

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR/AL

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

Abril / Junio ● 2001 ● N° 8

Narrativas / 3

Determinación del Gasto en Salud
en Argentina
Ventura y col.

Las Reformas del Sistema de Salud
Chileno
Manuel

Panorama / 8

Elaboración de los Contenidos de Salud
en la Nueva Constitución Venezolana
Feo / Díaz

Reflexiones / 10

Mecanismos de Financiamiento
en Beneficio de los Pobres
Bennett / Gilson

Monitor de la Salud / 13

Características de los Sistemas de Salud en
12 Países de América Latina y el Caribe

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

Avedis Donabedian:

Una experiencia directa con la calidad de la atención¹

El médico, académico y poeta Avedis Donabedian murió en noviembre pasado a la edad de ochenta y un años, un mes después de haber respondido a esta entrevista con Fitzhugh Mullan. Conocido como fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus "Siete Pilares de la Calidad", Donabedian nació en Beirut en el seno de una familia armenia y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. Estudió medicina en la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar salud pública en Harvard. En 1961 se convirtió en profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo.



terapias hormonales y algo más de cirugía. Técnicamente estaba enfermo, pero en general me sentía bien y funcionaba a máxima velocidad.

Sin embargo, hace como tres años, desarrollé un estrechamiento de la uretra que provocó una serie de complicaciones que llevaron a infección y falla renal. Me enfermé mucho y fui hospitalizado. (...) El nefrólogo de consulta externa me descubrió un nuevo tumor en la vejiga. Esto condujo a más cirugía y me dejó sin vejiga y

sin recto y con tubos y bolsas permanentes. Tengo buen apoyo en casa. Tengo una esposa maravillosa y he podido sobrellevarlo. En los últimos meses el cáncer de próstata se ha diseminado y tengo metástasis por todos lados. En general, me estoy debilitando pero puedo andar por la casa y el dolor está razonablemente controlado.

Mullan : Usted ha sido en definitiva un paciente del sistema. Pero por muchos años también fue médico, comentarista y filósofo del sistema. ¿Qué es lo que sobresale de la atención médica al experimentarla?

Donabedian : ¿Por dónde empezar, amigo mío? Diría que mi visión es positiva en términos generales. He tratado de escoger médicos que trabajan juntos de manera razonablemente acertada, para que haya un cierto nivel de comunicación y continuidad. Pero hay áreas en donde nadie asume su responsabilidad, en donde la planeación es deficiente, en las que me dejan solo. (...)

Juzgando la calidad

Mullan : Usted ha escrito mucho sobre la calidad de la atención, por ejemplo sus principios conocidos como los Siete Pilares de la Calidad de Donabedian. ¿Qué opina de la calidad de la atención que ha recibido?

Donabedian : La visión de la calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial al proceso interpersonal. Mantenga contento al paciente, sea amable con el paciente, llámelo señor o señora., recuerde su nombre. La idea de que los pacientes deben involucrarse en su atención en general no es practicada de manera responsable. Hoy día

Verse como paciente

Mullan : A una persona que ha enseñado y escrito tanto sobre la atención a la salud debe parecerle extraño encontrarse en la posición del paciente. Hábleme de su enfermedad.

Donabedian : Mi enfermedad actual empezó en 1972 con síntomas de infección urinaria. Exámenes y una biopsia subsecuentes revelaron que tenía cáncer de la próstata un poco extendido. Me practicaron una prostatostomía y terapia con cobalto y, durante años, gocé de buena salud. De hecho la mayor parte del trabajo por el que se me conoce la realicé después de la manifestación del cáncer. Luego, hace como quince años, mi antígeno específico de la próstata empezó a subir y pasé por varias

* Tomado de la entrevista realizada por Fitzhugh Mullan originalmente publicada en el número de enero/febrero 2000 de la revista Health Affairs © 2001 Project HOPE- The People-to-People Health Foundation, Inc.

la gente habla de autonomía del paciente, pero por lo general eso se traduce en abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que a fin de cuentas sea aceptable para éste pero que no sea dirigida. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable pero sin ser manipulador.

Mullan : En su experiencia, ¿los sistemas de atención trabajan como deberían?

Donabedian : A la gente le cuesta trabajo entender la relación entre la calidad y los sistemas. Muchos médicos se esconden tras el alegato de que son buenos clínicos pero el sistema está mal, sin darse cuenta de que ellos son el aspecto clave del sistema. El sistema es responsabilidad de los médicos y de los dirigentes de los hospitales. (...)

Confianza en medio de los errores

Mullan : A medida que la atención hospitalaria se vuelve más compleja e intensiva parece claro que la ausencia de un sistema bien dirigido fácilmente puede llevar a errores. ¿Cuál fue su sensación en el manejo cotidiano de su atención en el hospital?

Donabedian : Creo que los servicios de los hospitales son un desastre. He visto a tantas enfermeras de tiempo parcial trabajando en horarios distintos. Van y vienen. A menudo no podía saber si estaba tratando con una enfermera, un técnico, un médico de guardia o un asistente. Vi una discontinuidad rampante en la atención de enfermería y muchas enfermeras pobremente formadas, especialmente en los fines de semana. (...)

La causa de situaciones clínicas como esta, es la incapacidad para percatarse de la relación entre lo que he llamado la estructura, que se puede llamar diseño del sistema, y el desempeño del sistema. Las cosas no van a mejorar hasta que se haga algo respecto al diseño del sistema.

Mullan : ¿Por qué está pasando esto? No podemos decir que la administración de los hospitales parta de una mala fe, y sin embargo el sistema que ha construido es deficiente en muchos sentidos y ocasionalmente peligroso.

Donabedian : Creo que el mal entrenamiento y la educación deficiente tienen mucho que ver con esto. En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema. Y luego se pone a médicos y enfermeras a cargo de sistemas que suelen estar bajo presiones financieras de corto plazo. Estas presiones son reales, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas.

El problema proviene de una cierta miopía mezclada con ignorancia. Es fácil entrenar gente para usar cierto vocabulario -por ejemplo, llamar "clientes" a las personas a las que se ofrecen "productos"- pero esto no cambia realmente la cultura ni la conciencia de los clínicos. Nuestros clínicos deben ser capaces de identificar las fallas y ponerlas a la vista de quienes pueden resolverlas, pero eso no sucede. Se habla mucho de la atención, pero el compromiso real es escaso.

Comercialización de la atención

Mullan: Todos hemos visto la rápida comercialización de la atención a la salud en los años recientes. ¿Cómo se siente usted al respecto?

Donabedian : Nunca he estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la atención. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica pero no una empresa comercial en sentido estricto. No estamos vendiendo un producto. No tenemos un cliente que entienda todo y hace elecciones razonables - y en ello también me incluyo a mí mismo. Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto.

La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Sólo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema. El hecho de que haya gente que debe ganar dinero porque invierte recursos en la atención a la salud parece algo perverso, un tipo de fraude.

Mullan : ¿Qué opina del Movimiento de las HMO (*Health Maintenance Organizations*, Organizaciones de Mantenimiento de la Salud)?

Donabedian: Siempre he estado a favor de la práctica de grupos de prepaga como método para proveer atención médica, reducir las barreras al acceso e incrementar la equidad en la distribución de los servicios. La atención gerenciada prometía una manera más coherente, integrada y coordinada para proveer atención. Muchos de los aspectos estructurales de las HMOs de hoy son aquellos que yo propuse desde el principio. Pero siempre partí de la base de que las HMO estarían diseñadas con el objetivo de prestar atención, no de reducir costos. No tiene nada de malo buscar la eficiencia, pero la reducción de costos por sí sola no produce eficiencia y

definitivamente no mejora la atención al paciente. Las HMO de hoy son buenas para medir los costos pero le ponen poca atención a la medición de los efectos. Esta falla para ver los resultados limita todas las razones por las cuales tantos de entre nosotros estábamos interesados en la práctica de los grupos de prepaga en el principio. Aun hoy yo estaría entusiasmado por las HMO si se quitaran las presiones financieras que se ejercen sobre los médicos. El reto es conservar cierto control sobre los costos sin crear un conflicto de intereses con los médicos al ligar su paga a la reducción de los costos de los pacientes. Mi solución estaría basada en la probidad moral y científica de los practicantes más que en incentivos financieros.

Mullan: Al reflexionar sobre el estado de nuestro sistema de atención, incluyendo los aspectos comerciales y las tremendas inequidades aún existentes en cuanto al acceso a la atención, ¿hacia dónde cree que vamos?

Donabedian: Me preocupan mis colegas, los médicos. Soy médico, mi hijo es médico y mi padre fue médico - un médico rural en los pueblos de la Palestina árabe y mi modelo de lo que debe ser un buen médico. Me preocupa el destino de la profesión médica porque los médicos son como bebés en el bosque. A lo largo de los años, los médicos han desconfiado del gobierno (...) Ahora el capitalismo de mercado ha tomado el poder y los médicos están siendo explotados por todos lados por las grandes corporaciones. Gradualmente están perdiendo el respeto de la gente. Me preocupa que las profesiones de la salud vayan adquiriendo un estatus de técnico y atrayendo sólo a gente sin la probidad moral necesaria. Un aspecto positivo del caos imperante es que está generando insatisfacción en todos lados. Más pronto que tarde tendremos que desarrollar un plan nacional de salud. El diseño y la implementación de semejante plan puede ser una tarea interesante para el futuro cercano, me parece. Este país tiene gran sabiduría y tremenda bondad. Eventualmente triunfarán en la atención a la salud.

