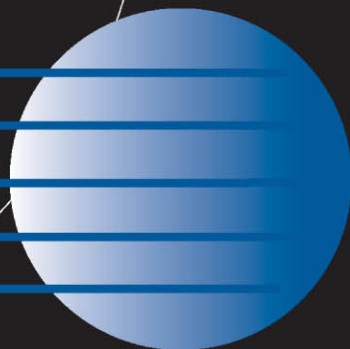
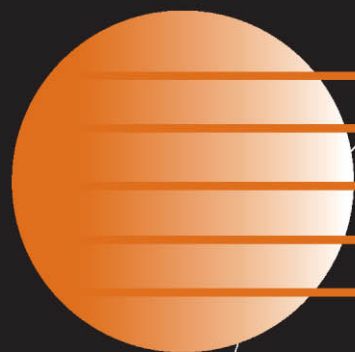


BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

SERVICIOS DE SALUD EN AMERICA LATINA Y ASIA

Carlos Gerardo Molina
José Núñez del Arco
Editores



INSTITUTO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO SOCIAL

Página en blanco a propósito

SERVICIOS DE SALUD EN AMERICA LATINA Y ASIA

Carlos Gerardo Molina
José Núñez del Arco
Editores

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Washington, D.C.

2003

Producido por la Sección de Información Pública y Publicaciones del BID y el Programa Japón del BID.

Esta publicación puede solicitarse a:
IDB Bookstore
1300 New York Avenue, NW
Washington, DC 20577
Estados Unidos de América
Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709
1-877-782-7432

idb-books@iadb.org
www.iadb.org/pub

ISBN: 1-931003-41-6

Los puntos de vista y las opiniones expresados en esta publicación corresponden a los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo.

© Banco Interamericano de Desarrollo, 2003

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Servicios de salud en América Latina y Asia / Carlos Gerardo Molina,
José Núñez del Arco, editores.

“En esta publicación se seleccionaron algunas de las experiencias ... presentadas en el Seminario de Estudios Comparados sobre Experiencias en Salud, realizado en Japón en septiembre de 2000”—Introducción.
p. cm. Includes bibliographical references.

1. Public health—Latin America—Congresses. 2. Public health—Asia—Congresses. 3. Health care reform—Latin America—Congresses. 4. Health care reform—Asia—Congresses. 5. Medical policy—Latin America—Congresses. I. Molina, Carlos Gerardo. II. Núñez del Arco, José. III. Inter-American Development Bank. IV. Seminario de Estudios Comparados sobre Experiencias en Salud (Tokio and Sapporo, Japan : 2000).

362.1 S122—dc21

CONTENIDO

PREFACIO

Nohra Rey de Marulanda	v
Versión japonesa	ix

INTRODUCCION

Carlos Gerardo Molina	xi
Versión japonesa	xxv

CAPITULO I • REFORMAS DE SALUD

¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia

Sonia Fleury	3
--------------------	---

Desarrollo del sector de la salud en la región de Asia y el Pacífico

Aviva Ron	41
-----------------	----

CAPITULO II • HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

Seguro básico de salud en Bolivia: un instrumento para aumentar la equidad y el acceso de los pobres a la atención de salud

Fernando Lavadenz M.	59
---------------------------	----

Reformas del sector de la salud en Viet Nam basadas en la eficiencia y la equidad

Tran Trong Hai y Claudio Schuftan	77
---	----

CAPITULO III • SALUD PREVENTIVA

El programa de inmunización en América Central y las claves de su éxito

Salvador García Jiménez	91
-------------------------------	----

Organización y gestión de la atención preventiva de la salud

Charas Suwanwela	107
------------------------	-----

CAPITULO IV • ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD**La estructura de la atención primaria de salud:
la estrategia brasileña**

Adib Jatene 119

**Entrega de servicios básicos de salud en China:
situación actual y reformas en proceso**

Xinhua Li, Chunming Chen, Kean Wang 131

CAPITULO V • FINANCIAMIENTO DE LA SALUD**Activar el pluralismo en el trópico.****Reforma de la atención de la salud en Colombia**

Juan Luis Londoño 149

**Instrumentos de asignación de los recursos de salud:
la experiencia en las Filipinas**

Juan M. Flavier 183

CAPITULO VI • REGULACION DE LA SALUD**Regulación del sector de la salud en Chile:
el papel del gobierno y del sector privado**

Cecilia Acuña y José Pablo Gómez 199

**El papel del gobierno y del sector privado
en la atención de la salud: el modelo de Malasia**

Khalid Abdul Kadir 211

CAPITULO VII • ESTRATEGIAS DE LA SALUD**EN LAS INSTITUCIONES MULTILATERALES****Organización/reorganización del sector de la salud
en América Latina y el Caribe**

Roberto F. Iunes 221

**Los desafíos que enfrenta el sector de la salud en Asia
y el Pacífico: estrategia del Banco Asiático de Desarrollo**

Indu Bhushan 241

CAPITULO VIII • LA SALUD PUBLICA EN JAPON**SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD** 273**Anexo al Capítulo VIII** 303**ANEXO ESTADISTICO** 319

PREFACIO

Esta publicación es la primera de una serie que compara experiencias exitosas en gerencia social de América Latina y el Caribe con Asia. Esta serie surge de la iniciativa del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) y el Programa Japón, ambos adscritos al Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El INDES es un instituto de capacitación y un foro de intercambio de experiencias en gerencia social, y su objetivo es el de desarrollar una masa crítica de decisores y gerentes sociales en la región, conocedora de los procesos de desarrollo social, de la gerencia y puesta en ejecución de los programas sociales y comprometida con reformas sociales democráticas, equitativas y sostenibles. El Programa Japón, establecido por el BID y el gobierno japonés en 1999, pretende crear oportunidades para intercambiar conocimientos y mejores prácticas entre Japón y el resto de Asia y los países de América Latina y el Caribe.

La publicación reúne valiosas experiencias relacionadas con la provisión de servicios de salud en América Latina y Asia que fueron presentadas en el seminario sobre estudios comparativos en el sector de la salud, realizado en Tokio y Sapporo, Japón, entre el 29 de agosto y el 1° de septiembre de 2000. El seminario fue organizado por el INDES y el Programa Japón, con la colaboración de la Representación del BID en Japón y con el apoyo financiero del gobierno del Japón. El seminario reunió a 15 distinguidos investigadores y encargados de la formulación de políticas de salud de las dos regiones, así como a representantes de la Organización Mundial de la Salud, el BID y del Banco Asiático de Desarrollo.

El seminario tuvo por objeto fortalecer la cooperación y el intercambio técnico entre estas regiones, con el firme convencimiento de que América Latina y Asia tienen mucho que compartir en el tema de la salud. En efecto, ambas regiones enfrentan en la actualidad desafíos similares en sus sistemas de salud. Entre ellos se destacan la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para los pobres; promover el uso de los servicios preventivos de salud con el fin de rom-

per el esquema tradicional curativo que los ha caracterizado hasta ahora; permitir que los servicios de salud, y particularmente los de los pobres, respondan a los nuevos perfiles epidemiológicos de la población; enfrentar con éxito los nuevos contextos económicos y de desarrollo en los que se inserta el tema de la salud; y permitir una mejor respuesta a las crecientes demandas por servicios de salud, basada en formas alternativas e innovadoras de financiamiento; y crear organizaciones más flexibles, dinámicas y acordes con los nuevos contextos político-institucionales de las regiones.

La comparación de experiencias presentada aquí aporta importantes claves para promover el desarrollo de sistemas de salud más eficaces en los países de ambas regiones. Su contribución surge tanto de la riqueza y la diversidad, como de la complementariedad de las acciones emprendidas en cada país, que responde a problemas con frecuencia similares. Esto señala la necesidad de mantener un diálogo abierto y permanente entre los investigadores y directivos de ambas regiones.

Si bien algunas de las respuestas presentadas están todavía evolucionando, éste es el momento propicio para aprender de las experiencias vividas, de los errores cometidos y de los éxitos alcanzados. Estas respuestas, dominadas por lógicas no siempre coincidentes, muestran importantes complementariedades y diferencias que las enriquecen. Asimismo, ofrecen claros indicios acerca de la forma como pueden enfrentarse los distintos desafíos regionales, que muestran la inexistencia de una sola receta y, por ende, la necesidad de tener presentes los contextos socioeconómicos, así como la conveniencia de ir aprendiendo de los diferentes enfoques que puedan aplicarse a un mismo problema.

En todos los casos es necesario enmarcar estos programas dentro de una visión moderna del desarrollo social, articulada con el desarrollo económico y las posibilidades institucionales. El INDES busca cambiar la visión centralizada y tecnocrática de formulación de políticas por una con un enfoque participativo de formación de políticas que tenga en cuenta los diferentes aportes de los involucrados. Con este enfoque, el INDES propone que el diseño y la ejecución están estrechamente articulados de tal manera que la puesta en marcha de las políticas sociales se convierte en un ejercicio interactivo que tiene a la gerencia como una de sus piedras angulares. Estas son, algunas de las premisas que guían la acción del INDES.

Es mi deseo que la riqueza de las discusiones mantenidas durante el seminario y la forma en que los temas se fueron alimentando entre sí y entre regiones, constituyan un buen punto de partida de los debates e intercambio intelectual entre los responsables por la formulación de políticas de salud de Latinoamérica y Asia.

Por último, quisiera hacer un reconocimiento póstumo y muy especial a Mario Cortés, cuya participación y dedicación fueron determinantes para asegurar que este libro fuera posible. El se encargó de darle coherencia de estilo y tradujo al castellano buena parte de los textos aquí presentados. Asimismo quisiera agradecer a Carlos Gerardo Molina por su excelente trabajo de coordinación del seminario y de la publicación, a Hironobu Shibuya por la selección de los participantes asiáticos y la coordinación del seminario, y a Tsuyoshi Takahashi y al equipo de la representación del BID en Japón por sus muchas contribuciones al éxito del mismo.

Nohra Rey de Marulanda
Directora del INDES

Página en blanco a propósito

アジアと中南米における保健サービスの提供：課題と成果

はじめに

本書は、米州開発銀行の米州社会開発研究所（INDES）とジャパン・プログラムによる、東アジアと中南米カリブ間の社会セクター開発に関するベストプラクティスの比較研究を行わんとする、その第一歩の試みであります。INDESは研修機関並びに知識交換のフォーラムの場であり、社会開発プロセスに熟知し、マネージメント能力を有し、民主的で公正かつ持続的な社会改革に寄与できる専門家の育成を主な目的としています。また、日本政府と米州開発銀行によって1999年に設立されたジャパン・プログラムは、日本・その他アジア諸国と中南米・カリブ諸国との間の開発面での知識と経験の交換・共有を促すことを目的としています。

本書は、2000年8月29日から9月1日にかけて東京と札幌で催された「セミナー：保健に関する比較研究」で発表された保健分野に関する貴重な経験をまとめたものです。本セミナーは、INDESとジャパン・プログラムが、米州開発銀行日本事務所並びに、日本政府の資金面でのサポートのもと、企画したものです。セミナーには15名の両地域からの研究者と保健制度の専門家、またWHO(世界保健機関)、米州開発銀行、アジア開発銀行の代表者が集まりました。

本セミナーは、中南米とアジアは保健制度の各々の面で共有できるものがあるという確信に基づき、両地域の協力と技術交流の強化を目指したものです。実際、両地域は類似する課題を種々抱えています。例えば、貧困層に対する保健サービスの量的・質的改善； 伝統的な治療の見直しと予防保健サービスの促進； 特に貧困層の間で深刻化する新たな感染症疾病に対する保健サービスの提供； 変わりゆく経済的・開発的環境に対応する保健制度の確立； 革新的な資金供給による、保健サービスの需要増加への対応； 新たな政治的・制度的背景の中でのより柔軟な組織の設立、などが挙げられます。

両地域にまたがる共通した経験は、両地域の国々における、より効果的な保健制度改革を促進する鍵となります。本書は、しばしば両地域にみられる問題の対策として、多様性かつ補足性の伴う活動の種々から生まれたものです。この見地から、二つの地域の研究及び政策立案に関わる者の間の永続的な対話の重要性が理解できます。

本書に紹介されている考え方等にはなお今後の論を待つ必要があるものもありますが、いずれにせよ、本書は過去の経験、失敗、成功例から学ぶ適切な機会を提供してくれるものと確信しております。異なる理論に導かれた結果、これらの考え方は補完的なものであったり、相違を示したりしています。また、各地域における課題にどのように対応すべきか、そして単一の処方はないということも明示しています。更には社会経済的背景を考慮に入れる必要性和同時に、一つの問題に対し複数のアプローチが存在することも示しています。

保健制度並びにその政策課題は近代的な社会開発のビジョンのなかで、経済発展と制

度的可能性を考慮に入れ取り組まれる必要があります。事実、INDESは、垂直的な政策デザインというこれまでの一般的なモデルより、種々の社会構成員の貢献を包容した参加型政策決定アプローチを重要視していくよう試みています。

このようにINDESは、「政策立案決定」と「実施」がお互いに影響を与え合える相互作用的な政策立案過程を提案しようとしています。これは本研究所の前提でもありません。

本セミナーでの豊富な議論、そして各課題への取り組み方が、中南米とアジアの保健制度・政策に関わる専門家の更なる討議と知識交換に繋がることを心より願ってやみません。

ノーラ・レイ・デ・マルランダ
INDES 所長

INTRODUCCION

Es sorprendente que dos regiones en apariencia tan diferentes como Asia y América Latina enfrenten desafíos tan similares en materia de salud. Sorprende aún más la diversidad de respuestas adoptadas y la forma como éstas se complementan entre sí. La comparación de las experiencias deja, sin duda, valiosas enseñanzas: muestra que algunos países ya han recorrido caminos que otros apenas inician, por ejemplo, en el seguro de salud, y que sus experiencias, que develan tropiezos vividos y éxitos alcanzados, son fuente invaluable de aprendizaje; muestra asimismo el gran peso que tienen sobre la salud los cambios recientes en los modelos de desarrollo, lo que revela la persistente fragilidad de los sistemas de salud de estas regiones. En estos sistemas, en plena evolución, todavía está en juego el hecho de que la población pobre tenga mayores oportunidades de gozar de una buena salud. Ello ocurre a pesar de una buena dosis de innovación y del nacimiento de programas de gran éxito, aunque aún carentes de sostenibilidad y quizá también de una mayor integralidad. Muestran asimismo la importancia del sector público y de su institucionalidad, que si bien requiere en casi todos los casos mejorar su eficiencia, constituye el soporte y referente imprescindible de los cambios propuestos que de otra manera terminarían siendo pasajeros o sólo beneficiarían a unos pocos.

