

Panorama / 5

Hacia un Sistema Nacional de Salud Descentralizado en Paraguay



• En Guatemala se Descentraliza la Atención a la Salud

• Reforma y Atención Gerenciada: el Caso de Chile **Medici**



• 20 Años de la Reforma Chilena **Oyarzo y col.**

Monitor de la Salud / 11

Países con Economías de Ingresos Medios Altos

Páginas de la Reforma / 12

Noticias / 13

Citas con la Reforma / 16

La Política en la Reforma del Sector Salud en América Latina*

Moisés Arce

Universidad de Nuevo México

Las reformas del sector salud, una vez aprobadas, tienden a enfrentar una resistencia importante independientemente de las estrategias políticas utilizadas. Los reformadores de Colombia y Perú anticiparon esta resistencia pero adoptaron estrategias diferentes en lo que toca al nivel de consenso necesario para convencer a las partes afectadas.

La reforma del Estado es un tema que ha dominado la discusión de políticas en América Latina. El mejoramiento de la calidad de los servicios sociales, como la educación y la salud, se considera una condición necesaria para alcanzar un desarrollo sostenible. Sin embargo, la reforma de estos servicios aparece como algo especialmente difícil. Los estudios relacionados con el tema reconocen que las instituciones internacionales de préstamo están limitadas en cuanto al grado en el que pueden motivar o promover cambios en esas áreas fundamentalmente debido a los obstáculos políticos que enfrentan los líderes locales.

Los estudios también han mostrado que el éxito de las reformas depende de que los encargados del diseño de políticas realicen un análisis del contexto político en el cual éstas se llevan a cabo. Los promotores de los cambios han tratado por lo tanto de descubrir y diseñar estrategias para incrementar las posibilidades de implantación de las reformas. Algunos otros estudios han tratado de identificar a los principales actores políticos y los obstáculos que pueden impedir el proceso de reforma. Otros más sugieren que los diseñadores de políticas pueden mejorar las posibilidades de éxito de las reformas mediante la creación de grupos de interés (*stakeholders*) o mediante compensaciones para los posibles "perdedores". En términos generales, los impulsores de las reformas han prestado una gran atención a las cuestiones de liderazgo y proponen una cuidadosa selección de los "equipos reformadores".

Con el fin de sobreponerse a los obstáculos políticos, los gobiernos han tratado alternadamente de persuadir al público y de obtener ciertos niveles de apoyo político o bien de ignorar la oposición de la ciudadanía y

realizar las reformas mediante decretos. En América Latina los gobiernos que han optado por realizar reformas han apoyado cada vez más la descentralización y/o la introducción de competencia con el fin de mejorar la prestación de los servicios sociales. El objetivo de ambas estrategias es crear presiones por el lado de la demanda capaces de mejorar la eficiencia, efectividad y capacidad de respuesta de las burocracias del sector público de la salud. Sin embargo, la descentralización y la introducción de la competencia en la prestación de servicios no son mutuamente excluyentes.

El objetivo fundamental de este trabajo es explorar el proceso político que afecta a las reformas del sector salud. Su argumento central es que estas reformas tienden a enfrentar una resistencia social significativa independientemente de la estrategia política empleada en su implementación. Este argumento se ilustra con datos empíricos preliminares de Colombia y Perú.

La reforma colombiana, que dio inicio a principios de los noventas, representa una de las reformas más integrales de América Latina. Esta reforma iba en busca de una cobertura universal y ponía énfasis en principios de

* Este artículo es un resumen de un trabajo más amplio en proceso de elaboración. El autor quisiera agradecer los comentarios de José Alfredo Solari y de William Savedoff, ambos del Banco Interamericano de Desarrollo.

Panorama de la Reforma



solidaridad. Por estas razones alcanzó un alto nivel de consenso político y de apoyo. En contraste, la reforma peruana tuvo poco debate o discusión. Empezó a principios de 1994 con un documento oficial que estaba firmado sólo por el presidente y el ministro de salud. El documento autorizaba a las comunidades locales a administrar los puestos de salud en algunas de las áreas más pobres. Siguiendo ese esquema, los diseñadores de políticas del Perú trataron de impulsar la descentralización de manera "silenciosa", manteniendo un "perfil bajo".

No obstante, conforme el proceso de reforma ha ido avanzando, tanto la reforma colombiana como la peruana se han encontrado con una oposición importante. En ambos casos ha aparecido un nuevo conjunto de actores que han mostrado una tendencia a presionar al gobierno. Sin embargo, la expectativa de que las reformas que crean presiones del lado de la demanda iniciarían la transformación de la burocracia tradicional del sector salud no ha fructificado. Diversos estudios también han demostrado que las reformas del sector salud, a diferencia de lo que sucede con los paquetes estabilizadores, exigen de un tiempo mayor para la generación de resultados, lo cual obviamente crea problemas en la interpretación de los saldos de las políticas.

El papel de los actores internacionales

En la era de la estabilización macroeconómica, la comunidad financiera internacional ha sido

un factor determinante en el diseño de la reforma del Estado. La globalización de los mercados financieros ha dotado a los bancos, los administradores de las carteras y los prestadores multinacionales, de un enorme poder sobre las políticas monetarias de varios gobiernos nacionales. Debido a la rapidez de la transferencia de capitales, la percepción de fallas macroeconómicas puede desencadenar una especulación masiva de divisas y una elevada inflación doméstica cuyas consecuencias para la economía pueden ser devastadoras. Es por esto que los políticos y los líderes de los gobiernos tienen fuertes incentivos para mantener políticas macroeconómicas estables lo mismo que para introducir cambios institucionales capaces de incrementar la credibilidad de sus políticas. Como consecuencia, los políticos dotaron a los bancos centrales de un gran poder y dieron preponderancia a los ministerios de finanzas. En este sentido, el impacto más fuerte del capital internacional se ha dejado sentir sobre las instituciones que lidian en primer término con los tipos de cambio, la balanza de pagos y las políticas monetarias. En este orden de ideas, la competencia por capital incentiva una convergencia de las estructuras del Estado hacia modelos institucionales que elevan la competitividad y son percibidos como aceptables dentro de las sociedades capitalistas avanzadas.

Paralelamente, en la era de la reforma del Estado, las fuerzas del mercado tienen menos posibilidades de modelar las instituciones que lidian con los servicios sociales. Las reformas del Estado en estas áreas son menos atractivas para el sector financiero internacional y exigen una mayor coordinación entre las agencias del gobierno y los grupos de la sociedad civil. Por lo tanto, la reforma del sector salud es un proceso fundamentalmente guiado por factores nacionales internos.

Los actores nacionales

En el frente doméstico, la reforma del sector salud ha resultado ser un proceso profundamente político. En algunos estudios se ha argumentado que una forma de dar mayores posibilidades de implementación a las reformas consiste en identificar las preferencias y los recursos de los actores con intereses dentro del proceso de reforma. De manera general, los actores más importantes son la burocracia del sector salud, los políticos y el sector privado. Los ciudadanos, quienes son los primeros usuarios de los servicios de salud, no suelen estar organizados como para poder influir o modelar las políticas de salud.

La burocracia del sector salud está conformada por los prestadores y los gerentes de los servicios de salud. En primer lugar, los médicos, enfermero(a)s y personal auxiliar aparecen como los principales prestadores de servicios de salud. Estos prestadores suelen estar organizados, pero no suelen ser políticamente activos. En segundo lugar, los gerentes, quienes se encargan del funcionamiento cotidiano de los hospitales y otras instalaciones médicas, están organizados en sindicatos y por definición son políticamente activos.

Las burocracias médicas tradicionales suelen oponerse a las políticas de reforma que, por ejemplo, pueden afectar la asignación de recursos financieros. Semejantes políticas podrían crear pérdidas concentradas para un determinado grupo, tales como recortes de personal. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los gerentes del sector, los médicos, debido a sus conocimientos, siempre pueden "salir" hacia el sector privado cuando las condiciones de trabajo en el sector público se deterioran. Más aún, en lo que toca a la burocracia médica, la autoridad en la toma de decisiones suele

estar fragmentada en una serie de divisiones y subdivisiones pero, a fin de cuentas, el ministro de salud detenta el máximo de autoridad. Tanto la reforma colombiana como la del Perú se echaron a andar a partir de iniciativas de políticas lanzadas por el ministro de salud.

Los políticos son los que están a cargo de la burocracia médica. Los estudios han sugerido que los políticos (o reformadores) pueden ser claros en el movimiento hacia el cambio después de crisis importantes en las que han surgido escándalos acerca de la ineficiencia y la corrupción de la burocracia estatal. De igual modo, el inicio de los períodos de gobierno suele ser un momento idóneo para la introducción de reformas, pues los políticos pueden culpar a sus predecesores de la ineficiencia y la corrupción del gobierno anterior. Extendiendo esta idea, quienes inicialmente están "fuera" de la política pueden introducir importantes cambios una vez elegidos, ya que tienen pocas "deudas políticas".

Si bien los políticos pueden transformar la burocracia estatal para favorecer sus necesidades, estas burocracias suelen poseer un peso político independiente. Los políticos enfrentan obstáculos al cambio en la misma medida en que las burocracias crean su propio conjunto de intereses.

Por lo que toca al sector privado, en países como Colombia y Uruguay, éste llega a ser un prestador muy importante de servicios de salud, especialmente en áreas urbanas. También existen otras organizaciones relacionadas con la salud dentro del sector salud, tales como las asociaciones de compañías farmacéuticas y de seguros. En general, el sector privado de la salud tiene un "interés latente" en las iniciativas de reforma que crean nuevas oportunidades para hacer negocios. Las compañías de seguros, por ejemplo, se han visto involucradas de manera importante en las recientes reformas de privatización de los sistemas de pensiones a lo largo y ancho de América Latina.

