna), la asignación del consumo (determinada por la eficiencia de la asignación y las consideraciones de equidad). Los instrumentos de incentivos más importantes deberán ser la elección de los consumidores y, ahí en donde ésta sea ineficaz o imperfecta, la regulación, tanto de la calidad como de la solidez financiera.

La competencia entre las *obras sociales* empieza a ser introducida, y a mediados de 1999 la mayoría de la gente era consciente de que podía elegir a su asegurador. La consolidación de la industria es necesaria y ha sido parcialmente lograda a través de la fusión de las *obras*. Los aseguradores deben ofrecer un paquete estándar de beneficios (El PMO: *Programa Médico Obligatorio*). Además de representar un nivel mínimo de aseguramiento capaz de facilitar la redistribución en general, el PMO ha permitido a los consumidores realizar comparaciones más claras entre las *obras*.

La competencia entre las *obras* y las *pre-pagas* aún es limitada. Las personas que pueden obtener cobertura en una *obra social* no tienen derecho a obtener seguros formales de una *pre-paga*. Sin embargo, algunos esquemas han sido desarrollados para que una *obra social* recontracte con una *pre-paga* para permitir que una persona permanezca formalmente en la primera y reciba aseguramiento del exterior.

Las *obras sociales* de bajos ingresos obtuvieron un nivel mínimo de financiamiento a través del fondo de solidaridad. De las contribuciones individuales del 8 por ciento de los salarios, la *obra* recibe 90 por ciento. El 10 por ciento adicional se usa para financiar las transferencias a las *obras sociales* pobres a fin de elevarlas a un mínimo de \$40 por familia y por mes. De este modo el precio neto pagado por una persona está fuertemente relacionado de manera positiva con su salario, de modo que se puede esperar cierto equilibrio en la segmentación vertical por la calidad. Parte del proceso de reforma deberá cambiar el mínimo de \$40 por familia por una cantidad ajustada al riesgo (por edad y sexo) de cada persona. Esto aumentaría el papel redistributivo del fondo de solidaridad (asumiendo que nadie obtendría menos de \$40 dentro del nuevo esquema), reduciría la proporción del impuesto al salario directamente retenido por las *obras sociales* y reduciría el potencial de segmentación vertical del mercado.

Estructura y Datos Relevantes, del Sistema de Salud Brasileño

Superficie: 8.5 millones de km²
Federación de 26 estados y un Distrito Federal divididos en 5,561 Municipios

Datos demográficos relevantes:

Población: 170 millones de habitantes
50% de los municipios tiene menos de 10,000 habitantes
75% de los municipios tiene menos de 20,000 habitantes
47% de la población urbana se concentra en 9 regiones metropolitanas

Sistema de Salud Brasileño

Gasto* Total en Salud R\$ 78.8 mil millones = 8.2% del PIB

Gasto per capita R\$ 447.53

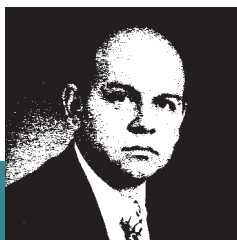
Gasto Público
R\$ 32 mil millones
% del Gasto Total 45.2%

Gasto Privado
R\$ 38.8 mil millones
% del Gasto Total 54.8%

	SUS Sistema Único de Salud	SAMS Sistema de Atención Médica Suplementaria	SDD Sistema de Desembolso Directo
Cobertura	130 millones de usuarios 76.47 % de la población	38.7 millones de usuarios 24.5% de la población	59.5 millones de usuarios 35% de la población
Gasto total	R\$ 32 mil millones	R\$ 20 mil millones	R\$ 18.8 mil millones
Otras Características	Del total de usuarios 38% son exclusivos, 20% frecuentes y 22% eventuales. Cobertura de 79% en el quintil de menores ingresos y de 15.5% en el de mayores ingresos	Planes colectivos 64%, Planes individuales 36% 47.4% de usuarios entre 19 y 39 años de edad	67% de los usuarios tiene ingreso mensual menor a un salario mínimo Utilización concentrada en medicamentos (41%) y atención odontológica (21%)

¹ Datos obtenidos de "El sistema de Servicios de Salud en Brasil" Presentación de Eugenio Vilaça Mendes en el Segundo Foro Interamericano de Liderazgo en Salud. Cartagena, Colombia, octubre 2001.

