

Panorama / 4

La Atención Gerenciada en Costa Rica
Medici



La Atención Gerenciada en América Latina
Iriart/Waitzkin

Propuesta para un Plan Nacional de Salud en Argentina
Aufiero



Monitor de la Salud / 10

Países del Caribe con Economías de Ingresos Bajos y Medios Bajos

Páginas de la Reforma / 11

Noticias / 12

Citas con la Reforma / 16

Racionamiento de la Atención a la Salud: ¿Inmoral o Políticamente Poco Atractivo?*

Alan Maynard
Universidad de York

El término racionar evoca imágenes de guerra o crisis en las que el abasto limitado de bienes no se distribuye de acuerdo con la voluntad de la gente y su capacidad de pago, sino en relación con la posesión y voluntad de intercambiar un cupón u otros certificados de "derecho" para acceder al mercado.

El economista se dedica al estudio de la distribución de recursos escasos entre fines en competencia. En el sector salud la escasez de recursos significa que debe elegirse quién tendrá "derecho" a acceder a la atención y quién, como resultado, no lo tendrá y se verá forzado a vivir momentos de dolor y malestar y, en el límite, a sucumbir a la muerte. En los sistemas de salud europeos, los gobiernos, al reflejar la preferencia social por la "solidaridad", han rechazado en gran medida la idea del acceso a la atención a la salud en función de la capacidad de pago y han establecido en cambio sistemas de distribución de recursos basados en la "necesidad", un concepto que por lo general no está bien definido.

Independientemente del sistema utilizado, la demanda por atención a la salud usualmente supera a la oferta y tiene que igualarse por medio de criterios monetarios (capacidad de pago) o de "necesidad". Estos principios determinan quién accede a la atención. En ambos sistemas la atención se raciona. El racionamiento se da cuando a un individuo se le niega la atención que le beneficia (en términos de mejorar su estado de salud o la duración y calidad de su vida) y desea. En el sistema privado de los Estados Unidos el racionamiento es el resultado de no contar ni con

cobertura de un seguro (que normalmente está determinada por el estatus laboral y por una contribución del empleador) ni con dinero en efectivo para pagar por servicios que frecuentemente son onerosos. En los sistemas de salud europeos, los sistemas de racionamiento no monetarios generalmente determinan el acceso a la atención a la salud.

Algunos supuestos

Antes de entrar a una descripción más detallada de los mecanismos de racionamiento (o distribución de recursos) en los sistemas de salud, puede resultar útil presentar algunos supuestos básicos:

- i. El fin de la atención a la salud es mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud. Así, se considera axiomático que los tomadores de decisiones de los sistemas de salud europeos busquen metas tanto de eficiencia (la producción de mejoras en el estado de salud al menor costo posible) (beneficio) como de equidad ("justicia").
- ii. No es apropiado determinar el acceso a la atención por la disposición o capacidad de pago. Esta es reemplazada por la existencia de un mecanismo de racionamiento basado en la "necesidad".
- iii. La necesidad puede ser un concepto tanto de demanda como de oferta: los pacientes pueden demandar atención para condiciones para las cuales no existe curación o para las cuales los beneficios son ilusorios, y los médicos pueden proveer atención para hacer frente a las necesidades cuando existe una intervención costo-efectiva. Usualmente es esta última definición tecnocrática de necesidad la que se utiliza (i.e., juicios sobre la posibilidad de obtener beneficios)
- iv. ¿Cómo podría, si esto es posible, equilibrarse el principio de beneficio (necesidad), que permite el logro de eficiencia, con las metas de equidad (justicia)?

* Este trabajo se presentó en el Fourth Annual Summit on International Managed Care Trends, celebrado en Miami, Florida del 5 al 8 de diciembre de 1999. Se reproduce con autorización de los organizadores del evento.

- v. La responsabilidad de decidir sobre las necesidades de pacientes que compiten debería recaer en un grupo desinteresado de expertos independientes y neutrales. El *proxi* social para este grupo son los médicos.
- vi. Para asegurar que los médicos sean independientes y eviten la tentación de reducir su neutralidad por la demanda inducida por el prestador, es necesario crear mecanismos para manejar y monitorizar su desempeño.

Implicaciones

Pasemos ahora a explorar las implicaciones de cada uno de estos supuestos.

i. El primer elemento de este supuesto —que el propósito de la atención es mejorar la salud— es tan obvio como poco medido. La discusión de políticas sobre la atención de la salud en la Unión Europea se enfoca en el gasto —y en su control para contener los costos— y las actividades (i.e., el número de procedimientos, consultas de atención primaria o consulta externa hospitalaria y procedimientos de hospitalización). En todas partes, los proveedores, compradores y gobiernos ponen relativamente poca atención a la medición, ya no digamos a la administración de los resultados, i.e., mejoría en el estado de salud. Esta propensión a ignorar relativamente los resultados de los sistemas de salud se ha abatido lentamente con el desarrollo de la medicina basada en evidencia (MBE) y a través del trabajo de la Colaboración Cochrane.

ii. Lo apropiado del racionamiento o de las reglas para la distribución de recursos depende de los objetivos del sistema de salud. Siempre existe preocupación por el control del costo macroeconómico de la atención a la salud (contención de costos). Los proveedores — sean compañías farmacéuticas, productoras de equipo médico, médicos o gerentes de hospitales—, por su parte, siempre buscan gastar más. Al cambiar los criterios de referencia y tratamiento de pacientes, los médicos pueden inducir la demanda. Por medio de un mercadeo ambiguo (i.e., bases pobres de evidencia), las compañías farmacéuticas pueden inducir una

sobreutilización de medicamentos. Los presupuestos globales y los límites de pago son las condiciones necesarias que tienen que aplicarse para lograr la contención de costos. Tales condiciones son, desde luego, sólo suficientes si los gobiernos están preparados para controlar costos incluso cuando los ciclos electorales exigen controles débiles para alcanzar éxitos electorales. Dos objetivos más de interés para los tomadores de decisiones son la eficiencia y la equidad. Es la distribución, o las reglas de racionamiento, relacionadas con estos dos criterios, “necesidad” y “justicia”, lo que determina el acceso individual a la atención a la salud.

iii. Si la meta de los sistemas de salud nacionales de la Unión Europea es la maximización de la ganancia en términos de salud de la población a partir de presupuestos fijos, el principio de racionamiento de “necesidades” implica que los recursos sean distribuidos en función de la relación costo-efectividad de los procedimientos en competencia. Esto lo resume de manera muy interesante Mathew:

La “necesidad” de atención médica debe distinguirse de la “demanda” por atención y del uso de servicios o “utilización”. La necesidad por atención médica existe cuando se encuentra disponible un tratamiento o una curación efectivo. Se define tanto en términos del tipo de padecimiento o discapacidad que causa la necesidad o del tratamiento o recursos para el tratamiento requeridos para hacerle frente. Una demanda de atención existe cuando un individuo considera que tiene una necesidad y desea recibir atención. La utilización ocurre cuando un individuo recibe atención. La necesidad no necesariamente se expresa como demanda y a la demanda no la sigue necesariamente la utilización, mientras, que por otro lado, puede existir una demanda y utilización sin que exista una necesidad real de un servicio en particular.

En este acercamiento a la eficiencia fue pionero hace 25 años el profesor Archie Cochrane:

La distribución de fondos y servicios está casi siempre basada en las opiniones de los especialistas, pero más y más, el requerimiento de servicios adicionales tendrá que sustentarse en detallados argumentos con “evidencia dura” así como en las expectativas de mejoría de parte de los pacientes y en el costo. Pocos podrían objetar esto.

Los pacientes se presentan de manera espontánea en las unidades de atención porque creen que están enfermos o como resultado de una revisión (e.g., cáncer de mama). Estos pacientes son asignados para recibir atención por los profesionales, que actúan como agentes de los pacientes y demandan atención a su nombre de acuerdo a reglas tales como: a) si la inversión beneficiará al paciente (un juicio médico-jurídico); b) si vale la pena ofrecer el tratamiento (un juicio de valores sociales (i.e., ¿el efecto clínico vale el costo del tratamiento (costo-efectividad)?). Así, la droga beta interferón puede generar beneficios (reduciendo la ocurrencia y/o la duración de la recurrencia) a algunos pacientes con esclerosis múltiple, pero la sociedad puede declinar ofrecer este tratamiento porque considera que los beneficios son modestos e inciertos, y el costo de oportunidad puede ser alto en relación a los servicios que compiten por recursos financieros.

Los médicos están típicamente entrenados bajo la tradición hipocrática para ofrecer todo tipo de tratamientos que generan beneficios a los pacientes. Esta ética individual entra en conflicto con la ética social (utilitaria)

de distribuir recursos escasos a aquellos pacientes que se beneficiarán más por unidad de costo. Este conflicto, en términos llanos, puede ilustrarse de la siguiente manera:

- Si un médico puede tratar pacientes con la enfermedad x con dos terapias, ¿cuál debe utilizarse si la intervención A probablemente produzca cinco años saludables adicionales (5 ASs) y la intervención B probablemente diez (10 ASs)? Usando el principio de la medicina basada en evidencia y usando solamente la efectividad clínica, la terapia B debería elegirse.
- ¿Pero que sucede si la terapia A cuesta 1,000 dólares y la terapia B 5,000? El costo promedio de producir un año saludable con la terapia A es de 200 dólares y el de la terapia B 500. Otra forma de interpretar estos datos es argumentar que la terapia B produjo cinco ASs adicionales en relación con la terapia A con un costo adicional de 4,000 dólares, de tal forma que el costo incremental de un año saludable es de 800 dólares.
- A nivel poblacional y con un presupuesto de 100,000 dólares, la terapia A produciría 500 ASs mientras que la terapia B produciría 200 ASs. La intervención A es clínicamente menos efectiva, pero es más costo-efectiva que la terapia B. Un médico que utilice el principio del uso eficiente de los escasos recursos utilizaría la terapia A.

Este acercamiento crea conflictos éticos. La práctica médica ineficiente niega a pacientes potenciales —que se ubican en listas de espera o viven sin ser diagnosticados en la comunidad— la atención de la cual se beneficiarían. Así, la ineficiencia no es ética.

iv. Mientras que el beneficio (la eficiencia) es de importancia central en el proceso de racionamiento, no es usualmente el único criterio favorecido por la sociedad y sus agentes: los tomadores de decisiones, el personal operativo de las unidades de atención y los políticos. El otro criterio importante que parece ser relevante para estas personas es el de “justicia” o equidad.