Por otra parte, las metas específicas de una reforma suelen determinar el tipo de respuesta política, la cual puede tomar la forma de apoyo u oposición. La reforma ecuatoriana, por ejemplo, tenía dos objetivos fundamentales: a) la desconcentración de la autoridad que toma las decisiones y b) la asignación de recursos sobre la base de los resultados. En general se

encontró menos oposición al primer objetivo que al segundo. Los sindicatos del sector salud fueron especialmente sensibles a los cambios en los métodos de asignación de recursos.

Finalmente, diversos estudios han sugerido un papel limitado para las organizaciones internacionales que proponen políticas dentro de la reforma de los servicios sociales. De hecho, las agencias internacionales, como USAID, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud, han demostrado tener un cierto grado de influencia en lo que toca a las ideas y propuestas, pero carecen del liderazgo necesario para iniciar o promover las reformas.

Estrategias políticas

No obstante, de entre todos los actores, son los políticos quienes en última instancia se encargan de iniciar los procesos de reforma. Básicamente las reformas no se llevan a cabo si los políticos no están de acuerdo con ellas. De este modo los estudios han tratado de identificar las condiciones y los incentivos necesarios para que un político esté dispuesto a iniciar una reforma. Se puede comparar la reforma del sector salud con la privatización de las pensiones de la seguridad social y descubrir que esta última fue más fácil de ejecutar porque tuvo como modelo a la reforma chilena de 1981. Así sucedió en Perú (1993), Argentina (1994) y Bolivia (1997).

La primera reforma del sector salud se dio en Chile mediante la "privatización" de los servicios de salud, pero se llevó a cabo en un contexto en el cual los índices de cobertura ya eran relativamente altos. En el caso de países que todavía tienen que expandir la cobertura, la "privatización" de los servicios de salud puede no ser una solución adecuada, especialmente para tratar de brindar una mayor equidad al dar cobertura a los más pobres. Debido a la falta de un "modelo" o de un marco claro para la reforma del sector salud, los políticos y los líderes de los gobiernos pueden ser relativamente reacios a introducir cambios de políticas. De hecho, tanto los presidentes de Colombia (Cesar Gaviria) como del Perú (Alberto Fujimori) no fueron los principales impulsores de las reformas en sus respectivos países, sino que sus reformas se originaron en sus ministerios de salud.



A manera de reconocimiento de la necesidad de contar con el apoyo presidencial, los ministerios de salud llevaron su atención hacia la formación de equipos de reforma altamente motivados que se encargaron de convencer al ejecutivo de avanzar en la reforma. De hecho, estudios recientes han puesto énfasis en el análisis de los grupos de diseñadores de políticas, también conocidos como "equipos de cambio", que juegan un papel significativo en la implementación de los cambios de políticas. Estos equipos suelen tener su propia agenda política y buscan apoyo para las reformas dentro y fuera de la burocracia del Estado. Sin embargo, la capacidad de estos "equipos de cambio" para implementar las reformas es limitada dado que a final de cuentas dependen del apoyo presidencial que buscan. Aun en el caso de que estos grupos logren encontrar apoyo para las reformas, son los políticos quienes en realidad tienen la autoridad para iniciarlas. Por otra parte, las prioridades presidenciales pueden cambiar a lo largo del tiempo. Finalmente, si bien los "equipos de cambio" pueden arreglárselas para "lanzar" reformas, la implementación de las políticas suele ser mucho más compleja.

En el caso de que un ministro de salud tenga éxito para convencer a un político de que inicie una reforma, lo que queda por definir es el grado en el cual la reforma es efectivamente implementada. En este orden de ideas, las propuestas de reforma de la prestación de los servicios de salud puede

caracterizarse como de reforma parcial o global, dependiendo de su enfoque. Igualmente, las reformas pueden considerarse según los diversos niveles de consenso alcanzado entre las partes afectadas.

Tanto la reforma colombiana como la peruana representan extremos en el sentido de que en el Perú existió un bajo nivel de consenso político o de apoyo, mientras que en Colombia se lograron niveles altos de consenso. El caso peruano también representa una reforma parcial, mientras que el colombiano fue mucho más global.

Lecciones

La mayor parte de la literatura que explora la factibilidad política de las reformas del sector salud ha sido útil para comprender el lanzamiento de las reformas, pero nos dice poco sobre los obstáculos políticos que enfrentan las reformas durante su periodo de implementación. En ese sentido, los diseñadores de políticas también ven el lanzamiento de una reforma como un fin en sí mismo, con la esperanza de poder lidiar eventualmente con los obstáculos políticos que pudieran surgir.

El argumento central de este trabajo es que las reformas del sector salud, una vez aprobadas, tienden a enfrentar una resistencia importante independientemente de las estrategias políticas utilizadas. Los diseñadores de políticas de Colombia y de Perú anticiparon la resistencia política pero adoptaron estrategias diferentes en lo que toca al nivel de consenso necesario para convencer a las partes afectadas. La diferencia más importante consiste en que en Colombia, contando con altos índices de consenso, los diseñadores de políticas decidieron trabajar con las instituciones políticas existentes, como el Congreso, mientras que en Perú, donde había un escaso apoyo, los diseñadores de políticas las ignoraron por completo. Sin embargo en los dos países los esfuerzos de reforma han llegado a un umbral en el cual la resistencia a la reforma es inevitable.

Sin embargo, las perspectivas para una reforma sustentable a largo plazo son mejores en Colombia que en Perú. Habiendo incluido un amplio rango de actores y alcanzado un

importante nivel de apoyo, la reforma ha ido más allá de lo propuesto por el ejecutivo que la inició, la administración de Gaviria (1990-94). En cambio, la viabilidad del programa de reforma en el Perú sigue dependiendo de las vicisitudes de la autoridad del presidente Fujimori. Por último, aun cuando los diseñadores de las políticas lograron alcanzar un alto nivel de consenso en el caso de Colombia, aún no se ha realizado una transformación global de la burocracia del sector salud. Aunque la reforma colombiana se ha acercado más a ese tipo de cambio, lo ha hecho lentamente y con recientes retrocesos. En este sentido, la búsqueda del consenso político no ha sido una garantía de que los diseñadores de las políticas no encontrarán oposición o de que se logrará una reforma sistemática del sector salud.

Colombia

La reforma colombiana del sector salud data de 1990, cuando el gobierno inició un programa de descentralización que autorizaba la devolución de la administración y la prestación de servicios médicos y de salud a varios departamentos y municipalidades. Con la promulgación de la Ley 100 en 1993, el gobierno aprobó la reforma en su forma actual.

La reforma buscaba "unificar" los diferentes subsistemas de seguridad social, transformar la manera en la que estos financiaban y prestaban los servicios, y redefinir la forma en que interactuaban los sistemas público y privado.

La reforma también buscaba ampliar la cobertura a los sectores más vulnerables de la población, como los trabajadores del sector informal y los trabajadores independientes. Así pues, la membresía dentro del nuevo sistema colombiano de salud es obligatoria y universal. Otro objetivo importante de la reforma fue que los prestadores de servicios fueran más receptivos a las demandas de los beneficiarios. En este sentido, el gobierno permitió la creación de varias entidades privadas encargadas de ofrecer planes de salud, conocidas como "empresas promotoras de salud" (EPS), que compiten entre ellas por la afiliación de los usuarios. El pago a los prestadores de servicios de salud, sin embargo, se basa en una prima capitada y no en el ingreso o la capacidad de

pago. En contraste con la reforma peruana, el Congreso de Colombia tuvo una gran participación a lo largo del proceso de reforma. Dado que la reforma buscaba la cobertura universal y enfatizaba principios de solidaridad, la oposición dentro del Congreso fue mínima. De este modo, la reforma no significaba reducciones sino más bien una ampliación de la cobertura de salud. Como tal, la reforma no tenía ningún perdedor claramente identificable (ni inmediato). Cuando los costos y los beneficios de las políticas se distribuyen de manera amplia, las reformas tienden a encontrar apoyo en las mayorías populares. Y así sucedió con la reforma colombiana del sector salud, al menos así sucedió durante su lanzamiento.

La reforma también fue un compromiso negociado entre los agentes gubernamentales y la burocracia del sector salud. Promovía la competencia y le otorgaba un papel preponderante al mercado sin cancelar una participación importante del Estado en el financiamiento, la prestación y la regulación.

Los diseñadores de políticas también confiaron en que la dinámica y los incentivos introducidos por las EPS, lo mismo que por el flujo de recursos frescos asignados de acuerdo con principios fundados en la demanda, echarían a andar la transformación de la burocracia tradicional del sector salud. Esta última expectativa, sin embargo, no ha dado frutos. Los diseñadores de políticas siguen enfrentando oposición en los sindicatos y en los hospitales públicos, además de que la transformación de estos últimos ha sido lenta y costosa. De acuerdo con la Ley 100, el financiamiento de los hospitales tuvo que trasladarse de la "oferta" o del presupuesto hacia la "demanda" o los seguros. Una ley reciente ha limitado el monto de los fondos que pueden ser transferidos de un presupuesto histórico orientado por la oferta hasta sólo el 60% para el año 2000, lo cual es claramente contradictorio con la rápida transformación de los hospitales y con lo que originalmente ordenaba la Ley 100.

En retrospectiva, diversos observadores de la experiencia colombiana han empezado a sugerir que los dos grandes beneficiarios de la reforma han sido el sector privado y los pobres. Estos dos conjuntos de ganadores han ayudado a afianzar el proceso de reforma, haciéndolo irreversible. Sin embargo, los prestadores públicos hasta ahora han resistido los cambios fundamentales en la organización y la administración de la burocracia tradicional.