Entre los desafíos en salud que encaran América Latina y Asia se destacan la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para los pobres; de enfrentar con éxito los nuevos contextos económicos regionales y las crecientes y nuevas demandas de servicios de salud; de encontrar formas alternativas e innovadoras de financiamiento para los sistemas de salud; y de crear organizaciones más flexibles y dinámicas, acordes con los nuevos contextos político-institucionales de ambas regiones.

En esta publicación se seleccionaron algunas de las experiencias más interesantes de estas dos regiones, que fueron presentadas en el Seminario de Estudios Comparados sobre Experiencias en Salud, realizado en Japón en septiembre de 2000.

Estas experiencias aportan elementos de reflexión a los distintos desafíos de la salud, ordenados según la siguiente secuencia: marco y desafíos generales de salud en las dos regiones; experiencias para mejorar el acceso a la salud de la población pobre; experiencias para promover la salud preventiva y la atención primaria en salud; respuestas desde el punto de vista de la organización de los sistemas de salud para enfrentar los nuevos contextos políticos e institucionales; respuestas y cambios en los mecanismos de financiación; cambios en la regulación en los sistemas de salud y particularmente en el equilibrio y la relación entre los servicios públicos y privados; y estrategias de los bancos e instituciones multilaterales en materia de desarrollo de la salud.

Las experiencias dan lugar a ocho secciones cada una de las cuales enfatiza uno de los temas señalados. Cada sección contiene dos capítulos complementarios entre sí, que incluyen experiencias nacionales relevantes de América Latina y de Asia. Dada la estrecha relación que existe entre los temas, las secciones se complementan unas a otras, haciendo que esta publicación ofrezca, en su conjunto, un panorama muy completo de los desafíos, énfasis, cambios y respuestas provistos por los sistemas de salud de las dos regiones. A continuación se describe el alcance de cada una de estas secciones.

En la sección I se analizan los contextos económicos y sociales, el estado general de la salud, sus desafíos y el marco de las reformas de la salud en América Latina y Asia. En el primer ensayo de esta sección, la profesora Sonia Fleury deja en claro que en América Latina se están perfilando tres modelos de salud bien distintos –el universal, el dual y el pluralista– que surgen en contextos de democracias crecientes y de recursos públicos limitados. Estos modelos ofrecen respuestas diferentes en financiación, organización y en la forma de encarar los tradicionales desafíos de acceso y cobertura de los servicios de salud, cuyas mayores deficiencias se observan en la población pobre. Se están generando sistemas estructuralmente diferentes, con papeles muy distintos del Estado, que obligan, entre otros, a aclarar el alcance de la descentralización y de la regulación, base de la nueva relación entre lo público y lo privado. Aunque en todos los modelos se observan avances en la extensión de la cobertura, y por lo tanto en la inclusión de sus ciudadanos, la oferta de servicios de salud termina siendo desigual, particularmente en los modelos duales, quedando la provisión de servicios vinculada a los ingresos de las personas. En estos casos, en vez de reducirse, la segmentación de la población puede estar ampliándose con la provisión de los servicios de salud.

Por su parte, la Dra. Aviva Ron destaca que el desarrollo económico asiático de las últimas décadas no siempre ha conducido a

mejoras de la misma intensidad en los sistemas de salud. Los mecanismos de pago y, más generalmente, la financiación de la salud, están en la base de las dificultades en el acceso a los servicios. Por lo tanto, sólo se pueden esperar avances en la salud en la medida en que se logre un enfoque integrado entre pobreza y salud. Sin embargo, en su mayoría, las reformas de la región se han orientado hacia la privatización y la recuperación de costos, que afortunadamente no han estado acompañadas de una reducción de la financiación pública, aunque tampoco de una mejora en la efectividad de ese gasto. En consecuencia, el equilibrio entre lo público y lo privado ha cambiado, y no se han tenido en cuenta de manera suficiente los efectos adversos que este cambio supone para los pobres. Tampoco se ha avanzado suficientemente en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En general, como las reformas se han concentrado mayoritariamente en la dimensión financiera, ha faltado integralidad en ellas para asegurar, por ejemplo, que la organización —que se ha orientado hacia la descentralización—, la gerencia y la financiación estén articuladas. El seguro social de salud aparece como una recomendación que debe tenerse en cuenta como mecanismo de ampliación de la cobertura, especialmente la de los pobres, siempre que se le diseñe de una manera adecuada.

En la sección II se inicia el análisis de la equidad y el acceso de los pobres a los servicios de salud. Este es uno de los problemas centrales de la salud en las dos regiones, que también será analizado desde otros ángulos en las siguientes secciones. La sección se inicia con un análisis de la experiencia del seguro básico de salud de Bolivia y se complementa con el examen de los efectos que tienen los cambios en el modelo de desarrollo de Viet Nam sobre la equidad en la salud.

El Dr. Fernando Lavadenz presenta el sistema de seguro básico de salud de reciente creación en Bolivia, uno de los países con menores niveles de ingreso de América Latina y con deficientes resultados en la provisión de servicios de salud. Este seguro es una ampliación del seguro básico materno-infantil y constituye uno de los componentes centrales de la reforma del sector la salud en ese país. Procura reducir la elevada mortalidad infantil y materna a través de cinco estrategias básicas: asignar prioridad a la gerencia por resultados, garantizar la equidad en el acceso a la salud básica, avanzar en un proceso gradual conducente a la integralidad y universalidad del seguro, favorecer la creación de consensos a nivel municipal, y crear un sistema que permita que los pobres seleccionen las enfermedades cubiertas por el seguro. La financiación de este seguro es pública y compartida entre el gobierno central y los municipios. A la fecha, presenta promisorios avances en la cobertura de la población pobre de ese país.

Por su parte, los Drs. Tran Trong Hai y Claudio Schuftan muestran que la equidad en la salud está en el ojo del huracán a la luz de las reformas macroeconómicas que se llevan a cabo en Viet Nam. En efecto, en su ensayo se observan los desafíos del sistema de salud en Viet Nam, un país que como Bolivia tiene uno de los más bajos niveles de ingreso, pero que ha gozado de sistemas de salud solidarios y con mayor cobertura. En efecto, la transición hacia una economía más abierta y de mercado que vive ese país, ha implicado movimientos que parecen contravenir los resultados previos alcanzados en la equidad en materia de salud.

En la sección III se analizan dos experiencias clave para el fortalecimiento de la salud preventiva. Se presentan la valiosa experiencia de vacunación en América Latina y el análisis del caso de Tailandia. En primer término, el Dr. Salvador García muestra los éxitos logrados por América Latina y particularmente por América Central con sus programas de vacunación, que han logrado erradicar tempranamente algunas de las enfermedades transmisibles. Las claves del éxito de este programa han sido el compromiso de las autoridades de salud, la adecuada provisión de recursos financieros, la efectiva movilización social y participación comunitaria y la creación de alianzas estratégicas a todo nivel. Del análisis surge el interrogante de cómo extender los éxitos de la vacunación a la política curativa de salud: ¿Será que el aparato institucional público y su organización responden mejor a acciones delimitadas en el tiempo y con procedimientos bastante definidos, como es el caso de la vacunación? ¿Será que la visibilidad y la posibilidad de obtener resultados inmediatos son condiciones necesarias para el éxito de las intervenciones en salud?

En su artículo, el profesor Charas Suwanwela de Tailandia muestra, por su parte, la necesidad de ver la salud preventiva desde un nuevo enfoque, que amplíe su alcance y pueda responder al creciente espectro de enfermedades preventivas. Destaca la importancia de incorporar nuevos participantes, lo que constituyó uno de los factores clave del éxito en América Latina, en particular al involucrar a la comunidad y a las organizaciones cívicas, dejando en claro que la respuesta a las exigencias de salud preventiva no puede estar dada exclusivamente desde el nivel central. Señala que el papel del Estado debe cambiar y concentrarse en el ámbito del establecimiento de normas y estándares, en la regulación del sector privado y el control de calidad, y en asegurar una adecuada financiación de las acciones de prevención. La financiación debe ser parte integral del plan y su diseño debe ser flexible, respondiendo a las cambiantes necesidades de los ciudadanos.

La sección IV se concentra en los cambios de la organización de los sistemas de salud. En particular, muestra que es posible promover de manera decisiva los servicios de atención básica a partir de cambios en la organización del sistema, y el papel determinante que desempeña una buena articulación e integración de los servicios con la comunidad.

El Dr. Adib Jatene muestra las interesantes medidas adoptadas en Brasil para lograr una mejor salud básica para todos. Se basan en una estrategia triple, que tiene como marco un sistema de salud unificado, una gran autonomía de los municipios y énfasis en la salud primaria. La estrategia se concreta a través de tres programas básicos que son: 1) asegurar un valor per cápita con recursos nacionales (federales) para atender la salud pública, único mecanismo para impedir que la dinámica curativa propia de los sistemas latinoamericanos capte todos los recursos, riesgo que además puede acelerarse por las recientes reformas que concentran su atención en el aseguramiento de servicios; 2) promover la atención primaria a través del programa de agentes comunitarios de salud, que son generalmente mujeres íntimamente relacionadas con la comunidad; y 3) promover la atención primaria a través del programa de médicos de familia. Para el éxito de este último, es esencial que exista una clara y simple composición del equipo que acompaña al médico, que haya conexión con los agentes y que la financiación ofrezca los incentivos adecuados, por ejemplo, ligados con la población atendida. Destaca que la clave del éxito es el vínculo directo con la comunidad.

Por su parte, el Dr. Xinhua Li presenta el estado de la provisión de servicios de salud y las reformas que están realizándose en China. Dada la ruralidad de ese país (el sector rural representa cerca del 70% de la población), los sistemas de salud asignan gran importancia a estas zonas, le dan igual atención a la medicina tradicional que a la occidental, le asignan gran prioridad a la medicina preventiva y, a través de la educación, movilizan los recursos de la comunidad en beneficio de la salud preventiva. Tradicionalmente, China ha tenido éxito en la movilización social y en la participación comunitaria en las actividades de salud. Ello se debe a la sólida organización y coordinación de todos los ministerios e instituciones involucrados, pero también al papel asignado a la educación en materia de salud. El esquema de cooperativas de salud, que opera en las zonas rurales y en los tres niveles de atención, y el de los practicantes rurales (*barefoot doctors*), ha sido otro de los aspectos clave del éxito. Pero recientemente los costos han venido incrementándose más rápidamente que los recursos disponibles, lo que empieza a limitar la oferta pública y a traducirse en una

rápida expansión del sector privado, no muy ordenada. En la actualidad, la mayoría de empleados carece de seguro médico. Desde el punto de vista de la oferta, los cambios están orientados a que los hospitales se conviertan en centros comunitarios de servicios de salud y las clínicas en puestos comunitarios de salud. Se busca que la atención se concentre cada vez más en la prevención y en la promoción de la salud primaria. El seguro básico de salud está apenas en sus inicios.

En la sección V se analizan los cambios en los mecanismos de financiación de los sistemas de salud ocurridos en Colombia y Filipinas, dos países de desarrollo mediano. El alcance de estos cambios dio lugar a reformas estructurales que bien merecen ser estudiadas. De ellas se evidencia que la discusión sobre la asignación de recursos es, sin duda, uno de los temas candentes en la reforma de los sistemas de salud y uno de los determinantes de sus resultados. Empiezan a abrirse camino los cambios de asignación financiera directamente al usuario, es decir, a través de la demanda, a diferencia de los tradicionales, a través de la oferta. Ello supone una explicitación de los servicios que serán cubiertos, con su respectiva cuantificación de costos. Según el mecanismo utilizado para financiar los seguros (con recursos públicos, a través de impuestos a la nómina, o directamente por el usuario privado, con o sin cruces entre estos sistemas), se llega a modelos muy distintos, como los ya reseñados en el artículo de Fleury.

El Dr. Juan Luis Londoño analiza la reforma de salud en Colombia, que ha dado lugar al llamado modelo de pluralismo estructurado, sin duda uno de los más exitosos de la región americana en materia de ampliación de la cobertura. En este artículo se observa la importancia que tiene un buen diseño técnico, como también las complejidades que supone su ejecución, en particular las dificultades políticas que conlleva una reforma estructural de la envergadura de la colombiana. Esta reforma, caracterizada por su integralidad, muestra la importancia del elemento financiero: un incremento inicial de los recursos, en este caso a través de un importante aumento de las cotizaciones en las nóminas, le permitió un sólido arranque. Estas cotizaciones, junto con los recursos del presupuesto nacional, son las que, a través de una asignación per cápita, permiten en teoría proporcionar a cada colombiano un seguro de salud, uno de los elementos clave de la reforma. Quienes participan de la economía formal financian su seguro mediante cotizaciones. El paquete de servicios asegurado corresponde a una canasta básica de salud, algo superior a la de quienes están asegurados con recursos públicos, y no depende de los ingresos de las personas. A diferencia de lo que sucede en otros modelos como el chileno, hay mecanismos que permiten la solidaridad entre los dos sistemas. Es intere-

sante destacar que en esta reforma los esquemas de competencia, entre proveedores y entre aseguradores, están presentes como un mecanismo para promover una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Se trata de una competencia difícil y con limitaciones, que exige gran estructuración, por cierto escasa en el contexto institucional de nuestros países. Por último, es interesante destacar la forma en que el autor propone que se realicen estos cambios estructurales: es preferible ir rápido y a fondo, que avanzar gradualmente con el riesgo de fracasar en los pequeños intentos y con el desgaste que ellos suponen.

