

Sucesos / 2

La Salud en el Desarrollo
Sen



Panorama / 4

Planificación en Salud:
¿Nuevo Empuje o Arranque Definitivo?
Solari

Regulación de la Práctica Médica y
Reforma en Cinco Países de América Latina
Nigenda y col.

La Atención Gerenciada en Brasil
Medici y col.

Financiamiento de la Atención a la Salud
en la República Dominicana
Rathe

Monitor de la Salud / 11

Países con Economías
de Ingresos Bajos y Medios Bajos

Páginas de la Reforma / 12

Noticias / 13

Citas con la Reforma / 16

Editorial

Colaboración con la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

El pasado 27 de marzo se anunció en Ginebra, Suiza, la puesta en marcha de las actividades de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AIPSS). Se trata de una iniciativa del Foro Global para la Investigación en Salud en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Cuatro son sus objetivos fundamentales:

- ▶ promover la investigación en políticas y sistemas de salud a nivel nacional e internacional;
- ▶ colaborar en el desarrollo de información para la toma de decisiones de políticas en el sector salud y en otros sectores que influyen sobre la salud;
- ▶ estimular la generación de conocimientos que faciliten el análisis de políticas y que mejoren la comprensión de los sistemas de salud y de los procesos de diseño e implantación de las políticas, y
- ▶ fortalecer la colaboración internacional en investigación en salud, en general, y en investigación en políticas y sistemas de salud, en particular.

Estos objetivos son compatibles con los objetivos del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma (NAADIIR). La recopilación, la generación y la disseminación de información y conocimientos útiles para el diseño, la implantación y la evaluación de iniciativas de reforma —los objetivos centrales del NAADIIR— serían impensables en ausencia de investigación en sistemas y políticas de salud.

Por esta razón, El NAADIIR y la AIPSS establecieron un acuerdo de colaboración que apunta hacia la promoción conjunta de la investigación en políticas y sistemas de salud bajo el entendido de que “la investigación en salud no es sólo medular para el descubrimiento de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías, sino también para la construcción de los sistemas de salud de mañana”.

Por lo pronto esta colaboración se expresa en la disseminación conjunta de información. A partir del próximo número de *Informando y Reformando*, nuestro boletín publicará, en su sección central, cuatro páginas con información sobre las actividades de la AIPSS, información que seguramente será de interés y gran utilidad para nuestros lectores. Asimismo, la administración de la Alianza, en estrecha colaboración con la presidente de su consejo, nos hará llegar trabajos y notas que aborden temas relacionados con iniciativas de reforma que pudieran ser atractivos para la región latinoamericana y del Caribe. Si bien es cierto que no se cuenta con ningún modelo a seguir en lo que toca a la organización de los sistemas de salud y que toda propuesta de reforma debe tomar en consideración las condiciones locales, también es verdad que el intercambio internacional de experiencias puede enriquecer el diseño e implantación de las políticas nacionales de salud, facilitar el aprovechamiento de las experiencias exitosas y ayudar a evitar los fracasos que en este campo pudieran haberse presentado en otras latitudes.

La mayoría de los países enfrentan una demanda creciente de servicios de salud, un aumento de costos y una disponibilidad limitada de recursos. Aunque mucho podría hacerse con recursos adicionales, también es cierto que estos sistemas podrían funcionar mejor incluso en las circunstancias financieras actuales. La investigación en sistemas y políticas de salud tiene mucho que contribuir a la generación de información y conocimiento necesarios para mejorar el desempeño de nuestros sistemas de salud, y para garantizar que los recursos adicionales que se pudieran movilizar en el futuro para la atención a la salud generen los beneficios esperados.

La Salud en el Desarrollo*

Amartya Sen

Trinity College, Universidad de Cambridge



Permítaseme comenzar haciendo referencia a una muy vieja conversación entre un hombre y su mujer, ocurrida alrededor del siglo VIII a.C., sobre el tema de cómo ganar dinero. Es una historia del texto sánscrito *Brihadaranyaka Upanishad*. Maitreyee y su marido, Yajnavalkya, están conversando precisamente sobre este tema. Pero rápidamente pasan a un asunto más importante que los medios para hacerse más ricos: ¿en qué medida la riqueza les ayudará a conseguir lo que quieren? Maitreyee de hecho se pregunta si, suponiendo que “la tierra entera, con todas sus riquezas”, llegara a pertenecerle exclusivamente, podría alcanzar la inmortalidad. “No,” le responde Yajnavalkya. “Como la vida de los ricos será tu vida, pero no esperes alcanzar la inmortalidad con la riqueza.” “¿Qué debería hacer entonces con lo que no me puede hacer inmortal?”

Esta pregunta retórica de Maitreyee se ha citado una y otra vez en el contexto de la filosofía religiosa para ilustrar tanto la naturaleza de la condición humana como las limitaciones del mundo material. Soy demasiado escéptico con los asuntos que no son de este mundo como para dejarme llevar por la frustración de Maitreyee, pero hay otro aspecto de ese diálogo que resulta harto pertinente para entender la economía y la naturaleza del desarrollo. Se refiere a la relación entre los ingresos y lo que se puede conseguir con ellos, entre los productos y los medios de producción, entre la riqueza económica y nuestra capacidad para vivir como quisiéramos. Aunque existe una relación entre la abundancia, por una parte, y la salud, la longevidad y otros progresos, por la otra, esa relación puede ser o no muy importante, y puede incluso depender de otras circunstancias. La cuestión no estriba en la posibilidad de vivir eternamente, tema que tanto le interesaba a Maitreyee —bendita sea—, sino en la posibilidad de vivir realmente mucho tiempo (sin morir en la flor de la vida) y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia (en lugar de vivir en la miseria y sin libertades), cosas ambas que casi todos nosotros valoramos y deseamos intensamente.

La utilidad de la riqueza radica en las cosas que nos permite hacer: las libertades sustantivas que nos ayuda a conseguir, incluida la libertad para vivir mucho tiempo y vivir bien. Pero esa relación no es ni exclusiva (ya que hay otras influencias importantes en nuestra vida aparte de la riqueza) ni uniforme (ya que la repercusión de la riqueza en nuestras vidas depende de otras influencias). Es importante reconocer el papel decisivo de la riqueza en las condiciones de vida y en la calidad de vida, pero también lo es comprender el carácter condicionado y contingente de esa relación. Una concepción adecuada del desarrollo debe trascender claramente la acumulación de riquezas y el crecimiento del producto nacional bruto (PNB) y de otras variables relacionadas con los ingresos. Sin ignorar la importancia del crecimiento económico, tenemos que ir mucho más allá.

Permítaseme ilustrar el carácter condicional de esa relación con algunos ejemplos empíricos. Llama la atención que el grado de privación de determinados grupos de países muy ricos sea comparable al de algunos países del “tercer mundo”. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los afroamericanos como grupo no tienen más posibilidades —en realidad tienen menos— de llegar a una edad avanzada que las personas nacidas en las economías, inmensamente pobres, de China o del estado de Kerala (o de Sri Lanka, Jamaica o Costa Rica). Y aunque los ingresos por habitante de los afroamericanos que viven en los Estados Unidos son mucho más bajos que los de la población blanca de ese país, también es cierto que son varias veces superiores a los de la población de China o Kerala.

El contraste al que acabo de referirme considera a la población afroamericana en su conjunto, y se trata de un grupo muy amplio. Si, por el contrario, consideramos a los afroamericanos de sectores particularmente desvalidos, el contraste es mucho más marcado. El reciente trabajo de Murray y colaboradores muestra las grandes diferencias que existen entre las tasas de sobrevivencia de la población estadounidense de distintos condados. Por ejemplo, si tomamos a las poblaciones de varones afroamericanos del distrito de Columbia o de las ciudades de San Luis, Nueva York o San Francisco, observamos que ya a una edad sorprendentemente temprana se sitúan por detrás de la población china o de Kerala. Esto a pesar de que, en términos de ingresos por habitante, parámetro en el que suelen centrarse los estudios convencionales del crecimiento y el desarrollo, los afroamericanos son mucho más ricos que las poblaciones pobres con las que se les compara en términos de patrones de sobrevivencia.

Son ejemplos muy llamativos, pero es también correcto señalar que, en general, la longevidad tiende a aumentar en proporción a los ingresos por habitante. En efecto, es lo que ocurre incluso dentro de los condados estudiados por Murray. ¿Hay en esto alguna contradicción?

Quizá valga la pena examinar un poco más la relación entre salud y sobrevivencia, por una parte, e ingreso per capita, por la otra, ya que en la literatura al respecto abundan las conclusiones engañosas. A menudo se afirma que los valores de la longevidad y los ingresos per capita no son

congruentes. Sin embargo, compensando una cosas con otras, en las comparaciones entre países abundan las pruebas en el sentido de que a, grandes rasgos, los ingresos y la esperanza de vida discurren en paralelo. A partir de esa generalización, algunos comentaristas se han visto tentados a afirmar que el progreso económico es la verdadera clave para incrementar la salud y la longevidad. En efecto, se ha sostenido que es un error preocuparse por la discordancia entre los logros en materia de ingresos y las probabilidades de sobrevivencia, porque, en general, se observa una relación estadística muy estrecha entre ambos.

¿Es correcto este argumento estadístico y apoya la deducción general que algunos extraen de él? El argumento de las relaciones estadísticas entre países, examinado de forma aislada, es en efecto correcto, pero es necesario analizar más de cerca esta relación estadística antes de poder considerarla como una base sólida para afirmar que los ingresos son el determinante fundamental de la salud y la longevidad, y para desdeñar la importancia de las condiciones sociales (yendo más allá de la opulencia basada en los ingresos).

Sobre la base de comparaciones entre países, Sudhir Anand y Martin Ravallion afirman que la esperanza de vida guarda en efecto una correlación significativamente positiva con el PNB por habitante. Sin embargo, también afirman que esa relación actúa principalmente a través de la repercusión del PNB: 1) específicamente sobre los ingresos de los pobres y 2) en el gasto público dedicado en

* Versión editada de la Conferencia Magistral de la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza el 18 de mayo de 1999. Se reproduce con autorización.

particular a la atención a la salud. Si la pobreza y el gasto público en salud se consideran variables explicativas por sí mismas, desaparece el vínculo estadístico entre el PNB por habitante y la esperanza de vida.

Es importante subrayar que esto no demuestra que la esperanza de vida no mejora con el aumento del PNB por habitante, pero sí indica que el vínculo tiende a actuar en particular a través del gasto público en atención a la salud y a través del éxito obtenido en la eliminación de la pobreza. Mucho depende de la manera en que los frutos del crecimiento económico se utilicen. Esto también ayuda a explicar por qué algunas economías, como Corea del Sur y Taiwán, han logrado elevar la esperanza de vida tan rápido mediante el crecimiento económico, mientras que otras que han registrado crecimiento económicos similares no han logrado ampliar en la misma medida la longevidad.

Por una serie de razones históricas, y también por haber prestado mayor atención a la educación básica y a la atención básica a la salud, así como por la pronta implementación de reformas agrarias efectivas, la participación económica amplia fue más fácil de conseguir en muchas de las economías del este y del sudeste asiático que en Brasil, la India o Pakistán. En el primer caso, el aumento de las oportunidades sociales ha servido para facilitar el desarrollo económico con un alto nivel de empleo y también ha creado circunstancias favorables para reducir las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

Aquí se observan dos contrastes interesantes e interrelacionados. El primero es la disparidad entre las economías de crecimiento elevado que han logrado un gran éxito en lo referente a aumentar la duración y la calidad de la vida (por ejemplo, Corea del Sur y Taiwán) y las que no han logrado un éxito comparable en estos campos (por ejemplo, Brasil). El segundo contraste es entre las economías que han cosechado grandes logros en lo que se refiere al aumento de la duración y la calidad de la vida con un crecimiento económico alto (por ejemplo, Corea del Sur y Taiwán) y las que han alcanzado mejoras en la duración y la calidad de la vida en ausencia de este último (por ejemplo, Sri Lanka, China antes de la reforma y el estado de Kerala en la India).