* Todas las cifras de Gasto corresponden a 1998



Quinto Premio Internacional de Investigación en Políticas de Salud José Luis Bobadilla

CONVOCATORIA 2002

El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, La Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) convocan al quinto premio de Investigación en Políticas de Salud de acuerdo con la siguientes :

BASES

- Podrán participar en el proceso de selección todas aquellas personas que hayan desarrollado trabajos de investigación en políticas de salud sobre América Latina y el Caribe, independientemente de su lugar de residencia.
- Los trabajos deberán contar con el apoyo de alguna institución, pública o privada, vinculada con el campo de la salud en América Latina o el Caribe.
- Los trabajos de los candidatos deberán enviarse o entregarse en sobre cerrado a las oficinas de FUNSALUD (Periférico Sur No. 4809, Colonia el Arenal Tepepan, 14610 México, D.F.) antes del 8 de abril del 2002 y acompañarse de la siguiente documentación:
 - ▶ carta de exposición de motivos del candidato;
 - ▶ carta de apoyo de alguna institución vinculada con el campo de la salud de América Latina o el Caribe en la que se proponga al candidato;
 - ▶ exposición resumida del trabajo no menor de 4 cuartillas y no mayor de 8 cuartillas (indispensable),
 - ▶ archivo electrónico del trabajo, y
 - ▶ curriculum vitae completo del candidato.
- FUNSALUD dará a conocer los resultados de este premio antes del 13 de mayo del 2002.
- Los trabajos de los participantes se difundirán a través de los distintos medios con que cuenta la Red Interamericana José Luis Bobadilla.

RECONOCIMIENTO

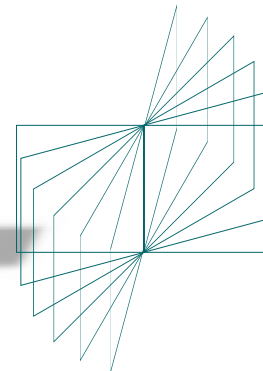
Diploma, un estímulo económico de US \$10,000 (diez mil dólares) y la publicación del trabajo ganador

JURADO

El jurado estará integrado por cinco destacadas personalidades del campo de las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Los integrantes de este jurado no serán miembros de ninguna de las instituciones convocantes y su decisión será inapelable.

Para mayor información, visite la página
<http://www.insp.mx/ichsri>

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

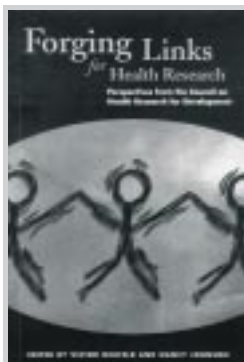
- Berman Peter A, Bossert Thomas J. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Data for Decision Making Washington, D.C.: Project International Health Systems Group Harvard School of Public Health, 2000. Disponible en Internet en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/closeout.pdf>
- Horis Del Prete, Sergio. Economía y Salud en Tiempos de Reforma. Un Camino Crítico entre Equidad y Acceso. La Plata Argentina: Universidad Nacional de la Plata, 2000. Disponible en Internet en: <http://www.gestionsalud.com/publicaciones.asp>
- Isaacs, Stephen L., Solimano, Giorgio. editores. La Salud en América Latina: De la Reforma para Unos a la Reforma para Todos. Editorial Sudamericana, 2000. Disponible en Internet en: <http://www.chsp.org/Publications/publications.html>
- Oyarzo Mansilla Cesar. Evaluación del Proceso de Reforma del sector Público Chileno: una experiencia de 20 años. Instituto de Economía, Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile. 2000. Disponible en Internet en: <http://www.worldbank.org/poverty/wdrpoverty/events/idrc-dc-ag.htm>
- Tella, Rafael, Savedoff, William D. Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. 2001. Disponible en Internet en: http://www.iadb.org/OCE/publications_list.cfm?CODE=B-30

Investigación en salud: Forjar lazos para el desarrollo

Esta obra es resultado de un importante esfuerzo internacional dirigido por el Consejo sobre Investigación en Salud para el Desarrollo (Council on Health Research for Development, COHRED) para lograr la implementación de una estrategia de Investigación Nacional Esencial en Salud (INES) en los países en desarrollo. Esfuerzo dedicado a estimular la labor y a impulsar el desarrollo de las capacidades de realización y uso de la investigación en salud concebida como herramienta para alcanzar la equidad en el desarrollo. En este libro se reúnen la visión y las experiencias de destacadas personalidades e instituciones comprometidas con la INES durante la última década del siglo XX.