Perú

En mayo de 1994 el gobierno peruano autorizó la creación de comités locales para la administración de centros de atención primaria y puestos de salud de algunas de las áreas más pobres. Estos comités locales también se conocen como "Comités Locales de Administración de Salud" (CLAS). Los CLAS tienen responsabilidad legal y financiera en la administración de los puestos de salud. Reciben recursos públicos para pagar al personal existente a fin de que trabaje más horas o para contratar personal extra sobre una base privada. Las CLAS también generan sus propios recursos a partir de cuotas pagadas por medicamentos y servicios. No obstante, estos ingresos no se envían al gobierno, sino que son retenidos para su uso dentro de las instalaciones locales, en principio con el fin de mejorar los servicios de salud existentes.

La reforma se inició como un "programa piloto", pero la demanda de crear más CLAS ha crecido rápidamente. De hecho, el número de CLAS ha pasado

de 300 en 1994 a 548 en agosto de 1997, beneficiando aproximadamente a tres millones de personas. La idea de un programa "piloto" implicaba que el gobierno sólo estaba "probando" el programa, mientras que se reservaba la posibilidad de extenderlo de manera "silenciosa" en el futuro. De hecho, el programa de las CLAS no tuvo ninguna discusión previa o debate alguno en el Congreso ni en el gabinete del presidente. La reforma se inició con un documento oficial conocido como "resolución ministerial" que fue firmado sólo por el presidente y el ministro de salud. Posteriormente, el ministro de salud, Jaime Freundt, convenció al presidente Fujimori de que continuara con la iniciativa de reforma a pesar de que no estaba muy de acuerdo con el programa piloto.

La reforma ha encontrado oposición en segmentos de la burocracia del sector salud, especialmente entre las autoridades regionales de salud, pues las CLAS han reducido su control sobre una cantidad importante de recursos. Los sindicatos del sector público de la salud también se han opuesto a la reforma porque los contratos privados pueden erosionar su monopolio sobre el empleo en el sector público. Pero el gobierno se las ha arreglado para controlar la oposición conservando un "perfil bajo".

Se ha señalado que el programa de las CLAS no constituye un esfuerzo global para reformar el sector salud, sino que se trata de una estrategia aislada de reforma. El nivel de descentralización que implica el programa tampoco se ha definido. Dado el carácter "piloto" del programa, inicialmente el gobierno elegía cuidadosamente las localidades en las que se implementaría. Sin embargo, el gobierno todavía decide en dónde se instala una CLAS.

Al igual que en Colombia, los pobres que participan dentro de una CLAS son los nuevos beneficiarios (o *stakeholders*) de la reforma. También es probable que estos nuevos actores presionen al gobierno para que continúe con ella. Sin embargo, como la introducción de las CLAS es una estrategia aislada de reforma, los cambios en la organización y la administración de la burocracia tradicional del sector salud siguen siendo poco claros.

LA DESCENTRALIZACIÓN ha sido una política ampliamente utilizada en los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe a partir de los años ochenta. Los recortes del gasto social que se dieron entonces y la excesiva centralización que caracterizaba a los sistemas de salud de la región generaron enormes problemas en la administración de recursos y la prestación de servicios. La descentralización se identificó como una política que podría dar respuesta a estos problemas.

En teoría la descentralización permitiría transferir fondos, capacidad de administración y poder para la toma de decisiones del nivel central al nivel local a fin de que éste pudiera responder a la demanda específica de servicios de las poblaciones de manera flexible y eficiente. En los hechos las experiencias latinoamericanas han mostrado la dificultad de implementación de la descentralización, ya que además de ser un proceso administrativo de transferencia de recursos y responsabilidades, es también un proceso político en el que participan actores sociales con intereses específicos.

Sin duda la descentralización ha tenido impactos positivos en los sistemas de salud. Entre ellos se cuentan la capacidad que el nivel local ha desarrollado para generar sus propios recursos y responder eficientemente y con calidad ante las demandas de atención. La población, por su parte, ha ganado también capacidad para poder influir en las decisiones o negociar proyectos y programas con los distintos niveles de autoridad dentro del sistema. No obstante la descentralización ha enfrentado también diversos problemas. Desde los niveles centrales de las estructuras de los sistemas de salud, la descentralización se ha percibido como la pérdida de capacidad de decisión sobre el sistema, lo cual ha traído como consecuencias retrasos en los procesos de transferencia de recursos y desacuerdos sobre los mecanismos y los objetivos de esta política. En los niveles locales la descentralización se ha enfrentado sobre todo a problemas de incapacidad técnica y administrativa.

En los próximos años, con el avance de los procesos de descentralización, el impacto sobre la capacidad de provisión de servicios se verá con mayor claridad. El ajuste entre las nuevas responsabilidades del nivel central y las de los niveles locales deberá cristalizar en una operación eficiente y flexible de los servicios. A partir de este acomodo y del fortalecimiento de su capacidad técnica y la experiencia ganada, el nivel local deberá ser capaz de enfrentar con éxito las responsabilidades asumidas.

Hacia un Sistema Nacional de Salud Descentralizado en Paraguay*

A fin de dotar de poder de decisión tanto a los prestadores como a los usuarios de servicios a nivel local, y honrando el compromiso expresado en la Constitución de 1992, el gobierno paraguayo se encuentra inmerso en un proceso de descentralización global del poder ejecutivo hacia los gobiernos departamentales y municipales.

En Paraguay existen tres organismos gubernamentales involucrados con la salud pública en el nivel regional: las Secretarías de Salud de los gobiernos departamentales, las direcciones regionales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y los municipios. Junto con el Instituto de Previsión Social y diversos comités de salud de cada región, éstos son los principales actores del proceso de descentralización paraguayo.

Este proceso de descentralización del sector salud ha avanzado en la práctica conjuntamente con la definición del marco legal para sustentarla. Su objetivo explícito es crear el Sistema Nacional de Salud Descentralizado. Así pues, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha ido reforzando los mecanismos de administración de la atención a la salud a nivel local al tiempo que se han ido implementando planes piloto como el que se desarrolló con la ayuda de la Agencia para el Desarrollo Internacional de EUA (USAID).

El plan piloto propuesto se basa en el establecimiento de Consejos Distritales de Salud. Estos consejos funcionan con base en la activa participación de los miembros de la comunidad junto con las personas e instituciones involucradas en la prestación de servicios de atención a la salud y son responsables de la puesta en marcha de las políticas nacionales y departamentales de salud, así como de la coordinación técnica y regulatoria a nivel nacional. Por otra parte, aun cuando las cuestiones administrativas y financieras son responsabilidad del gobierno municipal, de cualquier manera se encuentran bajo control de los Consejos Distritales de Salud.

De acuerdo con este esquema, los funcionarios locales del sector salud tienen la responsabilidad de identificar las necesidades de las instituciones involucradas en lo que se refiere a la asistencia humana, material, financiera y técnica así como de coordinar esa asistencia. Por otra parte, las autoridades locales deben monitorear el avance de cada institución en el cumplimiento de sus objetivos dentro del sistema descentralizado.

Otra importante responsabilidad de los Consejos consiste en el monitoreo y control de la calidad de los servicios de atención a la salud prestados por las instituciones locales tanto públicas como privadas, muy especialmente asegurando la participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones relativas a la salud.

El proceso de descentralización no ha sido uniforme y evidentemente enfrenta resistencias a nivel central. Sin embargo, el éxito de las reformas introducidas dependerá de la capacidad para aprovechar las experiencias exitosas convirtiéndolas en modelos de acción para la definición de un sistema participativo de programas de salud.

* La información se extrajo de diversos reportes técnicos de *Partnerships for Health Reform*

En Guatemala se Descentraliza la Atención a la Salud*

La atención a la salud en Guatemala se encuentra desigualmente distribuida entre cuatro tipos de prestadores de servicios: i) instituciones privadas, ii) instituciones del sector público, incluyendo al Instituto de Seguridad Social, iii) organizaciones no-gubernamentales (ONGs) y iv) curanderos tradicionales con raíces en la cultura maya.

La más importante institución de salud en Guatemala es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que en 1993 cubría al 27% de la población (2.7 millones de personas). El MSPAS es el encargado de definir la política nacional de salud y coordinar a los actores del sector así como de prestar servicios de atención preventiva y curativa para toda la población. Por su parte, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) atiende a los trabajadores del sector formal de la economía y da cobertura a 16% de la población, especialmente en la Ciudad de Guatemala en establecimientos independientes de los del MSPAS. Dos por ciento de la población recibe atención en otras instituciones públicas (fuerzas armadas y municipios). Las empresas privadas y las ONGs dan servicio a 14% de la población. Lo anterior supone que cerca de 41% de la población (4.1 millones de personas) carece de protección en salud, sobre todo en las áreas rurales.

El MSPAS tiene una estructura muy centralizada, con un ministro a la cabeza y dos vice-ministros, además de dos directores generales, uno de servicios hospitalarios y otro de servicios de salud. Por debajo de las oficinas centrales se ubican ocho regiones de salud dirigidas cada una por un director regional cuya autoridad y actividades no están claramente definidas. Fuera de la Ciudad de Guatemala, las unidades administrativas se organizan en 24 áreas de salud, algunas de las cuales gozan de relativa autonomía en una suerte de descentralización informal. En esos casos, las decisiones relacionadas con el personal, el presupuesto y el funcionamiento suelen tomarse a nivel del área y luego ser aprobadas por la oficina central. Sin embargo, formalmente todas las decisiones dependen del nivel central.