En nuestro libro *Hunger and Public Action*, Jean Dreze y yo hicimos la distinción entre dos tipos de éxito en lo que respecta a la rápida reducción de la mortalidad, que llamamos, respectivamente, procesos "mediados por el crecimiento" y procesos "impulsados por el apoyo". El primer proceso actúa a través de un crecimiento rápido y su éxito depende de que ese crecimiento tenga una base extensa y sea económicamente amplio (marcada orientación hacia el empleo). Depende también de que la mayor prosperidad económica sirva para incrementar los servicios sociales pertinentes, entre ellos la atención sanitaria, la educación y la seguridad social. En contraste, el proceso "impulsado por el apoyo" avanza sin el rápido crecimiento económico pero mediante un programa de apoyo social inteligente en materia de atención a la salud, educación y otras medidas pertinentes (por ejemplo Sri Lanka, China antes de la reforma, Costa Rica y el estado de Kerala en la India), logrando una reducción muy rápida de las tasas de mortalidad y una mejora en las condiciones de vida.

El proceso "impulsado por el apoyo" no va en pos de aumentos espectaculares en los niveles de ingresos reales por habitante y se centra en dar prioridad a la prestación de aquellos servicios sociales (en particular atención a la salud y educación básica) que reducen la mortalidad y aumentan la calidad de la vida. Por ejemplo, pese a sus bajos niveles de ingresos, las poblaciones de Kerala —un estado de la India con 30 millones de habitantes—, China o Sri Lanka gozan de una esperanza de vida mucho más alta que las poblaciones mucho más ricas de Brasil, Sudáfrica, Namibia y Gabón. Como las variaciones de la esperanza de vida guardan relación con diversas oportunidades sociales que ocupan un lugar central

en el desarrollo (como las políticas epidemiológicas, la atención sanitaria, los servicios educacionales, etc.), un enfoque centrado en los ingresos requiere necesariamente de un complemento para adquirir una comprensión más plena del proceso de desarrollo. Esos contrastes tienen que ver directamente con las políticas y ponen de relieve la importancia del proceso "impulsado por el apoyo".

La población de los países pobres se encuentra, naturalmente, en una situación de desventaja persistente por una serie de obstáculos; el panorama está lleno de adversidades. Sin embargo, cuando se trata de la salud y la sobrevivencia, quizá nada revista una importancia tan inmediata en numerosos países pobres del mundo actual como la falta de servicios médicos y de asistencia sanitaria. En cada caso puede producirse un cambio importante si existe la determinación pública de poner remedio a esas privaciones.

Quizá sorprenda que hable de la posibilidad de financiar procesos impulsados por el apoyo en los países pobres, ya que ciertamente se necesitan recursos para ampliar los servicios públicos, en particular la atención a la salud y la educación. Si se hacen cuentas de modo realista, la necesidad de recursos es innegable, pero se trata también de llegar a un equilibrio entre los costos y los beneficios previsible en términos humanos. Esto no está reñido con la prudencia financiera.

Para subsanar esta anomalía es preciso no únicamente dejar de penalizar la prudencia financiera, sino tomar más plenamente en cuenta los costos y los beneficios de las distintas opciones. Quizá nada sea tan importante para asignar recursos al sector de la salud como un debate público bien documentado y la disponibilidad de medios democráticos para poder incorporar las enseñanzas resultantes de una comprensión más cabal de las diversas opciones que se le ofrecen al ciudadano.

En particular es importante ver cuán falsamente económico es el argumento esgrimido contra la opción de concentrarse desde el principio en la atención sanitaria. Con frecuencia se aduce la falta de recursos para aplazar inversiones socialmente importantes hasta que el país sea más rico. La viabilidad del proceso impulsado por el apoyo depende del hecho de que los servicios sociales en cuestión requieren de gran intensidad de mano de obra y, por lo tanto, son relativamente poco costosos en las economías pobres, donde los salarios son bajos. Tal vez una economía pobre tiene menos recursos para gastar en atención a la salud y en educación, pero también necesita gastar menos para proporcionar los mismos servicios. Cuando hay un compromiso social adecuado, es particularmente importante tener en cuenta la variabilidad de los costos relativos para los servicios sociales de salud y educación.

¿Cómo se relaciona la salud con el desarrollo? Hay que señalar en primer lugar que el mejoramiento de la salud es una parte importante del desarrollo. La justificación de la asistencia sanitaria no tiene que probarse instrumentalmente, es decir, tratando de demostrar que la buena salud puede contribuir también al crecimiento económico.

En segundo lugar, siendo iguales los demás factores, la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana.

En tercer lugar, cuando no son iguales los demás factores, el mejoramiento de la salud puede favorecerse mediante diversas medidas, incluidas las políticas públicas (como es la prestación de servicios epidemiológicos y de asistencia médica). Si bien el progreso económico y el logro de la salud parecen estar directamente relacionados entre sí, esta relación se debilita como consecuencia de varios factores de política. Mucho depende de la manera en que se utilizan los ingresos adicionales generados por el crecimiento económico, en particular si se utilizan para ampliar adecuadamente los servicios públicos y reducir la carga de pobreza. El mejoramiento de los logros sanitarios mediado por el crecimiento es mucho más que una mera expansión del ritmo de crecimiento económico.

En cuarto lugar, incluso cuando la economía es pobre, pueden conseguirse importantes mejoras sanitarias utilizando los recursos disponibles de una manera socialmente productiva. Es sumamente importante, en este contexto, prestar atención a las consideraciones económicas inherentes a los costos relativos del tratamiento médico y de la asistencia sanitaria. Considerando que esta prestación es un proceso que requiere gran intensidad de mano de obra, resulta claro que las economías de bajos salarios obtienen una ventaja relativa dando una mayor -no menor- prioridad a la atención a la salud.

Por último, la cuestión relativa a la asignación social de los recursos económicos no puede dissociarse del papel que desempeña la política basada en la participación y de la importancia de un debate público bien documentado. El conservadurismo financiero debería ser una pesadilla para el militarista, no para el médico, no para el maestro de escuela, ni para la enfermera del hospital.

Diré para terminar que nada es tan importante como un debate público debidamente documentado y la participación de la gente para presionar a favor de unos cambios que pueden proteger nuestras vidas y libertades. El público debe verse a sí mismo no sólo como un paciente, sino también como actor del cambio. La pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte.

Planificación en Salud: ¿Nuevo Empuje o Arranque Definitivo?*

Alfredo Solari

Banco Interamericano de Desarrollo

La planificación de las políticas de salud en América Latina tiene una historia de 40 años. Se inicia con los métodos de planificación de servicios de salud propuestos por la OPS y el Centro Latinoamericano de Demografía, que intentaban ligar las necesidades, los recursos, las actividades y los resultados, y tiene un primer punto álgido en el “Plan Decenal de Salud en las Américas” aprobado en Chile en 1972.

Los problemas metodológicos de estos esfuerzos (carencia de información sobre la relación entre la aplicación de recursos y el estado de salud de la población, por ejemplo) han impedido la ejecución de acciones planificadas integral y sistemáticamente en la mayoría de los países de la región.

Por su parte, la experiencia iniciada en 1979 en los Estados Unidos con el programa “Pueblo Saludable” sentó las bases de una planificación exitosa del sector salud de este país durante un lapso de diez años partiendo de una metodología científica (basada en evidencia), participativa (que involucra a actores públicos y privados) y retroalimentable (con evaluación y reprogramación). A su término, a finales de los ochenta, la experiencia fue valorada, remodelada y modificada estableciendo nuevas metas para el año 2000. Este año, los Estados Unidos lanzan la tercera edición del esfuerzo planificador del sector salud.

Con las adaptaciones metodológicas y prácticas necesarias, los países de América Latina y el Caribe podrían adoptar una estrategia de planificación similar a la de “Pueblo Saludable”. Más aún, podrían hacerlo en forma conjunta, involucrando a todos los países de la región para compartir adelantos metodológicos, potenciar sus esfuerzos y asegurar el mantenimiento de los logros.

El fortalecer los mecanismos de planificación existentes y vincularlos con las reformas de salud permitiría sentar las bases propicias para retomar la planificación de salud en América Latina y el Caribe.

* Esta nota se publicó originalmente en *Desarrollo Social*, publicación del BID. Se reproduce con autorización.

Regulación de la Práctica Médica y Reforma en Cinco Países de América Latina

Gustavo Nigenda, Juan Arroyo,

María Elena Machado, María Consuelo Castrillón

El presente documento da cuenta de la regulación de la profesión médica en cinco países de América Latina en el contexto de la reciente transformación de sus respectivos sistemas de salud y seguridad social. Este trabajo incluye:

1. un análisis comparativo de los mecanismos de regulación de la profesión médica en cinco países de la región (México, Nicaragua, Perú, Colombia, y Brasil) en el que se destaca el papel de los actores (la profesión, el Estado y otros actores, como los agentes financiadores) que intervienen en tres esferas específicas de regulación: el entrenamiento de los médicos, la entrada al mercado y el desempeño del mercado de trabajo, y
2. la identificación de los mecanismos a través de los cuales se regulan y controlan las actividades de los médicos dentro del contexto de la reforma de los servicios de salud.

Una de las variables que explica las diferencias entre las profesiones médicas de los países industrializados y las de América Latina (AL) es el papel que el Estado ha jugado en su desarrollo. El Estado en AL ha evolucionado en el seno de una amplia gama de regímenes autoritarios que van desde los gobiernos populistas-corporatistas hasta las dictaduras militares. El papel de estos regímenes en el desarrollo del sector salud y de la regulación de los actores involucrados, incluyendo la profesión médica, fue a todas luces intervencionista. La realidad de estos países se refleja adecuadamente en la idea de que los médicos no convencieron al Estado de considerarlos un grupo profesional, sino que fue el Estado el que creó la profesión.

Sin embargo, parece haber similitudes básicas en los contenidos de la práctica médica y en la esencia de la profesionalización. Esto ha validado la aplicación de aproximaciones teóricas que provienen de otras regiones. Como en Europa y los Estados Unidos, a la profesión médica en AL se le ha otorgado una gran capacidad en términos técnicos para decidir sobre la estructura de los servicios de salud. El concepto de autonomía, tal como ha sido definido por Freidson, ha caracterizado a los médicos, particularmente aquellos que practican de manera independiente, fuera de los servicios públicos, donde el Estado tiene una intervención limitada. Dentro del sector público y también en los hospitales privados, los médicos han ejercido su dominio sobre otros grupos ocupacionales definiendo y organizando los contenidos de su trabajo. Sin embargo, si se consideran los mecanismos de pago, el volumen de los salarios y la incapacidad para representar sus intereses como corporación, los médicos en América Latina han experimentado situaciones usualmente caracterizadas en otros contextos como de proletarización y desprofesionalización.