El libro está dividido en tres partes que suman con ocho capítulos dedicados a:

- Analizar los principales eventos relacionados con la investigación en salud para el desarrollo en los años 90, los avances en la comprensión de las inequidades en salud y la contribución al desarrollo humano que ha significado la investigación en salud.
- Presentar las experiencias de diversos países en tres aspectos del proceso de investigación en salud (la promoción de la participación comunitaria, la traducción de la investigación en acción y políticas y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación en salud) y mostrar elementos clave de la situación de la investigación en salud en diversas regiones subrayando los beneficios del tratamiento regional de los esfuerzos de investigación.
- Finalmente, los últimos dos capítulos se avocan a revisar la historia y las experiencias del COHRED y considerar los retos y desafíos a futuro que enfrentan tanto la comunidad internacional dedicada a la investigación en salud como los responsables de los sistemas nacionales de investigación para la salud orientados hacia el uso de la misma como herramienta para alcanzar un desarrollo equitativo en salud.



Forging Links for Health Research Perspectives from the Council on Health Research for Development (COHRED).
Victor Neufeld y Nancy Johnson,
editores. IDRC. Ottawa, Canadá, 2001
293 pp

Salud y Equidad en Colombia

Los autores analizan el tema de la equidad a fin de determinar con claridad los alcances de la reforma del sistema de salud colombiano iniciada en 1993 con la promulgación de la Ley 100. Para ello, consideran inicialmente que la reforma colombiana se sitúa dentro del marco de la búsqueda del objetivo generalmente aceptado de lograr un sistema de salud en el que tanto el financiamiento como la prestación de los servicios de salud sean equitativos a partir de la búsqueda del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en un contexto de viabilidad política y económica.

La obra problematiza fundamentalmente dos temas relacionados con la equidad:

1. A pesar de que la reforma ha logrado un incremento en la cobertura del aseguramiento de la población que en definitiva ha beneficiado de manera preponderante a los quintiles de ingresos más bajos, "aún no es claro si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera".
2. En cuanto a las fuentes de financiamiento, tampoco se tiene suficiente claridad respecto a si la reforma ha logrado un impacto positivo sobre el gasto de bolsillo de los hogares o sobre la tenencia de seguros privados, "las dos fuentes más inequitativas de financiamiento de un sistema de salud".

El estudio analiza datos tanto del gasto fiscal en salud como del gasto de los hogares en servicios de salud con el fin de detectar los efectos reales positivos o negativos de la reforma sobre los siguientes aspectos:

- Equidad en la distribución geográfica de recursos
- Equidad en la cobertura de aseguramiento obligatorio
- Equidad en el acceso a los servicios de salud
- Comportamiento del gasto de bolsillo para pagos a proveedores
- Comportamiento del gasto de los hogares para adquirir seguros de salud privados



Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.
Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez,
Úrsula Giedion, Luis Gonzalo Morales
Unidad de Estudios Especiales /
Secretaría Ejecutiva
CEPAL ECLAC
Serie Financiamiento del Desarrollo N.
108
Santiago de Chile, mayo de 2001
51 pp.

Noticias

Invertir 66 mil millones de dólares en salud permitiría salvar 8 millones de vidas y reportaría beneficios por 360 mil millones de dólares

Tras dos años de trabajo, la *Comisión sobre Macroeconomía y Salud* presentó su informe de referencia, *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo sanitario* ante la directora de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Gro Harlem Brundtland. Este grupo de destacados economistas y expertos en salud sostiene que, para 2015-

2020, un aumento en las inversiones en salud de US\$ 66 mil millones al año respecto del gasto actual reportaría por lo menos US\$ 360 mil millones anuales y permitiría salvar unos 8 millones de vidas cada año.

La mitad del aumento en la inversión debería proceder de la ayuda internacional al desarrollo, mientras que los países en desarrollo deberían proporcionar la otra mitad redefiniendo las prioridades de sus presupuestos. La ayuda de los países de ingresos altos rondaría el 0.1% de su PNB y el objetivo de los países en desarrollo sería elevar su gasto presupuestario en salud al 1% del PNB para 2007 y al 2% para 2015. El gasto se destinaría a combatir las principales enfermedades de la pobreza, como el paludismo, la tuberculosis, el VIH/SIDA y las afecciones de la infancia.

De acuerdo con los 18 miembros de la comisión presidida por el Profesor Jeffrey D. Sachs, "Si se

tomaran decisiones enérgicas en 2002, podría entablarse en el mundo una alianza de trascendencia extraordinaria entre los ricos y los pobres, que ofrezca el regalo de la propia vida a millones de desposeídos en el mundo, y demuestre a los que dudan que la globalización puede beneficiar a toda la humanidad."