Por lo que se refiere a la asignación de recursos financieros, el proceso está altamente centralizado y depende de negociaciones entre el Ministerio de Finanzas y el MSPAS, entre los grupos de interés y los partidos en el Congreso, e incluso de las variaciones entre los ingresos gubernamentales reales y las expectativas.

En noviembre de 1994 se llevó a cabo el "Primer Foro sobre la Reforma del Sector Salud", que fue auspiciado por la Organización

Panamericana de la Salud. En octubre de 1995, el Banco Interamericano de Desarrollo otorgó un préstamo destinado a financiar el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Atención a la Salud en Guatemala. Uno de los aspectos más importantes del programa es la descentralización de los servicios de salud en tres departamentos piloto que corresponden a distritos del MSPAS.

Los objetivos generales del Programa de Mejoramiento son los siguientes:

- ▶ el fortalecimiento de la estructura institucional del MSPAS mediante su reestructuración y descentralización sobre la base del establecimiento de mecanismos de coordinación sectorial;
- ▶ el incremento y mejor utilización de los fondos, dirigiéndolos de manera preferencial hacia la atención preventiva;
- ▶ el mejoramiento del modelo de atención a la salud mediante la expansión de la cobertura y la participación comunitaria, así como la participación del sector privado en la prestación de servicios, y
- ▶ el mejoramiento del uso de los hospitales públicos y la búsqueda de fuentes alternas de financiamiento de los hospitales tales como los mecanismos de recuperación de costos.

En el cuadro se resumen los problemas más importantes del sector salud guatemalteco y la forma en que el Programa de Mejoramiento pretende enfrentarlos. Se puede percibir que la descentralización se lleva a cabo no sólo entre los diferentes niveles de gobierno, sino también entre los servicios públicos y privados así como entre los diferentes grupos implicados. Asimismo, se introduce la competencia como un elemento clave para expandir la cobertura y asegurar la satisfacción de los pacientes.

En 1996, el MSPAS fue reestructurado y una nueva legislación sentó las bases para su descentralización y la agilización de su papel rector dentro del sector salud. El presupuesto asignado al ministerio se ha incrementado año con año y al interior del mismo se han establecido nuevos mecanismos de asignación de presupuestos que simplifican y hacen más transparentes los procesos. Asimismo, se ha evitado la transferencia de recursos de la atención preventiva hacia la curativa y se han realizado inversiones en programas prioritarios dentro de las tres áreas piloto (Chiquimula, Escuintla y Alta Verapaz). Además, la nueva legislación creó el Sistema Coordinado de Salud (SICOSA), destinado a coordinar los programas del MSPAS y el IGSS. Se han firmado ya acuerdos entre estas dos instituciones con el fin de ampliar la cobertura para la población rural, como el Sistema Integrado de Atención a la Comunidad en el Departamento de Escuintla, que amplía la cobertura a 450 mil personas y que se está aplicando en otros departamentos.

Las nuevas leyes aprobadas por el Congreso permiten a las comunidades el establecimiento de contratos con prestadores privados de atención a la salud teniendo a los departamentos descentralizados como agencias contratantes.

Por otra parte, el Ministerio de Finanzas aprobó una medida que permite a las unidades descentralizadas la contratación de servicios básicos de atención a la salud con ONGs, individuos u otras instituciones privadas. Este esquema fortalecerá la administración financiera de las unidades descentralizadas haciéndolas responsables de la ejecución de su presupuesto al tiempo que se estimula la coparticipación de



* Basado en un informe del Banco Interamericano de Desarrollo

Problemas Crónicos del Sector Salud de Guatemala y Soluciones Propuestas

Problemas	Cómo se Enfrenta el Problema en el Programa de Mejoramiento
1. El MSPAS es responsable de la prestación de los servicios y la definición de las políticas. Esta tarea la desempeña de manera muy deficiente.	1. El MSPAS debe jugar un papel rector: asegurar la equidad en las condiciones de salud y en la cobertura. Debe asumir dos responsabilidades fundamentales: el establecimiento de las políticas nacionales y la construcción de un consenso para las estrategias.
2. Las autoridades regionales no gozan de independencia y sus responsabilidades no son claras.	2. La prestación de los servicios debe ser delegada al nivel intermedio: estados, departamentos, localidades y niveles regionales descentralizados.
3. No hay dinero suficiente para el gasto del sector. Los procesos de establecimiento y asignación de presupuestos son complicados e ineficientes (permiten el fraude).	3. Los recursos del MSPAS deben pasar del 3.3% del PIB para salud (1990) al 5% del PIB. Otros fondos serían los de la seguridad social, los municipios, organizaciones sociales y los fondos internacionales. Se debe organizar la unidad de asignación, definiendo procedimientos descentralizados de presupuestos.
4. Uso inapropiado e inequitativo de los fondos.	4. El programa propone una reprogramación de los recursos para gastar más en atención preventiva.
5. Duplicación de servicios entre el MSPAS y el IGSS.	5. Ambas instituciones delegarán la prestación de servicios a prestadores públicos y privados que demuestren su eficiencia y satisfagan a los usuarios en competencia libre. El MSPAS puede delegar la prestación de servicios en el IGSS.
6. La población rural no tiene acceso a servicios.	6. Los municipios podrán usar los fondos del Fondo de Inversión Social (FIS) para poner en práctica programas y construir infraestructura.
7. Subutilización de las instituciones a causa de la calidad de la atención.	7. Las entidades locales contratarán y despedirán a los prestadores
8. La oferta determina el funcionamiento en vez de la demanda.	8. Los proyectos piloto se enfocan hacia las necesidades de poblaciones específicas.
9. Poca coordinación entre los sectores público y privado.	9. El MSPAS servirá como organización paraguas.
10. Mantenimiento deficiente.	10. Se dedicarán más fondos al mantenimiento.
11. Sistema de información deficiente.	11. Se desarrollará un sistema de información destinado a la toma de decisiones.

los sectores público y privado llevando la toma de decisiones más cerca de los usuarios.

En términos generales, la reforma del sector salud en Guatemala parece estar marchando de manera muy positiva, ampliando la cobertura,

descentralizando la toma de decisiones y la prestación de los servicios, incrementando la participación de los usuarios y aumentando la eficiencia del sistema. A fin de asegurar el éxito a largo plazo, la descentralización deberá incorporar otros instrumentos de racionalización de la prestación de los servicios, de equidad, de desarrollo de recursos humanos y de control del desempeño de organismos e individuos participantes.

Reforma y Atención Gerenciada: el Caso de Chile

André Medici

En este número de *Informando y Reformando* da inicio la publicación de una serie de análisis y reflexiones de André Medici, economista del Banco Interamericano de Desarrollo, sobre la atención gerenciada y la reforma del sector salud en diversos países de América Latina.

El modelo de desarrollo económico y social seguido en Chile desde principios de los años ochenta y que se mantuvo durante el periodo de retorno a la democracia en los años noventa ha sido considerado como uno de los modelos más avanzados de América Latina. Entre 1991 y 1995 la tasa promedio de crecimiento de la economía chilena fue de 7.4%, con una inflación de aproximadamente 8% en 1994 y 1995. La tasa anual de ahorro doméstico ha sido del 25% y el desempleo, que alcanzó cerca del 28% en el periodo 1983-89, cayó a un promedio de 6.7% en la primera mitad de los noventa.

Dado el papel de Chile como líder latinoamericano en lo que a ajuste económico se refiere, sus reformas sociales (en las que se incluyen las de la seguridad social y salud) se han convertido también en un modelo para el resto de los países de la región. La tasa de mortalidad infantil en Chile bajó de 105 por 1000 nacidos vivos registrados en 1950 a 12 en el momento actual, tasa semejante a la de los países desarrollados. En medio de este rápido proceso de transición, las principales causas de muerte también empezaron a parecerse a las de las naciones industrializadas.

Las reformas de salud en Chile se iniciaron en 1981 con una descentralización parcial del sector público en 26 servicios regionales de salud. Este sector cubre al 73% de la población del país. El 27% restante queda en manos del sector privado.

Las características más importantes de la reforma del sector salud de Chile son las siguientes:

- Reducción de los elevados costos e ineficiencias de las instituciones de seguridad social. Juntos, estos dos factores han absorbido más del 50% de los salarios que cobran las compañías y los empleados dedicados a la salud y los servicios de seguridad social. Hoy en día, los trabajadores deben pagar 7% de su salarios por los servicios de salud, mientras que los empleadores están exentos de contribuciones.
- Creación de un sistema de instituciones privadas de salud, las ISAPRES. Este sistema, sin embargo, se estructuró de tal manera que sólo los trabajadores con los sueldos más elevados pueden realmente elegir una

ISAPRES, lo cual significa que el sistema chileno de salud sigue siendo fundamentalmente público.

- Protección de los trabajadores que no tienen un ingreso suficiente para elegir una ISAPRES a través del Sistema Nacional de Salud. La contribución de estos trabajadores se destina al Fondo Nacional de Salud o FONASA.
- La creación de una autoridad reguladora de las ISAPRES, la Superintendencia. Esta agencia fue creada en los años noventa con el fin de regular a las ISAPRES y mantener un número mínimo de prestadores en el sistema. La Superintendencia debe evitar que las ISAPRES incurran en prácticas monopólicas que afecten a los consumidores.
- La implementación en los años noventa de otras reformas del sector tales como la creación de un sistema de pago de grupo relacionado con el diagnóstico y el establecimiento de mecanismos de libertad de elección del proveedor del servicio. Los puestos de salud locales de Chile son financiados de acuerdo con su capacidad para atraer y conservar a su clientela. Por lo que se refiere a los hospitales públicos, es importante notar que su experiencia de auto-administración les ha permitido vender servicios (incluyendo a las

ISAPRES) a fin de obtener mayores ingresos.