La reforma del sector salud es considerada por muchos como una consecuencia de la redefinición de la estrategia económica del Estado y de la modificación de su política original de desarrollo social. A partir de la crisis de la deuda externa de principios de los 80, los países de AL fueron convencidos de liberalizar el comercio, desregular los mercados y reducir la participación del Estado en la producción de bienes y servicios estratégicos. Internacionalmente, la reforma sanitaria es una respuesta a los problemas financieros generados por la escalada de costos. Esto no había sido un problema en la región debido al subfinanciamiento crónico del sector público de servicios de salud. La reforma del sector salud en AL busca incrementar la inversión tanto del sector público como del privado, hacer más eficiente el uso de los fondos públicos y garantizar la equidad en la distribución de los recursos disponibles. Aunque las reformas en la región comparten principios básicos, la aplicación de estrategias ha generado diferencias significativas.

De acuerdo con las propuestas teóricas de la reforma sanitaria, el Estado deberá cambiar su pasado autoritario y enfocarse en aspectos estratégicos del sistema. Una de sus tareas más importantes debe ser la

regulación. Sin embargo, la regulación de los grupos profesionales, particularmente de los médicos, no es una tarea fácil ya que el ejercicio que tiene que ser regulado es difícil de definir y categorizar.

Es importante entender que, a diferencia de las reformas europeas, las reformas en AL han tratado de cambiar los cimientos del sistema. Es también importante reconocer que la mayoría de las profesiones médicas en AL, a diferencia de la estadounidense o británica, han dependido fuertemente del control del Estado, desde la formación hasta su desempeño en el mercado. Los cambios producidos por la reforma en AL muy probablemente afectarán el proceso de regulación de la formación, la entrada al mercado y el desempeño técnico.

Regulación de la Formación de Médicos

La estructura del mercado de trabajo actualmente refleja las consecuencias de políticas previas, particularmente del campo educativo. Los países bajo estudio presentan algunos elementos en común: un incremento en el número de escuelas de medicina; un incremento exponencial de nuevos ingresos en los años 80; una reducción en la calidad de la capacitación en una gran cantidad de escuelas; una reducción de oportunidades para integrarse al mercado laboral; una reducción en la demanda, y un gran porcentaje de médicos asalariados.

En México, la crisis económica de los ochenta debilitó el papel dominante del Estado en relación con otros actores. El número de escuelas oficialmente registradas creció a 60 y se mantiene prácticamente igual hasta hoy. Los nuevos ingresos se redujeron a partir de que las escuelas, tanto a nivel federal como estatal, empezaron a limitar el número de nuevos ingresos. Sin embargo, la

proliferación de nuevas escuelas privadas que entrenan médicos sin autorización estatal o de las universidades es un fenómeno de la década de los noventa.

En los últimos 40 años, Nicaragua dio preferencia al modelo de universidad pública para el entrenamiento de médicos. Durante el período sandinista, el Ministerio de Salud tuvo control total de la infraestructura de los servicios de salud y se creó un Sistema Nacional de Salud monopolista. Dos escuelas médicas producían todos los médicos en el país en esa década. Los nuevos ingresos se negociaban con el Estado de acuerdo con los requerimientos del Ministerio de Salud. En los años noventa, una nueva universidad privada empezó a entrenar médicos enfocando su atención en las áreas del mercado de servicios de salud que no se encontraban bajo control público.

En Perú, hasta 1957, el entrenamiento médico lo proporcionaba una sola escuela. Sin embargo, entre 1961 y 1998 el número de escuelas aumentó de cinco a 22. La regulación estatal siempre ha sido débil y las universidades tienen una amplia autonomía para crear escuelas de medicina. Una gran parte de las nuevas universidades, casi todas ellas privadas, tienen su escuela de medicina. Los nuevos ingresos anuales se incrementaron de 1,190 en 1988 a 1,742 en 1994, y los nuevos graduados aumentaron de 814 en 1980 a 1,229 en 1995. Para enfrentar esta situación, en julio de 1999, el gobierno aprobó la Ley de Acreditación de Escuelas Médicas, que estableció un sistema de certificación de calidad.

En Colombia, el Ministerio de Educación regula la capacitación y el otorgamiento y registro de grados, controlando el proceso de acreditación de programas académicos aplicado en universidades. La Asociación Nacional de Escuelas de Medicina define los contenidos básicos de la capacitación. En

1995 existían 25 programas de pregrado, cifra que se incrementó a 34 en años recientes, principalmente a costa de instituciones privadas.

En 1960, Brasil tenía 30 escuelas de medicina y un poco más de 80 en los años noventa. Cerca de 20,000 médicos se graduaban de las 82 escuelas en esa década. El control de la capacitación médico se establecía de la siguiente manera: a) autorización y acreditación de las escuelas médicas por el Ministerio de Educación; b) registro de grados dentro del Ministerio, y c) registro de grados ante el Consejo Federal de Medicina. La regulación se lleva a cabo en dos formas: una regulación firme del Estado y una auto-regulación enérgica. Con la reforma del sistema sanitario, la corporación médica, a través de la Asociación Brasileña de Entrenamiento Médico, el Consejo Federal de Medicina y, más recientemente, la Comisión Nacional Interinstitucional para la Evaluación del Entrenamiento en Medicina, busca ejercer un mayor control sobre el entrenamiento médico.

Regulación del Ingreso al Mercado

En México, la Dirección General de Profesiones, una unidad del Ministerio de Educación Pública, controla el proceso de entrada al mercado de todos los profesionales graduados de universidades y otras instituciones de educación superior. Este procedimiento ha tenido tradicionalmente un carácter burocrático ya que los graduados no tienen que demostrar sus conocimientos para recibir la cédula profesional. Sin embargo, en los años noventa, se instauró un segundo mecanismo de ingreso al mercado, la certificación de los Consejos de Especialidad, proceso supervisado por la Academia Nacional de Medicina, la más prestigiosa organización médica de México. Los Consejos otorgan acreditación a casi la mitad de los especialistas del país. Los médicos certificados han ganado acceso al sector del mercado controlado por las compañías de seguros, tienen una mayor capacidad de modular los precios de sus servicios a pacientes que pagan de su bolsillo y han mejorado su reconocimiento social. El sector público no ha sido permeable a este proceso ya que la acreditación de los especialistas todavía no se considera un requisito indispensable para la contratación.

En Nicaragua, los mecanismos definidos por el gobierno sandinista para otorgar autorización para la práctica médica permanece intacta. El Ministerio de Salud controla los procedimientos para obtener el registro y las asociaciones médicas no tienen participación en ellos. El nivel de dispersión de la profesión es alto, a pesar de los esfuerzos del colegio médico llamando a la asociación obligatoria. El hecho es que los médicos no ven al colegio como representante legítimo.

En Perú, la regulación para obtener el grado profesional médico y la autorización legal para practicar no se ha modificado en los últimos 20 años. Los médicos obtienen el grado en la universidad y son reconocidos por el Estado a través del Ministerio de Educación. Sin embargo, no pueden practicar sin haber cubierto un año de servicio social obligatorio (SERUM). Por esta razón, compiten por una posición pagada en la estructura del sector público, generalmente ubicado en áreas rurales remotas. El programa de certificación profesional para médicos fue creado en 1998, a partir de la propuesta de la Asociación Médica. Este mecanismo permitirá otorgar reconocimiento al entrenamiento médico y a las actividades de posgrado.

En Colombia existen dos mecanismos para regular el ingreso al mercado. El primero es controlado por el Ministerio de Educación y consiste en el registro del grado. Posteriormente, los médicos graduados tienen que

Población, Número de Médicos y Escuelas de Medicina por País

País	Población (millones)	Médicos	Escuelas de Medicina
Brasil	160.0	205,208 (1997)	85 (1996)
Colombia	33.6	33,055 (1997)	35 (1996)
México	95.0	185,000 (1996)	58 (1998)
Nicaragua	4.7	3,500 (1996)	2 (1997)
Perú	25.0	24,708 (1997)	22 (1998)

cumplir con el requisito del servicio social obligatorio durante seis meses a partir del registro del grado. El grado es otorgado a los especialistas por el Ministerio de Educación y permite la práctica sin la autorización del Ministerio de Salud.

En Brasil, el primer mecanismo de control de entrada al mercado es un diploma legalmente reconocido registrado ante el Ministerio de Educación. La corporación médica tiene poder absoluto para regular y controlar la práctica médica aunque el registro se hace ante el Consejo Federal de Medicina (CFM). A través de la Sociedad Nacional de Especialistas se tiene un firme control de los médicos especialistas, que no sólo controlan el ingreso al mercado sino que mantiene control sobre el número de especialistas disponibles anualmente.

Regulación del Mercado de Trabajo Médico

Aunque las instituciones de seguridad social y de asistencia social en México concentran casi el 80% de las unidades de salud en el país, se estima que por cada peso que se gasta en el sector público se gasta otro en el sector privado. Esta área de uso intensivo de capital es la más dinámica en lo que se refiere a las condiciones laborales de los médicos y la regulación de los estándares de práctica. Existen todavía miles de médicos practicando de manera independiente, pero la creciente presencia de compañías de seguros y de atención gerenciada está generando una fuerza de atracción de médicos, principalmente especialistas, en esta área del mercado. La reforma de la seguridad social, además, está preparando el terreno para la transferencia de fondos al sector privado. Las reformas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han dirigido en principio al cambio de los presupuestos históricos de las unidades de salud por presupuestos ajustados por volumen de población cubierta. Otros cambios intentan modificar la organización de la prestación, incluyendo el rol del médico. En este nuevo modelo, a los médicos familiares se les pagará per capita en lugar de un salario con pagos extra por servicios específicos, mientras que los especialistas en las unidades de segundo y tercer nivel recibirán un salario más pagos extras por productividad.

En Nicaragua, los cambios se han dado en el sector privado y en aquellas unidades que tienen contratos con la seguridad social para proveer servicios a la población asegurada. El Ministerio de Salud paga salarios bajos comparados con otros sectores, generando bajos incentivos para el comportamiento clínico adecuado de los médicos. En 1998, una huelga nacional forzó a las autoridades a ofrecer nuevas condiciones laborales y la mayor repercusión se dio en los salarios. Sin embargo, las diferencias salariales en comparación con el sector privado son enormes y muchos médicos comparten trabajos públicos y privados, dedicando menos de sus ocho horas obligatorias diarias a su trabajo en las unidades públicas.

En Perú, se han dado cambios importantes pero graduales en las condiciones del mercado de trabajo médico. Las nuevas leyes se aprobaron apenas en 1997. En términos generales, la saturación relativa del mercado profesional, combinado con la flexibilización y la precariedad de las condiciones de trabajo es evidente. Uno de los aspectos más notorios es la reducción de los profesionales recientemente contratados y el cambio a un régimen de contratación temporal, tanto en el sector público como en la seguridad social. La implantación de nuevas modalidades de pago (servicios no personales y bonos de producción) se encuentra aún en sus etapas

tempranas, con excepción del sector privado.

Finalmente, el multiempleo continúa, debido a que en términos generales los médicos peruanos carecen de un régimen de dedicación exclusiva. Todos los cambios mencionados anteriormente no son particularmente definidos por una política sectorial, sino que forman parte de regulaciones laborales impuestas por el Estado peruano.