De entrada se asume que el propósito de la atención médica es mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud (equidad). La última frase requiere de una definición

cuidadosa. La definición ofrecida por algunos economistas y por algunos tomadores de decisiones (e.g., la Comisión de Prioridades sueca) es que la búsqueda de la equidad involucra la reducción de las desigualdades en salud en el ciclo de vida.

Williams interpreta esto como la aproximación de los "episodios justos". Esto potencialmente involucra la redistribución de los tratamientos eficientes de los adultos mayores a los tratamientos ineficientes (pero efectivos) de los jóvenes, quienes, debido a, por ejemplo, enfermedades crónicas, difícilmente obtendrán un score de tres o diez años de vida ajustados por calidad (o cualquier otra cifra de años saludables en el ciclo de vida).

Cualquier discusión de equidad en los términos señalados involucra costos de oportunidad: los beneficios para la salud de los adultos mayores eficientemente tratados son sacrificados para tratar (tal vez de manera ineficiente) a los jóvenes enfermos crónicos (i.e., bebés con daño por bajo peso al nacer).

Así, el impacto agregado del gasto en salud se reduce en términos de las ganancias de salud en la población.

Las implicaciones en términos de las políticas son las siguientes:

- a) ¿es este el concepto para el cual hay un consenso social?
- b) si existe consenso social para un enfoque como el de "episodios justos", ¿cuánta distribución es deseada por la sociedad y a qué costo?

v. La sociedad le otorga a los médicos el papel de evaluar las necesidades que compiten entre sí y la distribución de recursos y atención para los pacientes. Esto es problemático porque los médicos pueden no ser intérpretes neutrales y usuarios de evidencia en aspectos de costo-efectividad. Frecuentemente la evidencia no existe o se encuentra distorsionada por la mala información. Algunas veces la actividad ineficiente es inducida por incentivos comerciales ofrecidos por los vendedores de medicamentos y equipo.

El dilema puede ilustrarse por medio de dos citas. La primera es de Adam Smith, el economista político y filósofo moral del siglo XVIII, quien argumentaba:

Las reglas generales de conducta que se han sido fijado en nuestras mentes como resultado de reflexiones habituales son de gran valía para corregir las representaciones inadecuadas de amor a uno mismo en relación a lo que es adecuado y correcto hacer en una situación determinada...La referencia a estas leyes generales de conducta es lo que apropiadamente entendemos como sentido del deber, un principio de gran trascendencia en la vida humana, y el único principio por el cual la gran mayoría de la humanidad es capaz de dirigir sus acciones.

Este argumento de que la mayor parte del intercambio o la toma de decisiones está basada en el sentido del deber o la confianza puede ser real pero al mismo tiempo difícil de medir. La confianza es, sin duda, un buen ejemplo de una forma barata de llevar a cabo transacciones comerciales, i.e., decidir a quien se le debe dar atención y a quien no.

Sin embargo, como Smith mismo argumentó en otro momento, siempre que dos o tres personas que toman decisiones se juntan, conspiran contra el bien público. A David Hume también le preocupaba la propensión del ser humano a conspirar a favor de su interés a costa del interés público:

Nada es más cierto que el que los hombres están, en gran medida, gobernados por intereses, y aún cuando extienden su interés más allá de ellos, no lo hacen a una gran distancia. No es usual que en la vida común vean más allá de su círculo cercano de amigos y conocidos.

vi. Dada la influencia potencialmente corruptora, en términos de la búsqueda de eficiencia y equidad, de los médicos no neutrales, es necesario que se vigilen a sí mismos (autorregulación) y que sean regulados de manera independiente.

La regulación de la profesión médica no es una tarea fácil. Tradicionalmente en la comunidad europea y en los Estados Unidos, los gobiernos le han permitido a los profesionales la autorregulación. Como resultado, ellos determinan la naturaleza de su entrenamiento de pregrado. La especialización subsecuente la controlan los Colegios Reales en Gran Bretaña y órganos similares en otros países. Después de completar la especialización y de obtener puestos como especialistas o médicos generales en atención primaria, el proceso de mantener a los médicos actualizados e informados sobre la relación costo-efectividad de una plétera de nuevas tecnologías se deja en manos de la educación médica continua, que está controlada por los profesionales.

Dicho proceso se encuentran bajo considerable escrutinio y revisión en todo el mundo. Esto se debe en parte a la identificación en los últimos veinte años de amplias variaciones en la práctica clínica: los médicos proporcionan muy distintos tipos y niveles de intervención para pacientes de una edad, origen y enfermedad similares. Los tomadores de decisiones, tanto en la atención gerenciada en los Estados Unidos como en los sistemas de salud europeos, se han empezado a preguntar por estas variaciones y están demandando explicaciones.

Este proceso ha llevado a invertir en las Colaboraciones Cochrane, a través de las cuales se construyeron bases de datos sobre intervenciones probadas y no probadas, y al desarrollo del movimiento de MBE. La MBE, que está basada en la efectividad clínica, a su vez se está transformando en una medicina basada en costo-efectividad o en medicina con sustento económico.

La presión por desarrollar mejores sistemas de desempeño y rendición de cuentas se está acompañando de una discusión pública más amplia sobre los errores profesionales. Así, en Inglaterra, donde la cirugía pediátrica cardíaca parece haber puesto en práctica técnicas muy pobres y matado a 29 niños, se han generado investigaciones públicas sobre prácticas médicas en Bristol que sacaron a la luz otras calamidades.

El desarrollo de mejores sistemas de monitoreo del desempeño y de rendición de cuentas será seguramente costoso, y requerirá de un piloteo y evaluación cuidadosos. Por ejemplo, la creación de un mejor sistema de prescripción en Gran Bretaña puede involucrar cambios en las formas de prescripción para incluir categorías diagnósticas e identificadores de pacientes, así como inversiones para mejorar la tecnología computacional disponible en la Autoridad Farmacéutica de Precios. Esto permitiría a los gerentes de hospitales determinar si sus médicos adoptaron los lineamientos nacionales definidos por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica y cuánto tiempo tomó para que esta práctica se modificara. También debería crearse una base de datos para estudios epidemiológicos y de otro tipo.

Estas innovaciones requieren de un piloteo cuidadoso para determinar su costo-efectividad. Un sistema así sería inevitable si se quiere que los médicos entreguen cuentas sobre el uso que hacen de los recursos, de tal manera que sea consistente con los lineamientos basados en mediciones de costo-efectividad clínica.

Además, los sistemas como el descrito son un componente esencial de cualquier sistema de reacreditación de médicos generales. Los cuerpos reguladores, por ejemplo el Consejo de Medicina General del Reino Unido, necesitan criterios explícitos para juzgar de manera continua la competencia profesional. Para determinar la adherencia a dicho criterio se requerirá de una inversión considerable en sistemas gerenciales de manejo de evidencia, que a su vez requieren de los principios de la MBE clínica y económica, para aplicarse a sistemas de incentivos y de otro tipo que promueven o frustran la simetría entre los principios y la práctica de la medicina.

II. La Atención Gerenciada en Costa Rica

André Medici

Banco Interamericano de Desarrollo

El sistema de salud costarricense comenzó a evolucionar en los años cuarenta. En 1941 el gobierno creó el Fondo de Seguridad Social de Costa Rica (CCSS) con el fin de brindar cobertura para enfermedades relacionadas con la maternidad y fondos de pensiones para los trabajadores asalariados urbanos. En 1961 se modificó esta disposición inicial a fin de expandir la cobertura a toda la población en un periodo de diez años, pero su implementación se retrasó una década. En 1971 una ley exigió la extensión del CCSS para dar cobertura "universal". Esto se logró finalmente en 1973 mediante la aprobación de una nueva ley que transfirió todos los hospitales del Ministerio de Salud (MS) al CCSS, obligando a éste a prestar atención a la salud gratuita para los pobres. También en 1973 un Plan Nacional de Salud estableció un horizonte de trabajo bien definido tanto para el MS como para el CCSS. De este modo, el Ministerio de Salud quedó obligado a prestar servicios de salud preventivos y el CCSS servicios curativos.

La cobertura del sistema de salud de Costa Rica es una de las más altas de América Latina. Datos de 1987 nos hablan de una cobertura del 89 % de la población, cobertura que incluye servicios de medicina general, medicina especializada y atención a la maternidad, lo mismo que cirugía, hospitalización, servicios de laboratorios, atención dental, ciertos servicios de optometría y medicamentos para los asegurados (y pensionados) y sus dependientes (hijos y esposa(s)).

Son muchos los factores que explican este éxito del sistema de salud costarricense. Dentro de ellos destacan los siguientes: a) el pequeño tamaño del país; b) la homogeneidad de su población; c) el alto índice de alfabetismo -el cuarto lugar de la región; d) la distribución del ingreso -Costa Rica ocupó el tercer lugar en índice de pobreza entre diez países investigados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, y e) el tamaño del mercado formal de trabajo -Costa Rica tiene la segunda tasa más alta de trabajadores asalariados en su fuerza de trabajo. Todos estos factores han contribuido a

crear un ambiente que ha favorecido la estabilidad política y la democracia.

El amplio rango de cobertura del sistema costarricense de seguridad social tradicionalmente ha dejado muy poco espacio para el sector privado. Una investigación de 1982-85 muestra que este sector administra sólo el 1.9% del total de camas de hospital, el 3.0% del total de altas hospitalarias, el 1.1 % del total de las estancias hospitalarias y el 0.3% del total de consultas ambulatorias. Tanto el MS como el CCSS dan servicio a pacientes privados que no están asegurados y no son pobres, lo cual contribuye a estos niveles tan bajos de uso de servicios privados de atención a la salud.

La economía de Costa Rica, al igual que muchas otras de América Latina, se vió muy afectada por la crisis económica de los años ochenta. En 1981 la tasa de inflación fue de 81% y la devaluación de la moneda del 320%. Entre 1982 y 1983 la tasa de desempleo alcanzó el 9.4%. La capacidad del país para pagar su deuda externa fue seriamente minada a medida que los pagos de la deuda empezaron a consumir más del 50% de los ingresos por exportaciones. Como resultado de ello, la capacidad del gobierno para cobrar impuestos se vió reducida y se tuvieron que recortar los gastos públicos. El Plan Nacional de Salud fue redefinido a fin de dar nuevos papeles al MS y al CCSS, promoviendo la descentralización administrativa y creando modelos alternativos para la prestación de servicios de atención a la salud. A partir de entonces el gobierno puso todas las instituciones de salud bajo el mando del MS y confirió a este la responsabilidad del diseño de la política general del sector.