En 1995, los gastos público y privado en salud de Chile alcanzaron la cifra de 2200 millones de dólares (alrededor del 3.5% del PNB). De este total, 44% correspondió a los gastos de las ISAPRES y el resto al sector público. De este modo, el promedio anual per capita de la contribución de las ISAPRES fue de 646 dólares, mientras que en el sector público fue de 121. Los gastos de ambos sistemas no difirieron en mucho: las ISAPRES gastaron 297 dólares per cápita por año y FONASA 205.

En el área de la competencia gerenciada se llevaron a cabo dos reformas claves: i) la creación de las ISAPRES en el sector privado y ii) la introducción de la capitación en los puestos locales regionales de salud en el sector público. Es importante señalar que la proyección de la red de salud en el interior del país no es tan grande como para satisfacer los requerimientos de un modelo de competencia gerenciada.

A pesar de algunos resultados positivos, el sistema de salud chileno todavía enfrenta varios problemas. En primer lugar, los problemas de equidad deben ser reducidos al mínimo, pues existe una asociación entre la calidad de los servicios prestados y el nivel de ingresos del beneficiario. En segundo lugar, es necesario crear nuevos parámetros de competencia y un paquete básico de salud garantizado para la población de ingresos más bajos. En tercer lugar, se requieren mejores sistemas de información a fin de mejorar la transparencia y hacer que los usuarios puedan entender cómo operan las ISAPRES y el sector público. Finalmente, la regulación, la inspección y la evaluación de los servicios de salud deben mejorarse, especialmente en el caso de las ISAPRES.

20 Años de la Reforma Chilena*

César Oyarzo, Edmundo Beteta, Marcela Cabezas y Ricardo Sanhueza
Universidad de Chile

Este trabajo es resultado de un proceso de investigación y evalúa críticamente la experiencia de transformación de la organización del sector público de salud chileno en los últimos veinte años. En particular se analiza la manera en que se diseñaron e implementaron las reformas respecto a los temas de descentralización espacial y funcional -esta última conocida como "separación de funciones" - y los métodos de pago a los prestadores. El estudio identifica las fortalezas y debilidades de estos procesos a partir de un marco teórico sobre los fundamentos económicos de la descentralización. De manera complementaria, se determina el rol de los actores relevantes (*stakeholders*) en estas transformaciones.

El proceso abarca dos periodos políticos, el de la dictadura militar (1973-1989) y el de democracia (1990- 2000), periodo este último en el que el gobierno ha sido ejercido por una coalición de partidos de centro-izquierda denominada Concertación de Partidos por la Democracia.

En ambos periodos políticos se apunta a mejorar el desempeño del sistema público. El gobierno militar enfrentaba serias dificultades para poder gestionar un sistema de salud fuertemente centralizado, configurado en torno a dos instituciones, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional para Empleados (SERMENA). El primer gobierno de la Concertación (1990-1994) puso énfasis en el acceso a la salud de los chilenos de menores ingresos, beneficiarios del sistema público. En su segundo gobierno (1994-2000) enfrentó como principal problema la mala evaluación de la población del sistema de atención, a pesar de que en los cuatro años anteriores el gasto real se había duplicado.

La Reforma

Durante el gobierno militar se fusionaron los recursos del antiguo SNS y del SERMENA. Se planteaban tres funciones básicas a ejecutarse por tres diferentes organismos: el Ministerio conservaba la tarea normativa y de control, la función ejecutora quedaría en manos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) -conformado por 26 servicios descentralizados y con personalidad jurídica - y por último, la función financiera sería entregada al recién creado FONASA (Fondo Nacional de Salud).

La otra experiencia importante se inició en 1981, con el traspaso de la administración de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades.

Asimismo, en 1978 se introdujo un procedimiento de pago a los servicios denominado Facturación por Atención Prestada (FAP), en reemplazo de las transferencias presupuestarias fijas por línea de gasto. El mismo concepto de pago por acto médico dio origen al sistema de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM).

El reconocimiento de los problemas de incentivos que acarrearían estos mecanismos de pago llevó al primer gobierno democrático a modificarlos. En su lugar se estableció, para la atención secundaria y terciaria, el sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) combinado con un Sistema de Pago Prospectivo por Prestación (PPP) en reemplazo del antiguo FAP. En el caso de la atención primaria, el FAPEM fue reemplazado por un sistema capitado, en base a la población inscrita, el llamado «per capita». Estos cambios se encuentran en proceso de implementación.

Durante el segundo periodo democrático, el FONASA empieza a actuar como un seguro público comprador, con el propósito de profundizar la separación funcional. Sin embargo, lo ocurrido desde 1990 no se ha expresado en modificaciones legales y la mayor parte del proceso de separación de funciones aún se encuentra en discusión.

Método y Materiales de Información

En los procesos de cambio intervienen elementos de orden conceptual, pero también son condicionados por los intereses de diversos grupos. Así, se hace una «evaluación de proceso» mediante la construcción de un marco teórico y desde la percepción de los actores relevantes, la que difiere de las evaluaciones de impacto convencionales que registran los cambios en los indicadores de salud de la población.

Se combina el análisis bibliográfico con la técnica de entrevista. La revisión de literatura se utiliza para el desarrollo del marco teórico. La información primaria proviene de testimonios de 23 líderes de opinión del sector, que aportaron la visión de los equipos generadores y opositores respecto a sus motivaciones, interacciones, y sobre los factores que facilitaron u obstaculizaron la reforma.

Principales Resultados

El estudio permitió construir un marco conceptual de análisis de los fundamentos económicos de la descentralización. El principal aporte de este marco fue considerar de manera conjunta las dimensiones espacial y funcional.

El estudio dio origen también a una evaluación crítica de las reformas. Se concluye que, durante el gobierno militar, el proceso avanzó en una mezcla poco clara de ambas estrategias de descentralización. Mientras en el discurso se hacía énfasis en la separación de funciones, en la práctica el acento se puso en lo espacial, motivando la creación de los Servicios de Salud y la municipalización. La separación funcional se relegó al nivel central sin ninguna connotación geográfica. Así por ejemplo, la función financiera asignada a FONASA no contó con la autonomía necesaria, limitando su labor a lo administrativo. Por otro lado, la llamada función ejecutora que se le entregó a los Servicios de Salud, radicó en ellos un conjunto de funciones relativas a la regulación, la compra y la entrega de atenciones de salud.

Lo anterior no implicó una descentralización efectiva que entregara a los Servicios de Salud autoridad y responsabilidad. En la práctica, el Ministerio concentró funciones dictando normas que restringieron la acción de los «ejecutores». El análisis muestra logros bastante reducidos en cuanto a la autonomía de los Servicios de Salud con relación a lo establecido en la ley.

La ausencia de mecanismos de transferencias financieras para evitar la discrecionalidad de la burocracia central es uno de los elementos que explica la falta de profundidad en el esquema de descentralización. A este fenómeno también contribuyó la escasa capacidad de los gestores locales.

A diferencia del gobierno militar, el eje ordenador durante los gobiernos de la Concertación fue la separación funcional. De esta manera, el Fondo Nacional de Salud -utilizando el marco legal heredado- ha asumido nuevas tareas que lo ubican más como un articulador entre la oferta y la demanda de prestaciones. Sigue pendiente la necesidad de realizar esta separación funcional en el nivel regional.

En cuanto a los métodos de asignación de recursos, la experiencia del gobierno militar evidenció las deficiencias del sistema FAP-FAPEM. En el periodo democrático, pese a los avances, tampoco se pudo revertir un pasado de transferencias discrecionales entre el nivel central y los prestadores.

* Este es un resumen de una investigación financiada por el BID y IDRC en el marco de un programa de Estudios sobre Reformas en los Sectores Educación y Salud en América Latina.

En este período las reformas se concentraron en lo financiero -métodos de pago- sin un discurso sanitario ordenador de los cambios, responsabilidad del área de formulación de política y regulación.

Evaluación a Partir de la Percepción de los Actores Políticos

En el gobierno militar existieron diferencias entre posiciones más y menos privatizadoras. En el primer aspecto, un grupo (el equipo generador) imaginó la creación de los Servicios de Salud como el primer paso para desarrollar un sistema de subsidios a la demanda, donde el sector privado incrementara progresivamente su participación en la provisión. Finalmente predominó un esquema más centralista, defendido principalmente por los militares, dueños del poder político, y los mandos medios médicos de los niveles burocráticos centrales y regionales. Es la fuerza de estos grupos la que determina el carácter moderado de la descentralización y la escasa autonomía con la que operaron los Servicios de Salud, temas en los que el gremio médico influyó sobre los militares.

La municipalización de la atención primaria se aprecia como impuesta desde arriba, sin un análisis de su adecuación a la realidad del sector. Dentro del gobierno existían posiciones más audaces respecto a la privatización de los consultorios, que sin embargo no prosperaron. El proceso tardó varios años en completarse, pues se optó por hacerlo gradualmente, tal como sostenían, entre otros, los médicos ligados al Ministerio y los directores de servicio. En los últimos años del régimen, el equipo económico logró que los militares ordenaran acelerar el traspaso de los establecimientos. Esta es la reforma que sigue recibiendo las mayores críticas dentro del sector.

Con relación al período democrático (1990-2000), el grupo generador de la reforma consiguió que dentro del gobierno se construyeran consensos básicos para la introducción de métodos de pago, obstaculizándose el proceso en la fase de implementación por la incomprensión de los grupos de interés vinculados a la prestación. En el tema de separación de funciones, los grupos más conservadores del gobierno y los gremios han tenido mayor influencia, impidiendo el avance de las reformas legales necesarias para consolidar al FONASA como una entidad aseguradora con poder para estimular la competencia entre prestadores, y a los Servicios de Salud en el manejo más eficiente de sus recursos.