En el informe se sostiene que los lazos que vinculan la salud con la reducción de la pobreza y el crecimiento económico son mucho más firmes de lo que se creía. Los miembros de la Comisión utilizan datos de claridad meridiana para poner en tela de juicio la opinión mantenida en el pasado de que la salud mejorará automáticamente como consecuencia natural del crecimiento económico. El Informe demuestra lo contrario: la mejoría de la salud es un requisito decisivo para el desarrollo económico de los países pobres.

Declaración de la III Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica

Reunidos los días 25 y 26 de octubre de 2001 en La Habana, Cuba con el propósito de analizar y hallar consenso a los problemas relacionados con la salud y el desarrollo sostenible para elevar la calidad de vida de la población de sus países, las Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica hicieron una importante Declaración fundada en el debate del tema: «Los Sistemas de Salud y la equidad en el Nuevo Milenio».

La exhaustiva Declaración de 19 puntos es una muestra del nivel de comprensión alcanzado por los responsables de los sistemas de salud de los países de Iberoamérica respecto a los problemas de salud pública, su origen, su relación con la justicia y el desarrollo socioeconómicos, el respeto al medio ambiente y las acciones necesarias para superarlos. Destacan especialmente los primeros siete puntos, en los que se definen las premisas básicas de la nueva visión con la que se pretende hacer frente a los retos:

Las Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica

1. Reiteran que la persona humana es sujeto y objeto de las políticas de salud de nuestros países y de los sistemas de salud que implementan

las mismas, en especial entre los más pobres y necesitados; por ello es importante dirigir todos nuestros esfuerzos al cuidado de la misma, aun antes de su nacimiento.

2. Enfatizan que la crisis socioeconómica ha afectado todos los ámbitos de la vida contemporánea en el mundo y ha tenido un impacto negativo sobre los sistemas de salud en nuestros distintos países.
3. Consideran que los sistemas de salud tienen una alta responsabilidad social y es necesario definir políticas, estrategias y acciones en torno a la Salud Pública y/o Salud de la población teniendo como base el examen riguroso de cuatro temas:
 - Accesibilidad a los Sistemas de Salud.
 - Evaluación de los Sistemas de Salud.
 - Impacto en los Sistemas de Salud.
 - Organización y financiamiento de los Sistemas de Salud.
4. Señalan que a la salud como producto social le es cada vez más consustancial la equidad, la eficiencia y la efectividad.

5. Señalan que la salud no es sólo un problema sectorial, sino es además una expresión de la calidad de vida de la población; para su cuidado y preservación, es necesario el desarrollo de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias como se refrenda en la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud.
6. Señalan que una política solidaria considera que el gasto social en salud sea protegido y considerado como una inversión social, además de crear incentivos adecuados como un medio eficaz para facilitar un acceso equitativo a los servicios de salud.
7. Expresan que el Estado juega un papel de liderazgo y rectoría en la obtención de la equidad social y en la concentración de esfuerzos para asegurar que se siga ofreciendo a todos los miembros de la sociedad iguales oportunidades para elevar su calidad de vida y enfrentar la enfermedad de modo corresponsable.

Citas con la Reforma

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

13 – 24 de Mayo 2002

Stowe, Vermont, E.U.A.

Grupo de Sistemas de Salud. Escuela de Harvard de Salud Pública

Convención Internacional Salud Pública 2002 “Ante los Nuevos Retos del Siglo XXI, por el Desarrollo de una Salud Pública Avanzada”

1 al 4 de Mayo 2002

Sitio Web: sp2002.sld.cu/index.htm

Practical Evaluation of Public Health Programs Evaluación Práctica de Programas de Salud Pública

1 al 31 de Julio, 2002

Educación a Distancia

E-mail: hpham@phf.org

<http://bookstore.phf.org/prod95.htm>

Global Engagement in Creating Financially Viable Health Care Systems

Compromiso Global para Crear Sistemas de Atención a la Salud Financieramente Viables

15 a 17 de Julio, 2002

Baskent University, Ankara, Turquía

<http://www.congress.baskent.edu.tr>

Performance Measurement and Management: Research and Action Conference

Medición y Administración del Desempeño: Conferencia de Investigación y acción

19 de Julio, 2002

Boston, MA

E-mail: a.walters@cranfield.ac.uk

<http://www.performanceportal.org/pma2002.htm>

The Legal Basis of Public Health Las Bases Legales de la Salud Pública

1 de enero a 31 de Julio, 2002

Educación a Distancia

E-mail: hpham@phf.org

<http://bookstore.phf.org/prod95.htm>

Management Perspectives for Public Health Practitioners Perspectivas de Administración para Practicantes de Salud Pública

1 al 31 de Julio, 2002

Educación a Distancia

E-mail: hpham@phf.org

<http://bookstore.phf.org/prod40.htm>

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>