Determinación del Gasto en Salud en Argentina Problemas metodológicos y principales resultados

Graciela Ventura, Leticia Montiel, Rodrigo Falbo, Federico Tobar

Instituto Universitario ISALUD Programa de Investigación Aplicada

Buenos Aires

Desde mediados de los años setenta los presupuestos de salud de los países ingresaron en una espiral inflacionaria superior a la registrada en los demás sectores de la economía. La economía de la salud en tanto disciplina adquirió un impulso notable al aparecer como la solución a nivel macro para establecer los niveles de gasto adecuados a cada país y a nivel micro para definir los modelos de asignación de recursos más racionales.

En el diseño de las políticas para reforma del sistema de salud se utilizan estimaciones del gasto como insumo esencial. Durante las últimas tres décadas los países ensayaron mediciones de sus gastos sanitarios con resultados muy dispares. Esta problemática planteó una discusión importante a nivel de los gobiernos y la comunidad académica pues la medición del gasto en salud es una tarea controvertida que involucra un amplio conjunto de definiciones.

La medición del gasto en salud involucra una serie de particularidades y desafíos. Algunos de ellos son comunes a otros sectores sociales y están relacionados con la insuficiencia de sistemas adecuados de información en los países en desarrollo. Otros son específicos del sector salud y están relacionados con el propio proceso de producción de los servicios de salud. Los avances metodológicos recientes en la medición del gasto sanitario han alterado radicalmente la percepción de los diseñadores de políticas sobre la estructura del sistema de salud y los roles que corresponde desempeñar al Estado.

Problemas metodológicos en la medición del gasto en salud

Las discusiones sobre la estimación del gasto en salud se han concentrado sobre dos grandes controversias. La primera gira en torno al alcance del gasto nacional de salud, las categorías y las definiciones usadas y el marco teórico con que se opera: *¿Qué es gasto en salud?*. La segunda se refiere a los métodos usados para discriminar las estimaciones según categorías particulares de gasto: *¿Cuál es la forma correcta de medir el gasto en salud?*.

El principal problema de medición estriba en la homogeneidad que deben reunir los diferentes datos del gasto a fin de hacerlos comparables. Esto exige una definición conceptual precisa del gasto en salud. Se entiende, pues, por *gasto en salud* todos aquellos gastos comprometidos de forma directa o indirecta con la consecución de objetivos genéricos del bienestar o la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, el gasto en salud es algo más que dinero, involucra el desafío de querer traducir a una unidad común y a una variable continua toda la organización, la dinámica y la morfología del sistema de salud.

En síntesis, los estudios preocupados con la posibilidad de comparar los resultados obtenidos plantearon que el gasto en salud incluye el consumo privado de cuidado médico: hospitalario, ambulatorio, medicamentos, recursos terapéuticos, otros beneficios asegurables (excepto contraprestaciones monetarias por la enfermedad) y prestaciones públicas, incluyendo servicios preventivos y de salud pública, administración y regulación. No obstante, existen algunos límites imprecisos como por ejemplo, si se debe considerar los gastos operativos de las instituciones geriátricas o estas deben ser imputadas a los servicios sociales no sanitarios y si se debe o no considerar el financiamiento de la investigación universitaria en el área biomédica.

El segundo problema es el de cómo medir el gasto. Una vez identificado qué debe ser incluido y qué no, el mayor riesgo es el de incurrir en doble conteo, es decir, duplicar la valoración de ciertas actividades. El criterio más utilizado para la cuantificación del gasto sanitario consiste en medirlo a través de su financiamiento. Existen otros criterios alternativos como por ejemplo, la provisión, la especificación de los recursos empleados o el tipo de servicios prestados.

La mayor parte de los estudios inicia la imputación a través de las entidades financiadoras. Es decir, aquellas que recaudan los flujos monetarios de las empresas y las familias para destinarlos a la compra de servicios sanitarios. Sin embargo es necesario responder a varias preguntas:

- ▶ ¿Quién paga?
- ▶ ¿Cómo paga?
- ▶ ¿Quién decide?
- ▶ ¿En qué se gasta?

Los mayores avances a nivel mundial en la medición del gasto en salud se obtuvieron en la década del 90 a partir de la confección de protocolos únicos de relevamiento. Los países de la OCDE establecieron un conjunto de

procedimientos estandarizados para la medición del gasto sanitario que posibilitaron la construcción de estudios comparativos entre 25 países. En relación a las fuentes de financiamiento se discrimina el origen público, privado o de la seguridad social. Estas categorías se combinan con los tipos de servicios (hospitalarios ambulatorios), los tipos de proveedores (generales o psiquiátricos) y tipos de insumos.

Otro avance importante ha sido el establecimiento de Cuentas Nacionales de Salud que involucran el desarrollo de matrices de fuentes y finalidades.

En América Latina el mayor antecedente en el esfuerzo por medir el gasto en salud es la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS) cuya misión es apoyar los procesos de reforma nacionales para promover servicios de salud básicos más eficaces.

En líneas generales, el primer criterio para la estimación de las cuentas nacionales de salud consistió en identificar para cada país las instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas, las cuales constituirán las fuentes de información básica. El siguiente paso era la recopilación de información sobre fuentes, fondos, prestadores de servicios de salud y destinos del financiamiento en instituciones gubernamentales y privadas. Por último la información recolectada se procesó a través de matrices.

La principal limitación de los estudios de Cuentas Nacionales de Salud desarrollados en América Latina durante los años noventa consiste en su carácter puntual. Es decir, su aplicación a un solo año, sin construcción de series históricas y en la falta de continuidad de las iniciativas.

Considerando la tipología general de los sistemas de salud de acuerdo con las características de cada caso nacional, la exactitud de la medición del gasto en salud estará condicionada por la organización del sistema de salud. Así pues, donde predomine un modelo universalista, los esfuerzos deberán concentrarse en la exactitud del registro del gasto público. Donde predomine un sistema de seguros sociales el foco de la atención recaerá sobre el gasto de las instituciones prestadoras o aseguradoras, el cual en su mayoría es financiado a través de contribuciones

y aportes sociales. Por último, en donde predomine el mercado de aseguradoras privadas la atención recaerá sobre el componente privado del gasto, el cual está integrado por el gasto en primas y mensualidades y por el denominado desembolso directo de las familias.

Los sistemas mixtos, es decir aquellos donde no hay hegemonía de ningún subsector, son los que plantean mayores dificultades tanto para la medición como para el uso posterior de los resultados obtenidos. Este es el caso argentino, pues el financiamiento de la Seguridad Social (50% de la población), aun siendo muy superior al del subsector público y al de los seguros privados, es inferior al gasto de bolsillo de las familias.

Otro problema en relacionado con la posibilidad de comparar los datos de gasto en salud es el que se deriva de la variación de los precios en el espacio y el tiempo. Si bien la cifras del gasto nominal en unidades monetarias corrientes locales pueden ser aceptablemente correctas, el problema de la deflación del gasto sanitario debe ser tomado en cuenta. Para superar estas dificultades es necesario trabajar sobre indexaciones específicas de los precios al consumidor del sector salud, por una parte (tiempo) y sobre unidades comparables internacionalmente, tales como la Paridad del Poder Adquisitivo (PPA).

Gasto en salud en Argentina: aspectos metodológicos

El Gasto en Salud en Argentina involucra a toda erogación que tenga como finalidad la cobertura de salud:

1. gasto consolidado de los gobiernos nacional, provincial, municipal tanto preventivo, curativo, de programas específicos, de administración o de infraestructura;
2. gasto de la Seguridad Social, nacional o provincial y de otras jurisdicciones (ejército, gendarmería) en prestaciones médico asistenciales; y
3. gasto privado o desembolso directo de las personas en bienes o servicios para la salud.

Para conciliar la presentación de resultados con otros estudios se incluye dentro de la categoría gasto público a los dos primeros (gasto de los gobiernos y gastos de la seguridad social). Se toma como año base 1997 debido a que se cuenta con la Encuesta de Gasto de los Hogares implementada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC. Partiendo del consolidado de las cuentas de Gasto efectuado por la Dirección Nacional de Programación del Gasto Social del Ministerio de Economía, para el Gasto Público y de la Encuesta de los Hogares para el Gasto Privado, se conforma primero el Gasto Consolidado a Nivel Nacional para el año 1997, para luego llegar a un desagregado provincial del mismo. Sobre este año base se calcula el gasto per cápita y el gasto en relación al PIB para comparar el gasto de Argentina con el de otros países seleccionados.

Una vez efectuado el análisis del año 1997, se procede a armar una serie temporal que abarque el quinquenio 1995-1999, utilizando los

valores corrientes de las cuentas públicas y realizando una proyección temporal del gasto privado en función de varios indicadores representativos del mismo.

Partimos de la división del sistema de salud argentino en, al menos, tres subsistemas claramente diferenciados con sus propios esquemas de financiamiento:

Subsistema	Cobertura	Financiamiento
Público	Universal Sectores de bajos ingresos	Impuestos o recursos fiscales Se ejecutan a través de los gobiernos (nacional, provincial y municipal)
Seguro Social	Sectores medios del mercado formal de trabajo	Contribuciones con base en salarios transferidos a las Obras Sociales
Privado	Grupos de mayores ingresos Compra directa en el mercado de servicios y seguros	Gasto privado o de las familias Pagos directos y cuotas de seguros

Para medir el gasto en salud en Argentina este estudio se basa en la distinción de fuentes y flujos y parte de los siguientes supuestos:

- La heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud crean un cuadro variado de cobertura y accesibilidad.
- Existen subsidios indirectos del subsector público al privado y de la seguridad social.
- Los beneficiarios del subsector público no son sólo los pertenecientes a la población sin cobertura de obras sociales o prepagas.