Una vez en el mercado, los médicos colombianos tienen que cumplir con la Ley 14 de 1962, la cual regula la práctica de la medicina en el país. Una ley más reciente (1981) estableció los límites para la relación entre médicos y pacientes, las responsabilidades profesionales para la confidencialidad médica, la lealtad entre los miembros de la profesión e incluso la forma en la que se estiman los precios de los servicios. Sin embargo, todo esto se encuentra bajo discusión dada su inadecuación a la lógica de la competencia gerenciada. Algunos cambios en la organización de la provisión de servicios de salud han ampliado la forma en la que los médicos ingresan al mercado de trabajo. Hoy podemos encontrar médicos empresarios, gerentes, sub-contratistas y médicos trabajando como socios comerciales, así como en su tradicional condición de asalariados. Dentro de los nuevos mecanismos de pago se incluyen el pago por caso, el pago per capita y los pagos por paquete de servicios. Las tarifas, los protocolos y los horarios de trabajo son definidos principalmente por las EPS (empresas promotoras de servicios) y las IPS (instituciones productoras de servicios), con alguna participación de los médicos.

Los médicos en Brasil han experimentado cambios importantes en las últimas dos décadas. El trabajo asalariado, los bajos ingresos, el multiempleo, y las consultas pagadas por compañías de seguros se encuentran entre los más notables. El nuevo sistema fue definido tomando en consideración dos nuevas estructuras cruciales. La primera se refiere al trabajo médico asalariado, tanto en el sector público como en el privado. El segundo se refiere a la desmonopolización del control médico sobre el trabajo, fortaleciendo así el trabajo en equipo. El reciente Programa de Médicos Familiares refleja esta orientación político-institucional del sistema de salud. La incorporación definitiva al trabajo asalariado en el sistema de salud permite adelantar la creación de una liga entre los mecanismos de pago a los médicos y las estructuras asalariadas formales. El sistema privado no ha respondido de manera diferente, y los bajos salarios y el control administrativo caracterizan la experiencia vivida por la mayoría de los médicos brasileños.

Conclusiones

Los cambios en el proceso regulatorio de los médicos no pueden atribuirse directamente a la reforma. Sin embargo, la reforma puede promover y acelerar estos cambios ya que la relación entre los agentes financieros, empresas administradoras y proveedores institucionales ha sido redefinida, dejando a los médicos, como grupo profesional, en posición de desventaja.

Dejando a un lado las especificidades, podemos resumir de la siguiente manera la situación de la regulación de la práctica médica en los cinco países estudiados:

- *El ingreso al mercado se ha mantenido intacto.* Sin embargo, la reforma creó una necesidad percibida de los profesionales para participar en el proceso de «licenciamiento» (o registro) tanto de médicos generales como de especialistas. Los mecanismos de re-ingreso (acreditación, certificación, etc.) se están ajustando, aunque a la fecha no han afectado a amplios sectores de la profesión en cada país.
- *Diversos elementos implícitos, extra-legales, han tenido más efectos en la regulación.* Esta nueva tendencia está reemplazando la vieja costumbre de aprobar leyes y reglamentos para la regulación.
- *Existe una diversificación de los actores sociales en el proceso de regulación.* El proceso de reforma ha incentivado y abierto canales para la participación de los diferentes actores sociales en la regulación de los médicos (por ejemplo, las compañías de seguros en el sector privado). Sin embargo, el Estado no ha perdido su papel preponderante.
- *No todas las áreas de regulación tienen la misma dinámica.* El proceso de entrenamiento se encuentra retrasado, en virtud de que la cantidad y orientación del entrenamiento inicial no se encuentran en consonancia con la demanda del mercado o con las múltiples funciones que los médicos realizan hoy día. Sin embargo, un área importante de cambios en todos los países estudiados es el proceso de trabajo. Dentro de los cambios en esta área se incluyen: la definición de protocolos para la atención; la reducción en el número de procedimientos y fármacos que prescriben los médicos; la implantación de auditorías técnicas y financieras; la sobrecarga de trabajo administrativo, y la reducción del tiempo real para la consulta con pacientes.

III. La Atención Gerenciada en Brasil

André Medici, Juan Luis Londoño, Oswaldo Celho, Helen Saxenian

El sistema de salud del Brasil está compuesto por tres subsistemas cuyos recursos reunidos ascienden a 23,200 millones de dólares, equivalentes a 4.5% del PIB en 1994: i) el subsistema público, ii) el subsistema privado de medicina suplementaria y iii) el subsistema de "pagos directo del bolsillo".

El subsistema público, conocido como Sistema Unificado de Salud (SUS), fue establecido por la Constitución de 1988 y está financiado básicamente por el gobierno en sus niveles federal y local. Al respecto, el gasto federal en salud llegó a 10,400 millones de dólares en 1994, mientras que el gasto de los estados y las municipalidades alcanzó los 4,100 millones de dólares. Por otra parte, la mayoría de los gastos en salud de los gobiernos locales fueron sufragados con fondos federales. A cambio de esto, los gobiernos locales asumen la responsabilidad de la prestación de los servicios o de su contratación en establecimientos privados.

El subsistema privado de salud suplementaria incluye tres tipos de organizaciones:

- ▶ instituciones grupales de medicina que operan como instituciones de seguro pero que no prestan servicios;
- ▶ cooperativas de médicos que adoptan sistemas de prepago, aunque su modo de funcionamiento es similar al de las organizaciones de prestadores preferidos, y
- ▶ servicios médicos prestados por compañías dentro de sus instalaciones o que contratan los servicios de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas (Este sistema también opera bajo la modalidad del prepago y cubre a alrededor de 35 millones de brasileños.).

El subsistema de pago directo del bolsillo corresponde a los pagos hechos directamente por las familias a cambio de servicios prestados por redes médicas y hospitales privados. Este subsistema reúne un gasto anual de alrededor de 2,100 millones de dólares. La cantidad de personas cubierta con este subsistema es residual, pues la principal fuente de financiamiento de los hospitales, los servicios de salud y los médicos son los subsistemas público y de seguros de salud.

A pesar de que existe una estructura plural de prestadores de servicios, el modelo de salud brasileño carece de reglas bien definidas para la separación de los tres subsistemas. El resultado son relaciones "promiscuas" debido tanto a la carencia de una legislación adecuada como a la ausencia de principios constitucionales que garanticen el derecho universal a servicios integrales de salud gratuitos. De tal modo que los ciudadanos de ingresos más bajos, que dependen exclusivamente del sistema público de salud (78%), tienen que compartir los recursos y el financiamiento del sistema con el 22% de la población que usa las estrategias médicas suplementarias. Dicho de otro modo, los pobres tienen que pagar directamente con sus recursos por los servicios médicos prestados por instituciones públicas o privadas que deberían ser gratuitos.

Dado que no existen barreras que bloqueen la entrada al sistema público, los beneficiarios de los seguros de salud tienden a usar los servicios y exámenes más sofisticados que presta el sector público. Lo cual hace que el gobierno subsidie indirectamente a las instituciones de seguros debido a la ausencia de un paquete de servicios médicos financiado por el Estado.

El cuadro anexo muestra que la población de más bajos ingresos del Brasil no cuenta con servicios de salud eficientes. Dado que el subsistema público no está organizado en base a criterios competitivos, la estructura de prestación se encuentra definida por un racionamiento real. Esto se puede percibir en las largas colas en los hospitales, la falta de material y medicamentos, y en todas las estructuras informales que limitan el acceso.

Actualmente se están llevando a cabo algunos experimentos innovadores destinados a revertir esta situación en el nivel local, en donde los estados y las municipalidades han ido adquiriendo una creciente autonomía en la administración de los servicios de salud. Uno de estos experimentos es el Plan de Acción de Salud (PAS), que empezó en 1995 en Sao Paulo, la ciudad más

grande del país, que cuenta con cerca de 15 millones de habitantes. El principio básico que subyace al PAS ha sido la organización de los servicios de Sao Paulo (incluyendo los hospitales y los servicios básicos de salud) en cooperativas (administradas por los médicos y sus equipos) que compiten por la clientela. Se han organizado muchas cooperativas de este tipo mediante la transferencia de los médicos y sus equipos desde la división de recursos humanos del gobierno hacia una posición administrativa/organizativa más autónoma dentro de los hospitales y otras instituciones de salud. Dentro de este esquema, los ciudadanos pueden escoger la cooperativa que mejor satisfaga sus necesidades y el gobierno municipal paga un valor per capita de un monto aproximado de 225 dólares al año para cada cooperativa. De este modo, el ingreso de la cooperativa corresponde a la cantidad de personas inscritas en su programa multiplicado por el valor de la capitación.

La experiencia del PAS se limita a servicios de complejidad relativa baja dentro de la municipalidad de Sao Paulo. Por lo que toca a servicios más complejos, los hospitales públicos del sistema del SUS deben hospitalizar a los pacientes de la red del PAS cuando sea necesario. Por lo tanto, todavía existe una relación poco clara en términos de la eficiencia del servicio que puede resumirse de la siguiente manera:

- ▶ falta de incentivos para la atención preventiva a la salud para el grupo inscrito en el programa;
- ▶ límites a la competencia, pues las cooperativas están organizadas en redes separadas geográficamente (de modo que la reducción del tiempo y el costo del transporte produce una limitación a la libertad de "elegir");
- ▶ relación "promiscua" entre el PAS y el SUS (dado que los pacientes del PAS pueden usar servicios prestados por la red del SUS), que crea subsidios cruzados entre los dos sistemas e impide el análisis claro de la eficiencia de la red del PAS, y
- ▶ falta de iniciativas para utilizar el valor per capita que el gobierno de la ciudad paga al PAS para establecer un ambiente de competencia entre las cooperativas (públicas) y las estructuras privadas de salud de la municipalidad.

A pesar de estos problemas, una investigación realizada por una de las instituciones más grandes de este tipo en el país, indica que el PAS tiene un nivel de aceptación del público de cerca de 80%.

Estructura de los Servicios de Salud por Grupo Social en Brasil

Estructura Social	Segmentación de la Prestación de Servicios		
	Sistema Unificado de Salud	Medicina Suplementaria	Pago Directo
<ul style="list-style-type: none"> • Sector informal del mercado de trabajo • Población de bajos ingresos 	Atención primaria y hospitalización de baja tecnología	----	Complementarios a los servicios del SUS
<ul style="list-style-type: none"> • Sector formal del mercado de trabajo • Clases medias 	Alta tecnología y procedimientos sofisticados	Atención básica, alta tecnología y procedimientos sofisticados	Poco utilizado
<ul style="list-style-type: none"> • Población de altos ingresos 	Alta tecnología y procedimientos sofisticados	Atención básica, alta tecnología y procedimientos sofisticados	Muy utilizado

Financiamiento de la Atención a la Salud en la República Dominicana*

Magdalena Rathe

La República Dominicana es un país de algo más de 48,000 km² y ocho millones de habitantes. Su economía, sustentada básicamente en el turismo, la industria manufacturera, las construcciones y las comunicaciones, registró uno de los mayores crecimientos en el mundo durante la década de los noventa. El ingreso per cápita es relativamente bajo, pues no alcanza los US\$ 2,000, además de que existen grandes disparidades en su distribución. La población es relativamente joven y está sometida a fuertes influencias migratorias: más del 10% de los dominicanos reside en el exterior, especialmente en los Estados Unidos.

El sector salud en la República Dominicana está dirigido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Otra importante institución del sector público es el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), que tiene una cobertura muy baja. Se cuenta, además, con un amplio y diversificado sector privado, lucrativo y no lucrativo, que participa tanto en la provisión de servicios como en el aseguramiento.

Las instalaciones de la SESPAS alcanzan todo el territorio nacional, ofreciendo el 56% de las camas hospitalarias. Tanto las unidades del IDSS como los establecimientos militares, de las ONG y las clínicas privadas se concentran en las zonas urbanas. Se estima que el IDSS concentra el 8% de las camas y el sector privado el restante 36%.