En los años ochenta el gobierno de Costa Rica empezó a transferir parte de su sistema de prestación de atención a la salud al sector privado. En particular, el CCSS desarrolló tres programas (médicos empresarios, medicina mixta y cooperativas médicas) con el fin de incorporar al sector privado a la prestación de servicios, reducir los costos de la atención, y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios.

Dentro del programa de los médicos empresarios, 630 empresas privadas contratan a un médico y le dan una oficina y una enfermera. Dentro del programa de medicina mixta, la persona asegurada escoge a un médico entre los que se encuentran inscritos en el programa y paga por los servicios. Ambos programas reciben apoyo del CCSS. Durante el periodo 1986-87 estos dos programas alcanzaron a un 7% de la población cubierta por el CCSS, pero sólo consumieron 4% de los rayos X, 3% de las pruebas de laboratorio y 6% de las incapacidades pagadas. De este modo estos dos programas tuvieron éxito en la medida en que promovieron una menor utilización de servicios diagnósticos y fueron más estrictos que el CCSS al otorgar días libres por incapacidad.

Por lo que toca al programa de cooperativas médicas, el CCSS firmó un contrato con dos cooperativas de salud, responsabilizándolas de dos clínicas del área metropolitana. Como parte de uno de estos acuerdos, el CCSS construyó y entregó una clínica con un valor de 1.5 millones de dólares para la COPPELALUD, una cooperativa de médicos que a su vez se convirtió en responsable de la atención ambulatoria de la población del distrito de Pavas en San José. El CCSS paga aproximadamente 30 dólares anuales por persona

asegurada en el área. COPPELALUD presta servicios con base en un equipo básico de atención a la salud que cuenta con un médico, un asistente y un trabajador social de la salud para cada 3,000-3,500 personas. Debido a los niveles salariales relativamente altos, la rotación de personal es más bien baja.

El sistema de salud costarricense está organizado, financiado y regulado por el Estado, y como tal carece de los elementos necesarios para implementar la atención gerenciada dentro de un marco de competencia administrada. El país no cuenta con un número suficiente de instituciones de seguros de salud para crear las condiciones competitivas de mercado ni tampoco tiene un número suficiente de prestadores de servicios ni la diversidad necesaria para evitar el establecimiento de una relación monopólica con el MS. La falta de estos dos factores ha ayudado a elevar tanto los precios como el déficit público. A fin de enfrentar estos problemas, el gobierno de Costa Rica inició una serie de reformas del sector salud durante los años 70 y 80. Estas reformas tenían como objetivo reducir la duplicación de responsabilidades entre el MS y el CCSS para descentralizar la toma de decisiones hacia los niveles locales y, sobre todo, para transferir parte de la responsabilidad de la prestación de la atención a la salud al sector privado.

Un análisis previo de los tres programas privados de salud en Costa Rica mostró que todos ellos contenían elementos de atención gerenciada dentro de un marco de competencia administrada. En el programa de médicos empresarios, los doctores tuvieron que competir por los puestos asalariados dentro de las compañías. Igual que los médicos familiares y generales de una red de atención primaria, los médicos de las empresas sirven como filtros hacia los servicios especializados y como agentes de control de costos. Dentro del programa de medicina mixta, el beneficiario debe elegir un médico dentro de una lista ofrecida por la organización aseguradora en la que está inscrito. Esto puede ahorrarle dinero al conjunto del sistema si los asegurados se enrolan con los prestadores más económicos. Finalmente, el programa de cooperativas médicas representa un tipo de modelo de capitación en el cual un grupo de médicos, que trabajan conjuntamente todo el tiempo, prestan servicios de atención a la salud a cambio de un pago fijo per cápita que entrega el gobierno.

La Atención Gerenciada y la Reforma a la Salud en América Latina*

Celia Iriart y Howard Waitzkin

Universidad de Buenos Aires y Universidad de Nuevo México

Este artículo presenta parte de los resultados de una investigación comparativa realizada por equipos de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos: "Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud". El objetivo del estudio fue analizar el proceso de exportación de la atención gerenciada (*managed care*) de los Estados Unidos hacia América Latina

La mayoría de los conceptos hoy vigentes en relación con la reforma del sector salud (eficiencia, eficacia, costo/beneficio, libre elección, descentralización, etc.) fueron utilizados desde los años cincuenta y sesenta para impulsar transformaciones en la organización sanitaria. A partir de la década de los ochenta, muchos técnicos e intelectuales del campo sanitario retomaron estos conceptos para dar respuesta a la profunda crisis de los sistemas de financiamiento y atención de la salud de América Latina. Pero los conceptos no son inmutables y su significado está relacionado con el contexto en el que se aplican.

Mientras que las propuestas anteriores a los años ochenta estaban inscritos en una concepción de la salud como bien público y responsabilidad de los estados, la actual reforma sectorial se inscribe en un proceso absolutamente diferente: recesión mundial, profundas transformaciones en las formas de producción, dominio del capital financiero en el sistema económico mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países, crecimiento del déficit fiscal, alta inflación, etc. Todo lo cual ha implicado cambios profundos en el papel del Estado, la exigencia de contracción del gasto público y el control de la expansión monetaria.

La frecuente identificación del Estado como causante de la crisis debido a su ineficiencia en el manejo de las empresas productivas y de servicios, así como por los crecientes gastos sociales y la exigencia de su reforma encubre cuatro elementos principales:

- 1) la necesidad del capital de controlar las áreas de producción y servicios que estaban en manos del Estado;
- 2) la necesidad de colocar los grandes excedentes líquidos de capital;
- 3) la disminución en la demanda de mano de obra, y

- 4) la necesidad de los países centrales de salir de la crisis de la forma menos traumática posible.

Ante la situación anterior la mayoría de los gobiernos latinoamericanos respondieron aceptando las políticas impulsadas por los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, BID, FMI) que implicaron el sobreendeudamiento, la apertura de la economía a los capitales y la producción internacionales, y la reestructuración del Estado vía privatizaciones y disminución de gastos.

En el ámbito sanitario, semejante aceptación implicará la adopción de los proyectos de reforma impulsados por estos organismos, en especial el Banco Mundial, como forma de acceder a préstamos para financiar la crisis. En Argentina, por ejemplo, la reformulación de los proyectos de salud se inició a fines de 1991 con financiamientos del Banco Mundial. El préstamo había sido acordado en 1985 y estaba destinado a cuatro áreas: descentralización hospitalaria, desarrollo de recursos humanos, red de información en salud, y promoción y protección. La reformulación implicó que los proyectos se centraran en la reforma de las instituciones estatales de atención médica (autogestión hospitalaria) y la desregulación de las obras sociales. Si bien se mantuvo un programa en el área materno-infantil, sus objetivos son muy diferentes al que inicialmente había sido impulsado por UNICEF.

Junto con este tipo de modificaciones, paulatinamente se transforma el sentido común en torno a la concepción del proceso salud/enfermedad/atención. La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. La salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado.

Como resultado de la situación provocada por la crisis, tanto en el acceso a los servicios de salud como en otras áreas de la vida colectiva, la población hizo suyos los discursos oficiales que plantean la necesidad de cambios en el papel del Estado: básicamente la privatización de empresas y servicios, y la reducción de gastos sociales.

En el ámbito sanitario, un importante número de los denominados "expertos" contribuyeron a la construcción de este nuevo sentido común al sostener que:

- a) la crisis en salud obedece a cuestiones financieras;
- b) el gerenciamiento introduce una "nueva" racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis;
- c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad si se quieren disminuir los costos;
- d) la eficiencia aumenta si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado);

- e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y los costos;
- f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda;
- g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad;
- h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública;
- i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador;
- j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos;
- k) el pasaje del usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor, es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados, y
- l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente.

Estos cambios contextuales e ideológicos reflejan las experiencias de los países donde se instalaron con más fuerza, básicamente Argentina y Chile. En Brasil y Ecuador estos procesos son más recientes y encuentran a una sociedad civil más fuerte para cuestionar las propuestas neoliberales. Sin embargo, en todos los países existen distintos grados de concreción de la transnacionalización del sector.

Resultados

Las soluciones que están predominando en las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos se centran en la implantación de la denominada atención gerenciada. Esta política implica reformas de tipo administrativo-financiero que consideran que la causa de la crisis del sector es el crecimiento de los costos

de las prestaciones. Por ello plantea la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administren el financiamiento bajo el concepto de riesgo compartido (sistemas capitados) y contraten con prestatarias de las que los servicios estatales podrán formar parte.

En lo que se refiere al presupuesto estatal, estas soluciones plantean que debe definirse en base a la demanda (prestaciones efectivamente realizadas). Esto permite una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, pues se controla la sobreprestación y se dirige el financiamiento hacia los prestadores de mayor calidad. Según esta lógica, los prestadores se ven obligados a disminuir sus costos y mejorar la calidad de la atención. Estos discursos proponen que, al sentirse dueña de su aportación o paga, la población sería una reguladora "natural" de los costos y la calidad, estando en condiciones de elegir al prestador de los mejores servicios al menor costo.



Esta propuesta de reforma, cuyo marco de referencia son los procesos que se están operando en el sistema de salud de los Estados Unidos, tiende a producir cambios fundamentales en la práctica clínica. En el actual proceso se está produciendo la subordinación de los profesionales de la salud a la lógica administrativo-financiera y la drástica reducción de la práctica profesional independiente, ya que los profesionales deben ofrecer sus servicios a las aseguradoras o a los propietarios de grandes centros de prestación.