En relación con las fuentes de financiamiento se distinguen las siguientes categorías:

- Impuestos: recursos nacionales, provinciales o municipales cuya asignación se determina según prioridades políticas de la jurisdicción correspondiente.
- Contribuciones sobre el salario realizados por los empleados y los empleadores para co-financiar la cobertura de salud a través de una obra social.
- Recursos externos: transferencias del extranjero y organismos internacionales para co-financiar programas específicos.
- Gasto de las familias ya sea en primas pagadas a empresas de medicina privada (prepaga, mutuales y seguros de enfermedad) o desembolsos directos del bolsillo para pago de consultas, hospitalización, medicamentos, etcétera.

Por lo que toca a los agentes, distinguimos:

- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS)
- Ministerios provinciales de salud
- Secretarías municipales de salud
- Obras sociales dentro de la ANSSAL
- La obra social de los jubilados- Programa de Asistencia Médica Integral (Pami)
- Obras sociales nacionales fuera de la ANSSAL
- Obras sociales provinciales
- Empresas de medicina prepaga

Se optó por trabajar con recursos a valores corrientes. Las correcciones monetarias son innecesarias debido a los bajos niveles inflacionarios desde inicio de los noventa y el mantenimiento de la paridad uno a uno con el dólar estadounidense.

Principales Resultados

A pesar de los altibajos, en el lustro considerado (1995-1999) el Gasto en Salud en Argentina tuvo un incremento acumulado del 7.5%, lo que representa un promedio anual de 2.1%. Sin embargo, la participación del gasto en el PIB ha ido cayendo hasta acumular un 7.44% (cuadro 1).

Por lo que toca al origen del financiamiento, el gasto privado total del país ascendió en 1999 a 10.533 millones de pesos, aumentando un 13% entre 1995 y 1999, siendo mayor que el incremento en el gasto público que fue del orden del 3.5% para el mismo período. El promedio del gasto privado representó un 3.78% del PIB. Los medicamentos representaron el 47% del monto total mientras que los servicios de salud equivalían al 53%. Como resultado de la estructura del sistema de salud argentino, en el cual la seguridad social tiene un peso muy importante, en 1997 el gasto público alcanzó el 55% mientras que el gasto privado representó el 45% del total. En efecto, la parte del gasto público financiado por la seguridad social fue del 60%.

El cuadro 2 permite establecer una relación adecuada de las principales fuentes de financiamiento en salud sin perder de vista a los agentes que intervienen en forma directa. Así, por ejemplo, se evita considerar dentro del componente público a todos los fondos que en forma compulsiva o por ley participan en el financiamiento.

Los hogares constituyen la más importante fuente de financiamiento en salud en Argentina. Registran una participación promedio equivalente al 60% del total dentro del período considerado y una tendencia hacia un leve incremento relativo.

Conclusiones

Construir una serie adecuada del gasto en salud exige satisfacer condiciones de: a) compatibilidad, b) comparabilidad, c) consistencia y d) precisión. Alcanzar todos estos requisitos implican una gran desafío. El presente estudio (del cual aquí presentamos un resumen *N. d. e.*) constituye un avance en este sentido, dado que presenta la primera serie del gasto en salud en Argentina construida sobre una misma base metodológica.

Los sistemas de información disponibles han avanzado substancialmente permitiendo dar mayor consistencia, compatibilidad y precisión a los resultados analizados. Sin embargo, el gran desafío pendiente lo constituye el gasto privado debido a las limitaciones en la definición y clasificación del gasto. Consideramos como año base a aquel en que se disponía de la información más precisa proveniente de la Encuesta de Gasto de los Hogares construyendo proyecciones en función de variables macroeconómicas representativas.

Argentina es el país de América Latina que más gasta en salud en valores per capita y uno de los que más gasta en relación a su riqueza.

Cuadro 1 Evolución del Gasto en Salud en Argentina 1995-1999

	Gasto en Miles de \$	Índice 1995 = 100	Gasto per Capita	Índice 1995 = 100	Gasto como % del PIB	Índice 1995 = 100
1995	22.226	100	639.25	100	9.13	100
1996	22.377	110.60	635.25	99.37	8.71	95.4
1997	23.428	105.40	656.76	102.73	8.44	92.4
1998	24.073	108.31	672.05	105.13	8.35	91.5
1999	23.894	107.50	659.45	103.15	8.45	92.5

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2 Matriz de Fuentes y Agentes del Gasto en Salud en Argentina, 1999

1999 Agentes	Fuentes					Totales
	Nación	Provincias	Municipios	Empresas	Hogares	
Ministerio de Salud Nacional	791					791
Ministerios de Salud Provinciales		3,957				3,957
Secretarías de Salud Municipales			782			782
Otros Ministerios						
Sector Público	791	3,957	782			5,530
Obras Sociales Nacionales	113			2,317	1,458	3,888
Obras Sociales Provinciales		1,075			907	1,982
INSSJP				237	1,723	1,960
Seguridad Social	113	1,075		2,554	4,088	7,830
Fondo de Hogares					10,553	10,533
Sector Privado					10,553	10,533
TOTAL	904	5,032	782	2,554	14,621	23,894

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, comparando los resultados con los países de la OCDE vemos que si bien los argentinos destinan a la salud una porción de su riqueza equivalente a la que gastan los canadienses, en términos de gasto por habitante, Canadá prácticamente triplica a la Argentina.

El análisis de la distribución del gasto entre público y privado tanto a nivel nacional como entre

las provincias, la comparación del gasto per capita entre países y entre provincias, así como entre las diferentes fuentes de financiamiento son aspectos fundamentales a considerar para la toma de decisiones. Es a partir de ellos que se hace posible establecer lineamientos de políticas para mejorar la cobertura y el alcance de los servicios de salud en el país.

Las reformas del sistema de salud chileno¹

Annick Manuel

Centro de Análisis Social y Económico en Salud. FUNSALUD

El sistema de salud de Chile ha sido objeto de reformas intensas durante los últimos años. Los cimientos del sistema actual fueron diseñadas e implementadas durante la era de Pinochet y los regímenes democráticos que le siguieron sólo introdujeron algunos cambios preservando el núcleo del sistema, es decir, la descentralización y la coexistencia de los sectores público y privado. Los cambios se dirigieron fundamentalmente al fortalecimiento de la eficiencia de la descentralización y al reforzamiento del papel regulador del estado.

El sistema de atención a la salud antes de la era de Pinochet. Hasta finales de los años ochenta coexistieron dos sistemas públicos: a) el Servicio Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos y contribuciones salariales, el cual cubría a 60% de la población (trabajadores asalariados e indigentes); b) el Servicio Médico Nacional para los Empleados (SERMENA) financiado mediante contribuciones salariales y pagos de los bolsillos, que cubría a 25% de la población (trabajadores de cuello blanco); y c) el sistema médico militar que cubría a 5% de la población. Finalmente, el sector privado cubría sólo al 10% de la población.

Reformas de la era de Pinochet

En 1979 se diseñó un conjunto de reformas congruentes con la ideología del nuevo régimen esencialmente dirigido a descentralizar y desarrollar el sector privado. En este sentido el SERMENA y el SNS fueron fundidos en una sola institución, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por el Ministerio de Salud y las organizaciones dependientes creadas para lograr la descentralización. En la actualidad el término SNSS se refiere a la red de prestadores de servicios de salud únicamente. La nueva ley también separaba las funciones normativa, financiera y de prestación dentro del sistema.

El MS retenía la función normativa, definiendo las políticas nacionales de salud, los planes y las normas y coordinando la interacción entre los diferentes actores y organizaciones del sector salud. También supervisaba a estos diferentes organismos y está a cargo de la parte sustancial de la regulación del sector.

La red de prestadores privados (ahora designada como SNSS) incluía a 26 (actualmente 28) servicios regionales de salud que cubrían todo el territorio y eran responsables de la ejecución de los planes de promoción y protección de la salud y la prestación de los servicios de atención (básicamente secundaria y terciaria) a través de una red de hospitales y puestos de salud.

El proceso de desconcentración llevó a una nueva organización, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado del financiamiento del sistema. El FONASA es responsable de recolectar, administrar y distribuir los recursos financieros públicos destinados al sector salud. Los recursos provienen de impuestos generales, las contribuciones obligatorias pagadas por todos los empleados y pensionados desde 1981 (opcional para los auto-empleados) y

que actualmente equivale a 7% del ingreso gravable. El Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST) está en cargo de la administración de medicamentos e insumos para el SNSS fue creado en aquella época.

La segunda parte del proceso de descentralización del sector público se inició en 1981 y representó la transferencia de la administración de los centros de atención primaria del SNSS hacia los municipios. Los objetivos centrales de la devolución de la atención primaria a la salud eran: 1) transferir el poder de toma de decisiones al nivel local, 2) permitir una mejor adaptación de los programas de salud a las necesidades de la población local, 3) incrementar la participación de la comunidad en el sector salud, 4) movilizar recursos locales para mejorar la infraestructura y el funcionamiento de los centros de atención primaria, y 5) permitir una mejor coordinación entre los programas sociales (salud, educación) en el nivel local. El acuerdo entre una municipalidad y el representante local del SINSS define las responsabilidades y los deberes de ambas partes. Las primeras son responsables de la infraestructura de la atención primaria y de la prestación de la atención en ese nivel, bajo la supervisión y la asistencia de los servicios regionales de salud.

Una reforma adicional de gran importancia en relación con la descentralización fue el cambio en los mecanismos de financiamiento de los prestadores de servicios del sector público. En vez de usar presupuestos relacionados con necesidades y poblaciones, se estableció la Facturación (o pago) por Atención Prestada (FAP) para los prestadores del SNSS y del FAPEM en los municipios. De este modo, los hospitales y los centros municipales recibieron reembolsos retrospectivos basados en una lista de cuotas por servicio de los procedimientos médicos.