Los recursos humanos y la infraestructura existente en el sector salud parecieran ser suficientes para el nivel de desarrollo del país; inclusive, el número de médicos está muy por encima de las recomendaciones internacionales. Sin embargo, hay problemas de alta concentración geográfica en la capital y en las zonas urbanas, así como problemas de asignación inadecuada de los fondos públicos.

Existe una clara correlación entre el nivel de ingresos de las familias y la utilización de servicios de salud. Aunque los pobres se enferman más que los ricos, hacen un menor uso de los servicios de salud atención y muchos de ellos simplemente no los demandan por falta de dinero o por lo bajo de la calidad de la atención a la que pudieran tener acceso. En el caso de las enfermedades buco-dentales, cuyo tratamiento es muy caro y no cuenta con financiamiento público, la correlación ingreso-utilización es aún mayor.

Las mujeres, los niños menores de 5 años y los ancianos son las principales usuarios de todos los tipos de servicios de salud. En general, las instituciones de la SESPAS son las más demandadas por los usuarios, seguidas muy de cerca por las clínicas privadas.

A *grosso modo*, podría decirse que alrededor del 90% de la población, distribuida en partes más o menos iguales, dependiendo del tipo de servicio, demanda los servicios de la SESPAS y de las clínicas privadas. El restante 10% corresponde a todos los demás proveedores juntos. En la zona urbana, las clínicas privadas son las más demandadas.

Si bien es cierto que la SESPAS se orienta preferentemente hacia la población de menores ingresos, existe un grupo de la población que prácticamente no consume servicios de salud, quizás por problemas de acceso, por falta de educación en salud o por falta de recursos.

En los tramos superiores de ingreso, hay un grupo importante de personas que usan los servicios públicos y del IDSS, mientras que grandes grupos de los más pobres prefieren el sector privado. A pesar de que por ley están excluidos los trabajadores con salarios superiores a alrededor de un salario mínimo y medio, hay una cantidad importante de usuarios del IDSS que tienen ingresos superiores. Lo cual implica un subsidio de parte de los cotizantes más pobres a los no cotizantes de mayores ingresos.

Uno de los indicadores más claros de la falta de equidad del financiamiento a la salud, es el hecho de que alrededor de la tercera parte de los dominicanos más pobres que se enferman y buscan atención, lo hacen en el sector privado, sin cobertura de seguros. Esta situación es peor en el caso de los enfermos crónicos y de los internamientos en hospitales.

El componente principal del gasto familiar en salud es el gasto ambulatorio, fuertemente dominado por el gasto en medicamentos, que representa, como promedio, el 61% del total y asciende al 37% del gasto familiar total, elevándose al 52% en el caso del quintil más pobre de la población. Una explicación del elevado gasto de los pobres parece ser la falta de confianza en el sistema público, que los hace orientarse hacia el sector privado. Otra razón puede ser el hecho de que los médicos estimulan la demanda, sin buscar alternativas de bajo costo.

La forma de pago predominante en el sistema dominicano de salud es el pago directo o pago de bolsillo. Casi ningún servicio es enteramente gratuito, siendo menos gravosos los de tipo preventivo, particularmente dirigidos a la madre y el niño. El 82% de las personas no tiene ninguna cobertura, llegando al 91% en la zona rural. Esto,

unido a la privatización de los servicios de salud y a la falta de regulación pública del mercado, genera un elevado gasto de bolsillo. Por tanto, el consumo de servicios de salud está ligado al ingreso de las familias.

Por otra parte, los hombres tienen más cobertura de seguros que las mujeres, pues el aseguramiento está en función del empleo y existen más hombres que mujeres en la fuerza laboral. Además, existen prácticas discriminatorias: el seguro público excluye a la mujer del trabajador y los seguros privados también excluyen a las madres que no están legalmente casadas, que constituyen la mayoría. La cobertura de seguros aumenta en la medida que se incrementa el ingreso. No obstante, resalta el hecho de que alrededor de 33% de las familias de ingresos altos no estaban aseguradas en 1996.

El Papel del Mercado y el Financiamiento Público

Mundialmente se reconoce que el mercado de servicios de salud presenta grandes imperfecciones, si no es el que más. Por un lado, el consumo de estos servicios se considera esencial y, por el otro, es casi imposible que funcione la «soberanía del consumidor», premisa básica para el funcionamiento adecuado de cualquier mercado. Es por esto que todos los países del mundo se hallan en procesos de reforma del sector, procurando corregir estas deficiencias que, en términos de equidad, son mucho peores en los mercados más libres. Algunos de estos cambios incluyen los llamados «mercados internos», que introducen la competencia al interior del sector público para aumentar la eficiencia.

Esto permite ver la importancia del financiamiento público en el sistema de salud, cuya finalidad sería corregir las desigualdades en el acceso y la utilización. Numerosos estudios han encontrado una correlación entre el grado de participación pública en el financiamiento de la salud y el ingreso per cápita: el aumento del financiamiento público a medida que el país tiene un desarrollo mayor se traduce en el mejoramiento de los resultados en salud de la población.

El Cuadro I muestra las grandes diferencias entre la participación pública en el financiamiento a

* Trabajo presentado en el II Simposio Mundial de Cuentas Nacionales de Salud, Rotterdam, Holanda, 1999. La investigación se realizó con el apoyo de USAID, el BID, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud.

Cuadro I Gasto en Salud por Región Mundial, 1994

Región	PIB per cápita (US \$)	Gasto en salud per cápita (US\$)	Gasto en salud como %PIB	Gasto público como % gasto total
Este asiático y Pacífico (incluye China)	1,196	46	3.9	53
Europa del Este y Asia Central	1,858	131	6.3	69
América Latina y el Caribe	3,138	372	6.0	56
República Dominicana (1996)	1,730	112	6.5	24
Medio Oriente y Norte de África	2,783	273	4.6	53
Asia del Sur (incluye India)	440	58	3.5	44
África al sur del Sahara	811	88	4.1	51
Economías de mercado establecidas	21,968	1,777	8.3	77

la salud en la República Dominicana y los promedios de todas las regiones del mundo. Parte de éstas son explicadas por el hecho de que en la República Dominicana prácticamente no existe un sistema de seguro social de salud, que en muchos países constituye el principal componente del financiamiento público. Aún dentro de Latinoamérica, resalta la baja participación del gobierno dominicano en el financiamiento al sector salud.

El Subsidio Público en Salud

Algunos estudios han intentado estudiar la incidencia del gasto en salud en la República Dominicana durante los años ochenta. La elaboración de las cuentas nacionales de salud (CNS) de 1996, permitió alcanzar un mayor detalle y confiabilidad de la información. El gasto nacional en salud (GNS), ascendió a US\$ 876.4 millones, es decir US\$112 por persona y representó un 6.5% del PIB, conformado por 1.5% correspondiente al sector público, 4.8% por el sector privado y 0.2% por el resto del mundo, en forma de cooperación financiera. El GNS se encuentra dentro de límites comparables con el promedio de los países latinoamericanos, que asciende a 6.2% del PIB. Por su origen, 24% del GNS total proviene de fuentes públicas (gobierno, instituciones descentralizadas y empresas públicas), 73.9% de fuentes privadas (hogares y empresas) y 2.6%, del resto del mundo en forma de préstamos, donaciones y pagos a los proveedores nacionales por parte de los residentes en el exterior.

Los fondos que la economía dominicana asigna al sector salud son canalizados a través de los «agentes financieros», es decir, las instituciones que administran fondos de salud para

los distintos grupos poblacionales, ya sea que presten los servicios ellas mismas (como la SESPAS o el IDSS) o que los adquieran de otros proveedores.

El financiamiento de los hogares constituye el 62.4% del total y se desglosa en US\$ 510 millones de pago directo, fundamentalmente a proveedores privados (94%) y US\$ 37 millones gastado por las familias en servicios de prepago, co-pagos y pagos de cotizaciones al IDSS. Considerando que los pagos de las empresas, tanto al seguro social como a los seguros privados, constituyen también aportes familiares (ya que son parte del salario), esta última cifra se eleva sustancialmente. Probablemente el hallazgo más importante de las CNS de la República Dominicana es la elevada participación del gasto familiar en salud, la cual, unida a la baja cobertura de seguros, es el principal indicador de la falta de equidad.

La ineficiencia (y probable insuficiencia) de los servicios públicos ha llevado a la población a buscar la solución de sus problemas de manera individual y privada, lo cual aumenta los costos a escala nacional. Los datos del gasto en salud por objeto y por tipo de agente muestran que los agentes públicos pagan mucho más que los privados en salarios y otros gastos de personal. Esto concuerda con la idea generalizada de que el sector público de la salud está siendo administrado, más que como una red de servicios de salud, como una especie de intervención gubernamental para generar empleos.

Efecto Distributivo del Gasto Público en Salud

La información disponible indica que el gasto en salud guarda cierta relación con el ingreso de las

familias. No obstante, el gobierno aporta más para los más pobres que para los más ricos y contribuye, con esto, a elevar su nivel de vida. Sin embargo, la proporción en que lo hace no produce ninguna modificación sustancial, lo que permite concluir que el gasto público en salud es insuficiente, o bien que no existe focalización o que se ejecuta de manera ineficiente. Probablemente se trate de una combinación de todas estas causas. Además, nótese que el 81% del gasto de los más ricos es privado, mientras que entre los pobres este monto es de 64%.

El grupo más rico gasta privadamente un 74% más que el grupo más pobre, a pesar de que su ingreso promedio es siete veces mayor. Su consumo total es sólo un 38% más en servicios de salud, debido al efecto del subsidio público. Se nota una vez más que, en todos los casos, el grueso del financiamiento lo erogan las propias familias con sus recursos.

Si bien el financiamiento del gobierno central, particularmente de la SESPAS beneficia más a los pobres que a los ricos, en cambio, la curva del gasto del IDSS, por su parte, aumenta con relación al ingreso, siendo ínfima en el grupo más pobre. Asimismo, aumenta sustancialmente el financiamiento recibido por el 40% más rico, con lo cual tiene una influencia determinante en hacer menos progresivo el financiamiento público. De modo que el subsidio público en salud, además de ser insuficiente, no se halla bien distribuido.

El Problema de la Productividad

Un estudio reciente realizado por el BID muestra que en Latinoamérica hay brechas considerables en los sectores salud y educación respecto de los resultados que debían haberse alcanzado en las últimas décadas, de acuerdo al nivel de desarrollo de cada país. En el caso de la salud, este rezago no se debe a insuficiencia de recursos, sino que el problema es la productividad del gasto social.

Por ejemplo, el grueso del gasto público en salud en la República Dominicana (alrededor de un 70%) se dirige a financiar los hospitales. Pero este gasto se realiza sin ningún criterio de racionalidad económica. El hospital es una «empresa», con frecuencia, millonaria, donde su director no tiene verdadero control sobre su presupuesto, ni sobre los recursos humanos que dirige, ni sobre las compras de insumos. El personal es «nombrado» en el nivel central, sin que haya relación, muchas veces, entre los especialistas que requiere el centro y el personal que le es enviado. Las compras de insumos las hace otra dependencia oficial y las entregas no guardan relación con los pedidos. Incluso las obras de infraestructura y equipamiento se realizan sin la coordinación adecuada e independientemente de las estrategias sectoriales. Además, las elevadas sumas que se invierten por estos conceptos se pierden rápidamente debido a la ausencia de sistemas administrativos para su manejo adecuado y su mantenimiento. En efecto, no existe un levantamiento sistemático de información sobre costos, patrones de referimiento, calidad o resultados. Hay un exceso de personal en todo el sistema público, pero concentrado en determinados lugares y servicios. No hay mecanismos que promuevan la productividad, ni sistemas de incentivos, ni se aplican técnicas de gerencia.