Las reformas que analizamos muestran un "silencioso" proceso político que elude el debate público y opera segmentando el proceso y, por lo tanto, la conflictividad. Es decir, las políticas implementadas por la reforma se dirigen secuencialmente al sector público, al privado o a la seguridad social, no abordan el proceso de conjunto, y muchas evitan la discusión con el poder legislativo. Para esto se utilizan los decretos presidenciales (Argentina) o las reglamentaciones ministeriales, y las Normas Operacionales Básicas (Brasil). De esta forma, en cada etapa los actores involucrados son sólo los que operan en cada subsector (público, privado o seguridad social médica). Esto les dificulta tener una perspectiva de conjunto sobre la reforma y, en especial los afectados, sólo se enteran una vez sancionada la norma, lo cual únicamente les permite reacomodarse ante la nueva situación. Así es como las normas dirigidas a reglamentar el sector privado no son consideradas como algo de su incumbencia por los actores que operan en el ámbito público o de la seguridad social, y viceversa. Esto lo observamos en las entrevistas realizadas y en los numerosos documentos y declaraciones públicas emitidos, en especial, por las asociaciones y colegios médicos, los gremios profesionales y no profesionales del sector estatal, por el sindicalismo que administra las obras sociales (en Argentina) y por los empresarios ligados al sector salud. Sin embargo, los procesos de reforma actuales tienden a una profunda articulación de los tres subsectores (no lograda en la mayoría de los países de AL) pero bajo el comando de los intereses privados, y en especial, del capital financiero multinacional.

Modalidades de ingreso de los capitales financieros

La actual articulación de los subsectores cambió de eje debido a la ubicación del capital financiero multinacional dentro del sector de seguros prepagados, desde donde se propone operar como administrador de fondos de la seguridad social médica y del sector estatal, los cuales están en proceso de desregulación. En algunos casos también aparecen también como prestadores de servicios al estilo de las MCOs (*Managed Care Organizations*) de los Estados Unidos.

El capital financiero multinacional opera mediante varios mecanismos:

- a) a través de la compra de empresas ya establecidas dedicadas a la venta de seguros o planes de prepagos de salud;
- b) de la asociación con otras bajo la modalidad de "joint ventures", y/o
- c) de acuerdos para desarrollar el gerenciamiento de las instituciones de la seguridad social y del sector público.

Este nuevo actor realiza inversiones con el objetivo fundamental de obtener lucro, lo cual se desprende de la lista de las más grandes aseguradoras de Estados Unidos, las cuales incluso hacen inversiones cruzadas entre ellas (por ejemplo, Aetna tiene entre sus accionistas a otras aseguradoras en las que, a su vez, ella misma tiene acciones).

Muchas de las empresas que están invirtiendo en América Latina son representantes de las grandes compañías de seguros de los Estados Unidos y de los países europeos; otras son fondos comunes que captan el capital de inversión de universidades, fundaciones, empresas, etc. de diversos países y lo colocan en cualquier sector de la economía de alta rentabilidad.

Los datos recogidos a través de entrevistas y de publicaciones de las empresas estadounidenses muestran que el objetivo explícito de estas corporaciones en América Latina es expandir sus negocios al sector de la seguridad social médica y al público, dado que la dimensión del mercado privado es limitada. Se trata de la misma práctica implementada dentro de los Estados Unidos, en donde, cuando las empresas llegaron a su techo de crecimiento en el mercado de los seguros de salud de los grupos laborales y de los individuos, presionaron para lograr cambios en las políticas sociales. Estos cambios les permitieron implementar programas de atención gerenciada, destinados a administrar gigantescos fondos de Medicare y Medicaid.

En efecto, los motivos de las empresas multinacionales de origen estadounidense para justificar su interés de invertir en AL son:

- la reducción de las posibilidades de expansión de sus negocios en un contexto en el que el 80% de la población de ese país está asegurada, siendo que 70% de dichas empresas son de lucro y necesitan nuevos mercados;
- el crecimiento de la población sin seguridad social en AL;
- la menor cobertura que el Estado está brindando a la población no asegurada en AL;
- la desregulación que en muchos países de América Latina se está dando en el sector estatal y de la seguridad social abriendo puertas al capital privado, y
- las facilidades para operar dentro de los países que brindan los tratados de libre comercio (p.e., MERCOSUR).

Las principales empresas multinacionales que operan en los países estudiados (Argentina, Brasil, Chile, Ecuador) son: Aetna, Cigna, Exxel Group, American International Group (AIG), The Principal, International Medical Group (IMG), Prudential, International Managed Care Advisors (IMCA) y Blue Cross Blue Shield. Las tres primeras son las que están realizando las inversiones más importantes hasta el momento en América Latina.

El estudio realizado pone de relieve los mecanismos usados como medios de control de mercados rentables para los inversionistas estadounidenses siempre en busca de un elevado margen de beneficio. Así por ejemplo, Aetna opera en Argentina a través de inversiones en el EXXEL Group y, según información periodística, firmó una carta de intención para comprar el mayor y más antiguo prepago, llamado Asistencia Médica Social Argentina, con una trayectoria de 36 años en el mercado y 240 mil afiliados que gerencia por convenio las prestaciones de diez instituciones de la seguridad social médica (obras sociales) manejada por el sindicalismo. Asimismo, en



Brasil, Aetna compró el 49% de las acciones de Sul America Seguros, que capta el 35% del mercado de seguros de salud brasileño.

Discusión

La reforma de los sistemas de salud de América Latina se inscribe en la lógica impuesta por el capital financiero multinacional a partir de la reconfiguración capitalista que sobrevino a la crisis de mediados de los años setenta. Las propuestas parten de diagnósticos que tuvieron cierto grado de veracidad y por ello fueron aceptados a nivel del sentido común de la población y de muchos trabajadores e intelectuales del campo sanitario. Sin embargo, los diagnósticos que hablan de falta de eficiencia en el manejo de las instituciones estatales y la seguridad social, de escasez de recursos que limita el acceso, de supresión de servicios, de excesiva burocratización, etc., si bien son veraces al dar cuenta de la experiencia de la población con los servicios de atención a la salud, desplazaron todo razonamiento en torno a la salud como responsabilidad del Estado hacia consideraciones estrictamente de orden financiero y de administración. Desde esta posición, lo único importante es la reorganización de las instituciones para que actúen eficientemente y mantengan una adecuada relación costo-beneficio. La cuestión central pasa a ser la manera de gerenciar instituciones estatales y los fondos de la seguridad social.

Seguros de la ineluctable necesidad de reformar los sistemas de salud, muchos actores ligados a la reforma aceptaron los instrumentos desarrollados por las organizaciones de atención gerenciada y elaboraron

discursos que, a pesar de tratar de diferenciarse del proyecto neoliberal, quedaron atrapados en su lógica.

La inserción del capital financiero multinacional en los países de América Latina está provocando un cambio sustancial en la composición del sector salud. Por ello pensamos que es importante reflexionar sobre estas cuestiones a la luz de los datos que muestran el rápido crecimiento de la participación de ese capital en las reformas sectoriales latinoamericanas. Esto resulta evidente al considerar que las experiencias de atención gerenciada en Estados Unidos no muestran resultados satisfactorios ni para la población ni para los prestadores estatales y universitarios.

Es importante oponer un pensamiento crítico a los diagnósticos veraces cuyas soluciones a fin de cuentas sólo representan a los sectores más concentrados del capital. Así como el sentido común se percibe como un sexto sentido capaz de aprehender el orden del mundo exterior y enunciar lo que es “normal y natural”, el pensamiento crítico se vuelve hacia esos enunciados “denunciándolos” como contruídos; problematiza aquello que parece evidente en una situación determinada.

La reforma, tal como la pretenden los discursos oficiales, no es la única opción, ni la mejor desde la perspectiva de la salud de los conjuntos sociales. Por el contrario, muchos grupos están trabajando en proyectos alternativos, hacia ellos hay que mirar. En América Latina hay numerosos grupos que defienden la salud como un bien público. Estos movimientos son más fuertes en Brasil y en Ecuador, donde se expresan a través de la articulación de grupos ligados a universidades, a servicios de salud, a ONGs y a partidos políticos. En Argentina y Chile, la resistencia es menor, pero se está profundizando a medida que se evidencian los resultados del proyecto neoliberal.

Propuesta para un Plan Nacional de Salud en Argentina*

Jorge F. Aufiero

Este artículo presenta una propuesta de reforma del sector salud de Argentina basada en el objetivo principal de facilitar un acceso universal en tiempo y forma a los servicios de salud a un costo aceptable para los ciudadanos, así como la elección personal del servicio en el marco de un mercado competitivo. Así pues, se trata de un plan destinado a asegurar el máximo de equidad, eficiencia y calidad de la atención a la salud y que, a la vez, establezca los incentivos económicos correctos, así como la participación y normas gubernamentales necesarias para alcanzar esos tres objetivos.

El sistema de salud argentino está integrado por tres subsectores: público, seguridad social y privado, cada uno con organización institucional y económica propias. En general el sistema de servicios está orientado hacia la atención curativa a pesar de que en los diversos niveles, nacional, provincial y municipal, existe la estrategia básica de atención primaria como meta. Tal vez las características más importantes del sistema de salud argentino sean el enorme grado de fragmentación, la insuficiente organización y articulación entre los distintos subsectores y la falta de definición clara del papel del Estado en el terreno asistencial.

La reestructuración de este sistema abarca dos estratégicas básicas: la descentralización de los servicios públicos y la reconversión de las Obras Sociales (OS). En cuanto a ésta, los puntos más sobresalientes se refieren a la libertad de elección entre OS para luego permitir la competencia con otros organismos, así como la definición de una "canasta básica" de prestaciones obligatorias (Programa Médico Obligatorio - PMO).

Subsector público

El sector público presta servicios de atención a la salud en sus tres niveles administrativos: nacional, provincial y municipal a través de una vasta red de centros de atención ambulatoria y de internación, débilmente integrados en una red asistencial de referencia y contrarreferencia y de cobertura geográfica delimitada. A pesar de su magnitud, en las dos últimas décadas, la infraestructura pública ha perdido su papel protagónico en su triple función de asistencia, docencia e investigación. Desde el punto de vista de la infraestructura, el subsector público es el más importante, tanto por el número de establecimientos (1,204) como por la cantidad de camas (75,000).

En la actualidad los servicios provinciales y municipales atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a quienes

tienen limitaciones económicas o geográficas de acceso a la misma. En 1995 el sector público cubría a 39% de la población. La cobertura de servicios "gratuitos" se ha ampliado como resultado del descenso de aquella de las OS, que están siendo indirectamente financiadas.

Subsector de la seguridad social

Las OS conforman un sistema de seguro médico para los trabajadores asalariados y sus familiares directos. Su número es de 337 y anteriormente agrupaban a distintas poblaciones, brindaban distintas coberturas y operaban de modos diversos. A partir de la implementación del Programa Médico Obligatorio, la cobertura se homogeneizó aunque puede ser mayor que el PMO. Existen OS provinciales, municipales, del Poder Judicial, del Congreso de la Unión y de las Fuerzas Armadas, y cada una de ellas actúa de acuerdo a regulaciones específicas. Se estima que en 1995 cubrían al 54.3% de la población.