El esquema filipino, presentado por el Dr. Juan M. Flavier, indica que ese país invierte significativamente en salud hospitalaria, lo que no sólo es ineficiente, sino que además es inequitativo pues estos servicios están siendo utilizados en forma desproporcionada por la población no pobre. Los mayores cambios en el sistema de salud de Filipinas son organizativos, a través de la descentralización, que ha procurado establecer integralidad en la provisión de los servicios primarios de salud, y en ocasiones, a través de una búsqueda de autonomía para que los mismos hospitales puedan obtener mayores recursos de fuentes alternativas. Los subsidios públicos, dirigidos a los hospitales regionales y locales, representan el 43% del presupuesto de salud de ese país; los gastos directos de los usuarios el 48%; y los subsidios a través del seguro social el 6%. Los subsidios a la demanda y, por esa vía, el aseguramiento, empiezan a ser temas cruciales, aunque todavía en la práctica incipientes.

La sección VI trata los grandes desafíos que enfrentan los gobiernos en la dirección, articulación y sobre todo, en la regulación de sus sistemas de salud. Esto reviste particular importancia debido a la creciente participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud.

La Dra. Cecilia Acuña y el Dr. José Pablo Gómez muestran la forma como se está empezando a desarrollar la regulación del sector de la salud en Chile, uno de los países latinoamericanos que se encuentra a la vanguardia en este terreno. La regulación, entendida como “un conjunto de reglas dirigidas a garantizar un juego justo entre proveedores y consumidores en los servicios de salud”, es una de las funciones menos desarrolladas en América Latina. Lo grave es que gran parte del éxito de los nuevos sistemas propuestos depende de ella: sin su adecuado desarrollo, no se podrá garantizar la calidad y la cantidad de los servicios de salud de la población asegurada por los sistemas privados. Asimismo, las deficiencias de este sector afectan también la provisión de la salud de los pobres, ya que ésta deberá ser asumida, necesariamente, por el sector público. Una buena regulación se hace, en-

tonces, indispensable a la luz de los cambios recientes que asignan gran importancia a las compañías privadas aseguradoras de salud.

El Dr. Khalid Abdul Kadir analiza los desafíos de la regulación de los servicios de salud en Malasia, donde recientemente se ha observado uno de los más intensos procesos de urbanización e industrialización del continente. Ello ha generado cambios en las expectativas de los usuarios, que actualmente disponen de un mayor poder de compra, y en el perfil epidemiológico de la población, lo que se ha reflejado a su vez en importantes cambios en la demanda de salud. El sistema público de provisión de servicios de salud, caracterizado por una elevada eficiencia, equidad y una cobertura bastante integral de los servicios, ha disminuido su importancia relativa, debido al mayor dinamismo del sector privado que está respondiendo satisfactoriamente a las crecientes necesidades de la población, en particular de las personas con mayores recursos. Esto está afectando notablemente el papel del gobierno y ha creado desequilibrios. Al igual que en la experiencia chilena, la regulación está en pleno proceso de estructuración, con variados resultados. Es promisorio, sin embargo, el espíritu de colaboración que parece existir entre los dos sectores.

En la sección VII se presentan las estrategias y respuestas de los bancos asiático e interamericano de desarrollo a los desafíos que supone el apoyo a la salud en ambas regiones. Hay tanto una perspectiva institucional como vivencial surgida del intercambio cotidiano de experiencias con los países. Aparecen, en consecuencia, puntos estratégicos de acción y de trabajo conjunto que pueden favorecer el desarrollo de la salud de estas dos regiones.

El Dr. Indu Bhushan analiza la estrategia del Banco Asiático de Desarrollo en el sector de la salud. La salud, que ha sido uno de los ejes de la promoción del desarrollo del Banco, responde en su estrategia a los desafíos que ya fueron identificados como clave: la protección de la salud de los pobres y la respuesta a las nuevas necesidades de la salud, esta última como consecuencia, entre otros, de los cambios epidemiológicos, de la transición demográfica y de la urbanización. Su estrategia incluye siete líneas, coincidentes en buena medida con las desarrolladas en los ensayos anteriores. Se destacan, entre ellas, la protección de la salud de los pobres a través de un mejor acceso a los servicios, de una mejor focalización de los servicios hacia los pobres, las mujeres y los niños, y de un financiamiento más equitativo; la movilización de mayores recursos para la salud pública y la atención primaria; el fortalecimiento de la capacidad de gestión del sector, que busca un mayor seguimiento de los resultados como mecanismo de asignación; el

fortalecimiento del control y la evaluación de las nuevas tecnologías; y la creciente colaboración ente el sector público y el privado.

El Dr. Roberto Iunes, del Banco Interamericano de Desarrollo, destaca el papel estratégico dentro del BID de la salud, como componente esencial del desarrollo, y analiza algunos problemas centrales de la salud en América Latina y el Caribe relacionados con la falta de equidad, la elevada ineficiencia y una inadecuada asignación de los recursos que no responde a las necesidades, lo que es particularmente cierto en los aspectos microeconómicos del financiamiento, y con la debilidad institucional del sector. Es interesante señalar que su ensayo, más que presentar una estrategia, deja ver las complejidades que enfrentan las respuestas tradicionales de la región, que si bien pueden estar ofreciendo soluciones a parte de los problemas, como los de falta de eficiencia, pueden estar logrando menos éxito en otros aspectos. El documento analiza, en particular, los impactos y acercamientos que la región ha tenido al seguro universal, la separación entre el financiamiento y la provisión, la autonomía del proveedor, la competencia y la regulación, y la descentralización. El ensayo destaca la necesidad de elaborar con gran cuidado el diseño, el alcance y la puesta en ejecución de las llamadas soluciones, en cuyos resultados media de manera poderosa el contexto en que se desenvuelven.

La sección VIII presenta las características centrales del sistema de salud pública japonés. Si bien Japón posee un sistema de salud muy diferente y más desarrollado, en relación con los otros aquí analizados, es útil para establecer algunas comparaciones. Esta sección está basada en la publicación “El sector de la salud en Japón, Sistemas de servicios de salud”, realizada por la Asociación de Salud Pública de Japón y presentado por el Dr. Hidesuke Kobayashi durante el seminario. Por último, como punto de referencia, se incluye un anexo con indicadores socioeconómicos básicos de los países con las experiencias aquí presentadas.

El contenido de esta publicación permite al lector, en consecuencia, conocer la riqueza y la diversidad de los cambios y las experiencias recientes que se han observado en América Latina y Asia en el campo de la salud. Con las dificultades que ello supone, hay algunos aspectos que merecen destacarse. En primer término, la importancia asignada al aseguramiento como mecanismo de ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Dicho aseguramiento tiene, sin embargo, distintos efectos sobre la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios, en función del diseño que se adopte. En efecto, este mecanismo puede ofrecer incentivos a la eficiencia, cuando logre pro-

mover la competencia y logre transparencia en la delimitación y valoración de los servicios asegurados. Sin embargo, puede también aumentar las desigualdades, en especial cuando sus beneficios se relacionan con los ingresos de los beneficiarios.

El aseguramiento ha sido el mecanismo empleado para proveer de servicios de salud a un sector privilegiado de la población con capacidad de pago, entre otras cosas porque es un mecanismo que permite financiar en forma sostenida los servicios de salud y minimizar los riesgos de la atención de enfermedades no previstas, tanto para el usuario como para los proveedores de servicios. Este mecanismo se ha querido ampliar a la población vinculada a la economía formal, que constituye el subsistema de seguridad social y que, dada la estructura de nuestras economías, constituye también un segmento de la población privilegiada. Ello es posible porque el comportamiento de este subsistema no sólo determina el alcance de los resultados que pueda tener el subsistema público, sino también porque se financia a través de un porcentaje de los salarios, es decir, como un tipo de impuesto, que no puede entenderse como de uso individual o privado. Cuando los beneficiarios de este subsistema actúan independientemente, es decir, cuando cada uno recibe beneficios en función directa a sus ingresos, se pierde la solidaridad entre los beneficiarios de este subsistema, y además se elimina la posibilidad de hacer transferencias de recursos hacia el subsistema con financiación pública. El seguro así diseñado fortalece los servicios de quienes están en la economía formal y particularmente de los de mayores ingresos, y además debilita las posibilidades de proveer servicios adecuados a quienes se apoyan en los recursos públicos, que son los pobres, ya que sin estas transferencias el subsistema público pierde una de sus fuentes de financiación y por ende la posibilidad de ofrecer mejores servicios. Este puede ser el caso de Chile y de la tendencia que empieza a observarse en un subsector de China.

Por eso gran parte de las experiencias, si bien analizan el aseguramiento, insisten en que éste debe tener un carácter social (véase el término aseguramiento social mencionado por la Dra. Ron), que definiríamos como en el que haya solidaridad y los beneficios no estén vinculados a los ingresos. Pero alcanzarlo no es tarea fácil, y al hacerlo deben mantenerse los vínculos solidarios entre los subsistemas públicos y de seguridad social, como es el caso de las transferencias solidarias del sistema colombiano.

Puede también aplicarse el aseguramiento a la población pobre: si bien el usuario no genera el valor del seguro directamente de su trabajo, su valor puede financiarse directamente con recursos públicos, esquema que también empieza a aplicarse en Colombia. El alcan-

ce de la canasta de servicios cubierta por el seguro varía en función de los recursos del sector público. De allí la importancia de que estos recursos se apoyen parcial o totalmente en otras fuentes solidarias, como las cotizaciones de las personas vinculadas a la economía formal. Su cobertura puede ser la de servicios básicos, como los de protección maternoinfantil del seguro de Bolivia, u ofrecer esquemas más completos aunque limitados (Colombia).

Los primeros son insuficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población. Sin embargo, si su composición incluye los servicios básicos y particularmente los más usados por la población pobre, este mecanismo tendrá rápidos resultados en el mejoramiento de los niveles de salud de la población pobre, mejorando la equidad global del sistema. Para asegurar la pertinencia de esos paquetes mínimos es clave, además, que exista una cierta flexibilidad en su composición y que exista un vínculo estrecho con la comunidad, que es quien mejor conoce sus propias necesidades (Bolivia).

En los segundos, si bien ofrecen paquetes más integrales, siempre quedarán algunos servicios excluidos que develan sus limitaciones. Pero la práctica ha demostrado que esa integralidad tampoco existe en los modelos de cobertura teóricamente ilimitada, como es el caso de los modelos llamados universales. Pero su mayor problema no es el alcance de su paquete de servicios, sino si realmente los contratos con las aseguradoras se cumplirán adecuadamente, e incluso si este mecanismo está generando una sana competencia y por ende la eficiencia deseada.

En efecto, los resultados positivos del aseguramiento sobre la eficiencia, a través de una mayor competencia entre aseguradoras y proveedoras, están condicionados al buen seguimiento de estos contratos, que es el terreno de la regulación, así como a que la población tenga la adecuada información para adoptar decisiones. Ambos aspectos, la regulación y la disponibilidad y uso de la información, son elementos centrales del diseño. Son mecanismos que promueven la eficiencia, y ayudan a impedir la selección adversa (y por ende un efecto negativo sobre la equidad) en los esquemas de aseguramiento. Al respecto son muy relevantes la experiencia chilena y la tailandesa, que muestran las dificultades inherentes a la regulación.

Otra dificultad del aseguramiento es que exige una adecuada estimación de la composición y de los costos de los servicios involucrados. Ello, si bien es tarea difícil, representa un paso importante hacia la promoción de la eficiencia: la claridad sobre los costos involucrados y sobre el uso que se espera de los servicios, inmediatamente lleva a prestar más atención a cuánto y cómo se gastan. Ello se

traduce en mejores controles y atención a las tecnologías médicas utilizadas y, sobre todo, a las formas de contratación de los proveedores, dos de los instrumentos centrales para modular la eficiencia del sistema.

Pero el aseguramiento enfrenta otra dificultad: su esquema asigna directamente los recursos al usuario (asignación a la demanda), quien por esa vía se ve fortalecido para decidir y escoger. Ello es claramente positivo. Pero entonces los recursos dejan de seguir el camino tradicional de apoyo directo a quienes ofrecen los servicios. Ese cambio rompe, por lo tanto, los esquemas inerciales de comportarse, que obligan a los proveedores a preocuparse por conseguir sus recursos, lo que exige, entre otras cosas, una visión gerencial por parte de los proveedores y particularmente de los hospitales, hoy día incipiente. Esta transición, que corresponde al desplazamiento de los subsidios de oferta hacia los de demanda, no es por tanto evidente, y toca por demás intereses de los proveedores de servicios. Es por lo tanto de alto riesgo, como lo evidencia el caso colombiano.

En otros países, con el ánimo de aumentar la cobertura de sus sistemas de salud y dadas las dificultades del aseguramiento, se han mantenido en cambio los esquemas tradicionales de apoyo a la oferta. La oferta de servicios puede ser ilimitada teóricamente, como es el caso de Brasil, para lo cual el sistema de salud tiene que ser único, desde el punto de vista financiero y organizativo. El problema de los sistemas que basan la ampliación de su cobertura en la ampliación de la oferta de servicios es, en primer lugar, que tradicionalmente no es fácil reorientarlos a aquéllos que más se necesitan (los oferentes toman las decisiones de lo que ellos más necesitan) y, en segundo lugar, que los servicios más costosos pueden quedar en manos de los usuarios mejor informados o con mejores conexiones, que raramente son los pobres, como ocurre en el caso de Filipinas. Sin embargo existen mecanismos interesantes, dentro de los modelos de oferta, que promueven un servicio más pertinente y acorde con las necesidades. Los médicos de familia y los agentes comunitarios de Brasil, por ejemplo, consiguen vincular estrechamente la comunidad a los servicios (pertinencia), al tiempo que aseguran una adecuada organización y asignación de recursos, y una cobertura para la población más necesitada.