Otro factor de ineficiencia del sistema público es la concentración geográfica de sus recursos, tanto financieros como humanos. En efecto, el Distrito Nacional, donde se ubica la capital de la república, recibe el 47% de los gastos reales, con el 30% de la población del país. Asimismo, gasta un 56% más por habitante que el promedio del resto del país.

También hay diferencias sustanciales por niveles de atención. Hay una alta prioridad, en términos de asignación de fondos, en el tercer nivel de atención, especialmente el que está ubicado en el Distrito Nacional. Junto a esto, destacan los reducidos montos destinados al nivel primario, pese al discurso oficial sobre la prioridad de la salud básica. Dentro de estos gastos, el grueso corresponde a recursos humanos, pero en proporciones variables según niveles de atención. En el nivel primario, los servicios personales representan el 59% del gasto total, en el secundario, el 70%, y en el nivel terciario, el 66%. En todos los niveles, los establecimientos del Distrito Nacional reciben un financiamiento mayor al doble del promedio nacional.

Cómo Mejorar la Equidad del Sistema

La Reforma del sector salud dominicano tendría como objetivo fundamental revertir la composición público-privada del gasto, aumentando la proporción pública y reduciendo el pago directo. Paradójicamente, no es necesario un incremento sustancial del gasto público, pues probablemente se pueden obtener economías mediante una reorientación de la asignación de los recursos.

Es necesario crear un nuevo sistema de aseguramiento, pues el seguro social vigente es utilizado por un porcentaje ínfimo de la población y no cuenta con la confianza de ésta. Además, los seguros privados tienden a excluir a la población con más riesgos y no existe una legislación que trace sus pautas de comportamiento, ni un sistema de ajuste de riesgos que evite las injustas exclusiones. Por otra parte, no hay un organismo de vigilancia de la práctica médica ni de la solidez financiera de las empresas aseguradoras.

A través de la creación de un nuevo sistema se podría extender la cobertura de la población asegurada hasta alcanzar, por lo menos, un 50% de la población total. Las estimaciones realizadas señalan que este objetivo sería factible dentro de un sistema financieramente auto-sostenible, con aportes de empresas, instituciones y empleados, sin necesidad de subsidio gubernamental. Por supuesto, en su calidad de patrón de sus propios empleados, el gobierno aportaría los fondos correspondientes.

El gobierno debería aumentar los fondos para las acciones de salud pública, programas preventivos y de promoción de la salud dirigidos a toda la población. Con ello contribuiría a elevar la disponibilidad de información sobre cómo las propias personas pueden prevenir enfermedades y cómo asumir responsabilidad sobre su salud, todo lo cual tendería a favorecer el bienestar de los seres humanos.

Se requiere que los fondos públicos sean dirigidos hacia la población pobre, y para que cada peso invertido beneficie a más personas se necesita dar prioridad a los servicios básicos. Para reorientar el gasto

hacia la atención básica y, muy especialmente, hacia la madre y el niño, se debe definir un conjunto de prestaciones esenciales de salud, para ser entregadas sobre bases per cápita a las familias más pobres del país.

La única manera de lograr que los hospitales sean administrados de manera eficiente y que cumplan con su misión, es transformar aquellos con potencial de viabilidad en empresas públicas, con sistemas modernos de gerencia y donde el equipo director tenga el control real sobre los recursos financieros, físicos y humanos. Asimismo, muchos de los hospitales hoy desatendidos y casi sin ocupación, podrían ser reconvertidos en centros de atención ambulatoria.

Por último, es necesario profundizar un proceso de descentralización y de desconcentración que implique transferencias reales de fondos a los niveles subnacionales, así como reestructuración del personal. La reorientación del financiamiento para favorecer la salud básica, tiene como prerrequisito ineludible este cambio en la asignación de los recursos.

Dado que el gasto ambulatorio es el principal componente del gasto en salud, una reforma orientada a subsidiar su consumo, lo mismo que el de servicios preventivos, mejoraría sustancialmente la salud y el bienestar de las personas, al mismo tiempo que elevaría el nivel de vida de las familias. Aunque la gente consumiría más servicios, mejoraría su salud y tendría que pagar menos por ello.

La propuesta de reforma de salud que existe actualmente en el país concuerda con las recomendaciones que aquí se presentan. Entre la amplia gama de áreas que incluye, se encuentra, por un lado, la reforma al sistema de seguro social. La propuesta que se está considerando concluye que es factible establecer un nuevo Seguro Nacional de Salud que cubra a todos los empleados asalariados y sus dependientes tanto públicos como privados, integrando a los contingentes humanos que hoy tienen cobertura privada, a los que están afiliados al seguro social y a los que están en

sistemas auto-administrados. Por supuesto que se requiere de un proceso paulatino de extensión de la cobertura durante los años subsiguientes. Según las estimaciones, en el primer año podría cubrirse al 36% de la población (al reconocer las coberturas actuales, incluir a las familias y comenzar el proceso de afiliación de los empleados públicos) y en los próximos diez años podría llegarse, como mínimo, al 50% de la población.

La propuesta incluye un Plan Familiar de Beneficios bastante ambicioso, que contiene las intervenciones necesarias para atender las dolencias que presenta la población dominicana, de acuerdo a su perfil epidemiológico. Posee también intervenciones preventivas y de promoción de la salud, por un lado y de naturaleza catastrófica por el otro.

El otro componente fundamental de la reforma, dirigido a mejorar la equidad del sistema, está relacionado con la universalización de los servicios básicos de salud. Se pretende extender la cobertura a la población pobre mediante un paquete básico de intervenciones preventivas, promocionales y curativas de carácter ambulatorio, con énfasis en servicios materno-infantiles. Se ha supuesto que el gobierno subsidiaría el 80% de este paquete y que el resto sería aportado por las personas mediante un sistema de co-pago.

Epilogo

Las reflexiones ofrecidas en este trabajo permiten concluir que el país está muy lejos de los niveles aceptables de salud de su población, de acceso equitativo al sistema sanitario y más lejos aún del bienestar individual de cada dominicano. Esto justifica la necesidad de la reforma con una perspectiva integral y enfocada hacia los seres humanos, que son los usuarios de cualquier sistema de salud. Ello implica, necesariamente, permear los razonamientos teóricos, los lineamientos de política y las acciones ejecutorias con planteamientos éticos y valores de orden superior, que trasciendan los requerimientos del progreso material.

Monitor de la Salud en las Américas* 1998

Países con Economías de Ingresos Bajos y Medios Bajos

Indicadores / País	Belice	a/f	Bolivia	a/f	Colombia	a/f	Costa Rica	a/f	Ecuador	a/f	El Salvador	a/f	Guatemala	a/f	Honduras	a/f	Nicaragua	a/f	Panamá	a/f	Paraguay	a/f	Perú	a/f	
Económicos y Sociodemográficos																									
Población total (en miles)	230	97 ^a	7.800	97 ^a	40.000	97 ^a	3.500	97 ^a	11.900	97 ^a	5.900	97 ^a	10.500	97 ^a	6.000	97 ^a	4.700	97 ^a	2.700	97 ^a	5.100	97 ^a	24.400	97 ^a	
PIB (millones US\$)	649	97 ^a	7.977	97 ^a	95.745	97 ^a	9.521	97 ^a	19.768	97 ^a	11.264	97 ^a	17.772	97 ^a	4.491	97 ^a	1.971	97 ^a	8.244	97 ^a	10.180	97 ^a	63.849	97 ^a	
PIB per cápita (miles US\$)	2.822	97 ^a	1.023	97 ^a	2.394	97 ^a	2.720	97 ^a	1.661	97 ^a	1.909	97 ^a	1.693	97 ^a	749	97 ^a	419	97 ^a	3.053	97 ^a	1.996	97 ^a	2.617	97 ^a	
Esperanza de vida al nacer (años)	75,0	97 ^a	61,0	97 ^a	70,0	97 ^a	77,0	97 ^a	70,0	97 ^a	69,0	97 ^a	64,0	97 ^a	69,0	97 ^a	68,0	97 ^a	74,0	97 ^a	70,0	97 ^a	69,0	97 ^a	
Tasa global de fecundidad	3,7	98 ^b	4,4	98 ^b	2,8	98 ^b	2,8	98 ^b	3,1	98 ^b	3,2	98 ^b	4,9	98 ^b	4,3	98 ^b	4,4	98 ^b	2,6	98 ^b	4,2	98 ^b	3,0	98 ^b	
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 NVR)	29,0	98 ^b	66,0	98 ^b	30,0	98 ^b	12,0	98 ^b	46,0	98 ^b	32,0	98 ^b	46,0	98 ^b	35,0	98 ^b	43,0	98 ^b	21,0	98 ^b	39,0	98 ^b	45,0	98 ^b	
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 NVR)	147,0	93 ^d	390,0	94 ^c	140,0	93 ^d	39,0	94 ^c	150,0	95 ^c	119,0	93 ^c	190,0	95 ^c	220,0	93 ^d	155,0	95 ^c	50,0	95 ^c	130,7	95 ^c	265,0	96 ^c	
Porcentaje de alfabetismo	91,0	94 ^d	84,0	97 ^a	91,0	97 ^a	95,0	97 ^a	91,0	97 ^a	77,0	97 ^a	66,5	97 ^a	70,5	97 ^a	63,0	97 ^a	91,0	97 ^a	85,0	97 ^a	78,0	97 ^a	
Porcentaje de población con agua potable	68,0	94 ^d	70,0	96 ^a	75,0	96 ^a	100,0	96 ^a	55,0	96 ^a	53,0	96 ^a	67,0	96 ^a	77,0	96 ^a	62,0	96 ^a	84,0	96 ^a	39,0	96 ^a	66,0	96 ^a	
Porcentaje de población con alcantarillado	49,0	94 ^d	41,0	94 ^d	69,0	93 ^c	95,7	95 ^c	41,7	96 ^c	57,0	95 ^c	62,0	94 ^c	75,8	95 ^c	21,9	92 ^c	90,0	94 ^d	14,8	96 ^c	47,4	95 ^c	
Gasto en Salud																									
Gasto total en salud (millones US\$)	11	95 ^c	323	95 ^c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	122	95 ^c	-	-	-	-	-	-	-	2.116	95 ^c
Gasto en salud como porcentaje del PIB	8,0	95 ^b	7,1	95 ^b	7,4	95 ^b	8,5	95 ^b	5,3	95 ^b	5,9	95 ^b	3,2	95 ^b	5,6	95 ^b	8,6	95 ^b	6,7	95 ^b	5,1	95 ^b	3,7	95 ^b	
Gasto en salud per cápita (US\$)	51	95 ^c	44	95 ^c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	95 ^c	-	-	-	-	-	-	-	89	95 ^c
Gasto público como porcentaje del gasto total en salud	75,0	95 ^b	58,0	95 ^b	40,0	95 ^b	74,0	95 ^b	39,0	95 ^b	41,0	95 ^b	54,0	95 ^b	50,0	95 ^b	61,0	95 ^b	70,0	95 ^b	36,0	95 ^b	60,0	95 ^b	
Recursos y Servicios																									
Médicos (por 1000 habitantes)	0,6	92 ^d	0,5	92 ^d	1,1	92 ^d	1,3	95 ^c	1,3	95 ^c	0,9	96 ^c	0,9	93 ^c	0,6	95 ^c	1,1	95 ^c	1,6	97 ^c	0,7	95 ^c	1,0	96 ^c	
Enfermeras (por 1000 habitantes)	0,6	92 ^d	0,3	92 ^d	0,5	92 ^d	1,0	95 ^c	0,5	95 ^c	0,4	96 ^c	0,3	93 ^c	0,5	95 ^c	1,8	95 ^c	1,4	97 ^c	0,1	95 ^c	0,6	96 ^c	
Cobertura de servicios de salud (%)	90,0	93 ^d	40,0	93 ^d	80,0	93 ^d	100,0	98 ^c	70,0	93 ^d	65,0	93 ^d	59,0	95 ^c	85,0	95 ^c	69,0	93 ^d	85,0	93 ^d	100,0	97 ^c	50,0	93 ^d	

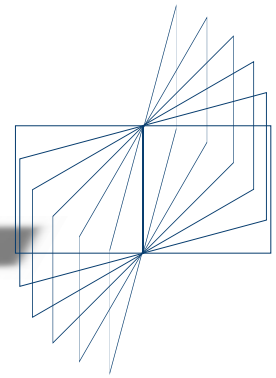
a/f: Año y fuente de referencia.