Este subsector se caracteriza por la multiplicidad de instituciones, su falta de coordinación y una fuerte heterogeneidad. Posee poca capacidad instalada propia y se comporta casi como un sistema financiador contratando servicios con el subsector privado a través de pagos por prestación, por capitación, por nomenclador globalizado, por cartera fija, etc. El flujo de ingresos de las OS es independiente de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Existe una distorsión entre esos ingresos que dependen de las remuneraciones de los beneficiarios y sus egresos, los cuales están en función del uso de los servicios. Como los ingresos no provienen

del pago de primas que representen el costo actuarial de la atención médica, no existe una relación equilibrada con los gastos, de modo que el ajuste de los casos de déficit se realiza reduciendo la cantidad y la calidad de las prestaciones, solicitando subsidios o dobles coberturas a las que deben recurrir los beneficiarios.

Subsector privado

Se trata de prestadores independientes de servicios de atención a la salud para pacientes afiliados a obras sociales, a seguros voluntarios o mediante un contrato particular. En los últimos años ha crecido la importancia de las empresas de medicina prepaga, especialmente en las zonas urbanas, llegando a cubrir a una población cercana a los tres millones de personas, de las cuales el 40% se afilia en forma individual o familiar y el resto a través de empresas. El sector privado es el gran prestador de servicios, dado que las OS contratan con este para ofrecer atención a sus afiliados. En términos de infraestructura, cuenta con 67,000 camas de hospital, cifra cercana al 40% de la disponibilidad nacional. Los recursos de las empresas privadas provienen de las primas que abonan sus asociados, en relación directa con la utilización de los servicios.

Gasto y financiamiento de los servicios de salud

En 1995 el gasto estimado en salud en la Argentina ascendía aproximadamente a 7.21% del PIB. Para 1998 el gasto total en salud alcanzó el 9% del PIB con un gasto per capita

* Este trabajo se presentó en el *Fourth Annual Summit on International Managed Care Trends*, celebrado en Miami, Florida del 5 al 8 de diciembre de 1999. Se reproduce con autorización de los organizadores del evento.

estimado de 710 dólares, más del doble del promedio de América Latina.

Del gasto total estimado para 1998, el 30.3% correspondió a servicios sociales, el 21% a servicios públicos, el 8.7% al sector privado y 40% al desembolso directo. El subsector público recibe financiamiento de recursos provenientes de las rentas generales y se fija anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de la prestación directa en establecimientos públicos, esos fondos financian acciones de salud pública en general.

Propuesta

El alto grado de fragmentación actual deriva de que los tres subsectores actúan simultáneamente sin una adecuada coordinación. Sin embargo, no es necesario un sistema monolítico administrado por el Estado para proveer de una cobertura universal. Esto podría lograrse mediante mercados competitivos con intervención gubernamental sólo en la regulación y para asegurar el apoyo financiero a quienes lo requieran. El sistema propuesto obligaría a todos los ciudadanos a contratar un servicio de salud con una cobertura normatizada por el Estado de manera individual. El Estado seguirá brindando asistencia a quienes no estén cubiertos. La individualización de la cobertura posibilita una cobertura universal flexible que evita la interferencia en los mercados laborales y en los contratos de trabajo facilitando la movilidad de la cobertura y un mercado competitivo. Por otra parte, la obligación de adquirir una cobertura individual no limita la libertad de las OS o entidades intermedias para ofrecer coberturas grupales, lo cual permite conservar las ventajas de costos administrativos de los seguros grupales. Además, los administradores poseerán fuertes incentivos para actuar como agentes eficientes para los trabajadores.

Un mercado financiador y de prestaciones de servicios médicos, vigoroso y competitivo, depurado de subsidios, con equidad tributaria, tiene mayores probabilidades de crear un sistema de atención a la salud eficiente y de alta calidad que un sistema manejado directamente por el Estado.

A efectos de la implantación de un nuevo financiamiento de los servicios de salud y en función de sus ingresos, podemos agrupar a la población en: asalariados, autónomos, jubilados, sin cobertura y empleados de las fuerzas armadas y de seguridad (que constituyen un grupo diferenciado). Una vez establecida la obligatoriedad del seguro de salud para todos aquellos que tengan ingresos, el monto que se fije como aporte obligatorio debe ser canalizado con absoluta libertad por los ciudadanos, pudiendo optar por los sistemas existentes en el mercado (OS mutualidades, entidades de medicina de prepaga, compañías

de seguros o el plan nacional del Estado). Podrán afiliarse o desafiliarse libremente optando por el sistema que más les satisfaga con las prestaciones normatizadas acordes a su aporte.

Todos estos sistemas, incluyendo el estatal, podrán, a su vez, contratar libremente sus prestaciones con los hospitales privados o con los hospitales públicos reestructurados, así como con todos los prestadores médicos y centros de diagnóstico. Finalmente, los ciudadanos carentes de recursos tendrán un acceso financiado con fondos del Estado provenientes de rentas generales que se podrán aplicar mediante dos sistemas: a) subsidio a la oferta, para dar atención gratuita a quien la necesite y b) subsidio a la demanda, destinando los fondos a los sectores de menos recursos para que puedan acceder a los sistemas privados de atención en el mercado. De este modo, el Sistema Nacional de Salud, con cobertura universal, prestaciones normatizadas y control de calidad, constará de dos subgrupos, el Seguro Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud.

Además se propone la creación de un "voucher" o "cupón" de atención médica que sirva como complemento del aporte que el trabajador realiza al Sistema de OS. Dicho cupón se establecería en función de una capita promedio según los valores del mercado. Esta alternativa haría provenir los fondos para el cupón de las rentas generales y se otorgaría proporcionalmente en virtud del aporte de cada individuo a fin de completar el valor capita resultante de dicho aporte en relación con el costo de los servicios recibidos y que contempla el PMO.

El enfoque para el Seguro Nacional de Salud hace hincapié en la elección responsable en varios niveles. Subraya la responsabilidad de todos los ciudadanos de adquirir un servicio

médico y la responsabilidad de pagar según sus posibilidades. Destaca la responsabilidad del gobierno para proveer los recursos destinados a las personas de bajos ingresos o desocupados para que puedan pagar su cobertura. Enfatiza la responsabilidad del sistema tributario para eliminar la evasión impositiva que subsidia generosos seguros de salud para la clase adinerada, y asegura el financiamiento de una cobertura universal y suficiente para todos los ciudadanos.

Esta propuesta no altera los acuerdos existentes de cobertura para la gran mayoría de la población y sigue en la línea de las últimas reformas del sistema: reconversión de las obras sociales y de los hospitales públicos; respeta las preferencias individuales; elimina la iniquidad y las distorsiones entre los empleados y los desempleados; establece un sistema de financiamiento progresivo en vez de regresivo; brinda incentivos neutrales para la elección entre el servicio de la obra social o, grupal o individual, e incrementa la eficiencia global del sistema, haciendo coincidir la lógica económica con la social.

Esta propuesta no ofrece ninguna fórmula mágica para reducir los costos, ninguna receta que garantice el éxito para dar más por menos, ninguna forma fácil para transferir la obligación de racionalizar la asistencia médica, ni ningún impuesto espectacular que permita financiar los servicios fuera del presupuesto. Pero sí permite un panorama más amplio para que todos los ciudadanos, dentro de un mercado competitivo de asistencia médica, puedan comparar los beneficios y los costos reales de la atención médica, del seguro de salud y de los planes de asistencia para hacer la elección que más les satisfaga.

Monitor de la Salud en las Américas* 1998

Países del Caribe con Economías de Ingresos Bajos y Medios Bajos

Indicadores / País	Cuba	a/f	Dominica	a/f	Guyana	a/f	Haití	a/f	Jamaica	a/f	República Dominicana	a/f	San Vicente y las Granadinas	a/f	Surinam	a/f
Económicos y Sociodemográficos																
Población total (en miles)	11,000	97 ^a	74	97 ^a	848	97 ^a	7.500	97 ^a	2.600	97 ^a	8.100	97 ^a	112	97 ^a	412	97 ^a
PIB (millones US\$)	-	-	243	97 ^a	782	97 ^a	2.815	97 ^a	4.135	97 ^a	15.039	97 ^a	275	97 ^a	335	97 ^a
PIB per cápita (miles US\$)	-	-	3.284	97 ^a	922	97 ^a	375	97 ^a	1.590	97 ^a	1.857	97 ^a	2.455	97 ^a	813	97 ^a
Esperanza de vida al nacer (años)	76,0	97 ^a	76,0	97 ^a	64,0	97 ^a	54,0	97 ^a	75,0	97 ^a	71,0	97 ^a	73,0	97 ^a	70,0	97 ^a
Tasa global de fecundidad	1,6	98 ^b	1,9	98 ^e	2,3	98 ^b	4,4	98 ^b	2,5	98 ^b	2,8	98 ^b	1,9	98 ^e	2,2	98 ^b
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NVR)	9,0	98 ^b	-	-	58,0	98 ^b	68,0	98 ^b	22,0	98 ^b	34,0	98 ^b	18,0	94 ^d	29,0	98 ^b
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 NVR)	2,4	96 ^c	-	-	180,0	93 ^d	456,0	95 ^c	115,0	93 ^d	30,7	94 ^c	6,0	93 ^d	12,2	94 ^c
% alfabetismo	96,0	97 ^a	94,0	94 ^d	98,0	97 ^a	45,5	97 ^a	85,5	97 ^a	82,5	97 ^a	10,0	91 ^c	96,0	94 ^d
% población con agua potable	91,0	96 ^a	-	-	87,5	94 ^d	39,0	96 ^a	93,0	96 ^a	73,0	96 ^a	77,0	91 ^c	92,5	95 ^c
% población con alcantarillado	34,2	96 ^c	99,0	94 ^d	73,0	94 ^d	28,5	94 ^d	20,0	96 ^c	16,0	93 ^c	96,3	91 ^c	48,5	94 ^d
Gasto en Salud																
Gasto total en salud (millones US\$)	127	96 ^c	9	95 ^c	-	-	65	95 ^c	348	95 ^c	-	-	10	95 ^c	40	96 ^c
Gasto en salud como % PIB	-	-	6,3	95 ^b	5,2	95 ^b	3,6	95 ^b	4,9	95 ^b	5,7	95 ^b	7,0	95 ^b	4,0	95 ^b
Gasto en salud per cápita	-	-	119	95 ^c	-	-	9	95 ^c	142	95 ^c	-	-	5	95 ^c	95	96 ^c
Gasto público como % gasto total en salud	-	-	63,0	95 ^b	83,0	95 ^b	40,0	95 ^b	51,0	95 ^b	32,0	95 ^b	74,0	95 ^b	50,0	95 ^b
Recursos y Servicios																
Médicos (por 1000 habitantes)	5,5	96 ^c	0,5	95 ^c	0,2	97 ^c	0,1	96 ^c	0,2	95 ^c	0,7	94 ^c	0,5	95 ^c	0,7	96 ^c
Enfermeras (por 1000 habitantes)	6,9	96 ^c	3,1	95 ^c	1,7	97 ^c	0,1	96 ^c	0,7	95 ^c	1,1	94 ^c	1,4	95 ^c	1,5	96 ^c
Cobertura de servicios de salud (%)	100,0	97 ^c	95,0	93 ^d	84,0	93 ^d	40,0	93 ^d	89,0	93 ^d	71,0	93 ^d	85,0	93 ^d	89,0	96 ^c

a/f: Año y fuente de referencia.