Por otra parte, debe señalarse que no todo puede dejarse al aseguramiento social o incluso a los mecanismos de oferta. Es evidente que la salud pública y la preventiva requieren otros canales que le aseguren su permanencia y financiación (véanse las experiencias de Centroamérica, Brasil y Tailandia), a través de asignaciones específicas y sostenidas.

Este es el inicio de la discusión que se perfila en estas páginas, cuyo hilo conductor es la riqueza y la complementariedad de las experiencias presentadas. Queda solamente extender una carta de invitación al lector para que examine las distintas experiencias que se presentan a continuación, con el firme convencimiento de que de su estudio saldrán valiosas enseñanzas que permitirán apoyar con mayor seguridad el desarrollo de la salud de sus países.

Carlos Gerardo Molina
Docente del INDES

Página en blanco a propósito

序論

アジアと中南米のような一見大きく異なる両地域が保健分野では大変似通った課題に直面していることは驚きに値する。また、その対応措置の多様性とそれらの相互補完性はさらに驚きに値する。両地域の経験を比較することは間違いなく価値のある教訓をもたらす。例えば保険制度など、他国で着手しつつある道程をある国では既に経験していることがあり、その国の失敗と成功を映し出す経験は貴重な教材となる。近年転換を遂げた発展モデルは保健部門の重要性を示しているとともに、これらの地域での保健制度の恒常的な脆弱性を表している。発展の真っ只中にあるこの制度においては、貧しい人々の健康を向上させる余地がまだある。これはまだ継続性と一貫性に欠けるが、革新的な対応措置と大々的なプログラムの誕生によっても起こる。同様に公共部門とその組織性も重要視される。公共部門は、多くの場合効率性の向上を求められてはいるが、政策変更に不可欠な支援とより所を提供し、それ無しでは政策は一時的で一部の受益者に留まるものになってしまう。

ここで「アジア」という場合、選択された経験事例の大部分が集中する「東南アジア」を指す。日本が世界の最長寿国であることから分かるように、保健分野では同国が世界で最も進んでいる国のうちのひとつであることは明らかであり、平均的な「アジア」とは状況を異にする。しかし、日本の事例は参考となるため、この出版物の巻末にそのモデルを紹介する。

中南米とアジアが直面する保健の課題で特筆されるものとして、貧しい人々への保健サービスのアクセスとその質の向上、新しい地域経済環境の中で増加する新たな保健サービス需要に成功裏に対応すること、保健制度における代替的そして革新的な資金調達法を模索すること、両地域における新たな政治システムに則した柔軟性のあるダイナミックな組織を創造すること、が挙げられる。

この出版物では2009年9月に日本で実施された「セミナー：保健に関する比較研究」で発表された両地域における最も興味深い経験を選択した。

これらの経験は保健分野の様々な課題を考察する材料を提供している。発表順に、両地域における保健の一般的な課題と枠組、貧困層の保健アクセス向上に関する経験、予防保健とプライマリーケアを促進するための経験、新たな政治組織に対応するための保健制度の組織論的な視点からの回答、資金調達メカニズムの転換、特に公的部門と民間部門の均衡関係を中心とした保健制度の規制の変遷、保健制度の発展に関する国際機関と銀行の戦略、がテーマとなる。

上記各課題に焦点を当てた計7部を通じ両地域の経験を紹介する。各部は中南米とアジアの国々の経験を含む互いに補完的な二つの章で構成される。また、各課題が相互に深く関連しているため、各部も互いに補完的とすることにより、両地域の保健制度における課題、重点、変化、回答の全貌を提供する。次に各部を紹介する。

第1部では中南米とアジアでの社会経済の背景、保健の一般状況とその課題、そして

保健改革の枠組を分析する。この部の最初のレポートでは、ソニア・フレウリー講師が中南米諸国における民主主義の台頭と公的資金の限界の中で輪郭を表してきている三つの異なる保健モデル（普遍的、二重的、多重的）を明示した。これらのモデルは貧困層において最も遅れている資金調達、組織、保健サービスの適用範囲とアクセスなどの従来の課題への対応策となるものである。現在では、公的部門と民間部門の新たな関係の基盤となる分権化と規制緩和の範囲を明確化するなど、政府が従来と異なる役割を担う構造的に異なる制度が生まれつつある。全てのモデルにおいて保健サービスの適用範囲については進展がみられ一般市民も恩恵を受けることとなるが、保健サービスの供給は特に二重的モデルを中心に不平等となっており、サービスの提供は受益者の所得水準に左右される結果となっている。このような場合、人口の分層化は保健サービスの提供により縮小されずに逆に拡大してしまう可能性がある。

一方、アビバ・ロン博士は近年のアジア経済の目覚ましい発展は必ずしも保健制度に同様の目覚ましい改善をもたらした訳ではないと主張する。保健サービスへのアクセスの難しさの根元には支払能力、より一般的には保健へのファイナンスの問題が潜む。よって保健の向上は貧困と保健を総合的に捕らえることによって初めて達することができる。しかし、多くの場合、同地域の改革は民営化と費用削減に向けられ、幸運にも保健分野への公的資金の削減を伴うものではなかったが、資金活用の効率が向上した訳でもない。結果として、公的部門と民間部門のバランスは変化しこれが貧困層に及ぼす悪影響を十分に考慮しなかった。また保健サービスの質の向上にも十分な進展がみられなかった。一般的に、改革は資金調達面に集中していたために、例えば（地方分権のための）組織、行政、資金確保の相互作用を保障するような、統合性を欠いていた。社会健康保険は、それが正当に計画されれば、特に貧困層への保健サービスの提供範囲を拡大するための処方箋として奨められている。

第2部では貧困層の保健サービスへのアクセスとサービスの平等性を分析する。これは両地域の保健分野の重点課題のうちのひとつであり、他の部でも別の角度から分析する。この部ではボリビアにおける基礎健康保険の経験を分析するとともに、ベトナムの発展モデルの変容が保健の平等に及ぼす影響を観察する。

フェルナンド・ラバンデス博士は、中南米の中でも低所得国であり保健サービス提供の成果が芳しくないボリビアで最近創設された基礎健康保険制度を紹介する。この保険は基礎母子健康保険を拡張したものであり、この国の保健改革の中心的な構成要素となっている。高い母子死亡率を次の5つの基本的な方法によって削減する。1) 成果によって行政の優先順位を決める、2) 基本的な保健へのアクセスの平等を保障する、3) 保険の普遍性と一貫性に向かって徐々に発展すること、4) 市町村レベルでの同意形成を促す、5) 貧しい人々が保険でカバーされる病気を選択できる制度を創ること。この保険への融資は中央政府と市町村の双方による公的融資である。今日までに、この国の貧困層のカバー率に大きな進展がみられている。

一方、トラン・トロング・ハイ博士とクラウディオ・シェフタン博士は保健の平等はベトナムで行われているマクロ経済改革の台風の目に晒されていることを示した。実際、論文は、所得レベルはボリビアのように最も低い国に入るが、カバー率も高くし

つかりとした保健制度を有するベトナムが直面する課題を挙げている。同国が経験しているより自由化された市場経済への移行は、それまでに達成してきた保健分野での平等性に逆行するような動きを意味した。

第3部では予防保健の強化に重要な二つの経験を分析する。中南米とタイにおける予防接種に関する貴重な経験を各々分析する。まず最初に、サルバドル・ガルシア博士が中南米の達成した成果を、特に中米の各種伝染病の根絶に貢献した予防接種プログラムをとりあげながら紹介する。このプログラムの成功の鍵は保健分野の政策実行者の強い意志、妥当な資金源の存在、効率的な社会運動と住民参加、そして、全てのレベルにおける戦略的な協力体制にある。分析の結果、医療政策に予防接種の成功例をどのように拡大適用できるかという質問が生じてくる。今回の予防接種の事例のように、時間的制限があり、かつ特定された手続きを踏む場合には、公的機関の方がよりうまく対処できるのであろうか。早急に結果を得る可能性というのは保健への政府の介入の成功に必要な不可欠な条件となるのであろうか。

一方、タイのチャラス・スワンウェラ講師はその論文で予防保健を新しい視点から捕らえ、増加する予防可能な病気に対処できるように予防保健の適用範囲を拡大する必要性を説いている。中南米の成功の鍵となった特に住民と民間団体の参加など、保健分野に新しい参加者を取り込むことの重要性を指摘し、予防保健で求められている課題に対する答えは中央レベルのみからは得られないことを明確化している。政府の役割は変わる必要があり、政府の主な役割は、規則、基準の設定、民間部門の規制と品質管理、そして予防措置に適した融資を保障することに集中すべきであるとしている。融資はプログラムの一環として組み込まれるべきであり、その形態は市民の変わり行く要望に応じるべく柔軟なものである必要がある。

第4部では保健制度の形態の変化に焦点をあてている。特に制度の形態を変えることによって基本的な保健サービスをより確実に促進できるということ、そして住民との関係を重視したサービス提供が果たす重要な役割を指摘している。

アジブ・ジャテネ博士は国民の基本的な保健向上のためにブラジルで採択された興味深い措置を紹介している。この措置は、統一化された保健制度、市町村の強い自治権、プライマリーケアの重視という枠組みを持つ三段階戦略に基づいている。この戦略は三つの基本的なプログラムから成っている。1) 国民の保健に対処するため(連邦) 国家予算で国民一人あたりの保健予算を確保すること。これは中南米独自の医療システムが全ての予算を占領してしまうことを避けるための唯一のメカニズムである。サービスの提供を重視する昨今の改革でこの危険性はより加速化する可能性がある。2) 保健に関する市民団体のプログラムを通じてプライマリーケアを促進すること。一般的に市民団体は地域住民に深く関わっている女性である場合が多い。3) ホームドクター計画を通じたプライマリーケアの促進。これを成功させるためには医師に付き添う少人数の明確な構成員から成るチームの存在が不可欠である。このチームは市民団体との付き合いもあり、また融資にあたってはたとえばケアを受ける住民に関係するような適切なインセンティブを与えることも重要である。住民との直接的な繋がりが成功の鍵であると強調している。

一方、シーファ・リー博士は中国での保健サービス提供の現状と同国で実施されている改革を紹介している。農村社会であるこの国（国民の約70%は農村部門に所属）の保健制度は、農村を重要視しており、また東洋医療を西洋医療と同等に位置付けている。予防保健を最優先し、予防保健のために教育を通じて住民を動因している。中国では伝統的に保健活動における社会動因と住民参加に成功している。これは関係する全ての省庁や組織の堅固な組織力と調整力によるが、同時に保健分野における教育の果たす役割にもよる。農村地域で三つのレベルを対象とする保健組合と農村医師（裸足ドクター）の制度は成功に結びついたもうひとつの要素であった。しかし最近、費用が可処分予算以上に急速に膨れ上がり、公的支出が制約されつつあるため、代わって民間部門が秩序無く急速に拡大している。現在では雇用者の大部分が医療保険を受けていないのが現状である。供給面で見ると、この変化により、病院は市民保健センターへ、診療所は市民保健所へと変貌しつつある。保健サービスはより予防とプライマリーケアの促進に集中する方向にある。基礎健康保険はまだ発足初期の段階にある。

第5部では中進国であるコロンビアとフィリピンにおける保健制度への融資メカニズムの変化を分析する。この変化は同時に研究に値する構造的な改革をもたらした。資源の分配に関する論議は間違いなく保健制度改革における重大なテーマであり、結果を左右する決定要因である。従来のように供給からではなく、受益者に直接融資が届くような需要面からのアプローチに新たな道が開き始めた。これは各々の費用の数値化によるサービスの明確化を意味する。保険に融資するために使われたメカニズム（所得税を通じた公的資金によるもの、または直接民間受益者によるもの、あるいは両制度が混ざり合ったもの）はフレウリー講師の論文で指摘されたとおり異なるモデルへと繋がる。

ファン・ルイス・ロンドニョ博士はコロンビアにおける保健改革を分析する。この保健改革は構造的な多角的モデルと呼ばれ、保健サービスの適用範囲拡大において米州地域で最も高い成果を誇ったものである。この論文では技術的な制度構築の重要性と例えばコロンビアに合う構造改革を実行するための政策の難しさなど、その実行の困難性を示している。統合的な特徴をもつこの改革は融資分野の重要性を指摘し、この場合には所得税から差し引かれる分担金の拡大によるが、一般的に初期における資金の拡大が着実な発足を可能にした。この分担金と政府予算の資金が各国民への割り当てを通じ理論的に一人一人のコロンビア人に健康保険が適用されるというのがこの改革の中心的な要素となっている。フォーマル経済にいる人々は保険金を分担金によって賄う。その保険サービスのパッケージは公的資金によって保障されている人々のものよりも若干上回る基本的な保健バスケットであり、所得によって左右されるものではない。チリなどの他のモデルとは異なり、このモデルでは両制度間の協調が可能となる。この改革では保健サービス供給者間と保険機関間の競争原理は資金のより効率的な活用を促進するメカニズムとして存在している。これは困難で制限のある競争であるため、我々の国々では組織的に欠けているが、競争原理の構築が求められている。最後にこの著者が提案する構造改革の方法を挙げると面白いだろう。同氏によると改革は、徐々に実施し細かい失敗を繰り返し消耗するよりも、速く、かつ深く実施すべきである、としている。