En síntesis, parte importante de los problemas observados en las transformaciones del sector salud chileno han tenido su origen en una carencia de comprensión, por parte de los conductores técnicos, de los aspectos técnicos (y políticos) involucrados. El segundo elemento es la oposición de intereses, que se convierte en fuente adicional de «desviaciones» respecto de las recomendaciones teóricamente correctas.

Discusión de Política

Esta sección resume algunos problemas de política que pueden enfrentar países de la región cuyo sector público atraviesa por procesos similares al chileno.

- La descentralización geográfica y funcional ofrece soluciones a varios de los problemas asociados al mal desempeño de los sistemas de salud, pero origina nuevas dificultades. Las ventajas y desventajas de descentralizar deben ser vistas en términos de las distintas funciones y sus atributos.

- Las funciones que poseen importantes «atributos de diseño» deben ser mantenidas con un grado importante de centralización. Además debe considerarse que una descentralización excesiva puede atomizar la gestión elevando los costos al perderse economías de escala.
- La separación de funciones, especialmente cuando va acompañada de incrementos de la competencia entre prestadores, puede elevar los costos de transacción cuando se multiplican los contratos.
- Las estrategias de descentralización geográfica y la separación de funciones deben verse como complementarias.
- Se recomienda acompañar la estrategia de descentralización con esfuerzos de capacitación. Sin embargo, a la capacitación debe añadirse un contexto que permita asumir responsabilidades y un sistema de control y evaluación que incluya premios y castigos.
- Los procesos de reforma afectan intereses creados en el sector y por tanto se espera una oposición por parte de los grupos afectados. En este sentido, más allá de lo razonable que resulta el negociar con dichos grupos, aparece como condición fundamental que la población beneficiaria comprenda la reforma y la apoye. En este sentido, la participación social debe incorporarse al diseño de la política.
- Es importante evaluar la velocidad del cambio. Aquí aparece el tema de las políticas graduales como opuestas a las políticas de shock. Cuando se opta por la gradualidad surge un problema de credibilidad. Si la elección se basa simplemente en evitar el conflicto, la gradualidad puede aparecer como una señal de debilidad y generar por tanto dificultades serias en la implementación de la política.
- El momento y la necesidad de cambios legales son también importantes. Dado que en la mayoría de los países democráticos los tiempos de discusión legislativos pueden resultar extremadamente largos en relación al tiempo político -entendido éste como el lapso en que los gobiernos disponen del apoyo suficiente para emprender procesos de cambio de envergadura-, es necesario diseñar incentivos para optimizar el marco legal existente para avanzar en los cambios. Sin



embargo, esto tiene un límite y se produce en algún momento, que puede ser tardío, la comprensión de que avances adicionales requieren de cambios legales.

- La ignorancia y la desconfianza asociada a ella contribuyen a la oposición al cambio, aún dentro de la burocracia. El problema se acentúa cuando los cambios recomendados tienen su origen en profesionales de la economía que expresan sus propuestas en un lenguaje muy poco conocido para la profesión dominante del sector.
- Lo anterior no resulta sorprendente en un campo en que los avances conceptuales son recientes y aún existen profundas diferencias respecto de lo que debería hacerse. En este sentido, los responsables del diseño de reformas deben enfrentar la falta de consenso teórico y de experiencias exitosas en materia de gestión de sistemas de salud. La discusión internacional destaca el fracaso de todos los tipos de modelos, sin especificar que los ámbitos del fracaso son distintos y que dependen de los criterios de evaluación utilizados. Así, mientras algunos sistemas enfrentan serias dificultades con la equidad y el control de costos, otros están enfrentando crisis que tienen que ver más con su capacidad de otorgar satisfacción a los usuarios. Por tanto, se debe canalizar la discusión en el sentido de cuánto estamos dispuestos a renunciar de uno para alcanzar más del otro.

Países con Economías de Ingresos Medios Altos

Indicadores / País	Argentina	alf	Brazil	alf	Chile	alf	México	alf	Uruguay	alf	Venezuela	alf
<i>Económicos y Sociodemográficos¹</i>												
Población total (en miles)	36,000	97 ^a	164,000	97 ^a	15,000	97 ^a	94,000	97 ^a	3,000	97 ^a	23,000	97 ^a
PIB (millones US\$)	325,012	97 ^a	820,381	97 ^a	77,082	97 ^a	402,964	97 ^a	19,971	97 ^a	87,480	97 ^a
PIB per cápita (miles US\$)	9,028	97 ^a	5,002	97 ^a	5,139	97 ^a	4,287	97 ^a	6,072	97 ^a	3,764	97 ^a
Esperanza de vida al nacer (años)	73.5	98 ^b	68.0	98 ^c	75.0	98 ^b	74.7	98 ^d	74.0	98 ^b	73.0	98 ^b
Tasa global de fecundidad	2.6	98 ^b	2.3	98 ^b	2.4	98 ^b	2.6	98 ^d	2.4	98 ^b	3.0	98 ^b
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NVR)	22.0	98 ^b	42.0	98 ^b	13.0	98 ^b	26.9	98 ^d	18.0	98 ^b	21.0	98 ^b
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 NVR)	44.0	95 ^e	114.2	91 ^c	30.0	95 ^e	47.0	97 ^e	21.0	94 ^c	65.0	95 ^c
% alfabetismo	96.5	97 ^a	84.0	97 ^a	90.0	97 ^a	89.4	97 ^f	97.5	97 ^a	92.5	97 ^a
% población con agua potable	81.0	95 ^e	76.0	95 ^e	91.0	96 ^a	88.1	97 ^f	89.0	97 ^a	79.0	96 ^a
% población con alcantarillado	61.0	95 ^e	60.0	95 ^e	81.0	95 ^a	78.2	97 ^f	92.0	94 ^b	69.0	95 ^c
<i>Gasto en Salud</i>												
Gasto total en salud (millones US\$)	20,147	95 ^e	29,151	95 ^e	3,600	97 ^e	16,935	96 ^h	1,781	95 ^c	1,182	96 ^c
Gasto en salud como % PIB	9.7	95 ^b	4.6	95 ^b	5.0	97 ^e	5.1	96 ^h	13.4	95 ^b	7.5	95 ^b
Gasto en salud per cápita	388	94 ^c	180	95 ^e	240	97 ^e	183	96 ^h	564	95 ^c	54	96 ^c
Gasto público como % gasto total en salud	44.0	95 ^b	40.0	95 ^b	56.0	97 ^e	43.9	96 ^h	52.0	95 ^b	40.0	95 ^b
<i>Recursos y Servicios</i>												
Médicos (por 1000 habitantes)	2.7	95 ⁱ	1.5	92 ^a	0.5	96 ^c	1.2	97 ^f	3.7	95 ⁱ	2.5	95 ^c
Enfermeras (por 1000 habitantes)	2.4	94 ^c	3.2	92 ^a	0.2	96 ^c	1.8	97 ^f	1.7	95 ^c	0.7	95 ^c
Cobertura de servicios de salud (%)	92.0	93 ^a	75.0	95 ^c	95.0	93 ^a	89.5	95 ^c	96.0	93 ^a	90.0	93 ^a

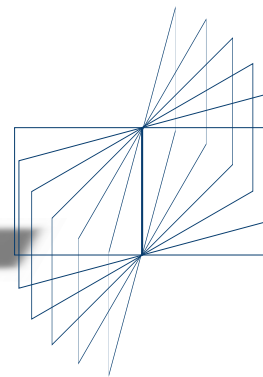
alf: Año y fuente de referencia.

Fuentes:

- The World Bank Group. World Development Indicators 1999. Washington, D.C.: World Bank, 1999.
- World Health Organization. The World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1998; vol. II.
- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México 1995-2050. México, D.F.: CONAPO, 1997.
- Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 17, vol. I, 1997. México, D.F.: SSA, 1998.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. México, D.F.: INEGI, 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995. Washington, D.C.: OPS, 1995.
- Fundación Mexicana para la Salud. Gasto en Salud. México, D.F.: Funsalud, 1999 (documento interno).
- Banco Interamericano de Desarrollo. Datos Básicos Socioeconómicos. Unidad de Estadística y Análisis Cuantitativo. 16 de Agosto de 1999. Washington, D.C.: BID, 1999.

* / Sección a cargo de Blanca Villa y Antonio Tapia

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Dullak Peña R, coordinador. Análisis del sector salud del Paraguay. Washington, D.C.: IRSS, 1999.
- Iniciativa de Reforma del Sector Salud en los Países de América Latina y el Caribe (IRSS). Metodologías para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: IRSS, 1998.
- Iniciativa de Reforma del Sector Salud en los Países de América Latina y el Caribe (IRSS). Línea basal para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: IRSS, 1998.
- Maceira D. Mecanismo de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. Washington, D.C.: IRSS, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Factores restrictivos para la descentralización en recursos humanos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1999.
- Pezold C, Frenk J, McCarthy S, editores. Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. México, D.F.: Institute for Alternative Futures, FUNSALUD, SmithKline Beecham Pharmaceuticals, 1998.

La Descentralización de la Salud en América Latina

Esta obra examina los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud en siete países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua) a partir de una idea básica:

La descentralización de la educación básica y de la atención primaria de salud son los ejes de las reformas de política social que se están realizando en América Latina con el fin de mejorar la eficiencia de la provisión de los servicios y de fortalecer, al mismo tiempo, los procesos de democratización en marcha en la región.