Fuentes:

a. The World Bank Group. World Development Indicators 1999. Washington, D.C.: World Bank, 1999.

b. World Health Organization. The World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.

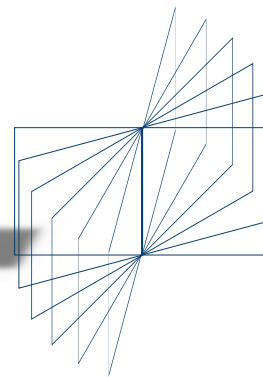
c. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1998; vol. II.

d. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995. Washington, D.C.: OPS, 1995.

e. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1998; volumen I.

* / Sección a cargo de Blanca Villa y Antonio Tapia

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Arredondo A. Economía de la salud para América Latina: un marco para el análisis y la acción en sistemas de salud. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1999.
- CHSP. Políticas sociais compensatórias no Mercosul. Cidadania, estudo, pesquisa, informacao e acao. Rio de Janeiro: Center for Health & Social Policy, Cadernos Fórum Civil, 1999.
- Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Health Economics and Financing Programme. Research Portfolio. London: LSH&TM, DFID, 1999.
- LACRSS. Resumen de ocho estudios nacionales en América Latina y el Caribe (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana). Washington, D.C.: Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, 1999.
- Morales-Gómez D, Tschirgi N, Moher J. Reforming social policy. Changing perspectives on sustainable human development. Ottawa: International Development Research Center, 1999.
- OECD. OECD Health data 99. A comparative analysis of 29 Countries. Paris: OECD, 1999.

Publicaciones de la IRRSS

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe se ha planteado como misión promover una entrega más equitativa y eficaz de los servicios básicos de atención a la salud mediante la construcción de una red amplia y eficaz de apoyo regional. Esta iniciativa, cuya duración será de cinco años (1997 - 2002), es resultado de la confluencia del esfuerzo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Partnerships for Health Reform (PHR), Data for Decision Making (DDM) y Family Planning Management Development (FPMD).

Las actividades de la Iniciativa se agrupan en cuatro áreas estratégicas:

- implementación y monitoreo de reformas nacionales del sector salud;
- reunir, procesar y difundir información sobre los esfuerzos de reforma del sector salud, poniéndola a disposición tanto de las partes interesadas en los países de América Latina y el Caribe, como de los donadores del sector salud;
- monitorear los procesos de reforma y sus resultados, lo mismo que el acceso equitativo a los servicios básicos de atención a la salud, ofreciendo una retroalimentación a los países, a sus socios y a los donadores, y
- ayudar a los países para que compartan experiencias y asesoría.

Concretando los frutos de estas cuatro áreas estratégicas, la Iniciativa ha publicado una serie de trabajos que promueven el estudio y la reflexión en torno a temas cruciales de la reforma. Estas publicaciones reflejan puntos de vista sobre aspectos relevantes tanto de la metodología para el seguimiento y la evaluación de las reformas en curso, como de temas específicos relacionados con ella, lo mismo que sobre la situación concreta de algunos de los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe.

Para mayor información visite su página en Internet:
www.americas.health-sector-reform.org

LACRSS. Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud. Washington, D.C.: OPS, USAID, PHR, DDM, FPMD.



Nueva Agenda de Salud en Honduras

De acuerdo con este informe, la reforma del sector salud de la República de Honduras, emprendida en 1998, "se propone una reorganización total del sistema de salud basada en dos procesos esenciales: la departamentalización del sistema y la reorganización del modelo de prestación de servicios".

El documento presenta un análisis de la situación de salud de la población hondureña y de su sistema de atención a la salud a finales de los años noventa. A partir de este, se definen tanto las razones que obligan a implementar la reforma del sector como las metas y aspiraciones que la orientan. Al respecto, sobresale el objetivo de alcanzar la meta "Salud para Todos" mediante una estrategia de "Atención Primaria a la Salud".

El cuarto capítulo se dedica a la exposición de los componentes esenciales de la nueva agenda en salud (el papel regulador de la Secretaría de Salud, la reorganización del modelo de atención, la evaluación de los problemas de salud, el rescate de los recursos humanos). Otro más presenta las estrategias dinamizadoras de la agenda (promoción y educación para la salud, garantía y mejoramiento de la calidad, descentralización y cogestión, infraestructura, intersectorialidad). Finalmente, el último capítulo revisa las cuestiones relacionadas con la sostenibilidad financiera y la modernización administrativa.

En resumen, este documento permite acercarse con bastante detalle a la visión concreta de los retos, objetivos y métodos de implementación de la reforma del sector salud desde la perspectiva de un gobierno latinoamericano.



Secretaría de Salud, República de Honduras. La nueva agenda en salud 1998-2002. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud, 1998.

Noticias

Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

Recientemente apareció en línea (www.who.int/evidence/alliance/alliance.htm) la convocatoria para incorporarse a la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AIPSS). Esta Alianza es una iniciativa del Foro Mundial para la Investigación en Salud, que promueve la investigación en salud mundialmente, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

La Alianza tiene como objetivos: i) fortalecer la capacidad de investigación en políticas y sistemas de salud en los ámbitos nacional e internacional; ii) apoyar el desarrollo de información para la toma de decisiones

en el campo de la salud y otros sectores relacionados con él; iii) estimular la generación de conocimiento que facilite el análisis de políticas y mejore la comprensión de los sistemas de salud y de los procesos de política; iv) fortalecer la colaboración internacional en el campo de la investigación, el intercambio de información y el aprendizaje compartido entre países en lo que se refiere a políticas y sistemas de salud, y v) identificar las influencias globales sobre los sistemas de salud y promover su investigación.

Las tareas que la Alianza plantea llevar a cabo en el corto plazo son las siguientes: a) mapear y monitorizar la IPSS en los niveles nacional y regional; b) promover el desarrollo de capacidad sostenible de IPSS; c) apoyar el desarrollo de la IPSS; d) desarrollar metodologías y herramientas para el análisis comparativo de experiencias nacionales en el campo de las políticas y los sistemas de salud, y e) facilitar la sistematización, el análisis y el intercambio de información.

La Alianza busca la más amplia participación de instituciones que utilizan y producen investigación en el campo de las políticas y los sistemas de salud en el mundo en desarrollo para asegurar un proceso participativo en el desarrollo de sus actividades.

Las instituciones interesadas pueden solicitar su inscripción a la Alianza llenando el formato que aparece en su página electrónica o solicitándola al gerente del



programa (blockm@who.ch). Los socios tendrán acceso inmediato a información sobre financiamientos, oportunidades y análisis expertos en IPSS, así como aspectos diversos relacionados con los sistemas de salud. Las reuniones que la Alianza organizará serán, además, una oportunidad única para expandir redes y aprender de las experiencias más recientes en IPSS.

Invitación Abierta de la Red Internacional de Pobreza y Salud a Todos los Profesionales de la Salud

Siempre y en cualquier lugar, los profesionales de salud enfrentan el reto de entender, desde una posición relativamente cómoda, la naturaleza y alcance de los problemas a los que deben hacer frente los pobres, los marginados y los vulnerables. Aun de manera parcial, el entendimiento crea empatía y una responsabilidad de luchar por una solución.

La Red Internacional de Pobreza y Salud (RIPS) se creó en diciembre de 1997 a partir de una serie de conferencias organizadas por la Organización Mundial de la Salud. La meta de la Red es «integrar la salud a las políticas y estrategias de erradicación de la pobreza, promoviendo la unión de la comunidad y la acción intersectorial como un medio para alcanzar resultados efectivos y sostenibles». RIPS se formó en respuesta al creciente sufrimiento humano debido a la pobreza e invita a otros a unirse a esta causa.

Cerca de 1.3 mil millones de personas viven en pobreza absoluta y abrumadora, con menos de un dólar al día, a pesar del importante crecimiento global de la economía mundial, que se duplicó en los 25 años previos a 1998 hasta alcanzar los 24 billones de dólares. De los 4.4 mil millones de habitantes de los países en desarrollo, casi 60% carecen de condiciones sanitarias adecuadas, un tercio no tiene acceso a agua potable y 20% no tienen acceso a atención a la salud; una proporción similar no obtiene suficiente energía y proteína de su dieta.

Las disparidades económicas dentro y entre los países han crecido, de tal manera que el ingreso económico de casi 100 países es menor, en términos reales, que hace una década o más. En 1995 el 20% más rico de la población mundial tenía 82 veces el ingreso económico del 20% más pobre. Las 225 personas más ricas del mundo poseían en conjunto una riqueza equivalente al ingreso anual de los 2.5

mil millones de personas más pobres del mundo (47% de la población mundial). Al mismo tiempo, el mundo se enfrenta a una creciente escasez de recursos renovables esenciales como consecuencia de la deforestación, la erosión del suelo, la escasez de agua, la disminución del caudal pesquero, la reducción de la biodiversidad y los retos tales como el cambio climático, los cuales afectan particularmente a las poblaciones pobres y vulnerables.