フアン・フラビエル博士が紹介したフィリピンのケースでは、同国は医療機関保健への投資に集中しすぎ、非効率であるだけでなく非貧困層によって不均衡にサービスが利用されているため不平等であると指摘する。フィリピンの保健制度の最大の変革は分権化を通じた組織的なものでありプライマリーケア供給の一貫性を植え付けようと試みたものである。また時には病院が様々なところから資金を獲得できるような自治権拡大をも模索したものであった。地域医療機関にあてられた公的補助金は同国の保健予算の43%を、受益者への直接支出が48%、社会保険を通じた補助金が6%を占めている。需要面からの補助金提供あるいは保険制度の見直しが中心課題となりつつあるが、まだ実践には程遠い。

第6部では政府による保健制度の設定、実施、そして特に規制に関する大きな課題を扱う。これは保健サービスの供給における民間部門の参入が急増しているなかで重要な色彩を帯びてくる。

セシリア・アクニャ博士は保健分野においては中南米諸国の中で最先端を行くチリで進展している保健部門の規制状況を紹介する。「保健サービスの受益者と供給者との間の正当な取り引きを保障するための取り決め」である規制は中南米で最も遅れている機能である。問題となるのは提案された新制度の成否は規制にかかっている点である。適切な規制の適用なしでは民間制度で確保されている国民の保健サービスの質と量を保障することができない。同様にこの分野に欠陥があると、貧困層への保健提供は必然的に公的部門が実施するため、貧困層の保健にも影響を与える。よって、保健サービスを実施する民間会社に重きを置く近年の傾向においては、適切な規制が不可欠である。

カフリド・アブドゥール・カディル博士は、アジア大陸で近年最も都市化と産業化が進んでいるマレーシアにおける保健サービス規制の課題を分析する。同国の保健サービスは、現在ではより高い購買力を有する受益者の期待と、保健サービスの需要に大きな影響を与える流行病の現状に従って変化している。高い効率性と平等性と一貫性のあるサービス適用を誇る公的保健制度の重要度は、高所得者層を中心とした住民の高まる需要に適切に答えている民間部門の大きな躍進により、相対的に低下した。この傾向は政府の役割に少なからずの影響を与え、不均衡をもたらしている。チリの経験と同様に規制構築の過程の真っ只中にあり色々な結果を生み出している。しかし、官民両部門にみられる協力の精神には期待が持てる。

第7部ではアジア開発銀行と米州開発銀行の両地域における保健への協力課題について、その戦略と成果を紹介する。各国との日常的なやり取りから生まれた開発銀行としての視点あるいは個人的体験からの視点が検討される。その結果、両地域の保健の発展に寄与する共同プロジェクトの戦略的な課題が浮上してきた。

インドウ・ブサン博士はアジア開発銀行の保健戦略を分析する。保健分野は、同銀行が中心課題として位置づけている貧困層の保健及び都市化や人口の変化、流行病の変化などの結果生じる新たな保健需要への対策に応える開発促進の中心軸のひとつであ

る。その戦略は、前章までに紹介した研究とほぼ内容が一致する7つの方針から成る。中でも特に目立つものとして、1) 保健サービスへのアクセス向上、貧困層と女性と子供に焦点をあてたサービスの拡充、より平等な融資等による貧困層の保健の向上、2) 各対策のフォローアップとして保健の均等配分を保障する役割を果たす保健分野の経営管理の強化、3) 新たな技術の監督と評価の強化、4) 官民両部門間の協力、等が挙げられる。

米州開発銀行 (IDB) のロベルト・イウネス博士は発展のための重要な要素である IDB の保健への融資の戦略的な役割を強調する。また、平等性の欠如、非効率性 (特に融資のミクロ経済学的な面で)、需要を反映しない資源の不適切な配分、保健分野の組織的な脆弱性など中南米カリブにおける保健の主な問題点を分析する。同氏の研究は効率性の欠如など一部の問題に対しては解決策を提示しているもののその他の分野ではあまり成功していない従来の中南米カリブ地域の処方箋を放棄している点で興味深い。同論文では特に保険の普遍性、資金調達とサービス供給の分割、供給者の自主性、競争と規制、分権化などの分野で中南米カリブ地域の経験と成果を分析する。同分析では、現況を大きく調整する機能をもつ解決策の計画、適用範囲、実行は充分に慎重に行うべきだと説いている。

第8部では保健制度の主な特徴並びに日本の保険モデルを紹介する。本研究で分析されたシステムと比べ、日本はより発達した保健制度を有するが、それらを比較することにも価値があると考えられる。この部は、1995年に日本公衆衛生協会より出版され、本セミナーで小林秀資氏によって発表された「日本における公衆衛生：保健サービス制度」に基づく。

最後に、発表された様々な経験の付記または参考として、日本の保健制度と健康保険の特徴を示す論文を載せる。また本著で紹介する国々の基礎社会経済指標も付記する。

本著は、近年保健分野において中南米とアジアでみられた多様性に富む変化と経験を読者に提供するものである。保健分野では様々な課題があるが、中でもいくつか特筆すべきものを取り上げる。まず最初に、保健サービスの適用範囲拡大メカニズムとしての保険の重要性が挙げられる。しかし保険は適用次第で、平等性、効率性、そしてサービスの持続性に異なる影響を与える。競争が促進され保険の適用における透明性が確保された場合には当然ながらこのメカニズムは効率性をもたらす。しかし、便益が受益者の所得に左右される場合には不平等が助長されることとなる。

保険は支払能力のある恵まれた住民に保健サービスを提供するためのメカニズムである。保険はサービス提供者と受益者の双方にとり、保健サービスの資金を持続的に調達し、予知できない病気のリスクを最小化させるメカニズムであるからである。この機能はやはり恵まれた住民といえる社会保険制度の一員でありフォーマル経済を構成する住民にも拡大適用されようとしている。これはこの機能が公的制度の限界を明確にし、(税金のように) 受益者の所得の割合による資金調達が個人あるいは民間保険として機能しているために実施が可能なのである。これらの受益者が独自に行動すると、つまり各自の所得に比例する形で便益を受けると、この制度の受益者の連帯感が無く

なり、この制度に対し公的融資による資源配分を図る余地が無くなってしまふ。このような保険はフォーマル経済にいる人々、特に高所得者層へのサービスを強化し、また、公的財源が移転されないために公的制度は財源の一部を失うことになり、公的融資に依存する貧しい人々へのサービス提供を弱めてしまふ。これがチリの場合に当てはまり、また中国の一部でも現れてきている傾向である。そのために、経験発表の大部分は保険を分析し、保険には、便益が所得に左右されない連帯感のある社会保障的な要素（ロン博士の社会保険の概念を参照）が求められると主張している。しかしこれを達成する事は容易でない。そのためにはコロンビアの連帯移転制度にみられるような公的制度と社会保障の間の強い連帯が必要である。

貧困層への保険も適用は可能である。保険加入者は自分の収入から直接保険を購入するのではなく、公的財源の融資を直接受ける方法である。これはコロンビアにおいて適用され始めている。この制度の適用範囲は公的財源の機能に左右される。そのために、これら公的財源は、部分的にまたは全てが、フォーマル経済の人々からの分担金など、その他の民間資金源に支えられるものであることが重要である。適用される保険サービスは、ボリビアの保険のような母子保護などの基本的なサービスに限るもの、または制限はあるもののより充実したサービスを含むもの（コロンビア）が考えられる。

前者の健康保険は住民の保健ニーズを充分には満たさない。しかし、基礎サービスなど特に貧困層に最も利用されるものを含んでいれば、貧困層の健康レベルの向上に速い結果をもたらす、制度全体の平等性を向上させるだろう。このような必要最小限のパッケージの妥当性を保障するためには、その内容に柔軟性を持たせ、ニーズを一番良く把握している住民との強い関係を維持させる事が重要である（ボリビア）。

後者の健康保険は、より完全なパッケージを提供するが、常にカバーできないサービスがあることは免れない。しかし、普遍的理論と呼ばれるケースにみられるように、理論上サービスの提供範囲に制限の無いモデルでさえも、実践上では完全なサービスの提供は不可能であることが証明されている。より問題となるのは保険パッケージのサービス範囲ではなく、本当に保険機関との契約が適切に守られているか、またこのメカニズムが健全な競争を生み出し望ましい効率性を達成しているか、という点である。

実際、保険機関と保健サービス提供機関の競争激化を通じた効率性の成果は、規制の分野である契約の適切な遵守、そして住民の意思決定時の適切な情報確保という条件のもとで初めて達成される。規制と情報確保の両面とも健康保険を計画する際の重点となる。これらは効率性を促進するメカニズムであり、保険スキームの不利な（よって平等性にマイナス効果の）選択を防ぐ。この点に関しては、規制固有の問題を提示するチリとタイの経験がよくあてはまる。

保険のさらなる問題は関連するサービスの項目と費用の適切な見積もりが求められることである。これは難しい課題ではあるが、効率性の促進への重要な一歩となる。費用とサービスの見積もり額の明確性は、直接どのようにくら支出するのか、という

点に注意を払うことに繋がる。これは、使用される医療技術、そして医療機関との契約形態、という制度の効率性を調整する重要な2つの要素を適切に監視し注意することに反映してくる。

保険はまた異なる問題に直面している。保険制度のスキームでは予算が直接サービス受益者に配分され(需用への資源配分)、受益者はサービス選択の面で大いに得をする。この点は明らかにプラスである。しかしこの場合、医療機関への直接的な支援という従来の資源配分のルートを逸脱してしまう。この変化はこれまでの慣習を離れ、医療機関は公的資金確保を案じ、今日ではあまりみられない医療機関の経営的な視点が求められてくる。この補助金の供給から需用への配分移行は、明らかに現われないが、医療機関の関心を無駄に刺激する。そのためコロンビアのケースにみられるような危険を伴う。

その他の国では、この保険制度適用の難しさの中で保健サービスの適用範囲を広めるために、従来通り供給側への支援を維持している。保健制度が資金調達と組織論の観点から単一であるブラジルの場合のように、理論的にはサービスの提供は無制限に可能である。サービスの供給拡大によって適用範囲の拡大を図る制度の問題点は、伝統的によりニーズの高い人々にサービスを向けることが容易ではない事である(供給者は彼らにとって必要な意思決定を行う)。第二に、フィリピンのように、より高い費用を伴うサービスは、貧困層よりもむしろ、より情報にアクセスを持ちコネのある受益者の手に留まってしまうことである。しかしニーズに沿ったより恒常的なサービスを促進する供給モデルとして興味深い制度が存在する。例えばブラジルのホームドクターや住民組織は住民の保健サービスへのアクセスを強く促進させるとともに(恒常性)、適切な組織制度、資源の配分、そしてニーズの高い住民への適用範囲拡大を保障している。

一方、社会保障あるいは需用メカニズムを全く放棄すべきでは無い事も事実である。公的保健と予防保健は具体的で継続性のある補助金により、別途その恒常性と資金調達を確保するルートが必要である(中米、ブラジル、タイの経験を参照)。

本稿では本著で紹介される経験の豊かさと補完性が織り成す議論の口火を切らせて頂いた。本著が各国の保健の発展をより確実とするための一助となることを確信し、読者の方々を本著の異なる経験の議論に招待しつつ本稿を締め括る。

カルロス・ヘラルド・モリナ
INDES 講師

CAPITULO I

REFORMAS DE SALUD

**¿Universal, dual o plural?
Modelos y dilemas de atención de
la salud en América Latina:
Chile, Brasil y Colombia**

Sonia Fleury



**Desarrollo del sector de la salud
en la región de Asia y el Pacífico**

Aviva Ron

Página en blanco a propósito

¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia

Sonia Fleury

Escuela Brasileña de Administración Pública

Fundación Getúlio Vargas

Introducción

Durante los últimos veinte años, América Latina ha experimentado un proceso gradual de transformación institucional en los sectores de la educación, la atención de la salud y la seguridad social. Las reformas en el sector de la salud en América Latina han perseguido los mismos objetivos que en otras regiones del mundo, esto es, aumentar la eficiencia, al tiempo que se enfrenta un acentuado crecimiento de la demanda y de los costos. Sin embargo, en el caso de América Latina, el proceso se está llevando a cabo bajo circunstancias especialmente complejas y paradójicas: una enorme proporción de la población de la región carece de una fuente regular de atención de la salud y no tiene derecho a los beneficios que otorgan sus sistemas de seguridad social que hoy día son algunos de los más antiguos y con raíces más profundas en el mundo. La dificultad de este contexto se intensifica por la demanda creciente para tener acceso a servicios de atención de la salud (puesto que la región está viviendo un período especialmente democrático) en circunstancias en que existe una presión aún más fuerte sobre los gobiernos de América Latina para reducir los gastos del sector público, con el propósito de estabilizar las economías de sus países.

Otro elemento de complejidad en este escenario ha sido la reciente tendencia expansionista entre los proveedores privados de servicios de salud y las compañías de seguros, que dependen principalmente de los incentivos otorgados por los gobiernos pero que no están sujetos a regulación por parte de éstos. Los esfuerzos para ajustar las economías de la región a un mercado más competitivo y más internacional, han alterado profundamente el papel del gobierno en el sector industrial y en áreas tales como los sistemas de provisión de servicios prescritos en las políticas sociales de los países. En concordancia con este movimiento general, se han iniciado muchos esfuerzos para reformar los sistemas de atención de la salud a través de la región, todos los

cuales están encarando el desafío de aumentar la eficiencia de la administración del sector, su efectividad total, su equidad en términos del acceso de la población a los beneficios, y su habilidad para satisfacer la creciente necesidad de atención de la salud de la población. Las autoridades gubernamentales del sector tienen que enfrentar las insuficiencias de los gastos públicos y una creciente participación de los proveedores privados de servicios de salud. Los instrumentos de los procesos de reforma incluyen la descentralización, la privatización, el aumento de la productividad y la delegación de poder a los usuarios.