Desarrollo del sector privado

Los principios ideológicos del régimen militar permitieron y favorecieron el desarrollo de un sector privado que dio al público la posibilidad de hacer su contribución obligatoria para salud ya fuera dentro de

las instituciones de financiamiento público (FONASA) o dentro de entidades privadas llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La existencia de semejante sector privado garantizaría la libertad de elección por parte del ciudadano y supuestamente descansaría sobre el principio de la competencia para asegurar una administración eficiente de los recursos para salud. Las primeras reglas que definían el papel de las ISAPREs fueron definidas en 1981 y les daban una gran libertad. El plan de salud acordado entre la institución y el afiliado definía los beneficios médicos y económicos prestados y el valor de las primas. Sin embargo, el contrato se establecía de forma anual y las ISAPREs tenían el derecho de rechazar a sus miembros o a negarles la renovación. Este derecho abría la puerta a una extensiva discriminación de riesgos: En los años ochenta el gobierno llevó a cabo varios ajustes a las reglas iniciales con el fin de reglamentar el mínimo de provisiones de los planes de salud, los beneficios excluidos y los períodos de exclusión. Incluso el contrato se volvió vitalicio, permitiendo sólo a las ISAPREs rescindirlos cuando los afiliados no respetan sus obligaciones financieras. Sin embargo, anualmente pueden restablecer los beneficios y los precios de los contratos, siempre y cuando las nuevas condiciones se apliquen a todos los afiliados de cierto plan y no conduzcan a la discriminación de miembros de alto costo.

Reformas de los gobiernos democráticos (1996 -)

El gobierno de transición se encontró con una serie de problemas heredados por el régimen pinochetista:

- ▶ Un importante deterioro de la infraestructura pública y de la calidad de la atención debidas al significativo descenso en el gasto público en salud durante la década previa. Esto se vio acompañado por una administración ineficiente en las organizaciones desconcentradas atribuida a la inadecuación de la información y los sistemas administrativos, inexperiencia de los tomadores de decisiones y asignación ineficiente de los recursos.
- ▶ La municipalización de las instalaciones de atención primaria provocó algunos otros retrocesos, entre los que se incluye la falta de coordinación entre los servicios regionales de salud y los municipios, el deterioro de las condiciones de trabajo, los salarios y las oportunidades profesionales de los trabajadores de los servicios de atención primaria que se encontraban bajo los

¹ El lector puede consultar la versión completa de esta narrativa en nuestra página electrónica.

reglamentos laborales del sector privado y la inadecuación del sistema de financiamiento.

- ▶ Los sistemas retrospectivos de pago llamados FAP y FAPEM introdujeron en 1978 una carencia de incentivos para la eficiencia y la contención de los costos favoreciendo la promoción de la atención curativa en detrimento de la preventiva debido a que la mayoría de los servicios de promoción y prevención o eran reembolsados. Más aún, las cuotas por servicios estaban subvaluadas, lo cual condujo al deterioro de la cantidad y la calidad de los servicios prestados, especialmente en los municipios pobres y rurales incapaces de procurarse nuevos recursos.
- ▶ A pesar de las regulaciones introducidas al final de los ochenta, el sector privado todavía carecía de transparencia debido a la multiplicidad de planes y precios y la ausencia de reglas claras sobre los beneficios excluidos o la negativa a dar cobertura. La débil regulación de las posibilidades de discriminación de riesgos por parte de las ISAPREs favoreció la inequidad.

El gobierno de Patricio Alwyn (1990-1994) decidió mantener la estructura esencial del sector salud (descentralización y co-existencia de los sectores público y privado) mientras se fortalecía el papel regulador del estado. Los objetivos de las reformas eran incrementar la equidad y la eficiencia del sistema público descentralizado e incentivar la participación comunitaria. La implementación de estas iniciativas se fue realizando poco a poco a lo largo de los años noventa.

- ▶ Se puso en marcha un programa de inversión financiado por el estado y a través de donativos y préstamos extranjeros para infraestructura y equipo del sistema público.
- ▶ Se tomaron iniciativas para fortalecer el papel normativo y regulador del estado y para mejorar la eficiencia de los organismos descentralizados. Se crearon nuevas divisiones en el MS y se dirigió un importante esfuerzo para aumentar la autonomía en la toma de decisiones a nivel de los servicios regionales de salud en lo que toca a las inversiones locales y el incremento de la participación de los trabajadores así como para mejorar las condiciones laborales, los salarios y las oportunidades profesionales.
- ▶ Se puso énfasis en la atención primaria a partir de iniciativas destinadas al mejoramiento de la eficiencia y la calidad de las instalaciones municipales y el acceso de la población a los servicios de salud. Se hicieron importantes inversiones, se creó una División de Atención Primaria en el MS y se reforzó el papel de

supervisión de los servicios regionales de salud sobre los asuntos relacionados con la atención primaria al tiempo que se hizo un programa global de re-evaluación de los trabajadores que creaba un nuevo estatus y mejores oportunidades profesionales.

- ▶ Se implementó una reforma de los sistemas de financiamiento introduciendo pagos prospectivos. A partir de 1994 los prestadores del SNSS reciben financiamiento de acuerdo con un mecanismo de Diagnóstico de Grupos Relacionados. En el caso de las instalaciones municipales de atención primaria, en 1997 se reemplazó el sistema de FAPEM instituyendo un sistema per capita basado en la población registrada en cada centro de salud.
- ▶ Los asuntos relacionados con el sector privado fueron objeto de un intenso debate durante los primeros años de la democracia y, como resultado, la ley 19,381 sólo fue promulgada hasta 1995. Esta ley fortaleció el papel regulador de la Superintendencia. Estableció reglas más estrictas en relación con el contenido de los contratos de salud, las obligaciones de las ISAPREs, los períodos de exclusión, los beneficios excluidos y la cobertura de enfermedades pre-existentes. Las innovaciones más recientes son la eliminación de la contribución deducible de impuestos de los empleadores que beneficiaba sobre todo a estos y a los trabajadores de ingresos medios, y la inclusión de cobertura de enfermedades catastróficas en algunos planes.

Retos del Sistema de Salud Chileno

El *Reporte Mundial de Salud 2000* que analiza los sistemas de salud muestra un desempeño globalmente favorable del sistema de salud chileno. Entre 191 países, Chile ocupa el lugar número 33 en cuanto al desempeño general de sistema, el 23 por el nivel de salud y el primero en lo que toca a la equidad en la distribución de las condiciones de salud. Sin embargo, la injusticia del sistema en relación con las contribuciones financieras es evidente, haciéndolo ocupar el lugar número 168 por lo que se refiere a la justicia.

Los indicadores de salud de Chile se encuentran entre los mejores de América Latina y están cerca de los de los países industrializados. Sin embargo, la población chilena está envejeciendo y la prevalencia de enfermedades crónicas está creciendo. Uno de los retos importantes que enfrentan los tomadores de decisiones es la tarea de redefinir las prioridades del sistema de salud de acuerdo con el nuevo perfil epidemiológico del país.

Otros retos se encuentran relacionados con la implementación de la reforma del sector salud en cuanto a equidad y eficiencia. El sistema de salud chileno provee cobertura al 100% de la población. Sin embargo, existen importantes disparidades en la extensión y la calidad de la cobertura de salud entre los sectores público y privado. La población rica está afiliada a las ISAPREs y recibe mejores beneficios que los pobres que sólo pueden acceder al sector público. Más aún, el sector privado es la fuente de la discriminación de riesgos, pues las ISAPREs pueden adaptar libremente sus primas de acuerdo con los riesgos de salud. Los copagos también contribuyen a aumentar estas inequidades. Cada año, cerca de 24% de los pacientes cubiertos por las ISAPREs reciben servicios en instalaciones públicas porque no pueden cubrir los copagos de ciertas intervenciones.

La inequidad del sistema va de par con un mecanismo injusto de contribución financiera. El hecho de que los ciudadanos puedan escoger el pago de su contribución al sector privado en vez del público evita la existencia de un mecanismo de redistribución dentro del sector salud. Los grupos de mayores ingresos no contribuyen al sector público, excepto a través de los impuestos generales, parte de los cuales van a dar al FONASA. De este modo, el subsidio de la atención a la salud para los pobres en parte es asegurado por los contribuyentes de las clases media y baja que permanecen en el sector público.

El sistema de salud chileno también padece de las ineficiencias características tanto del sector público como privado. En el sector privado, las ineficiencias incluyen la ausencia de prestación de servicios de medicina preventiva en las ISAPREs que no están seguras de poder beneficiarse de las estrategias de prevención en el largo plazo debido a la movilidad de los afiliados. Este sector también se caracteriza por los altos costos de mercadeo y administrativos y por la ausencia de claridad y la sobreadundancia de planes de salud que provocan una falta de información entre los consumidores. Finalmente, una visión retrospectiva de los mecanismos de pago por servicio generalmente utilizados hace ver que se ha producido una demanda inducida que no permite incluir incentivos para contener los costos.

El sector público no es ajeno a las ineficiencias. EL FONASA todavía carece de información confiable sobre los beneficiarios. La recolección de los copagos es difícil debido a los vacíos de información en relación con quién tiene capacidad de pago. Por otra parte, es común que los beneficiarios de las ISAPREs usen los recursos del sector público en el caso de procedimientos caros que no están cubiertos por sus planes de salud. Una baja eficiencia en la producción de servicios de salud es otro de los problemas y las autoridades de las instalaciones municipales y de los hospitales no tienen la autoridad legal ni la autonomía para un manejo más eficiente de los recursos, especialmente los recursos humanos.

Durante los años noventa se introdujeron varias reformas destinadas de manera específica a enfrentar los problemas debidos a la descentralización de la atención primaria enfocando especialmente el sistema injusto e ineficiente de financiamiento y el estatus personal. A pesar de todo, algunos problemas parecen persistir, tales como la falta de coordinación entre los centros de atención primaria y los servicios regionales de salud, lo cual provoca una administración y prestación ineficientes. El estatus de las instalaciones y el personal de atención primaria en la red pública y la falta de integración del personal de este nivel en el sistema público de carreras profesionales son otros temas que crean problemas.