Fuentes:

- The World Bank Group. World Development Indicators 1999. Washington, D.C.: World Bank, 1999.
- World Health Organization. The World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1998; volumen II.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1995. Washington, D.C.: OPS, 1995.
- 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

- Fleury S, Berlmartino S, Baris E, editores. Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa: IDRC, 2000.
- Leighton C, Maceira D. Guía básica de política. Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud. Washington, DC: LACRSS, 1999.
- Morales-Gómez D, Tschirgi N, Moher JL. Reforming social policy. Changing perspectives on sustainable development. Ottawa: IDRC, 2000.
- Partnership for Health Reform. Métodos alternativos de pago a proveedores: incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform, 1999.
- Putney P. Asociaciones entre el sector público y las ONGs: la función de las ONGs en la reforma del sector salud. Washington, DC: LACRSS, 2000.
- Yong-Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J, editores. Dying for growth. Global inequality and the health of the poor. Monroe, Main: Common Courage Press, 2000.

A Cinco Años de la Reforma Colombiana

Testigo y participe en el diseño y la instrumentación de la reforma del sector Salud de Colombia, el autor nos presenta, en esta cuarta edición corregida y aumentada, además de los antecedentes históricos de la reforma y del prolijo análisis de las leyes que la reglamentan, un claro recuento de las dificultades enfrentadas por la implementación de las medidas y políticas destinadas a mejorar el acceso de la población colombiana a la atención a la salud.

En este libro podremos encontrar respuestas a interrogantes tan importantes como las siguientes: ¿Cuáles son los antecedentes de la reforma del sector salud en Colombia? ¿Qué propósito tiene la Ley 100 de 1993? ¿Cómo ha funcionado la descentralización del sistema de salud? ¿Cuáles son las principales tendencias y los conflictos suscitados por la aplicación de las leyes 60 y 100 de 1993? ¿Qué son y cómo están reguladas las "entidades promotoras de salud" (EPS)? ¿Cómo funcionan las instituciones prestadoras de servicios? ¿Cuál es el plan de beneficios de la salud? ¿Cómo se financian y cómo operan los regímenes contributivo y subsidiado? ¿Quién administra y controla el sistema de seguridad social en salud? ¿Qué avances se registraron luego de cinco años y qué problemas ha enfrentado la puesta en marcha de la reforma? ¿Cuál ha sido la experiencia en Bogotá, la capital?

El libro está ordenado en tres partes. En la primera se presentan los antecedentes, propósitos y articulaciones de la Ley 100 de 1993, con las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993. En la segunda se presentan los principios que inspiran la reforma, el desarrollo legal detallado con muchas referencias reglamentarias, y el análisis comparativo con la antigua medicina prepagada y con otros sistemas de seguridad social en el mundo. Por último, en la tercera parte se analizan muy críticamente el proceso de transición y la puesta en marcha de la Ley, destacando los problemas de coberturas, financiamiento, equilibrio y organización de los servicios, así como las reacciones de los diversos actores institucionales y profesionales. El libro concluye con el estudio del caso de Bogotá.



Iván Jaramillo. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Cinco años después. Bogotá, Colombia: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999, 408pp.

Mayor Atención a las Necesidades de los Pobres del Mundo

El ingreso en el mundo se ha concentrado en forma dramática en las últimas décadas. Según cifras del Banco Mundial, el 20% más rico de la población mundial concentra el 82.7% del ingreso, mientras que el 20% más pobre concentra apenas el 1.4%. No es de sorprender, por lo tanto, que las condiciones de salud en el mundo también se hayan distribuido de manera muy desigual. Sin embargo, la distribución del acceso diferencial a los avances recientes de la ciencia y la tecnología le ha conferido a esta secular desigualdad en salud una naturaleza no solo cuantitativa. "Hoy los pobres, sobre todo del medio rural, no sólo mueren con mayor frecuencia que el resto de la población, sino que además lo hacen principalmente por causas que han sido resueltas desde el punto de vista técnico" y que típicamente no afectan a las poblaciones de mayores ingresos.

En los años setenta, ochenta y principios de los noventa, los problemas de salud de los pobres recibieron una atención considerable y específica. Sin embargo, esta preocupación comienza a diluirse a principios de los años noventa, cuando se incrementan las iniciativas que reconocen en la población del mundo su objeto de estudio y atención.

Dados estos cambios recientes, resultan muy relevantes los esfuerzos —como los de este libro— dirigidos a desagregar la información sobre las necesidades de salud de la población mundial por grupos de ingreso. Se trata de información de 1990 con proyecciones para el 2020.

El principal hallazgo de este estudio es que los padecimientos transmisibles y las lesiones son y seguirán siendo considerablemente más importantes para los pobres del mundo que lo que sugieren los promedios globales. Por lo tanto, es importante asignarle la mayor de las prioridades a los padecimientos infecciosos y las lesiones en las estrategias para mejorar la salud de los pobres y disminuir las brechas en salud entre pobres y ricos. La información disponible también indica que las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad generadas por las enfermedades transmisibles son más costo-efectivas que las intervenciones que buscan reducir los daños producidos por los padecimientos no transmisibles.



David Gwatkin D, Maurice Guillot. The burden of disease among the global poor. Current situation, future trends, and implications for strategy. Washington, DC: The World Bank, 2000, 44 pp.

Noticias

Abt Associates Anuncia la Creación del Instituto de Capacitación en Políticas de Salud

El Instituto de Capacitación en Políticas de Salud de Abt Associates (*Abt Associates Health Policy Training Institute*) fue concebido para poner a disposición de los líderes de los países en desarrollo diversas herramientas para la reforma del sector salud. El Instituto ofrece capacitación integral en las habilidades y herramientas necesarias para diseñar, implementar y evaluar las reformas del sector salud. La capacitación estará a cargo de miembros del equipo de Abt Associates y profesores afiliados al Instituto que cuentan con una extensa experiencia directa en el diseño, implementación y evaluación de reformas del sector salud. El Instituto no sólo ofrece cursos de capacitación, sino también una relación de largo plazo para que los participantes puedan ponerse al día periódicamente y participen de manera continua en foros de discusión.

El programa inaugural consistirá de un entrenamiento de tres semanas en la región de Washington, D.C. durante el invierno del año 2000 y está dirigido a administradores de niveles medio y alto que están participando en los procesos de reforma del sector social de la región. Se ofrecen tres módulos en torno al tema: *Herramientas para la Reforma del Sector Salud - Cursos Prácticos para Apoyar a los Implementadores de la Reforma*. Los módulos son: i) Aplicación de herramientas de costos en la reforma del sector salud; ii) Herramientas y métodos de planeación de recursos, y iii) Administración técnica de la reforma.

Para mayores informes dirigirse a
www.abt-train.org

Planes de Salud Binacionales en la Frontera México-EUA

El pasado mes de junio, Blue Shield de California anunció su intención de ofrecer cobertura de salud en Tijuana, México a mexicanos que trabajan legalmente del lado estadounidense de la

frontera. Lo mismo planea hacer la empresa Sistemas Médicos Nacionales, que a principios de este año obtuvo autorización del gobierno de California para ofrecer este tipo de servicios a los mexicanos que trabajan legalmente en San Diego y zonas aledañas pero residen en México.

De acuerdo con San Diego Dialogue, se trata de un mercado con un enorme potencial. Se calcula que diariamente 50,000 personas cruzan la frontera norte de México para trabajar legalmente en San Diego. De funcionar, esta iniciativa podría extenderse, según afirman los funcionarios de Blue Shield de California, a Calexico e incluso a la ciudad de Los Angeles.

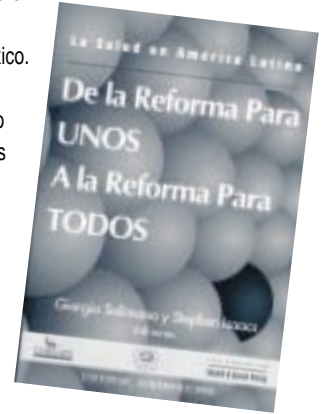


Salen a la Luz Publicaciones del Foro de la Sociedad Civil en las Américas

El Foro de la Sociedad Civil en las Américas tiene como misión contribuir al avance de la justicia social, la equidad y la solidaridad mediante la participación de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) en las políticas públicas de la región. Con sus publicaciones, el Foro y sus dos secretariados (CEPIA-Río de Janeiro y CHSP-San Francisco) esperan enriquecer el debate sobre la urgente necesidad de que los gobiernos, los sectores comerciales y la sociedad civil definan e implementen una agenda social para el Mercosur. Se proponen igualmente apoyar a las ONGs de la región comprometidas con la promoción de la justicia social y los derechos humanos.

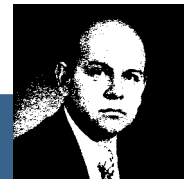
Entre las más importantes actividades del Foro se cuenta la publicación de diversos documentos (*Cadernos Fórum Civil*) que abren la discusión sobre las políticas sociales dentro de los países

miembros del Mercosur. "Políticas sociales compensatorias no Mercosul" es la primera publicación de una serie intitulada "Cuadernos Foro Civil". El segundo número tratará del debate sobre la diversidad de la sociedad civil en México. El tercer volumen presentará un estudio comparativo sobre los instrumentos de protección de los derechos humanos en los países del Mercosur.



Se Entrega el Tercer Premio "José Luis Bobadilla" de Investigación en Políticas de Salud

El pasado jueves 5 de agosto se entregó, en la sede de la Fundación Mexicana para la Salud, el tercer Premio "José Luis Bobadilla" en Investigación en Políticas de Salud. El premio, consistente en un diploma y US\$ 10,000, se otorgó este año a la investigadora colombiana Teresa Margarita Tono Ramírez, por su trabajo "Acceso a la Atención a la Salud en Colombia: Efectos del Ingreso y de la Disponibilidad de Proveedores en el Uso de Servicios de Salud en Siete Ciudades". El jurado estuvo formado por los doctores Thomas Bossert (EUA), Mario Bronfman (Argentina), Silvia Montoya (Argentina), Jorge Jiménez de la Jara (Chile), y Luis Gonzalo Morales (Colombia).