Este estudio analizará la manera como la emergencia de los nuevos modelos sociopolíticos está cambiando la estructura de poder del sector salud en los países de América Latina. Asimismo describirá con algún detalle las consecuencias de las reformas sobre la equidad y el impacto relacionado con la gobernabilidad en varios países de la región, destacando la interacción entre la eficiencia y la integración social que es uno de los problemas clave del autogobierno democrático en América Latina.

El patrón histórico de desarrollo¹

A pesar de las múltiples diferencias existentes entre los países de América Latina, la región mostró un patrón de desarrollo económico y social común desde la década de 1950 hasta el decenio de 1980, que se caracterizó por una presencia fuerte y activa del Estado, impulsada por el modelo de industrialización de sustitución de las importaciones. En cuanto al sistema político, la autoridad era administrada de manera oligárquica, combinando mecanismos de patrimonialismo, populismo y exclusión. Definimos como patrimonialismo cualquier tipo de apropiación de bienes públicos por parte de una élite; por populismo, el intercambio de privilegios por medio de la cooptación de los trabajadores por el gobierno; y como exclusión, el proceso de denegar la condición de ciudadano y los derechos sociales a la gente más pobre. Por consiguiente, la región presenta una fuerte cultura política autoritaria y la peor distribución del ingreso en el mundo. De acuerdo con el Informe del Banco Interamericano de Desarrollo para 1999², no más del 5

¹ Los países de habla inglesa del Caribe no fueron considerados en el estudio, debido a que poseen un patrón de desarrollo distinto que dio como resultado sistemas sociales de protección más amplios.

² BID, 1998-1999.

por ciento de la población recibe el 25 por ciento del ingreso nacional y el 10 por ciento superior percibe el 40 por ciento, en tanto que el 30 por ciento más pobre de la población recibe solamente el 7,5 por ciento.

Durante la segunda mitad del siglo se inició un proceso intenso y variado de urbanización en todos los países. Empero, el período de rápido crecimiento de la región desde 1945 hasta 1973 no condujo a un mejoramiento trascendente en la distribución del ingreso, debido a la naturaleza de las instituciones generadas por las estructuras políticas, sociales y económicas³. La modernización socioeconómica que ocurrió no permitió extender las relaciones formales del mercado laboral a la totalidad de la clase trabajadora. Por el contrario, el desarrollo económico de ese período se caracterizó por la heterogeneidad estructural de la fuerza laboral que se insertaba en el proceso productivo. Como resultado, la mitad de la fuerza laboral de la región trabaja en el mercado informal, lo que significa, entre otras cosas, que la mitad de los trabajadores de la región se encuentra excluida del sistema de seguridad social.

Aun así, la amplia brecha del ingreso que separa al rico del pobre en la región comenzó a disminuir. Infortunadamente, la crisis económica y el proceso inflacionario de la década de 1980, y las medidas de ajuste económico del decenio de 1990, revirtió esta tendencia hacia arriba en la distribución del ingreso. En consecuencia, la brecha de ingreso del período se amplió de nuevo y las mejoras en la distribución, anteriores a la crisis de la deuda, se desvanecieron.

Entre 1995 y 1998, el índice de desarrollo humano se redujo de 0,823 a 0,737⁴. De acuerdo al PNUD, este valor regional está comprendido entre el puntaje de los países desarrollados y el de los países en desarrollo. La cifra varía dentro de la región entre 0,340 para Haití y 0,889 para Chile. De acuerdo con el informe del Banco Mundial, la pobreza extrema (sobrevivir con menos de US\$1 por día) afecta al 15 por ciento de la población total, la pobreza (sobrevivir con menos de US\$2 por día) afecta al 36 por ciento de la población total y “ambas, la participación y los números referidos a la pobreza, se mantienen obstinadamente estables, aparentemente inmunes al crecimiento en la década de 1990 debido a los elevados niveles de desigualdad”⁵.

Además, el informe de la cumbre de Okinawa del Grupo de los 8 (G8) señaló que “los pobres son a menudo los más severamente

³ Thorp, Rosemary, 1999.

⁴ PNUD 1995 y 1998.

⁵ World Bank 2000/2001.

Cuadro I. Variación de los indicadores económicos, sociales y demográficos

<i>Indicadores</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Económico, social y demográfico		
Población total (miles)	164.000 (Brasil)	2.700 (Panamá)
PIB (millones de US\$)	820.381 (Brasil)	1.971 (Nicaragua)
PIB <i>per cápita</i>	9.028 (Argentina)	375 (Haití)
Esperanza de vida (años)	77,0 (Costa Rica)	54,0 (Haití)
Tasa de fecundidad global	4,9 (Guatemala)	1,6 (Cuba)
Tasa de mortalidad infantil (por 1000)	68,0 (Haití)	9,0 (Cuba)
Tasa de mortalidad materna (por 100.000)	456,0 (Haití)	2,4 (Cuba)
Alfabetismo (%)	97,5 (Uruguay)	21,7 (Venezuela)
Acceso a agua potable (% población)	100,0 (Costa Rica)	39,0 (Paraguay y Haití)
Acceso a alcantarillado (% población)	95,7 (Costa Rica)	14,8 (Paraguay)
Gasto en salud		
Gasto total en salud (millones de US\$)	29.151 (Brasil)	65 (Haití)
Gasto en salud (% PIB)	13,4 (Uruguay)	3,2 (Guatemala)
Gasto en salud <i>per capita</i> (US\$)	564 (Uruguay)	9 (Haití)
Gasto público (% gasto total en salud)	74,0 (Costa Rica)	32,0 (República Dominicana)
Recursos y servicios		
Médicos (por 1000 habitantes)	5,5 (Cuba)	0,1 (Haití)
Enfermeras (por 1000 habitantes)	6,9 (Cuba)	0,1 (Paraguay y Haití)
Cobertura de salud (%)	100,0 (Cuba, Costa Rica y Paraguay)	40,0 (Bolivia y Haití)

afectados por las conmociones de origen macro y micro ... y la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no tienen mecanismos para mitigar el impacto de las perturbaciones adversas sobre los pobres”⁶.

Esta situación afecta de diversas maneras la calidad de vida de los diferentes grupos de la población regional. Para fines de la década de 1980, la esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe era de 70 años, un importante aumento con relación a los 62 años de esperanza de vida que se registraban en 1975. Más aún, al mismo tiempo la región estaba perdiendo anualmente alrededor de 233 años de vida ajustados por discapacidad (DALY, disability-adjusted life years), por mil personas cada año, ubicándolo a medio camino entre los países industrializados y los países en desarrollo. La mortalidad infantil registró variación significativa a través de la región que oscila entre 9 y 68 por mil nacidos vivos.

A comienzos de los años noventa, los gastos en salud per cápita en América Latina y el Caribe promediaban aproximadamente US\$122 (fluctuando entre US\$9 y US\$546) y las erogaciones totales representaban el 6 por ciento del PIB regional. Se pueden observar diferencias significativas a través de la región en cuanto a las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud. Por ejemplo, las tasas promedio nacionales de hospitalización fluctuaban entre el 2,3 y el 14,2 por ciento de la población, y la cobertura nacional promedio de consultas médicas por habitante, por año, oscilaba entre el 0,5 y el 6,3 por ciento.

Tales diferencias no sólo se observaban entre países, sino también dentro de ellos, y asumían un desproporcionado número de víctimas entre grupos rurales y urbanos marginados, grupos indígenas, y muchos otros en condición desventajosa⁷ (véase Cuadro 1).

Irónicamente se pueden encontrar en la región algunos de los sistemas de seguridad social más antiguos, más poderosos, más complejos y más profundamente institucionalizados. En realidad varios países latinoamericanos son considerados pioneros de los sistemas de seguridad social, pues sus sistemas fueron establecidos a fines del siglo pasado, específicamente en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.⁸

Las instituciones de protección social eran uno de los canales más importantes que relacionaban a los líderes populistas con la clase

⁶ IMF, WB, IADB, EBRD, ADB, ADB, 2000 – Global Poverty Report, Okinawa Summit.

⁷ PAHO/WHO, 1995.

⁸ Mesa-Lago, 1978.

trabajadora urbana, y cumplieran con la significativa función de mediar el apoyo y la legitimación otorgada por los trabajadores al gobierno a cambio de beneficios diferenciales concedidos por el gobierno a los diferentes sectores laborales. Debido a esta orientación hacia la negociación, los sistemas de seguridad social en la región se construyeron de manera muy fragmentada. Los beneficios se fueron extendiendo en forma acumulativa a esos mismos trabajadores habilitados, la cobertura se fue ampliando como parte del juego político de presión y negociación, y las finanzas del sistema se basaron totalmente en impuestos con base salarial y contribuciones. Así, las políticas sociales y los sistemas de seguridad social de la región, donde fuera y cuando quiera que existieran, cumplieran un papel importante en el proceso político, pero no lograban éxito en la difusión de una cultura cívica, ni en la extensión funcional de la condición de ciudadano a todos los sectores de la población por igual⁹.

Este proceso involucraba a los principales actores de la escena de la política social: la burocracia técnica, los trabajadores profesionales en las áreas sociales provenientes de la clase media, la fuerza laboral urbana organizada en sindicatos, y también los políticos populistas tradicionales. El diseño del sistema de protección social se enraizó en la parte más íntima del sistema político. El Estado desempeñaba un papel importante en el proceso de industrialización, combinando el proteccionismo industrial con la incorporación políticamente controlada de las demandas de los trabajadores urbanos. Este intervencionismo gubernamental aparentemente fuerte estaba debilitado por la contradicción en su ciclo de compromisos simultáneos tanto con los empresarios industriales como con los trabajadores, y por la creciente intervención del Estado en la vida social y económica para satisfacer todas las demandas de ambos lados, en combinación con su inhabilidad para gravar con impuestos progresivos a los sectores productivos.

La complejidad siempre creciente de la estructura política, la inhabilidad del gobierno para satisfacer las expectativas generadas por este proceso y la instigación de las contradicciones entre la cooptación y el control, gradualmente aminoraron las posibilidades de Estado para responder a las demandas políticas y sociales que emergían a lo largo del proceso de industrialización. Como consecuencia, la expansión y maduración del sistema de seguridad social de la región se manifestó como una crisis insoluble dentro del círculo interior de la estructura original de ese sistema.

⁹ Para comparar el desarrollo de la protección social en los países pioneros véase S. Fleury, 1997.

Dentro del patrón común de protección social estratificada existen enormes diferencias entre los países en la región. Algunos países gastan casi el 18 por ciento de su producto nacional bruto (PNB) para llevar a cabo políticas sociales, pero otros no gastan más del 8 por ciento. La cobertura de la seguridad social también varía de país a país fluctuando entre el 20 y el 90 por ciento de la población.

En la década de 1990, los países de la región podían agruparse en tres clases amplias¹⁰ de acuerdo con sus gastos públicos en la satisfacción de políticas sociales. En el primer grupo se ubicaban los países cuyo gasto social público por año ascendía a más de US\$400 per cápita (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay). El segundo grupo estaba compuesto por aquellos países con un gasto social público anual per cápita que fluctuaba entre los US\$200 y los US\$400 (Colombia, Ecuador, Nicaragua y Venezuela). El tercer grupo estaba constituido por los países con el más bajo gasto per cápita, lo que significaba menos de US\$200 por año (Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú).

En adición al gasto social público promedio anual per cápita, también deberíamos tomar en consideración el tipo de cobertura y los resultados en función de ciertos indicadores sociales clave, tales como el grado de igualdad y el monto de inclusión en los beneficios sociales. Filgueira¹¹ identificó tres tipos de regímenes de política social en los cuales la estratificación estaba siempre presente y el grado de exclusión variaba mucho, desde un “universalismo estratificado” (Argentina, Uruguay y Chile), pasando por un “régimen dual” (Brasil y México), hasta un “régimen excluyente” (Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Agregando otro grupo para los países con sistemas “universales” sin una estratificación significativa, los casos de Costa Rica y Cuba pueden ser considerados como excepciones a la estratificación usual de las políticas sociales existentes en la región. Este patrón prevaleciente de las políticas sociales de la región puede verse en las siguientes características de los sectores de la salud:

- estratificación y/o exclusión de ciertos grupos de población;
- fragmentación de instituciones (Ministerio de Seguridad Social y Ministerio de Salud);
- base financiera restringida y frágil, que depende principalmente de impuestos sobre los salarios y contribuciones;

¹⁰ CEPAL, 1998.

¹¹ Filgueira, 1999.

- red de servicios de salud altamente concentrada;
- gestión centralizada e ineficiente;
- orientación hacia prácticas curativas en vez de hacia medidas preventivas colectivas de salud pública; y
- actores poderosos con intereses protegidos por ley representados en la arena política.

La demanda de reforma del sistema de salud surgió después de que se hizo evidente que este patrón ampliamente difundido era incompatible con la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, la eficiencia y la calidad, en una situación de insuficiencia financiera y de regímenes democráticos.

El contexto de las reformas

Las reformas estructurales puestas en práctica a fines de la década de 1970 y durante el decenio de 1980, conllevaron la emergencia de un nuevo estilo de desarrollo económico basado en la inversión privada, las exportaciones, el consumo y una reducción del papel del Estado en el ámbito económico. En la mayoría de países de la región, los ajustes frente a la crisis financiera condujeron a una crecientemente regresiva distribución del ingreso y a una fuerte baja de los salarios reales, con lo cual se intensificó la desigualdad económica existente y empeoró enormemente la situación de pobreza.