Finalmente, pero igualmente importante, la insatisfacción de la población chilena es muy alta tanto por lo que toca al sector público como el privado. Un estudio realizado por el Centro de Estudios Públicos en 1994, descubrió que 55% de los beneficiarios del sector público y 45% del sector privado estaban insatisfechos o muy insatisfechos con su sistema de salud.

Elaboración de los Contenidos de Salud en la Nueva Constitución Venezolana. Un ejemplo de relación de la investigación con la toma de decisiones en la Reforma del Sector Salud

Oscar Feo Istúriz
Jorge Díaz Polanco
CENDES-UCV

El contexto

En 1998, agotada y deteriorada por 40 años de dominio del partidismo clientelar y la corrupción, Venezuela vive un intenso proceso político que culmina con la destitución del Presidente Carlos Andrés Pérez y el triunfo electoral de Hugo Chávez, quien convoca a un referéndum popular con el objetivo de formar una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y promulgar una nueva Constitución.

La ANC estuvo integrada por 131 representantes electos en forma directa y uninominal y funcionó durante seis meses para elaborar la nueva Constitución, la cual por primera vez en la historia, fue sometida a un referéndum aprobatorio que obtuvo un importante apoyo popular.

La nueva Constitución contiene las bases de la organización del país y del funcionamiento de la nueva institucionalidad; y desarrolla conceptos básicos en relación al papel del estado, el ciudadano y la sociedad, en especial:

- la progresividad e interdependencia de los derechos humanos y sociales, reafirmando el papel del estado en la construcción del bienestar colectivo y enfrentando las corrientes que convierten esos derechos en objetos de mercado.
- la corresponsabilidad estado-individuo-sociedad y la participación social que convierten a los ciudadanos y las comunidades en protagonistas con base en un Estado participativo, federal y descentralizado.

La ANC se organizó en 20 Comisiones y 60 Subcomisiones. Como parte integrante de la Comisión de Derechos Sociales, la Subcomisión de Salud trabajó a lo largo de 4 meses en los cuales se realizaron importantes discusiones con expertos y audiencias públicas en las que participaron más de 50 organizaciones de la sociedad civil. La subcomisión de salud también

trabajó en el análisis de más de 80 propuestas escritas. Se realizó una investigación documental sobre los contenidos de salud de las constituciones de los países de América Latina y de algunos del mundo desarrollado cuyos sistemas de salud tienen una reconocida calidad.

La elaboración del texto constitucional partió de un proceso de análisis de la situación del sector salud que, si bien no constituyó una investigación rigurosa y formal, sí aplicó la metodología de la investigación para obtener una clara comprensión de la realidad y diseñar grandes lineamientos de acción que se convirtieron en la base para elaborar los contenidos fundamentales de salud de la nueva Constitución. Clara expresión de que la ley es un instrumento de las políticas y que éstas se diseñan a partir de una comprensión de la realidad, que vincula el proceso de investigación con el de toma de decisiones.

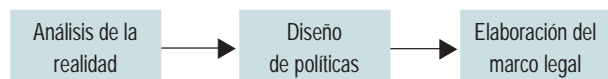
De esta manera, un diagnóstico de la realidad de salud del país identificó las principales carencias del sistema sanitario y propuso un conjunto de medidas que apuntaron a enfrentarlos en el marco de la redefinición de las fuerzas políticas y de la participación popular.

Identificación de problemas

Un proceso sistemático de análisis de la realidad, que asimilamos al proceso de investigación, permitió identificar dos grandes factores que han influido en la crisis del sector salud:

- El primero es de tipo conceptual: *El predominio de una concepción profundamente biologicista y medicalizada*, que ha centrado su atención en la enfermedad y no en la salud y por lo tanto ha considerado como espacio fundamental de su práctica los hospitales, marginando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- En segundo lugar, el Estado venezolano desarrolló un modelo de atención profundamente *asistencialista y fragmentado* que divide la atención y los servicios, ofreciendo consultas curativas por un lado, preventivas por otro, y estas a su vez fragmentadas en múltiples programas que crean obstáculos y dificultan la atención de forma integral.

El análisis de la realidad permitió adentrarse en los diferentes aspectos de la ineficiencia del sector salud. De manera relevante, se reconoció que además de la gran dualidad generada por la existencia del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) creados en los años cuarenta, en 1990 existían 130 organizaciones que desde el Estado y con financiamiento público ofrecían servicios a ciertos sectores de la población fragmentando la atención y generando graves desigualdades e ineficiencias. De modo que, en el marco de un modelo de gestión de esa estructura fragmentada que se caracterizó por ser centralista, autocrático, atrasado y por estar muy partidizado, la salud se convirtió en un espacio privilegiado para los negocios y la corrupción.



Al mismo tiempo el Estado venezolano progresivamente fue disminuyendo sus aportes para el sector salud. En los últimos 20 años la inversión del Estado para la salud nunca superó el 2% del PIB y para 1997 el gasto per capita en salud de era de apenas 69 US\$ (Banco Central de Venezuela, 1998).

Definiciones fundamentales con rango constitucional

Como resultado de la investigación y la definición de los problemas del sector salud que la nueva Constitución debería atacar, definimos 3 grandes aspectos de la salud que se elevarían al rango constitucional:

1. La concepción de la salud y el papel del Estado.
La nueva Constitución incorpora el concepto de la salud como derecho social. El Estado, como instrumento para la búsqueda del bienestar colectivo, debe intervenir para garantizar ese derecho. La salud está claramente relacionada con las condiciones y la calidad de la vida, y el Estado debe crear condiciones para la promoción de la salud y lograr que los ciudadanos cuenten con un ambiente sano y saludable.
2. El tipo de sistema sanitario al que se aspira.
Existen diversas posibilidades de organizar los sistemas para alcanzar las metas planteadas. Hay sistemas dominados por el mercado y las aseguradoras privadas, como el de los Estados



- Unidos; hay sistemas únicos nacionales como el de Canadá, España y otros países europeos; hay sistemas fragmentados como el de Venezuela en donde se atiende a la población de acuerdo a su afiliación: asegurados (VSS), maestros (IPASME), militares (sanidad militar) y así cada ministerio, gobernación o empresa... Esta es la forma de organización más cara e ineficiente. Proponemos para la nueva Constitución un sistema sanitario único, universal integral, participativo y descentralizado que eleve la accesibilidad y la calidad de los servicios.
3. El financiamiento del sistema sanitario.
A diferencia de los modelos anteriores, que sostenían la fragmentación, el desfinanciamiento y la ineficiencia del sector, la nueva propuesta se basa en la integración del financiamiento en un Fondo Único con recursos provenientes fundamentalmente del fisco nacional con la posibilidad de una integración progresiva de aportes y cotizaciones especiales.

Algunos temas polémicos

El proyecto de Ley Orgánica de Salud recientemente introducido ante la Asamblea Nacional para su consideración integró la gratuidad de los servicios de atención a la salud como uno de los principios rectores del sistema. La gratuidad se entiende como ausencia de cobro directo al usuario de los servicios de salud, pero sin menoscabo de la participación del individuo en el financiamiento de estos servicios por la vía de los impuestos o de las cotizaciones.

La relación de la salud con la seguridad social también fue un tema polémico. A pesar de no haber logrado un acuerdo total, se llegó a la conclusión de que la salud debe ser parte del sistema integral de seguridad social que construya el estado venezolano, independientemente –y eso queda salvado en la Constitución– de que pueda tener una administración aparte.

El último punto también muy discutido fue la inclusión en la Constitución de la relación de la universidad con el sector salud a fin de dar una clara definición de las políticas relacionadas con la ciencia y la tecnología dentro del sector salud desde dos puntos de vista:

- a) la necesidad de definir políticas que vinculen la producción científica con las necesidades del sector y
- b) la regulación del uso de la tecnología en el sector en aras de aumentar la eficiencia y la eficacia del sistema.

Mecanismos de financiamiento en beneficio de los pobres

Primera parte

Sarah Bennett y Lucy Gilson¹

DFID Health Systems Resource Centre

La reforma del sistema de financiamiento de la atención a la salud es una parte medular del desarrollo del sector salud en los países de ingresos medios y bajos. La mezcla existente de mecanismos y fuentes de financiamiento del sector salud varía mucho según las regiones. Mientras que en los países del África septentrional el objetivo fundamental de la reforma del sector es obtener mayores ingresos para la atención a la salud, en muchos países de América Latina el énfasis se encuentra en lograr mecanismos más equitativos e financiamiento.

Este estudio resume lo que se conoce de los efectos de varios sistemas de financiamiento de la atención a la salud sobre los pobres y, en especial de cómo es posible reconocer e implementar mecanismos pro-pobres.

¿Qué significa que un sistema de financiamiento de la salud sea pro-pobres? Lo más importante es que el sistema:

- ▀ asegure que las contribuciones a los costos de la salud se realicen según la **capacidad de pago** de los hogares;
- ▀ proteja a los pobres (y a los casi pobres) de las **catástrofes financieras** asociadas a las enfermedades graves;
- ▀ de incentivos para mejorar el **acceso** de los pobres a los servicios (especialmente en relación con la percepción de la calidad y el acceso geográfico).

Pero no basta con asegurar un financiamiento pro-pobres. Las políticas de financiamiento deben estar apoyadas por buenas políticas de organización y prestación de la atención a la salud. Los aspectos de financiamiento y prestación de los servicios están íntimamente ligados. En especial, dar incentivos al acceso mejorando la calidad (percibida) de la atención está muy ligado a cómo crear un sistema de financiamiento pro-pobres. Aun cuando un sistema cuyo financiamiento se hace enteramente mediante impuestos formalmente no crea barreras al acceso, otros problemas pueden limitarlo, por ejemplo:

- ▀ una calidad (percibida) de la atención que hace que los pobres prefieran pagar a fin de recibir una mejor atención en el sector privado;
- ▀ los costos de tiempo y transporte asociados al acceso a los servicios;
- ▀ aún en un sistema sin cargos formales los cargos informales pueden ser muy importantes.