Su contenido está dividido en dos partes. La primera, realizada por las compiladoras, "presenta un marco contextual y conceptual que permite captar las características principales de la nueva distribución de responsabilidades y facilitan la comparación de los procesos entre países...tratando de extraer lecciones para el diseño y la implementación de futuras reformas." Además de definir un marco analítico de la descentralización de los servicios sociales y de analizar el contexto en el que se desarrollan los procesos descentralizadores, en esta primera parte las autoras llevan a cabo una caracterización de las estrategias de descentralización de los sectores de educación y salud en cada uno de los siete países mencionados.

La segunda parte del libro consiste de una recopilación de siete extensos estudios de caso. Cada uno de estos estudios fue realizado por especialistas en procesos de reforma y descentralización de la educación y la salud de los países en cuestión

Finalmente, cada una de las partes está acompañada de una extensa lista de referencias bibliográficas y fuentes oficiales que permitirán al investigador interesado ahondar en la consideración de los procesos concretos de descentralización que se están llevando a cabo en la región.



di Gropello E, Cominetti R, compiladoras. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Santiago de Chile: CEPAL, 1998.

Desigualdades de Género y Reforma

Este documento de trabajo presenta una revisión de los debates actuales alrededor de aspectos de género en el contexto del proceso de reforma del sector salud que da inicio en los países en desarrollo a principios de los ochenta. En la primera parte, la autora presenta las diferentes aproximaciones de la reforma del sector salud y sus vínculos con el ambiente político y macro-económico. En la segunda parte presenta las propuestas de las analistas de género, quienes han puesto más atención a los Programas de Ajuste Estructural (PAE), ya que uno de los objetivos de estas políticas es reducir el gasto público en salud y, según estas especialistas, esto afecta particularmente a las mujeres, por su condición de reproductoras biológicas y sociales.

El debate es sumamente complejo, ya que, por un lado, se encuentra la corriente económica ortodoxa que ignora la división sexual del trabajo, las labores domésticas no remuneradas a cargo de las mujeres y la relación diferenciada entre géneros del trabajo remunerado y no remunerado. Por el otro, las analistas de género identifican el impacto directo e indirecto que han tenido los PAE y la crisis económica en el recorte del gasto social, lo cual significa que las mujeres paguen el peso de la crisis con el deterioro de su salud.

El texto abunda en las limitaciones metodológicas que tendrán que enfrentarse en ambos campos: la generalización (p. ej., hablar de las mujeres sin tomar en cuenta las diferencias étnicas, sociales, etc.) y el aspecto de la medición, es decir qué indicadores tomar y cómo analizarlos. Al final se nos propone el reto de diseñar variables que intersecten la categoría de género con dimensiones como edad, clase y etnia, para evitar generalizaciones y avanzar en la definición de qué mujeres y en qué contexto hay que enfocar nuestro interés.



Standing H. Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: an analysis and review of policy issues. Boston: Harvard Center for Development Studies, 1999.

Nueva Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe

www.americas.health-sector-reform.org

Originalmente lanzada por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe tiene como objeto brindar apoyo a los procesos de reforma nacional con el fin de promover servicios básicos de salud más efectivos. La metodología básica de la Iniciativa consiste en trabajar en colaboración con las autoridades clave de la región a fin de crear capacidades para evaluar los problemas del sector, y diseñar, ejecutar y seguir la marcha de las reformas.

Actualmente la Iniciativa reúne los esfuerzos de USAID, OPS, Partnerships for Health Reform, Family Planning Management Development y Data for Decision Making.

Los interesados en seguir las actividades de la Iniciativa pueden consultar su página en Internet: www.americas.health-sector-reform.org

Los Médicos Colombianos Reaccionan Frente a la Reforma

La reforma al sector salud en Colombia ha dado origen a comentarios de muy diverso tipo por parte de los médicos colombianos, quienes, en términos generales, se quejan de una excesiva orientación de los cambios en favor de la economía de mercado y en detrimento de su trabajo.

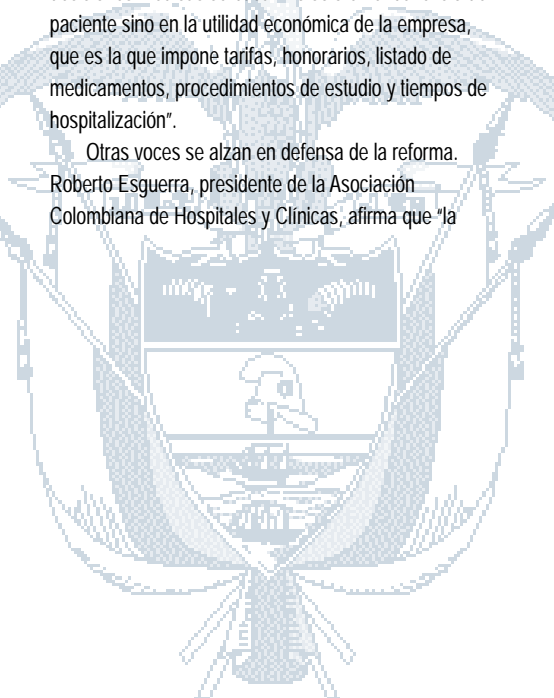
En relación con la puesta en marcha de la Ley 100 y los cambios introducidos por la atención médica gerenciada, el cirujano José Félix Patiño, presidente de la Academia Nacional de Medicina, comentó: "Ahora ya no se habla de pacientes, sino de 'clientes'. Antes la persona escogía libremente a su médico y entablaba con él una amistad. Esto se acabó." Ahora el paciente se convirtió en un 'número' y el médico en un 'técnico profesional'.

Gran parte del cuerpo médico, en efecto, considera que la relación médico-paciente se ha convertido en un acto de carácter administrativo en el que lo primordial es la productividad, la reducción de costos y las ganancias. Según Gilberto Rueda, presidente de la Asociación Médica Colombiana, "al pasar la medicina a ser organizada y dirigida por empresas intermediarias, las decisiones médicas se basan no solo en el beneficio del paciente sino en la utilidad económica de la empresa, que es la que impone tarifas, honorarios, listado de medicamentos, procedimientos de estudio y tiempos de hospitalización".

Otras voces se alzan en defensa de la reforma. Roberto Esguerra, presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, afirma que "la

presencia del llamado 'tercer actor', es decir las compañías intermediadoras de dinero y de riesgo, se explica como un mecanismo por el cual las personas cubren sus necesidades de salud con un pago permanente de dinero. Aunque de alguna forma se ha logrado el objetivo, la necesidad de controlar costos produce incomodidad en médicos y pacientes". En el mismo sentido, Henry Gallardo, de la Fundación Corona, comenta que "la presencia de las aseguradoras es buena para los pacientes porque defiende sus derechos, y para el país porque evita gastar tanta plata en salud. Los médicos no siempre toman las decisiones correctas en materia de gastos".

Los problemas que enfrenta la reforma no son nuevos ni pueden atribuirse exclusivamente a la aplicación de las nuevas leyes y disposiciones. Lo que aflora con claridad es la necesidad de un acuerdo mínimo entre médicos y aseguradoras en relación con las nuevas condiciones de trabajo.



Se Establece en México una Política de Medicamentos Genéricos

En la mayoría de los países en desarrollo, la parte más importante del gasto en salud de los hogares se destina a la compra de medicamentos. En México, a pesar de que 71% de la población gana apenas dos salarios mínimos o menos, se calcula que el gasto promedio por receta surtida en las farmacias privadas y del Ministerio de Salud (SSA) es de \$12.50 dólares, equivalentes a 2.8 salarios mínimos.

En México los medicamentos se obtienen en tres tipos de instituciones: i) la seguridad social (IMSS, ISSSTE); ii) la asistencia pública (SSA) y iii) las farmacias y comercios del sector privado. En el caso de la seguridad social, los medicamentos forman parte del paquete de seguro pre-pagado. En la asistencia social, los medicamentos se expenden a los usuarios mediante copagos cuyos precios están por debajo de los del mercado. Sin embargo, se estima que 68% de los medicamentos consumidos en México se compran en farmacias y comercios privados.

Para crear una oferta segura, eficaz y poco costosa de medicamentos, el 4 de febrero de 1998 el gobierno de México publicó el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables (GI), que incluye 74 medicamentos GI producidos por 30 diferentes laboratorios farmacéuticos y clasificados dentro de 23 grupos terapéuticos. Los medicamentos GI no requieren receta médica; sus patentes de producción exclusiva han expirado, y sus ingredientes activos son exactamente iguales a los de la fórmula original en términos de su potencia terapéutica, solución y perfiles de bioaccesibilidad.

Para mayor información sobre los medicamentos GI en México consúltese la siguiente página de Internet: www.ssa.gob.mx/csg/publica/genint/genericos.html



Guía para la Reforma de la Atención a la Salud en América Latina

Aunque las experiencias de reforma de la atención a la salud en otras partes del mundo no han generado fórmulas mágicas para los gobiernos de América Latina, sí ofrecen variadas y útiles guías utilizables por los países de la región.

Esta es la conclusión general de la "Conferencia sobre Reforma de los Sistemas de Salud de América Latina: Aprender de los Éxitos y Fracasos de los Demás", patrocinada por la *Latin American Newsletter* y la London School of Economics (LSE-Health), y celebrada el pasado mes de septiembre en la ciudad de Londres.

La primera conclusión de las ponencias es que en lo que se refiere a los sistemas de atención a la salud, tanto el éxito como el fracaso son asuntos de grado. Daniel López-Acuña, funcionario de la Organización Panamericana de la Salud, subrayó que los sistemas de atención a la salud deben luchar por alcanzar el nivel más alto posible de equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad financiera, pero que no existe ninguna fórmula para lograr todo esto.