Sorprendentemente, sin embargo, estos desarrollos no revirtieron las tendencias positivas de largo plazo, logradas en muchos indicadores sociales importantes, aunque el ritmo de mejoramiento social ha disminuido en categorías tales como la cobertura de los sistemas educativos, el acceso de la población a los servicios de desagüe y agua potable, la reducción de las tasas de mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Esta continuidad global de tendencias positivas en los indicadores sociales durante un período difícil es atribuible a la red de servicios sociales instalada en varios países durante el período de expansión económica y a otras características sociodemográficas asociadas al ritmo acelerado de urbanización. Por ejemplo, las tasas de fertilidad han estado declinando rápidamente desde mediados de la década de 1970, disminuyendo la tasa de crecimiento de la población en todos los países de la región y desacreditando el mito de la sobrepoblación. El desafío ahora es aprovechar esta oportunidad para lanzar programas sociales para proteger a los jóvenes po-

bres y prevenir que surjan problemas financieros en los sistemas de seguridad social.

Se le debe prestar cuidadosa atención y consideración al profundo cambio social y económico que ha experimentado la región en las últimas décadas, con su proceso intenso de urbanización y envejecimiento de la población. Ambas características han modificado la estructura de la demanda de servicios de salud. La demanda urbana se ha tornado más dominante y la nueva situación demográfica ha modificado el perfil epidemiológico regional, que ha pasado del predominio de las enfermedades relacionadas con el subdesarrollo a la expansión de enfermedades clasificadas más típicamente como de las sociedades industrializadas (enfermedades cardiovasculares, crónicas, accidentes y violencia).

El poder económico del sector salud de la región es considerable. Este emplea alrededor del 5 por ciento de la población activa de los países de la región, y los gastos totales relacionados con la salud ascienden en promedio al 5,7 por ciento del PNB en los países de la región¹². Por otra parte, el promedio mundial per cápita de gasto en cuidado de la salud por año es de US\$323, mientras que en la región promedia solamente US\$121. Asimismo, los gastos públicos en atención de la salud promedian sólo el 2,2 por ciento del PNB, o menos de la mitad del promedio mundial.¹³

En lo relacionado con el financiamiento de la atención de la salud, la década de 1980 ha sido testigo de una reducción en el financiamiento público de los servicios de salud y de un incremento en el gasto privado por parte de las familias, las empresas y las ONG. Esta tendencia se revirtió en la década de 1990. El crecimiento de la participación de las ONG ha sido muy significativo, de modo que los gastos relacionados con la salud por parte de las organizaciones no gubernamentales totalizaron US\$6 mil millones durante la década de 1980. En los países más pobres, esta participación ha sido similar o incluso mayor que la de los gobiernos locales. El ajuste económico precipitó una declinación en la eficiencia y la efectividad de la administración pública del sector salud y en la provisión de servicios de atención de la salud del sector público en general, y contribuyó a la emergencia de una brecha tecnológica significativa entre los hospitales públicos y privados en términos de los servicios ofrecidos por cada uno. Al mismo tiempo se produjo un aumento en la oferta de servicios por el sector del

¹² CEPAL/ECLAC, 1994.

¹³ Banco Mundial, 1993.

seguro privado, con un incremento significativo en años recientes en términos de las afiliaciones de este último y en el número de camas de hospital.

Lo que subyace a estos cambios en la dinámica del mercado es la gran transformación que América Latina ha experimentado en su estructura social y en su sistema político institucional. Empezando en la década de 1970, el antiguo patrón de relación entre la sociedad y el Estado (es decir, el viejo pacto corporativo procedente de los primeros años de la industrialización) resultó ser inadecuado para la tarea de integrar la nueva, compleja y pluralista red de actores políticos creada por los procesos de urbanización e industrialización. La región ha experimentado un enorme cambio en su estructura social, gubernamental y económica donde los actores tradicionales que apoyaban ese patrón social en el sector salud (entre otros) iban perdiendo gradualmente su poder, mientras emergían nuevos actores (los proveedores privados, las compañías de seguros privadas, los gobiernos locales, las organizaciones comunitarias, las agencias multinacionales y similares) que presionaban vigorosamente para la transformación de los sistemas de protección social de la región.

La dinámica de reforma en todos los sistemas de políticas sociales en cada país de la región responde, en parte, a la presión dirigida a la transformación del papel del Estado. Un movimiento orientado en dos sentidos está impulsando la reforma en muchos sectores, incluyendo el sector de atención de la salud, desde el nivel central al nivel local, institucionalmente y políticamente, y desde la esfera pública a la privada en varios aspectos. Este fenómeno representa una tendencia general que guía el proceso de reconfiguración de los sectores de la salud de la región pero, naturalmente, han surgido muchas variaciones y arreglos diferentes en esta estrategia de reforma. Aunque se pueden identificar ciertas tendencias y características comunes en estas reformas, este proceso no es homogéneo por las siguientes razones:

- El punto de partida de cada uno de los diversos sistemas de política social existentes es diferente en términos de cobertura, gasto, beneficios y de los principales actores políticos e instituciones comprometidos.
- Los instrumentos de reforma generan tensiones y contradicciones, de modo que nunca es un proceso en una sola dirección. Además, la coalición de la reforma tiene que enfrentarse con las restricciones económicas y políticas del mundo real y debe adaptar la propuesta original de reforma a estas condiciones.
- La política social no constituye solamente un arreglo técni-

co y organizativo, sino también una opción política basada en valores apoyados por los principales actores involucrados en cada sociedad. En este sentido, los instrumentos técnicos y las tendencias institucionales son adoptados y organizados en diferentes modelos políticos de protección social. No existe un curso único inexorable para una reforma social dada.

Sin embargo, después de tomar en cuenta la singularidad de cada caso de reforma de atención de la salud en la región, se pueden extraer ciertas características comunes y tendencias de aglomeración a ser capturadas en un modelo analítico. En este sentido, se pueden identificar tres modelos diferentes para las reformas del sistema de salud en la región, denominados dual, universal y plural. Cada uno de los modelos que examinaremos aquí fue construido sobre la base de la experiencia concreta de uno de cada tres países latinoamericanos, aunque se pueden encontrar tendencias similares en otros países de la región. La congruencia de las reformas implementadas en Chile, Brasil y Colombia brinda la posibilidad de tomar esos modelos como prototipos analíticos de las tendencias regionales en las reformas de los sistemas de atención de la salud.

El modelo dual chileno

La reforma del sector de la salud en Chile fue lanzada a comienzos de la década de 1980. En ese momento, el país estaba en una situación macroeconómica muy difícil y bajo el control de un gobierno dictatorial. La reforma de los sistemas de salud y seguridad social de Chile fue una de las medidas adoptadas para reducir el gasto fiscal, y aumentar el ahorro interno con el propósito de reducir el déficit fiscal y estimular la expansión de la tasa de inversión a largo plazo. Políticamente representaba un rompimiento con el modelo de pacto corporativo de vínculo de la sociedad y el Estado en favor de una política orientada hacia el mercado.

La reforma chilena consistió en la transferencia de los fondos públicos de pensión y de los fondos de salud a instituciones privadas creadas con ese fin, mientras que el Estado retenía la responsabilidad del sector más pobre de la población, el cual no tenía capacidad para adquirir un seguro privado en el mercado.

Aunque en principio se trata de un modelo liberal, éste opera en parte como un sistema de seguro obligatorio regulado por las autoridades gubernamentales. Pero el antiguo mecanismo tripartito para

financiar la protección social es cosa del pasado, y la adquisición de protección social es responsabilidad exclusiva del trabajador (o al menos de aquellos trabajadores con capacidad para afiliarse a una compañía de seguro privado) o del gobierno (en la provisión servicios de medicina preventiva para todos y de servicios de salud para los pobres).

Esta reforma esencialmente puso fin al antiguo sistema de seguridad social establecido por los gobiernos populistas, basado en una lógica de interdependencia. Los beneficios adquiridos no dependen ya del poder político de los trabajadores cubiertos. El nuevo parámetro es la productividad, en donde se le asigna prioridad a la protección de la porción de trabajadores empleados en los sectores más dinámicos de la economía y por lo tanto capaces de adquirir un seguro privado de salud. Mientras tanto, los trabajadores de los sectores más rezagados y/o del mercado informal permanecen bajo la responsabilidad de los programas públicos. La reforma del sector salud en Chile fue estructurada alrededor los siguientes principios:

- el papel subsidiario del Estado;
- la focalización en los pobres;
- la libre elección de los consumidores;
- los costos compartidos;
- la separación de las funciones de financiamiento y provisión; y
- la competencia entre compañías de seguro y proveedores.

La estrategia de la reforma incluyó la creación del seguro de salud privado (ISAPRE) y de un mecanismo para la “opción por servicios fuera” del sector público. La responsabilidad del seguro público fue asignada al FONASA, el administrador del fondo público de salud, y la red de instalaciones públicas para la atención de la salud se dividió en 27 servicios zonales de salud (SS). Las características más importantes del financiamiento y administración del nuevo sistema de atención de la salud fue la eliminación de la contribución obligatoria del empleador y la creación de un subsidio para apoyar las contribuciones voluntarias del empleador al seguro privado de sus empleados. Un mecanismo administrativo importante fue la desconcentración de los servicios públicos primarios de atención de la salud que fueron transferidos a las municipalidades. La reforma dio lugar a un sistema dual de salud:

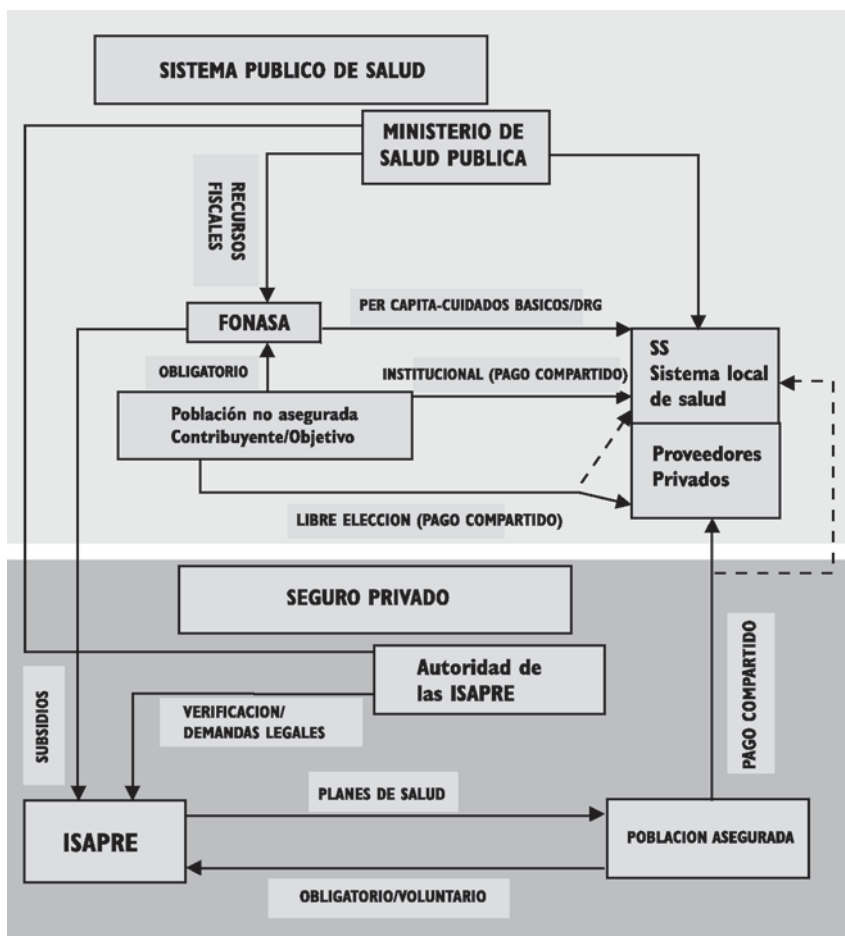
- un sistema público administrado por el Ministerio de Salud;
- un sistema privado representado por las compañías de se-

guro (ISAPRE) y los proveedores de atención privados. Ambos funcionan con sus propios fondos privados, y con mecanismos financieros, gerenciales y de distribución.

En el sistema público, el Ministerio de Salud es responsable de la política de atención de la salud. La propuesta inicial fue darle autonomía a la función de provisión del servicio de salud, realizada por las 27 autoridades zonales y las municipalidades, pero ambas todavía dependen básicamente de las políticas y recursos del Ministerio de Salud. La idea de adjudicar a FONASA una función de seguro autónomo no fue completamente exitosa, ya que FONASA simplemente administra los fondos del sector público y no compra servicios de salud. Este resultado emana no sólo de la falta de autonomía de FONASA sino también de la modalidad incipiente de “libre elección” representada por los que pagan seguro pero que rehusaron optar por abandonar el sistema público, a pesar de los altos niveles de copago requeridos de ellos con el propósito de motivarlos a transferirse del sistema público al sistema privado. Para asegurar al indigente, FONASA recibe recursos fiscales del presupuesto del Ministerio de Salud. El indigente sólo tiene derecho a la “modalidad institucional” de atención, lo que significa acceso a los servicios de atención pública sin el derecho de elegir libremente. La asignación de recursos para las municipalidades se hace conforme a una base per cápita y para los servicios públicos con base en un sistema de diagnósticos relacionados de grupos (DRG).