A pesar del dramático incremento global de la esperanza de vida ocurrido en el siglo pasado, es menester que los profesionales de la salud atiendan las crecientes desigualdades en salud y riqueza. La drástica caída de la esperanza de vida en Europa Oriental, particularmente en Rusia, es un claro ejemplo de como la salud puede deteriorarse cuando las sociedades sufren cambios sociales y económicos súbitos, acompañados de creciente pobreza. La brecha entre la esperanza de vida de ciertos países de

Nuevas Publicaciones del Programa de Economía y Financiamiento de la Salud

www.lshtm.ac.uk/php/hpu/hefp

El Programa de Economía y Financiamiento de la Salud (Health Economics and Financing Programme -HEFP) de la Escuela de Salud y Medicina Tropical de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine - LSH&TM) está publicando una serie de notas breves en las que se presentan de manera sucinta algunos mensajes claves relacionados con investigaciones llevadas a cabo por quienes participan en este Programa. Cada una de estas publicaciones consta de dos páginas y está respaldada por un trabajo publicado que puede ser solicitado por las personas que deseen obtener mayor información. Las últimas notas publicadas son las siguientes:

- Goodman C. The cost-effectiveness of malaria control in Sub-Saharan Africa. Briefing Notes 1998; (7).
- Mills A. Government capacity to contract with the private sector: health sector experience and lessons. Briefing Notes 1998;(8).
- Mills A. Reforming the health sector: towards a healthy new public management. Briefing Notes 1999;(9).

Protección Contra Padecimientos Catastróficos en Chile

Después de una reciente transformación, calificada por René Merino, presidente de la Asociación de Isapres, como "la más importante del sistema (...) desde que se creó en 1981", los chilenos afiliados a estas instituciones de cobertura de servicios de atención a la salud estarán seguros de no tener que desembolsar más del valor de dos meses de salario como consecuencia de algún padecimiento catastrófico, independientemente del diagnóstico.

Esta nueva cobertura se garantizará a través de un contrato regulado por la Superintendencia de las Isapres y su operación se hará efectiva a partir del segundo trimestre de este año para llegar a cubrir a todos los afiliados a mediados del año 2001. Puesto que se trata de una cobertura obligatoria, cada Isapre podrá ofrecer mejores planes, pero en ningún caso por debajo de la cobertura estándar definida para las enfermedades catastróficas.

Aun cuando todavía quedan por definir detalles relacionados con el financiamiento y las redes de prestadores que atenderán a las personas con este tipo de padecimientos, el anuncio hecho en enero de este año representa un paso adelante hacia la consecución de metas de equidad y justicia en la cobertura de salud en Chile.



Europa Occidental y Rusia ha crecido de aproximadamente tres años para los varones en 1970 a cerca de 15 años para 1995; las cifras para las mujeres muestran una brecha creciente, de cuatro a diez años para el mismo período. Esta crisis de la salud se manifiesta particularmente en la mortalidad de los adultos por enfermedades crónicas y causas externas, principalmente por violencia. La recesión de Asia Oriental ha sido profunda y severa, produciendo una fuerte caída del ingreso promedio per capita en cinco países, particularmente en Indonesia, con efectos similares sobre la pobreza y la salud.

Muchos países de África tienen deudas externas totales que rebasan el 100% de su producto interno bruto. Aunque han habido avances en la cancelación de la deuda, solamente 22 de los 52 países que requieren de una reducción parcial o total de su deuda podrán reducir sus pagos anuales gracias a los acuerdos de la Cumbre de Colonia. Queda así mucho por hacer, incluyendo la vigilancia de la forma en que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional proponen implementar el programa

de reducción de deuda y garantizar que sus recomendaciones de reforma de política económica se enfoquen en la reducción de la pobreza.

Aún entre los países industrializados, generalmente prósperos, tales como España, Finlandia, Suecia, Dinamarca y EUA, existen varios ejemplos de crecientes desigualdades socioeconómicas en salud durante los últimos 20 años. En el Reino Unido, el diferencial de mortalidad general entre la clase social V (no calificados) y la clase social I (profesionales) ha aumentado del doble en 1970-1972 a casi el triple en 1991-1993.

Es particularmente preocupante que las vidas de muchos niños son vejadas por la pobreza y afectadas en su potencial físico y mental. Incluso en EUA, más de 1 en 4 niños menores de 12 años tienen dificultades para obtener los alimentos necesarios.

La mala salud y la pobreza se refuerzan mutuamente y pueden generar un círculo vicioso de deterioro y sufrimiento. La mala salud contribuye directamente a la menor productividad y, en algunos casos, al desempleo. Sobre todo

cuando afecta al principal proveedor de las familias pobres, frecuentemente tiene implicaciones severas para los niños dependientes económicos y otros miembros de la familia, que pueden ya no ser capaces de mantenerse adecuadamente. Por definición, la gente pobre tiene muy pocos recursos y puede verse forzada a vender sus escasas pertenencias, incluyendo terreno y ganado, o a pedir préstamos a altas tasas de interés para resolver la crisis inmediata precipitada por la enfermedad. Cualquier opción los hace más vulnerables, menos capaces de recuperar su condición previa y en mayor riesgo de descender en la espiral de la pobreza. Por el contrario, los servicios de salud efectivos y accesibles pueden proteger a los pobres de caer en peores condiciones económicas como resultado de la enfermedad, y la atención a la salud basada en la comunidad tiene el potencial de contribuir de manera importante a la construcción del capital social y al fortalecimiento de los mecanismos de sostenimiento propios de la comunidad.

En el siglo XX el desarrollo frecuentemente se ha equiparado con el crecimiento económico; sin embargo, el

Escenarios Posibles para la Reforma del Sector Salud en Chile

En un evento sobre la reforma de la salud en Chile organizado conjuntamente por la División de Programas Sociales del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Fundación Salud y Futuro de Chile, celebrado el 4 de noviembre de 1999, se llegó a la conclusión de que existe un claro consenso entre los diversos actores sobre la necesidad de un proceso de reforma del sector salud chileno con visión global, que integre los sectores públicos y privados sobre la base de un mínimo acceso a servicios integrales de salud de una calidad aceptable.

En la sesión inaugural se escucharon las palabras de bienvenida y la apertura del taller por parte de Christian Gómez, Jefe de la División de Programas Sociales 1 del BID, y Héctor Sánchez, Director Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro. Posteriormente, André Medici, Especialista en Salud del BID, presentó la ponencia inaugural "Tendencias en los Procesos de Reforma del Sector Salud de América Latina: Experiencias, Dificultades y Lecciones". Esta sesión inicial cerró con la conferencia de Osvaldo Giordano, ex-Secretario del Trabajo y ex-Subsecretario de Economía Laboral y Social de Argentina, sobre "La Política de los Procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina".

La presentación de André Medici definió el contexto regional de los procesos de reforma del sector salud. Destacó el hecho de que los sistemas de salud de la región tienen un origen fragmentado por los ingresos tan heterogéneos de la población, además de arrastrar una pesada herencia de la crisis de los 80. Son sistemas, además, que han gastado una mayor cantidad de recursos en relación con los beneficios obtenidos en comparación

con los sistemas de otras regiones de niveles similares de ingreso.

Dentro de los objetivos de los actuales procesos de reforma, Medici destacó los siguientes:

- la expansión de la cobertura y consecución de la equidad;
- el aseguramiento de la viabilidad y la sustentabilidad fiscal y financiera;
- el aseguramiento de la eficiencia;
- la obtención de calidad y satisfacción del cliente, y
- el establecimiento de nuevas funciones para el sector público.

Subrayó también que las reformas han tenido buenos resultados pero son procesos de largo plazo que necesitan transmitir confianza, voluntad política, transparencia y sentido de realidad, con miras a evitar crisis de expectativas. Señaló igualmente que existen factores externos que pueden interferir con los resultados de la reforma, y que la confianza y el compromiso de los actores son clave en el éxito de los cambios.

Finalmente, Medici refirió la experiencia del BID en los procesos de reforma enfatizando que esta institución apoya la promoción de la equidad y la expansión de la cobertura, el establecimiento de nuevos mecanismos de gestión, financiamiento y regulación, las prioridades de salud pública, la autonomía de los hospitales públicos y los diseños innovadores de los procesos de reforma.

Basándose en la experiencia de Argentina y con referencia a los casos de Colombia y México, Osvaldo Giordano destacó que los intereses y presiones políticas de los distintos actores del sector salud han conducido a una profundización de la segmentación de la población,

empeorando la situación inicial, especialmente la situación de la población más pobre.

Por lo que se refiere a los comportamientos de los distintos actores, postuló que:

- las aseguradoras privadas están interesadas en los segmentos de altos ingresos;
- los prestadores privados (especialmente los médicos, debido a la sobreoferta) se preocupan por discriminar los distintos mercados;
- los dirigentes políticos están interesados en mantener un cierto clientelismo político vía la gestión pública de los hospitales y la seguridad social de salud;
- la población desarrolla cierto temor a las reformas por la desprotección, negación de cobertura y limitación de derechos que propician las propuestas de reforma centradas en la libertad de elección, la eficiencia y el equilibrio financiero, y, finalmente,
- dentro del propio gobierno hay una pugna entre los ministerios de Hacienda, que apoyan reformas de mercado, y los de Salud, que promueven la salud pública.

A juicio de Giordano, es la confluencia de los intereses de los actores, más los temores de la gente y la pugna al interior del gobierno lo que promueve reformas basadas en la compatibilización de intereses que implican un sistema de salud con un poco más de competencia pero menos equidad, con el Estado especializado en los pobres y el mercado en los ricos. A modo de conclusión señaló que las reformas de mercado no necesariamente implican inequidad, aunque para ello es necesario que existan voluntad política y liderazgo ante los conflictos.

En el panel sobre "Economía Política del Proceso de Reforma del Sector Salud Chileno" participaron Mercedes

enlace entre la prosperidad económica y la salud, componente clave del desarrollo humano, no se establece de manera automática. Un estudio reciente del Banco Mundial sobre las causas de la disminución de la mortalidad entre 1960 y 1990, sugirió que la ganancia en el ingreso contribuyó en 20% a la mortalidad de adultos hombres y mujeres y a la reducción de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años. Los investigadores concluyeron que los factores más importantes fueron el nivel educativo de las mujeres y la generación y utilización de nuevo conocimiento.