José Luis Bobadilla

International Award
in Health Policy Research

Diez Años de Investigación Nacional Esencial en Salud

Partiendo de la premisa de que la investigación constituye un vínculo esencial, pero frecuentemente olvidado, entre las aspiraciones humanas y la acción para concretarlas, la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED) ha venido trabajando desde 1987 con el fin de recomendar metodologías para que la investigación sirva al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población de los países en desarrollo. Esta ONG ha fundado su acción en la certeza de que "la investigación no [es] sólo un ejercicio académico alejado de los objetivos fundamentales de las organizaciones de salud, sino un componente esencial e integral de su estrategia para alcanzar la satisfacción de las necesidades de salud y administrar los programas relacionados con ella". Con el fin de generar investigación relevante y pertinente capaz de servir de apoyo para la toma de decisiones, COHRED definió una agenda de acciones esenciales para el nivel nacional. Así surgió "Investigación Esencial Nacional en Salud" (ENHR), un proyecto destinado a orientar la "investigación relacionada con las necesidades locales de salud", cuyo informe de 1990, *Investigación en Salud: Liga Esencial hacia la Equidad en el Desarrollo*, marca el inicio de una actividad sostenida a lo largo de la década pasada.

A fin de dar una perspectiva de la actividad de la Comisión, los redactores de *Research into Action* entrevistaron a dos personalidades, John Evans, Presidente de COHRED en 1990, y David Okello, consultor de la oficina regional de la OMS en África y miembro de varios grupos de trabajo de COHRED.

Reconociendo que la tendencia hacia la inequidad en los niveles de salud de la población creció significativamente durante la década pasada, John Evans señala que actualmente se ha vuelto "más importante que nunca realizar investigación que tome en consideración las necesidades de la gente y acepte una filosofía política según la cual esas necesidades deben estar entre las más altas prioridades". Y añade: "Las grandes inequidades no pueden soportarse por siempre. Los países que desean mantener cierta estabilidad política tienen que reconocer la obligación de prevenir las enormes inequidades en su población. El tipo de investigación implicado en el concepto de "investigación esencial nacional en salud" ayudará a mostrar cuáles son los mecanismos más eficaces para mejorar la equidad". "Para lograrlo", subraya, "si bien es necesario investigar considerando el lado de la oferta —por ejemplo, el acceso a los servicios—, no se debe descuidar el lado de la demanda, estudiando cómo se pueden satisfacer las necesidades de la gente teniendo en mente los límites impuestos por los recursos disponibles."



Por su parte, David Okello, insiste en la pertinencia de la investigación que conduce hacia el planteamiento de las "preguntas correctas" mediante la vinculación del desarrollo con la información. Sin embargo, anota, todavía no se tiene la respuesta sobre cómo "traducir las preguntas correctas en cambios tangibles", aunque reconoce la importancia del trabajo que se ha hecho para impulsar la investigación dentro de las áreas adecuadas.

En relación con el mensaje de la COHRED, "Atender a los países primero", Okello señala que si se pretende alcanzar una verdadera efectividad, es preciso fortalecer los mecanismos y estructuras existentes dentro de los países antes de hablar de programas regionales. Por ejemplo, "al menos en lo que se refiere a la inversión presupuestal, deberíamos dejar de lado la idea de puntos clave regionales y concentrarnos en el apoyo a cada país". Lo cual no excluye el trabajo en conjunto con otros países de la región a fin de preservar un ambiente de aprendizaje mutuo.

Finalmente, por lo que se refiere al impacto del trabajo de COHRED, Okello confía en que la estrategia de comunicación permita a la gente traducir los resultados de las investigaciones en acciones concretas capaces de afectar positivamente la equidad. Sólo logrando este impacto se podrán ver resultados tangibles en los problemas de salud.

Anticipándose a la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo (Bangkok, Octubre del 2000), Okello externó su deseo de ver a los participantes en esa conferencia discutiendo sobre las maneras de traducir las herramientas y los conceptos globales desarrollados a lo largo de diez años por COHRED y la iniciativa de ENHR en métodos útiles para responder a las preguntas de cada país. "El reto número uno es fortalecer a los países. No sólo su capacidad para investigar, sino también la manera en que se usa y se difunde la investigación para ayudar a los gobiernos a percibir el valor agregado que la investigación proporciona al desarrollo."

Cursos de la Red Interamericana "José Luis Bobadilla" de Políticas de Salud

Dos de los objetivos de la Red Interamericana "José Luis Bobadilla" (Red JLB) es adaptar instrumentos que permitan apoyar los procesos de reforma de los sistemas de salud en la región y capacitar personal técnico en su aplicación. En cumplimiento de estos objetivos, la Red JLB anunció la realización, en el mes de octubre del año en curso, de los siguientes tres talleres de capacitación:

- ▶ **Taller de Metodología de las Cuentas Nacionales de Salud**, que estará a cargo de la Dra. Patricia Hernández. Este taller se llevará a cabo en la ciudad de México.
- ▶ **Taller de Metodología del Peso de la Enfermedad**, que se llevará a cabo en Punta del Este, Uruguay, también en el mes de octubre, bajo la coordinación del Dr. Joaquín Pereira.
- ▶ **Taller de Evaluación del Contexto Político de las Reformas de los Sistemas de Salud**, que se realizará en Santiago de Chile bajo la conducción del Dr. Thomas Bossert.

Para mayor información, favor de comunicarse con María Teresa de Mucha, en la ciudad de México al teléfono 5/6559011 o al siguiente correo electrónico: mtmucham@funsalud.org.mx

Fraude de las Empresas Promotoras de Salud en Colombia

De acuerdo con investigaciones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, algunas Empresas Promotoras de Salud (EPS) encargadas de gerenciar la atención a la salud de la población colombiana, están manipulando sus bases de datos o tienen un control limitado sobre ellas, de tal suerte que se han realizado cobros múltiples a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la instancia estatal que paga a las promotoras de salud por la atención de sus afiliados. Se han detectado cobros múltiples por un mismo individuo, cuyo nombre puede aparecer dos o más veces en las listas de afiliados de una EPS. Las autoridades han iniciado la investigación en 19 de las 29 EPS —dentro de las cuales se encuentran algunas de las más importantes— por "cobro indebido". En el pasado mes de febrero, una sola EPS devolvió al Estado poco más de 3,700 millones de pesos colombianos luego de realizar un "reproceso" de su información.

La OMS Califica el Desempeño de los Sistemas de Salud de Todo el Mundo

El pasado 21 de junio, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer el *Informe Mundial de la Salud 2000*, que en este muy simbólico año dedicó al tema del desempeño de los sistemas de salud. Este trabajo muy probablemente habrá de incorporarse a la lista de informes que dieron forma a los sistemas modernos de salud: el Informe Flexner (1910), el Informe Dawson (1920), el Informe Beveridge (1942), la Declaración de Alma Ata (1978) y el Informe Mundial del Desarrollo 1993: Invertiendo en Salud.

Este *Informe* utilizó cinco criterios para la evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo: a) la salud global de la población; b) las inequidades en salud al interior de las poblaciones; c) la capacidad de respuesta global de los sistemas de salud (una combinación de satisfacción de los usuarios y desempeño general del sistema); d) la distribución de la capacidad de respuesta al interior de la población (qué tan bien son atendidos por el sistema los individuos de los diversos estratos económicos), y e) la distribución del peso financiero del sistema de salud entre la población a la que sirve (quien paga por los costos). A continuación se presentan los sitios que ocuparon en esta evaluación los sistemas de salud de América.

Desempeño de los Sistemas de Salud de América

País	Salud		Capacidad de Respuesta		Equidad Financiera	Desempeño Global
	Nivel	Distribución	Nivel	Distribución		
Antigua	48	58	47-48	39-42	116-120	86
Argentina	39	60	40	3-38	89-95	75
Bahamas	109	67	18	3-38	138-139	94
Barbados	53	36	39	3-38	107	46
Belice	94	95	105- 107	90	146	69
Bolivia	133	118	151-153	178	68	126
Brasil	111	108	130-131	84-85	189	125
Canadá	12	18	7-8	3-38	17-19	30
Chile	32	1	45	103	168	33
Colombia	74	44	82	93-94	1	22
Costa Rica	40	45	68	86-87	64-65	36
Cuba	33	41	115-117	98-100	23-25	39
Ecuador	93	133	76-79	182	88	111
El Salvador	87	115	128	128-129	176	115
Estados Unidos	24	32	1	3-38	54-55	37
Grenada	49	82	63-64	84-85	147	85
Guatemala	129	106	115-117	159	157	78
Guyana	98	126	114	105-106	45-47	128
Haití	153	152	157-160	172-173	163	138
Honduras	92	119	129	163	178	131
Jamaica	36	87	105-107	73-74	115	53
México	55	65	53-54	108-109	144	61
Nicaragua	117	96	140	139	164-165	71
Panamá	47	93	59	88	76-78	95
Paraguay	71	57	97	133	177	57
Perú	105	103	172	161	184	129
R. Dominicana	79	97	95	72	154	51
San Kitts- Nevis	86	91	53-54	3-38	136-137	100
Santa Lucía	54	86	84-86	82	66-67	68
San Vicente	43	89	103-104	98-100	99-100	74
Surinam	77	94	87	79-81	172	110
Trinidad y Tobago	57	75	141	108-109	69	67
Uruguay	37	68	41	53-57	35-36	65
Venezuela	52	76	69-72	92	98	54

Citas con la Reforma

Fourth International Social Sciences in Health Conference
Cuarta Conferencia Internacional sobre Ciencias Sociales y Salud
Gaborne, Botswana
Agosto 7 - 11, 2000
E-mail: somanet@africaonline.co.ke

Building NGO Capacity Through Management Development
Capacitación para ONGs a través del Desarrollo de la Administración
Imperial College, Londres, GB
Agosto 13 - 25, 2000
E-mail: sappleyard@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
Harvard University, Cambridge Massachusetts, EUA
Septiembre 1 - 30, 2000
E-mail: fxbcenter@igc.apc.org

Liderazgo Estratégico en Salud
Cuernavaca, México
Octubre 4-20, 2000
Email: training@msh.org

International Health Funds Convention
Convención Internacional sobre Fondos de Salud
Cairns International Convention, Cairns, Australia
Octubre 9 - 16, 2000
E-mail: reply@icmsaust.com.au

International Conference on Health Research for Development
Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo
Bangkok, Tailandia
Octubre 10-13, 2000
www.conference2000.ch

International Conference on the Social Sciences and Medicine
Conferencia Internacional de Ciencias Sociales y Medicina
Veldhoven, Holanda
Octubre 16-20, 2000
www.elsevier.nl/homepage/sag/ssmconf/

Culture and Health - From Basics to Methods
Cultura y Salud - de las Bases a los Métodos
Gothenburg, Suecia
Octubre 16 - 27, 2000
E-mail: lindh@nhv.se
www.nhv.se/nhv/english.htm

Managing Community Health Services
Manejo de los Servicios Comunitarios de Salud
Kibbutz Mizar Norte de Haifa, Israel
Octubre 31 - Noviembre 18, 2000
E-mail: tberis@galilcol.ac.il
www.galilcol.ac.il

Improving Health Care Quality in Low & Middle Income Countries
Mejorar la Calidad de Atención a la Salud en Países de Ingresos Medios y Bajos
Boston, EUA
Octubre 23 - Noviembre 10, 2000
E-mail: cebarnes@bu.edu
www-busph.bu.edu/Depts/IH/

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>