Identificar estos problemas es importante para asegurar que la mezcla de mecanismos de financiamiento promueva la redistribución entre los ricos y los pobres.

Si bien en este estudio no tratamos de definir quién es pobre, es necesario contar con una definición de la pobreza a nivel nacional usando diferentes técnicas de medición en cada situación. Es importante saber si se usan conceptos absolutos (p. ej. la población que vive con menos de un dólar diarios) o conceptos relativos (población con menos del 50% del ingreso promedio) pues los conceptos de 'pro-pobres' y de 'equidad' no necesariamente son lo mismo. Un sistema puede ser muy inequitativo y al mismo tiempo proveer un paquete razonable de servicios para los pobres. El estudio se centra en cómo hacer que los sistemas existentes se vuelvan más pro-pobres.

Principales mecanismos de financiamiento

En general los sistemas de atención a la salud dependen de una mezcla de mecanismos de financiamiento. El grado en que el sistema de financiamiento es pro-pobres depende fundamentalmente de cómo interactúan los diferentes mecanismos de financiamiento. Por ejemplo, si un sistema de seguro social para la salud para los empleados del sector formal coexiste con un sistema con fondos provenientes de impuestos para los que están fuera del sector formal, los efectos de la equidad dependen más que nada de qué tan buen financiamiento tiene el sistema basado en los impuestos y en si puede ofrecer un paquete de servicios similar al del sistema de seguro social.

Hasta hace poco, en AL ha sido bastante común que diferentes segmentos de la población estén cubiertos por diferentes tipos de mecanismos de financiamiento.

Los principales mecanismos de financiamiento son:

- ▀ **Financiamiento basado en los impuestos.** Los servicios de salud son pagados con ingresos generales del gobierno. Pueden incluirse impuestos marcados para la salud como los que gravan el tabaco.
- ▀ **Financiamiento del seguro social.** Contribuciones a un fondo de salud, siendo lo más común las contribuciones por nómina como un porcentaje del salario pagado tanto por los empleadores como por los empleados. El fondo de salud suele ser independiente del gobierno pero estar estrechamente reglamentado. Las primas se establecen según el costo promedio de la atención para el grupo entero, creándose subsidios cruzados de los más sanos para los menos sanos. La membresía suele ser obligatoria para los empleados del sector formal y voluntaria quienes trabajan por su cuenta.
- ▀ **Seguros privados.** La gente paga primas relacionadas con el costo esperado de ciertos servicios. De modo que quienes se encuentran en grupos de alto riesgo pagan más y viceversa. El subsidio cruzado entre niveles diferentes de riesgos es limitado. La membresía suele ser voluntaria y los fondos de seguros generalmente están en manos privadas.
- ▀ **Cuotas de los usuarios.** Los pacientes pagan directamente por los servicios que reciben de acuerdo con tarifas establecidas. No existe ningún elemento de seguro o de apoyo mutuo. Este es el mecanismo de pago más común por servicios privados en los países en desarrollo y cada vez más se usa como componente del financiamiento de los servicios del sector público.
- ▀ **Seguro de salud basado en la comunidad.** Las primas suelen fijarse de acuerdo con el riesgo promedio de los miembros de una comunidad sin distinción entre grupos de alto o bajo riesgo. Sin embargo, a diferencia de los esquemas de seguro social, la membresía suele ser voluntaria y no estar ligada al estatus de empleo. Los fondos son controlados por entidades privadas sin fines de lucro.

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

Mecanismos de financiamiento y los pobres: argumentos y datos

Las múltiples posibilidades de interacción entre los mecanismos de financiamiento no permiten hacer un análisis general sobre sus efectos pro-pobres. En ocasiones se considera que ciertos mecanismos son intrínsecamente pro o anti-pobres, pero la teoría y la realidad no siempre coinciden. El contexto y la manera en que se implementa cada mecanismo pueden provocar efectos distintos a los previstos. A continuación presentamos algunos de los argumentos a favor y en contra de diferentes mecanismos de financiamiento resumiendo algunas conclusiones provenientes de implementaciones concretas.

Financiamiento basado en impuestos

Existen fuertes argumentos a favor de este tipo de financiamiento en el sentido de que es pro-pobres.

- ▶ En las economías maduras, los sistemas basados en impuestos tienden a ser progresivos.
- ▶ Los pobres están protegidos al menos de las catástrofes financieras ligadas a costos elevados de atención a la salud.
- ▶ La versión pura del financiamiento basado en impuestos no implica cuotas a los usuarios y la accesibilidad financiera puede ser alta.
- ▶ Si bien no existen cuotas a los usuarios en los lugares de uso de los servicios, éstos suelen estar dirigidos hacia los servicios urbanos y hospitalarios, de modo que los costos de transporte y tiempo para tener acceso pueden significar limitaciones para los pobres.
- ▶ Las economías con sectores formales pequeños tienden a depender mucho de los impuestos indirectos (impuestos de venta y al valor agregado) en vez de impuestos directos (impuestos sobre la renta o sobre las empresas). Los impuestos indirectos son menos progresivos y pueden llegar a ser regresivos.

Una de las críticas centrales a este mecanismo de financiamiento es que su recaudación suele ser baja, además de que por lo general sólo una

pequeña parte del presupuesto gubernamental se dedica a la atención a la salud. El fortalecimiento de la planeación, el establecimiento de presupuestos y el monitoreo de los sistemas para que los Ministerios de Salud puedan demostrar cómo se usan los fondos y el impacto que tienen pueden ayudar a aumentar la asignación de recursos al sector. Los donadores y las instituciones financieras internacionales también pueden jugar un papel importante ligando una mayor inversión e el sector social con reducciones a la deuda y la obtención de préstamos.

Financiamiento basado en el seguro social

En principio, el seguro social para la salud se basa en el apoyo mutuo e implica una transferencia de recursos de gente más rica y sana hacia los relativamente más pobres o enfermos mediante un paquete de atención primaria y de hospital. Como los sistemas basados en impuestos, la accesibilidad financiera a los servicios debería ser alta y la incidencia de las primas debería ser de menos neutral, si no progresiva. En consecuencia, los valores centrales de este mecanismo implican una preocupación por los pobres. Además el seguro reduce el riesgo individual y esta reducción de la incertidumbre tiene un valor intrínseco, especialmente para los pobres.

Sin embargo, en su implementación, especialmente en el contexto de los países de ingresos bajos y medios, estos valores pueden verse trastocados. Al echarse a andar los sistemas suelen cubrir sólo a una pequeña proporción de la población que está en el sector formal del empleo. Es importante que esta parte de la población no se beneficie a expensas de los pobres, lo cual puede suceder de dos maneras:

- ▶ El gobierno puede subsidiar el fondo de seguro social de salud a fin de que el nuevo sistema sea más atractivo para los empleadores y los empleados. Si los recursos del gobierno son limitados, esto puede significar una reducción de parte del apoyo financiero a los servicios básicos que se prestan a los pobres.
- ▶ El desarrollo de un fondo de seguros social de salud establece un importante nuevo poder de



compra. Si los insumos necesarios para prestar atención a la salud (médicos y enfermeras, por ejemplo) son limitados, esto puede distraer insumos antes dedicados para los pobres.

Cuando la cobertura del seguro social de salud es universal no suelen surgir inequidades provenientes de diferencias en el estatus del aseguramiento y los pobres se benefician del esquema tanto como los más ricos. Sin embargo, existen pruebas que sugieren que incluso en estos casos se dan diferencias en el acceso entre los pobres y el resto de la población.

Cuando sólo una parte de la población está cubierta, este mecanismo suele incrementar las disparidades en el acceso entre los pobres y los ricos. La mayoría de los esquemas de los países de ingresos medios y bajos dependen de manera importante de las contribuciones de los gobiernos y los empleados públicos representan una gran proporción de los beneficiarios. Cuando la economía está estancada, los recursos escasos pueden ser dirigidos hacia los servicios del seguro social en detrimento de aquellos destinados a los pobres.

Seguros privados de salud

En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos, los seguros privados suelen estar confinados a una elite y el desarrollo de su mercado está muy limitado. Se dice que los seguros privados de salud permiten liberar recursos del gobierno y los sistemas de seguro social para la atención a la salud de los pobres. Sin embargo, eso depende de que los recursos "liberados" sean realmente usados para apoyar la atención a la

salud de los pobres y de la manera en que interactúan con el resto del sistema de salud. Al respecto, se deben considerar dos factores clave:

- ▶ Cuando quienes compran seguros privados de salud pueden salir de los mecanismos primarios de financiamiento se puede dañar el potencial de subsidio a la atención a la salud de los pobres y reducir la presión política para mantener niveles altos de calidad de la atención dentro del sector público;
- ▶ Se dice que la exención de impuestos incentiva a la gente a comprar seguros privados y libera recursos para los pobres; pero esto obviamente significa un subsidio directo para quienes ya han comprado esos seguros.
- ▶ Además, los seguros privados que cubren a grupos de ingresos relativamente altos suelen capturar importantes subsidios gubernamentales "indirectos".