Paradojas de la Atención a la Salud

Por su parte Julian Le Grand, director del Centro de Estudios de Políticas de Salud de la LSE, afirmó que es posible alcanzar una mejoría gradual y duradera en la atención a la salud. Sin embargo, a fin de evitar un entusiasmo exagerado por parte de los políticos respecto de la posibilidad de cambiar los sistemas de atención a la salud de la noche a la mañana, es necesario recordar tres paradojas:

1. El efecto producido por el abatimiento del cólera, la malaria, la tuberculosis, la hepatitis y otras infecciones, es que estas enfermedades se ven reemplazadas por enfermedades post-transicionales, crónicas y degenerativas. Lo que se consigue es que la gente se muera por otras causas.
2. El efecto de la reducción de los precios de los medicamentos es una expansión de la demanda que rebasa el ahorro generado por dicha reducción. Finalmente no se ahorra nada y sólo se produce sobre-consumo.
3. El efecto de la racionalización (esto es, la reducción) de la oferta de médicos es un incremento en sus ingresos que produce un gasto global tan alto como el de antes de la racionalización. No se ahorra nada y sólo se consiguen unidades médicas con personal insuficiente.

No obstante, es importante reconocer la importancia del paso del nivel pre-transicional al post-transicional. Por lo que toca a la reducción de precios y a la racionalización, el reto consiste en saber cuándo, por qué y cómo debe inducirse una reducción de precios o racionalizarse la oferta de recursos humanos.

Diez Conclusiones Fundamentales

1. *El nombre del juego es cobertura universal.* Como lo subrayó López-Acuña, la meta es la cobertura universal. La seguridad social y el mercado deben contemplarse tan sólo como herramientas para alcanzarla.
2. *Los sistemas de atención a la salud segmentados son ineficientes, crean duplicidades, producen desperdicio de recursos y conducen a la desigualdad.* Esto resulta de la segmentación tanto social como geográfica, la cual le impide al sistema proveer la cobertura universal que debería de garantizar.

3. *No importa si los prestadores son públicos o privados, el sistema ideal debe integrarlos a todos dentro de un solo marco, con un sistema de financiamiento común.* Suponiendo la existencia de semejante sistema, es posible unificar las unidades públicas y privadas dentro de una misma red. Un sistema integrado es aquel que permite que un paciente sea admitido en un hospital público para ser transferido, si esto es necesario, a una unidad de cuidado intensivo dentro de un hospital privado, o, en sentido inverso, que sea admitido en un hospital general privado para ser transferido a un hospital público especializado, todo lo cual sería financiado por una bolsa única.
4. *El sistema de financiamiento debe ser centralizado.* Idealmente, un sistema centralizado de financiamiento puede ser la clave para lograr un sistema integrado que pueda garantizar la cobertura universal. No obstante, tal como lo señaló Rodolfo Terragno, la burocracia y la corrupción son dos factores propios de la realidad latinoamericana que no deben ignorarse al considerar un sistema que administraría un fondo cuyo monto puede alcanzar entre el 5 y el 10% del PIB.
5. *Los gobiernos nacionales deben fijar los estándares.* Una función que indiscutiblemente debe estar centralizada es la garantía del cumplimiento de el aseguramiento de los estándares deseables. Sólo una autoridad general puede garantizar una calidad homogénea.
6. *Los pacientes o sus médicos deben tener garantizada la libertad de elegir al mejor prestador en cada situación.* Una de las ventajas de un sistema integrado es que tiene diferentes puertas de entrada. Esto sólo funciona en nuestro beneficio si el paciente (o su médico) tiene el derecho de escoger entre ellas.
7. *Se necesita un sector público más fuerte.* En años recientes muchos latinoamericanos han sido erróneamente convencidos de que el mundo industrializado y orientado hacia el mercado se encuentra dominado por los seguros privados de atención a la salud, con el gobierno jugando un papel secundario. Un sector público fuerte es necesario no sólo por razones ideológicas, también por motivos prácticos. Existen inversiones que, dada su naturaleza o el área geográfica a la que se atribuyen, son necesarias para el sistema pero ofrecen poco o ningún espacio para la rentabilidad. Estas inversiones no cumplen con las exigencias de la inversión privada y sólo pueden ser hechas por el sector público.
8. *Es necesario evitar la discriminación de riesgos.* En repetidas ocasiones surgió durante la conferencia la preocupación por la tendencia del sector privado de atender sólo las necesidades de las poblaciones más lucrativas del mercado (*cream skimming*). La división del trabajo debe basarse en la especialización, en lugar de concebirse como un método útil para despojar al sector público de todo segmento rentable de la atención a la salud.
9. *El incremento del financiamiento público es indispensable.* En vez de felicitarnos porque los países de América Latina dedican un porcentaje importante de su PIB a la atención a la salud, al realizar comparaciones internacionales, es mucho más sensato medir el gasto en salud en términos per capita y expresarlo en paridad de poder adquisitivo (purchasing power parity -PPP) a fin de eliminar las distorsiones provocadas por las tasas de cambio. Al respecto, Julio Frenk, funcionario de la OMS, hizo notar que no se trata únicamente de echarle más dinero al problema. Lo que se requiere es una inversión productiva (es decir, bien planeada y costo-efectiva) para crear un círculo virtuoso capaz de superar las dificultades actuales.
10. *La telemedicina está especialmente adaptada para los países en desarrollo.* Esta conclusión no fue compartida por todos, pero quienes la propusieron sostienen que un sistema nacional de atención a la salud, si se haya unificado en una red a través de un sistema IT, es mucho más costo-eficaz que una red física tradicional.

Reforma en Marcha - Boletín de LAC / RSS

Con el fin de diseminar información sobre reformas que sirvan para promover el acceso a servicios básicos de salud efectivos en los países de la región, la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LAC/RSS) inició la edición de un boletín en inglés y en español, *Reforma en Marcha - Reform in Motion*.

Según se señala en la presentación de su primer número (septiembre de 1999), este boletín estará organizado en seis secciones: i) Página editorial, con comentarios editoriales y comentarios invitados pertinentes a la Iniciativa; ii) Sección especial, con temas de especial interés en la reforma del sector salud; iii) Herramientas de la reforma de salud, que proporcionará información sobre herramientas y metodologías desarrolladas por los socios de la Iniciativa; iv) Enfoque en actividades de la iniciativa, que informará sobre las actividades de la Iniciativa; v) Crónica de país, en la que se presentará información sobre iniciativas específicas de reforma a nivel nacional, y vi) Guía de recursos, con información sobre los recursos y servicios disponibles en la Iniciativa.



Cuarto Foro sobre Atención Gerenciada

La semana del 5 al 8 de diciembre de 1999 se llevó, en la ciudad de Miami, el Cuarto Foro sobre Atención Gerenciada. Esta reunión, que se celebra anualmente, tuvo como objetivo compartir experiencias sobre los avances de la atención gerenciada en diversos países, tanto industrializados como en vías de desarrollo. El Foro congregó a varias decenas de ponentes, quienes desde su posición como gerentes de servicios de atención gerenciada, académicos, funcionarios estatales y representantes de organizaciones internacionales, tuvieron oportunidad de expresar su opinión, recibir comentarios y responder a preguntas. Los temas fueron por demás variados. Se presentaron desde experiencias sobre la operación de modelos de atención gerenciada en diversos países hasta instrumentos para difundir la información que se genera mundialmente sobre el tema. La reunión dio origen a una amplia carpeta en la que se congregan las presentaciones de la reunión. En los próximos números de *Informando & Reformando* daremos a conocer varios de ellos.

Citas con la Reforma

Health Systems Management Administración de Sistemas de Salud

Galilee College Study Center, Israel
Marzo 14 - Abril 1
E-mail: International_Department@galicol.ac.il
www.galicol.ac.il

Advanced Program in Health Care Negotiation and Conflict Resolution Programa Avanzado en Negociación de Atención a la Salud y Resolución de Conflictos

Wellesley, Massachusetts, EUA
Abril 2 - 7
E-mail: contedu@hsph.harvard.edu
www.hsph.harvard.edu/ccpe/

7th International Conference on System Science in Health Care: Sustainable Structure for Better Health Séptima Conferencia Internacional sobre Sistemas de Atención a la Salud: una Estructura Sustentable para una Mejor Salud

Budapest, Hungría
Mayo 29 - Junio 2
E-mail: ve@gsf.de

Cost-Effectiveness Analysis for Medical Technologies and Pharmaceuticals Análisis de Costo-Efectividad para Tecnologías Médicas y Medicamentos

Boston, Massachusetts, EUA
Junio 1 - 4
E-mail: contedu@hsph.harvard.edu
www.hsph.harvard.edu/ccpe/

Fifth Global Conference on Health Promotion Quinta Conferencia Global sobre Promoción de la Salud

Ciudad de México, México
Junio 5 - 9
E-mail: info@who.int

Strengthening Public Hospitals and Health Sector Reform Fortalecimiento de Hospitales Públicos y la Reforma del Sector Salud

Boston, Massachusetts, EUA
Junio 12 - Julio 1
www-busph.bu.edu/Depts/IH/

Financing Health Care: Principles of Insurance Financiamiento de la Atención a la Salud: Principios del Aseguramiento

Heidelberg, Alemania
Junio 19 - 30
E-mail: birgit.stadler@urz.uni-heidelberg.de

Managing Contracting and Public-Private Partnerships Administración de Contratos y Colaboración de los Sectores Público y Privado

Birmingham, Reino Unido
Junio 26 - Julio 21

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

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



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional
de Salud
Pública
México



Organización
Mundial
de la
Salud

Directorio

Comité Directivo

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

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud
Gustavo Nigenda • Instituto Nacional de Salud Pública
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

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

Staff del NAADIIR

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

Informando & Reformando

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

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