La pobreza es una construcción social con muchas dimensiones, que incluye la falta de educación básica, vivienda inadecuada, exclusión social, desempleo, degradación ambiental y bajos ingresos económicos. Cada uno de estos factores disminuye las oportunidades, limita la elección y abate la esperanza, además de que cada uno de ellos constituye una amenaza para la salud. Los indicadores económicos se enfocan primordialmente en la pobreza de ingresos, en tanto que los indicadores de salud producen

una medida de la naturaleza multidimensional de la pobreza. Por esta razón, la salud debe ser la medida preeminente del éxito o del desarrollo de las políticas en este siglo. Son los indicadores de salud, más que los económicos, los que demostrarán la importancia de implementar políticas en diversos sectores para abatir la tasa de degradación de recursos renovables y, a través de la garantía de los derechos humanos, capitalizar el potencial de aquellos actualmente incapaces de mejorar su calidad de vida.

Los profesionales de la salud luchan por entender detalladamente las experiencias de enfermedad y aflicción de sus pacientes. Siempre que la salud es minada por la pobreza, este entendimiento se convierte, al compartir la frustración e ira de nuestros pacientes, en parte de un proceso de desarrollo de solidaridad con individuos y comunidades desprotegidos. Una vez expresado el sufrimiento, se vuelve tangible y requiere reparación. Este es uno de los procesos fundamentales de la medicina y la curación y se aplica por igual a la injusticia social. Al limitarnos a escuchar la historia del que sufre sin luchar junto

con él para remediar la situación, desatendemos nuestra tarea.

RIPS es una red mundial de personas y organizaciones de los campos de la salud, negocios, ONGs y gobierno, cuyo fin es influir en las políticas para proteger y mejorar la salud de los pobres del mundo, con particular énfasis en los más pobres de todos los países. La Red hace un llamado urgente para lograr el equilibrio entre el desarrollo social y el crecimiento del ingreso per capita; entre las dimensiones humana y de ingresos de la pobreza, y entre las reformas redistributivas y las de mercado. A nivel de salud, haciendo particular énfasis en las necesidades de los más pobres y más vulnerables, el ideal es lograr un equilibrio entre los abordajes biomédico y social; entre el desarrollo de la salud basado en la comunidad y la respuesta apropiada a las necesidades de los individuos; entre la atención preventiva, promocional y curativa, y entre la salud física y la mental.

En los próximos años, los adeptos a RIPS procurarán reducir la carga de mala salud debida a la pobreza a través de los siguientes medios:

Cifuentes, ex-Jefa de la Oficina de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud y actualmente economista del Instituto Libertad y Desarrollo, quien realizó una presentación de las transformaciones impulsadas en el sector salud por el gobierno militar; César Oyarzo, ex-Superintendente de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), ex-Director del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y actualmente Subdirector Ejecutivo de la Fundación Salud y Futuro, quien desarrolló una aproximación a la economía política del proceso de reforma del sector salud chileno; Jorge Villegas, ex-Secretario General y ex-Presidente del Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico del Colegio Médico de Chile, actualmente Presidente del Comité de Ética de la Sociedad de Cirujanos Plásticos, quien analizó las mismas cuestiones desde la perspectiva de un médico, y, por último, Osvaldo Artaza, ex-Director del Hospital Luis Calvo Mackenna y actualmente asesor de FONASA, quien presentó un enfoque basado en el respeto de los derechos ciudadanos.

En su presentación, Cifuentes sostuvo que las transformaciones del sector salud desde la desconcentración sectorial de 1979 hasta la creación de las ISAPRES en 1981 no estuvieron exentas de presiones políticas por parte de los actores del sector, en ese entonces guiado por autoridades militares con participación de economistas y técnicos liberales, y unos gremios de profesionales de la salud y de funcionarios fuertemente organizados. Así pues, destacó que la falta de consenso técnico y el temor a la resistencia desaceleró el impulso inicial de cambios dirigidos hacia la autonomía de la gestión hospitalaria y del FONASA.

Desde su perspectiva de economista, Oyarzo habló del carácter de las reformas que atacan síntomas en vez de crear incentivos para alcanzar ciertos objetivos (solidaridad, eficiencia económica, libertad de elección) y sobre la necesidad de lograr cierto equilibrio capaz de asumir los

costos de intercambio. Señaló la importancia de definir correctamente la velocidad de los cambios a fin de equilibrar los costos de ajustes muy rápidos y la falta credibilidad de las reformas más lentas. Señaló también que, en el caso del sector salud chileno, las reformas han estado centradas en los aspectos financieros, olvidando el mundo real de los establecimientos de salud en donde se ha avanzado poco en términos del cambio del modelo de atención y la mayor autonomía de gestión. Finalmente planteó la necesidad de una visión global para las reformas aun cuando los cambios se implementen de manera parcial. Según él, los objetivos globales y el gradualismo orientan también sobre los ganadores y perdedores del proceso, permitiendo diseñar reformas que produzcan una ganancia repartible entre los actores.

Villegas partió del señalamiento de las motivaciones de los profesionales médicos en su doble papel de actores y recursos del proceso de reforma, destacando su búsqueda de protagonismo, prestigio social, poder de negociación, desarrollo profesional y mejoría económica. Destacó que la crisis de la democracia en Chile llevó al gremio a una extrema politización y una agudización del centralismo, aunados a un deterioro crónico de sus ingresos, lo cual creó un cambio de la vocación de servicio de los médicos hacia el simple cumplimiento del contrato y la migración hacia el sector privado. Además, como parte de la lucha por la democracia apareció como bandera entre los médicos la defensa del sector público hasta que la crisis de los médicos de urgencia en 1991 llevó a una desconfianza del gremio médico y a la pérdida de credibilidad de las autoridades democráticas. En ese contexto, explicó, la llegada del Ministro Massad en 1994 y la reforma a la ley que regula el ejercicio de los profesionales de la salud en el sector público, representó una esperanza para recuperar la visión sanitarista de los años 50,

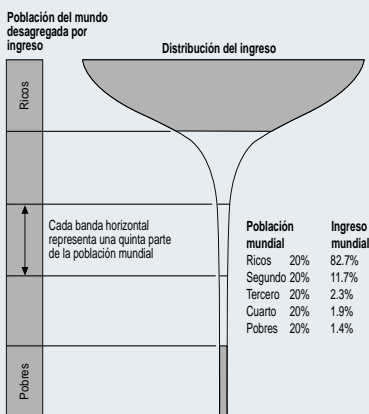
de fortalecer al sector público, de recuperación de los profesionales más calificados, de superación de los problemas organizacionales, de mejorar la gestión, las condiciones de trabajo y las remuneraciones. Lamentablemente, señaló, se produjo un conflicto político en el gremio entre: i) la flexibilidad y la estabilidad laboral; ii) la discrecionalidad y el control social, y iii) la politización y el profesionalismo, todo lo cual terminó por bloquear la citada reforma legal. Para finalizar, propuso que la base de un gran acuerdo sea la construcción de ciudadanía o de derechos ciudadanos que pongan a la población por delante de las reformas, toda vez que ha sido la gran ausente en la discusión sobre propuestas de reforma.

Artaza, por su parte, señaló que los cambios se han realizado con presiones que, vía una retroalimentación, han sido ratificados o revertidos por decisiones más definitivas, de modo que, afirmó, el futuro llama a establecer un adecuado balance entre los nuevos objetivos sanitarios, la efectividad del gasto sanitario, la eficiencia global del sistema y la búsqueda de nuevos paradigmas. Todo ello dentro del marco del respeto de los derechos ciudadanos y el establecimiento de formas efectivas de control social.

La parte final de evento consistió en la presentación de las visiones sobre la atención a la salud de los representantes de los principales grupos políticos del país.

Gustavo Zuleta

Copa de champaña de la pobreza mundial



- participación en discusiones estratégicas con instituciones internacionales como el FMI, el Banco Mundial, la OMS y gobiernos nacionales, para asegurar que la salud sea el tema central del desarrollo y que se lleven a cabo evaluaciones del impacto de las políticas sobre la salud;
- promoción de acciones intersectoriales por la salud a nivel local, regional y nacional, por medio del trabajo con los sectores de educación, negocios, agricultura y transporte, para desarrollar e implementar políticas efectivas;
- construcción de la base de evidencias sobre intervenciones efectivas para reducir las desigualdades en salud y sobre cómo el mejoramiento de la salud puede reducir la pobreza;
- facilitación del intercambio del conocimiento entre los profesionales de salud del Norte y el Sur sobre las formas efectivas de trabajo;
- garantizando que los programas educativos para los profesionales de la salud incluyan información apropiada

- sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas sobre la salud y sobre lo que se puede hacer para reducir tales desigualdades;
- alentando a los profesionales de la salud a trabajar con comunidades locales para mejorar la salud de los más pobres, y
- monitoreando las tendencias de las desigualdades en salud y utilización de datos para influir sobre las políticas.

Invitamos a todos los interesados a unirse a esta iniciativa. Para mayor información sobre RIPS, diríjase a: International Poverty and Health Network (IPHN) e-mail: (Roger Drew) drew.r@healthlink.org.uk (UK); e-mail: (Thelma Narayan) sochara@blr.vsnl.net.in at INET (India).

Citas con la Reforma

Forum on Health Care Policies

Foro sobre Políticas de Atención a la Salud

Barcelona, España

Mayo 22-26

www.fosba.org

Meeting on Health Insurance

Reunión sobre Seguros de Salud

Barcelona, España

Mayo 22-26

www.fosba.org

Seminario Internacional Política de Medicamentos:

Equidad y Acceso

Río de Janeiro, Brasil

Junio 10 - 17, 2000

E-mail: bermudez@ensp.fiocruz.br

16th Annual Meeting of the International Society of

Technology Assessment in Health Care

Reunión Anual de la Sociedad Internacional de Evaluación

de Tecnologías para la Atención a la Salud

La Haya, Holanda

Junio 18-21

www.nivel.nl/istahc.htm

First Annual Conference of the International Society for

Equity in Health

Primera Reunión Anual de la Sociedad Internacional de

Equidad en Salud

La Habana, Cuba

Junio 29-30

www.iseqh.org

Fourth International Social Sciences in Health Conference

Cuarta Conferencia Internacional sobre Ciencias Sociales en Salud

Gaborne, Botswana

Agosto 7 - 11

E-mail: somanet@africaonline.co.ke

Building NGO Capacity Through Management Development

Capacitación para ONGs a través del Desarrollo de la Administración

Londres, GB

Agosto 13 - 25

E-mail: sapplayard@ippf.org

www.ippf.org/resource/index.htm#Courses

Third International Conference on Health and Human Rights

Tercera Conferencia Internacional Sobre Salud y Derechos Humanos

Cambridge, Massachusetts, EUA

Septiembre 1 - 30

E-mail: fxbcenter@igc.apc.org

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>