Cuotas a los usuarios

El impacto de las cuotas a los usuarios sobre los pobres ha recibido más atención que ningún otro de los presentados aquí. El Banco Mundial propuso la introducción o el incremento de estas cuotas como método pro-pobres en los sistemas financiados con impuestos por dos razones:

- ▶ los sistemas financiados con impuestos tienden a subsidiar los servicios hospitalarios urbanos a expensas de los servicios de atención primaria y rurales. La introducción de cuotas a los usuarios para ciertos servicios (urbanos y hospitalarios) podría redirigir los subsidios hacia los pobres del campo;



- ▶ El incremento de los recursos disponibles para la atención a la salud permitiría a los gobiernos ampliar o mejorar su red de servicios rurales y de atención primaria mejorando la accesibilidad para los pobres.

Han surgido muchos argumentos en contra de lo anterior, enfocando especialmente la factibilidad de alcanzar los beneficios señalados arriba. Por ejemplo:

- ▶ Los bajos ingresos de las familias implican una limitada recaudación de fondos;
- ▶ La reasignación de los subsidios gubernamentales no siempre es políticamente factible;
- ▶ En la práctica es difícil diseñar esquemas de discriminación de precios que protejan a los pobres y hagan pagar a los más ricos.

También se ha dicho que las cuotas a los usuarios van en contra del apoyo político a la meta de cobertura universal de servicios básicos de atención a la salud.

En casi todos los casos en que se han incrementado o implementado cuotas a los usuarios se ha percibido un decremento en la utilización general de los servicios, pero de mayor magnitud y duración entre la población pobre. Si bien los efectos conocidos sobre los pobres de la aplicación de cuotas a los usuarios son casi universalmente negativos, en casi todos los casos esto ha sido resultado de mal diseño y mala planeación e implementación. Los incrementos en las cuotas a los usuarios rara vez se han visto acompañados de mejoras en la calidad y se ha puesto poca atención al diseño y la implementación de mecanismos eficaces de exención.

Un último problema importante es que los sistemas de cuotas generalmente ofrecen pocos o

ningún incentivo para exentar del pago a los pobres o los muy pobres, ya que su primer objetivo es recaudar ingresos para mejorar la calidad.

Seguros basados en la comunidad

Este tipo de esquemas ha surgido sobre todo en contextos en los que el financiamiento de la atención a la salud corre por cuenta de los usuarios. Este esquema busca mitigar algunos de los peores efectos de las cuotas a los usuarios sobre la equidad distribuyendo las contribuciones entre los sanos y los enfermos a lo largo del tiempo y de manera predecible. A diferencia de los esquemas de seguros de salud, los seguros comunitarios cubren a las personas que no están dentro del sector formal del empleo.

La mayoría de los argumentos en contra de este sistema se enfocan hacia la dificultad de asegurar la materialización de sus beneficios pro-pobres. Sin embargo, en donde ha operado con éxito, han demostrado que ofrecen beneficios considerables para la mayoría de los pobres. Aunque los más pobres necesitan contar con arreglos especiales como subsidios gubernamentales o de los miembros de mayores ingresos.

Se ha comprobado la existencia de inequidades geográficas dentro de estos esquemas, por ejemplo en lo que toca a la cercanía de las instalaciones. En los lugares en donde los seguros basados en la comunidad son la fuente principal de financiamiento de la atención a la salud, al igual que en el caso de las cuotas a los usuarios, el gobierno tiene que jugar un papel redistributivo para asegurar que los beneficios de las regiones más pobres no sean igualmente pobres.

Monitor de la Salud en las Américas* 1998

Características de los Sistemas de Salud en 12 Países de América Latina y el Caribe

País	Cobertura del Sistema de Salud	Sectores	Niveles de Atención	Fuentes de Financiamiento
Argentina	Obras sociales 48% Sector Público 47.5% Sector Privado 4.2%	- Obras sociales - Servicios públicos - Servicios privados	Tres niveles tanto en el sector público como en el privado	- Público (nacional, provincial, municipal) - Obras sociales (empleadores, empleados, público) - Privado (seguros, pago por servicios)
Bolivia	53% público Resto: diversos sectores	- Sistema Nacional de Salud - Divisiones departamentales de salud - Divisiones locales de salud privada y otros	Tres niveles	- Tesorería General Nacional, municipios, compañías, hogares, cooperación internacional y ONG.
Brasil	55% público 45% privado	- Servicios Públicos (SUS) - Servicios Privados	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	- Público (federal, estatal y municipal) - Privado (aseguradoras, pago directo del usuario)
Colombia	83% total	- Sistema de Seguro de Salud General - Empresas de Promoción de salud	Cuatro niveles	- Fondo de contribuciones - Fondo de solidaridad y garantía
Chile	91.5% total	- Público (Sistema Nacional de Cuidado de la Salud, Ministerio de Salud) - Privado	Tres niveles tanto en el sector público como en el privado	- Público (Fondo Nacional de Salud) - Privado (ISAPRES)
Ecuador	70% total	- Ministerio de Salud Pública - Seguridad social - Comité de Bienestar Privado	Tres niveles	- Banco Mundial - Impuestos - Petróleo - Pago directo
El Salvador	55.5 público 5% privado	- Público (sistema Nacional de Salud, seguridad social) - Privado	Primero y segundo niveles	- Banco Mundial - Gobierno - Ayuda internacional
México	93.2% total	- Público (SSA) - Seguridad Social (IMSS, ISSSTE) - Privado (seguros, pago por servicio)	Tres niveles tanto en el sector público como en el privado	- Público - Privado - Mixto
Nicaragua	85% total	- Público (MNINSA, INSS) - Privado	Primero y segundo niveles	- Ayuda internacional - Compañías - Impuestos - Créditos - Hogares - ONG
Paraguay	Menos de 70%	- Servicios públicos (MSPBS)) - Privados	Tres niveles tanto en el sector público como en el privado	- Presupuesto de la nación - Contribuciones de empleadores y empleados - Cuotas, pago por servicio
Perú	67.2% total	- Público (MS, IPSS) - Privado	Tres niveles	- Público - Privado - Ayuda internacional
República Dominicana	97% público Resto: diversos sectores	- Público (SESPAS) - Instituto de Seguridad Social - Privado	Primero y segundo niveles	- Gobierno - Usuarios - Donaciones - Ayuda internacional

SUS: Sistema Único de Salud

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

SSA: Secretaría de Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

MINSA: Ministerio de Salud

INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

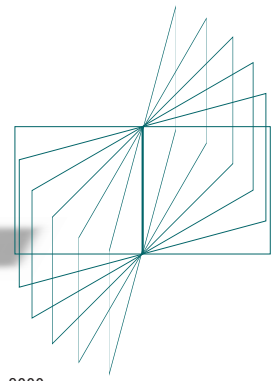
IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social

MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

SESPAS: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

FUENTE: Base de Datos del NAADIIR, 1999, OPS, 1998

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- Bitrán y Asociados. Focalización y Paquetes de Beneficios. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, Universidad Alberto Hurtado, Junio 2000
- Hurley, Jeremiah, David Feeny, Mita Giacomini y cols. Introducción a los conceptos Analíticos para la Reforma del Sector Salud y Financiamiento Sustentable. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, Universidad Alberto Hurtado, Junio 2000
- Langer, Ana, Nigenda, Gustavo. Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. Cuernavaca, Morelos, México: Population Council. Instituto Nacional de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarrollo, 2001
- Maynard, Alan, Bloor, Karen. Métodos de Pago a Prestadores. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, Universidad Alberto Hurtado, Junio 2000
- Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. *Cuadernos para Discusión*. Número 1. Disponible en Internet: www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsald/
- Revista Panamericana de Salud Pública / Panamerican Journal of Public Health
- Reforma del Sector Salud en las Américas. Número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública *Washington: OPS, Julio-agosto 2000*
- Uribe, Misael, compilador. Reflexiones acerca de la Salud en México. México, D.F.: Banco de México, 2000

Salud y Equidad en la República Dominicana

Dentro del amplio contexto de los esfuerzos de reforma del sector salud, este libro de Magdalena Rathe, economista de la salud, ofrece los resultados de un estudio realizado para Macro International y financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Tomando como base la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en la República Dominicana en 1996 con el apoyo financiero del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, la autora hace una excelente presentación de la situación general del sector salud dominicano, así como un análisis del gasto familiar en salud y su relación con el financiamiento público de la salud, sin dejar de considerar las lecciones aprendidas con vistas al mejoramiento de la equidad.

"El presente estudio se enmarca en la aspiración de lograr un sistema de salud equitativo, universal y de calidad, que mejore la salud y el bienestar de la población... Su enfoque principal es el análisis de la equidad del financiamiento a la salud en la República Dominicana, particularmente, del financiamiento familiar, así como del potencial que tiene la intervención gubernamental para corregir las desigualdades, mejorar la distribución del ingreso y reducir la pobreza".

"A través de la cifras, en este libro se muestra la gran injusticia social en que se traduce el sistema dominicano de salud, financiado en su mayor parte con dinero que sale de los bolsillos de la gente, sin importar su nivel de ingreso".

"Abandonado por décadas entre las prioridades públicas, considerado un dolor de cabeza por casi todos los gobiernos, el sector salud dominicano fue creciendo espontáneamente, sin regulación y sin protección para los menos favorecidos. Sin embargo, cuando los recursos públicos se invierten adecuadamente, por ejemplo, ampliando la cobertura del aseguramiento social o entregando verdadera salud básica a los más pobres, el efecto redistributivo de estos fondos es el más elevado de todos los sectores sociales".



Magdalena Rathe
Salud y Equidad. Una mirada al financiamiento de la salud en la República Dominicana
Macro International, Inc.: Calverton, Maryland, EUA: 2000

Investigación Sobre Reformas del Sector Salud en ALC

Partiendo de la constatación de la diversidad de los esfuerzos de Reforma del Sector Salud realizados en la mayoría de los países de América en los últimos veinte años, este libro comienza señalando que las reformas generalmente se han centrado en la búsqueda de la eficacia económica y la modernización, soslayando tanto la eficacia del sector para satisfacer las necesidades de salud de la población como la equidad en el acceso a la atención.

De acuerdo con los autores, la consideración de las preguntas esenciales sobre gobernabilidad, solidaridad social, participación pública, equidad y repercusión de la reforma en la salud de la gente hace mucho más necesario apoyar "investigaciones relevantes, políticamente orientadas y procedentes de una amplia gama de puntos de vista". De tal manera que, afirman: "Tanto los investigadores como los ejecutores de las políticas tienen la obligación de esforzarse por obtener investigación pertinente, útil y que esté a disposición de todas las partes interesadas."

Cada capítulo de esta obra es una investigación realizada por personalidades reconocidas mundialmente debido a sus aportes al estudio de los procesos de reforma en la Región. En el Prólogo encontramos una interesante caracterización del contenido general de los capítulos:

"En contraposición a las perspectivas que ven la atención a la salud y la investigación sobre sistemas de salud como temas meramente técnicos, la OPS y el CIID nombraron una comisión para estudiar la relevancia de la investigación en este campo que expresamente integrara múltiples perspectivas: las ciencias políticas, la economía y la gestión de los servicios de salud. Estos exámenes críticos, a su vez están enmarcados en análisis hechos con perspectivas provenientes de los enfoques históricos, de las ciencias de la salud y de las agencias de apoyo técnico. La realidad política, económica y profesional que enfrentan los ejecutores de las políticas y los investigadores se discuten francamente.



Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas
Celia Almeida, Roberto Bazzani, Patricia Pittman
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
En colaboración con el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (Canadá)
Washington, D.C.: O.P.S., 2001, 183 pp.

Noticias

Alianza Para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud CD ROM difunde motivaciones y objetivos

Utilizando las ventajas de la tecnología digital, la *Alianza Para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud* ha puesto en circulación un interesante video en CD ROM. A través de comentarios de sus organizadores y de representantes de instituciones asociadas provenientes de varios países, el video nos aproxima a las prioridades de esta red y se dan a conocer los objetivos y motivaciones más relevantes de esta iniciativa.

El video también puede ser visto visitando la página electrónica de la Alianza: www.alliance-hpsr.org/en/index.html

Del audio extraemos algunos de sus pronunciamientos más importantes:

"En un mundo de crecientes necesidades de salud, cambiantes visiones y proposiciones, los investigadores y los diseñadores de políticas claman por un mejor acceso a la información, al entrenamiento y al reconocimiento. Existe una urgente necesidad de mejorar la comprensión de cómo y con qué propósito se organizan las sociedades para alcanzar ciertas metas de salud. Al mismo tiempo, también existe la necesidad de aportar una guía científicamente sólida, socialmente relevante y éticamente aceptable para lograr sistemas de salud más equitativos, eficientes y sustentables.

"La *Alianza Para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud* fue creada en el año 2000 en colaboración con el Foro Global para la Investigación en Salud para hacer frente a estas expectativas.

"Asociarse a la Alianza asegura un mejor acceso a información confiable sobre iniciativas de políticas, la investigación que se está realizando y las oportunidades de obtener financiamiento. Entre los socios de la Alianza se cuentan instituciones de políticas e investigación, lo mismo que inversionistas.

"La Alianza también da financiamiento para la investigación mediante becas y apoya el desarrollo de proyectos. Más aún, la Alianza implementa programas de entrenamiento y publica documentos de trabajo al igual que un boletín. La Alianza puede ayudar directamente en el análisis de las necesidades de investigación en políticas y sistemas de salud de los diferentes países a través de estudios de caso."

Becas VINREPLAC

Excelente respuesta tuvo la invitación de la Fundación Mexicana para la Salud para que investigadores en América Latina y el Caribe, interesados en el estudio de los procesos de reforma del sector salud, enviaran

propuestas para concursar por fondos de investigación dentro de la Iniciativa para Estrechar los Vinculos entre los Programas de Salud Reproductiva y la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe (VINREPLAC) y por el Premio Internacional de Innovaciones en Política de Salud "José Luis Bobadilla" 2001.

El objetivo de esta iniciativa (VINREPLAC) es promover el proceso de investigación científica interesada en entender los determinantes económicos, sociales, culturales, políticos e institucionales de la operación de los programas de salud reproductiva con miras a impactar la definición de políticas generadas por las instancias decisoras a fin de mejorar dichos programas, hacer más visible su importancia y crear conciencia en las autoridades de la necesidad de apoyarlos. Es bien sabido que en la región los programas de salud reproductiva han tenido indudables avances, sin embargo, existen rezagos importantes que afectan la salud de las mujeres y las ubican en situaciones de riesgo que en muchas ocasiones son evitables.

A continuación presentamos la lista de los proyectos ganadores.

- ▶ Alejandra López Gómez. Factores Vinculados a la inserción de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil, Montevideo 2001. Uruguay
- ▶ Gabriel Jorge Ugarteche Lens. Efecto de una nueva estrategia integrada para disminuir la morbi-mortalidad en la mujer, comparada con estrategias convencionales. Bolivia
- ▶ Ana Cristina González Velez. La Salud Sexual y reproductiva (SSR) de la población vinculada en Colombia: Una mirada desde lo local la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población vinculada en Colombia: Una mirada desde lo local. Colombia
- ▶ Liliana del Carmen La Rosa Huertas. Políticas de promoción de la salud reproductiva y su interacción con la formación del Capital Humano y Social, en especial en adolescentes y mujeres adultas. Perú
- ▶ Mary Yulieth Moreno. Barreras de acceso a programas de planificación familiar en mujeres afiliadas a régimen subsidiado en Cali-Valle-Colombia 2001. Colombia

Montreal 2001 Mejorar la relación entre la investigación y las políticas de salud

Bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC), los días 18 a 20 de abril pasado tuvo lugar en Montreal, Canadá el foro "Reforma del Sector Salud en América: Mejorar la

relación entre investigación y política". Más de cincuenta representantes de las autoridades de más alto nivel del sector salud, investigadores, académicos de diferentes escuelas de salud pública, organizaciones de consumidores, ONGs y agencias de cooperación de la región se reunieron con el objetivo de "identificar las estrategias para incrementar la integración de la investigación en el proceso de diseño de políticas para las reformas del sector salud".

El foro fue dividido en secciones encargadas del análisis de tres temáticas íntimamente relacionadas y los participantes se organizaron en pequeños grupos a fin de obtener un mejor contacto en el análisis de los retos emergentes en la reforma del sector salud y de las barreras y oportunidades que enfrenta el mejoramiento de la relación entre la investigación y las políticas de reforma del sector.

La primera sección estuvo dedicada a la revisión de la situación actual de la reforma del sector salud en América Latina y la identificación de los retos y temas emergentes. Para ello se tomó como referencia el análisis de los casos de Colombia y de Trinidad y Tobago. En esta sección también fue presentado un análisis de la investigación sobre reforma del sector salud de América Latina recientemente realizado por la OPS y IDRC centrado en las experiencias en las cuales los resultados de la investigación han servido como insumos importantes para la toma de decisiones.

La segunda sección fue dedicada a considerar la economía política de la relación entre investigación y políticas. Una de las sesiones se enfocó al análisis de la experiencia de Canadá (Del Foro Nacional de Salud a los Acuerdos de Salud); otra más se orientó hacia la descripción de "Experiencias en la determinación de necesidades y el establecimiento de una agenda"; mientras que la tercera se centró en el tema de la "Translación de la Investigación hacia la Política y la Práctica."

La última sección se concentró en la implementación de estrategias para el desarrollo institucional y el fortalecimiento del continuo investigación-políticas-acción. En esta sección se presentaron las actividades realizadas a lo largo de varios años por diferentes redes promotoras del análisis de las políticas dentro de la reforma del sector salud. Entre estas se cuentan la Red Centroamericana de Sistemas y Servicios de Salud, La Red del Cono Sur para Investigación de los Sistemas y Servicios de Salud, la Red Interamericana José Luis Bobadilla de Investigación en Políticas de Salud, la Alianza para la Investigación en Sistemas y Políticas de Salud y el Consejo para la Investigación en Salud en el Desarrollo.

Citas con la Reforma

3er Taller de Evaluación del Contexto Político de las Reformas de Salud 3rd Workshop of Evaluation of the Political Context in the Health Sector Reform

Agosto 28-31
San José, Costa Rica

MEDINFO 2001: Congress of The International Medical Informatics Association MEDINFO 2001: Congreso de la Asociación Internacional de Informática Médica

Septiembre 2-5
Londres, Reino Unido

Introduction to Health Policy & Management Introducción a las Políticas y la Administración en Salud

Septiembre 5 - Octubre 22
Cyberespacio

3th, Asia-Pacific Social Science and Medicine Conference: Health Beyond Year 2000: The Role of Health Social Science in Guiding

Tercera Conferencia Asia-Pacífico Sobre Ciencias Sociales y Medicina: La Salud Más Allá del año 2000: El papel de Guía de las Ciencias Sociales

Septiembre 24-28
Kandy, Sri Lanka

Health Care Resource Allocation for HIV/AIDS and other Life-Threatening Illnesses

Asignación de Recursos para la Atención a la Salud para VIH/SIDA y Otras Enfermedades que Amenazan la Vida

Octubre 16-18
Lugar:

<http://erc.msh.org/CALENDAR/detail.cfm?check=938>

Global Forum for Health Research Foro Global para la Investigación en Salud

Octubre 9-12
Ginebra, Suiza

VIII International Seminary on Primary Health Care VIII Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud

Noviembre 12-16
La Habana, Cuba

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

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



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional de
Salud
Pública
México



Organización
Mundial de
la Salud

Directorio

Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud
Enis Baris • Banco Mundial
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud
Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

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

Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director
Víctor Becerril • Editor
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

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