El sistema de seguro privado se financia mediante subsidios públicos, un descuento obligatorio del 7 por ciento de las partes asalariadas y por aportes voluntarios para la adquisición de un mejor plan. El servicio es suministrado por clínicas y hospitales, distribuidos en el mercado (dado que las ISAPRE se transformaron en pagadoras de terceros y la integración vertical sólo se produjo recientemente). La tendencia principal es tener una lista de proveedores elegidos por cada compañía de seguros, con la opción de libre elección crecientemente restringida a los planes más costosos. La población asegurada tiene derecho a diferentes planes de salud, dependiendo del poder adquisitivo. En el gráfico 1 se presenta el modelo dual. La dualidad del modelo se observa en el comportamiento de los diferentes agentes que realizan cada función en el sistema privado o público, y en las relaciones y flujos que existen entre ellos. La ley prohíbe hacer aportes a ambos sistemas al mismo tiempo. Básicamente, cada sistema tiene su propia cobertura, mecanismos financieros, estructura organizativa y red de distribución y ambos funcionan como sistemas de atención de la salud completos e integrales. Se registran algunas interacciones entre los dos

Gráfico I. Sistema de salud chileno



sistemas, en términos de la función subsidiaria del sistema público (hay subsidios de gobierno en favor del sistema privado) y por la persistente necesidad de garantizar la atención de la salud de todos los individuos rechazados por el sistema privado. La regulación también constituye un puente entre el sistema público y el privado, puesto que la autoridad de las ISAPRE es una agencia del Ministerio de Salud.

El funcionamiento de este sistema dual en Chile no ha estado libre de problemas tales como la segmentación, la desigualdad y la selección adversa al riesgo. Como el acceso al seguro de salud depen-

de del riesgo individual basado en el seguro de salud privado, la población se ha dividido en diferentes grupos cada uno elegible para diferentes beneficios y servicios. Esto ha ocurrido entre los usuarios de los sistemas público y privado y también dentro de ambos grupos. Por consiguiente, el derecho a la salud es regulado por el poder adquisitivo de cada individuo, a menos que aumenten las contribuciones fiscales para compensar y apoyar a los que no pueden pagar los gastos de salud. Según Baeza¹⁴, al cabo de diez años de la reforma, en 1990, se había reducido significativamente la contribución fiscal al sector público de atención de la salud. Como consecuencia, en tanto que el gasto per cápita anual en el sector público era de aproximadamente US\$65 (58 por ciento de los cuales estaban constituidos por impuestos sobre la nómina salarial), el promedio de gasto anual per cápita en las ISAPRE era de alrededor de US\$250 (90 por ciento de los cuales correspondían a ingresos por impuesto sobre la nómina salarial y el 10 por ciento a subsidios estatales). En los últimos diez años el gobierno democrático realizó fuertes inversiones para fortalecer el sector público de atención de la salud, con el fin de reducir las mencionadas desigualdades. En 1997, el gasto per cápita anual en el sector público ascendió a US\$ 221, como resultado del aumento en el financiamiento y de la disminución en el número de beneficiarios del sistema público, mientras que en el sector privado el gasto anual per cápita ascendió a US\$341¹⁵.

Las compañías de seguros se inclinaron por establecer el precio de la prima sobre una base selectiva. Como las compañías no tenían una mancomunidad de riesgo colectivo, la prima que ellas cargaban a las personas mayores y a los enfermos se tornaron impagables para la mayoría de las personas de estos dos grupos, y además el alto nivel de participación en los costos requerido para la cobertura de las enfermedades catastróficas, impulsó cada vez más a las personas a trasladarse al sistema público de salud. La ausencia casi total de una agencia reguladora durante los primeros diez años del sistema tuvo un efecto importante en la selección de riesgo y en la elección más ventajosa de los asegurados [*cream skimming*]. En general, los grupos de altos ingresos y los jóvenes estaban cubiertos por el sector privado, mientras que los más pobres y los de mayor edad estaban cubiertos por el sector público porque el mercado de la salud propendía a excluir a los pobres y a aquellos de mayor riesgo, tales como las personas de edad y los enfermos crónicos. La ausencia de subsidios cruzados de los ricos hacia los pobres, derivada de una falta de regulación para restringir la

¹⁴ Baeza, 1998, p.11.

¹⁵ Zuleta, 1999, p. 38.

selección por riesgo y evitar que las empresas se queden sólo con los asegurados en situación más ventajosa, traslada todo el peso de la responsabilidad y de los gastos directamente al sector público.

Para tener una noción clara de los efectos de esta política, que estratifica la protección social de acuerdo a una agenda de lógica económica privada, analicemos algunas cifras sobre gastos. En 1991, el seguro privado sólo cubría aproximadamente el 19 por ciento de la población chilena y respondía por el 50 por ciento restante del gasto total por salud (CEPAL, 1994). El 50 por ciento del total de gastos tenía que cubrirse públicamente, proporcionar medidas preventivas para todos, y atención integral de salud para el restante 81 por ciento de la población. En la actualidad, el sector privado cubre menos del 30 por ciento de la población, en gran parte, la población más saludable y joven, mientras que el sector público es responsable del otro 70 por ciento de la población, primordialmente los pobres, las personas de edad y los enfermos graves. Estas cifras ilustran algunas de las desventajas, en el campo de la salud, de la expansión de un mercado basado puramente en fines de lucro.

En realidad, la reforma chilena aumentó el grado de desigualdad del sistema de protección social, asumiendo que las políticas sociales tenían que estructurarse conforme a la segmentación previa existente en la esfera económica. A pesar del enorme esfuerzo para compensar las desigualdades del mercado con políticas de apoyo social, los resultados tangibles todavía están por debajo de los indicadores sociales existentes antes de la reforma. La experiencia chilena no ha liberado en absoluto al sector público de la presión de la demanda por servicios de atención de la salud, puesto que el grueso de la población no puede afrontar un seguro privado.

A pesar de que, en teoría, el modelo dual requiere que el consumidor opte por el sistema público o el privado, en realidad es el propio sistema privado el que elige sus beneficiarios y determina las posibilidades de acceso y utilización, a través de primas elevadas y de la ausencia de una mancomunidad de riesgos para encarar circunstancias “indeseables” (es decir, las no lucrativas). El seguro público se transformó en el de asegurados de última instancia («reaseguro gratis») para cada persona que no podía afrontar un seguro privado. En este sentido, no se puede hablar de un sistema dual como una forma de competencia entre los dos sistemas. En esta reforma, el sistema público siempre ha tenido un papel subsidiario.

Para cumplir con las responsabilidades del sistema público, el gobierno lanzó medidas correctivas en tres direcciones, durante la década pasada, con el propósito de:

- aumentar el monto de los recursos fiscales invertidos en el sistema público;
- aumentar la participación en los comités institucionales e incrementar la eficiencia en el sistema público, a través de instrumentos financieros y administrativos, tales como: (1) la asignación de recursos a las municipalidades en una base per cápita, y en diagnósticos relacionados de grupos para las unidades de SS, y (2) introducir contratos de desempeño entre el Ministerio de Salud y las 27 autoridades zonales; y
- aumentar la equidad y la eficiencia en el sector privado a través de la regulación.

La ineficiencia y las inequidades en el sector privado se originan en la falta de regulación previa, la existencia de incentivos del sistema público y la falta de competencia en un mercado sumamente concentrado. Un 77 por ciento del total de beneficiarios están afiliados a 5 instituciones y los costos administrativos en promedio excedían el 18 por ciento del costo total en 1997¹⁶, mientras los costos administrativos en el sector público eran inferiores al 1,8 por ciento para ese mismo año. Sin embargo, una distribución más racional de los recursos y de las responsabilidades ha sido entorpecida por la satisfacción del consumidor con el sistema privado y por la resistencia de las compañías de seguro a las nuevas medidas reguladoras propuestas¹⁷.

Las tensiones actuales entre los sistemas privado y el público sugieren dos posibles resultados en la situación chilena. En el primer escenario, el sistema público debería ser capaz de regular el mercado privado, reduciendo los subsidios y redistribuyendo el peso de la cobertura no rentable, y tornándose más competitivo. En el segundo escenario posible, el sistema público se convertiría en un simple comprador de un seguro público, contratando servicios de salud en el mercado para sus beneficiarios. En el primer escenario, el sistema dual se transformaría en un sistema público más fuerte, capaz de regular el sistema de seguro privado y de competir por los consumidores de clase media. En el segundo escenario, el sistema público funcionaría simplemente como un contratante de seguro para el pobre.

¹⁶ Zuleta, p.15 y Baeza, p.17.

¹⁷ Especialmente la eliminación de subsidios y la creación de un fondo individual con el excedente de los aportes, una vez deducido el precio del plan, para ser utilizado en caso de enfermedades catastróficas.

El modelo universal de Brasil

En 1970 comenzó en Brasil un fuerte movimiento social en el sector de la salud que unió a profesores, parlamentarios, burócratas y usuarios alrededor de las luchas por la democratización del país. En la sociedad civil emergió gradualmente una fuerza organizada —el así llamado “movimiento sanitario”— que apuntaba a una transformación profunda de la atención de la salud, con el fin de unificar el sistema fragmentado existente, descentralizar la provisión de atención e introducir un proceso democrático de adopción de decisiones.

Dirigida por el movimiento sanitario, la reforma del sector de la salud tuvo como objetivo central la universalización del acceso a la atención mediante la creación de un sistema público nacional unificado. Las propuestas se incluyeron en la Constitución de 1988, en donde se definió la atención de la salud como un derecho de la ciudadanía y un deber del Estado, requiriendo que los servicios de salud se organizaran en un sistema único, público e universal de atención integral (SUS). La estrategia fue construir un sistema descentralizado y administrado democráticamente, con la participación de la sociedad organizada (gráfico 2).

Los principios directrices y las estrategias de la reforma del sector de la salud fueron expresadas en la Constitución de la manera siguiente:

- la salud es un derecho de la ciudadanía, ya que las actividades de la salud son de pertinencia pública;
- el acceso igualitario a todos los niveles de atención de la salud para todos los ciudadanos;
- la salud es un componente del sistema de bienestar social;
- una autoridad pública única en cada nivel del sistema que integre la red anterior de seguridad social con el Ministerio de Salud y combine todos los proveedores públicos en un sistema público único;
- atención de la salud amplia e integrada (preventiva y curativa), suministrada a través de una red jerárquica de los servicios de salud;
- control y participación social en cada nivel de un sistema descentralizado y zonal, que permite mayor autonomía a las municipalidades y a los estados locales en el proceso de adopción de decisiones y en el financiamiento, de acuerdo con su capacidad para implementar los principios y mecanismos requeridos por la reforma.

Gráfico 2. SUS – Proceso de formación de política y estructura del sistema de adopción de decisiones en Brasil

Niveles de gobierno	Establecimiento de consenso e instrumentos administrativos	Autoridad sanitaria	Funciones	Proceso de descentralización	Mecanismo de control social	Concejales 50% Gob. 50% Soc.	Mecanismo de formación de política		
Federal (electo)	Comisión Bipartita Comisión Tripartita	Ministerio	<ul style="list-style-type: none"> - Fondos centrales - Políticas nacionales y programas nacionales focalizados 	<p style="text-align: center;">Recursos humanos</p> <p style="text-align: center;">Centros de salud y hospitales</p> <p style="text-align: center;">Recursos financieros</p>	<p style="text-align: center;">Consejo nacional de la salud</p>	<p style="text-align: center;">Confe-rencia nacional de la salud</p>			
Estatal (electo) 26 + 1 DF	Comisión Bipartita	Secretaría del Estado	<ul style="list-style-type: none"> - Fondos estatales - Coordinación del sistema regional - Servicios de referencia 					<p style="text-align: center;">Consejo estatal de la salud</p>	<p style="text-align: center;">Confe-rencia estatal de la salud</p>
Municipal (electo) 5.507	Consortio	Secretaría municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Fondos municipales - Coordinación del sistema municipal <p>Manejo de la red de suministro</p>					<p style="text-align: center;">Niveles de autonomía</p> <p>A – Administración del sistema local de salud</p> <p>B – Administración del programa primario de salud</p>	<p style="text-align: center;">Consejo municipal de la salud</p>	Confe-rencia municipal de la salud

El nuevo diseño del sistema de salud representó un cambio importante en la distribución del poder político y la responsabilidad entre el Estado y la sociedad, y entre las distintas esferas de gobierno: nacional, estados locales y municipalidades. Este nuevo diseño se presenta en el gráfico 2.

Cada nivel electo de gobierno tiene su propia autoridad de salud que administra el sistema a ese nivel, así como su fondo y consejo propio de salud. El gobierno central es responsable del diseño, la uniformidad y la coordinación del sistema en su totalidad, y establece las normas y los estándares que debe seguir la red; asimismo determina las condiciones y requisitos para la participación de los estados y municipalidades en la administración de la atención de la salud.

Los fondos locales de salud tienen los recursos asignados por las municipalidades y estados a sus respectivos sistemas de atención de la salud, pero la mayor parte de sus recursos se originan en el fondo nacional (ingresos tributarios y contribuciones a los fondos sociales). Durante las últimas décadas, el gobierno federal en realidad ha sido responsable del 70 por ciento de los gastos totales del sector público relacionados con la salud, aunque ha habido una participación creciente de los niveles subnacionales.

Se estableció un mecanismo para lograr consenso y para administrar los recursos y su asignación, específicamente la comisión intergerencial (“tripartita”, que reúne los niveles nacional, estatal y municipal, y “bipartita”, que vincula el nivel estatal local y el municipal). La asignación de los recursos del fondo nacional al fondo estatal local y de éstos a las municipales es el resultado de una negociación en la respectiva comisión intergerencial. Asimismo, algunas municipalidades establecieron un mecanismo de consorcio para ordenar y lograr el uso más eficiente y unificado de los servicios y recursos dentro de un sistema constituido sobre la base de la proximidad y de la necesidad.

Las municipalidades tienen prioridad en la planificación, organización y distribución dentro del sistema local de atención de la salud, y son responsables de la administración de las instalaciones que operan en los niveles de complejidad primario y secundario. Los estados locales administran las instalaciones de nivel terciario, coordinan los sistemas regionales de referencia, implementan medidas complementarias y dirigen la cooperación técnica y financiera con las municipalidades.

El proceso de descentralización se diseñó sobre una base progresiva, transfiriendo instalaciones y recursos humanos de los niveles más altos a las municipalidades. La autoadministración del sistema municipal de atención de la salud, incluyendo los recursos financieros

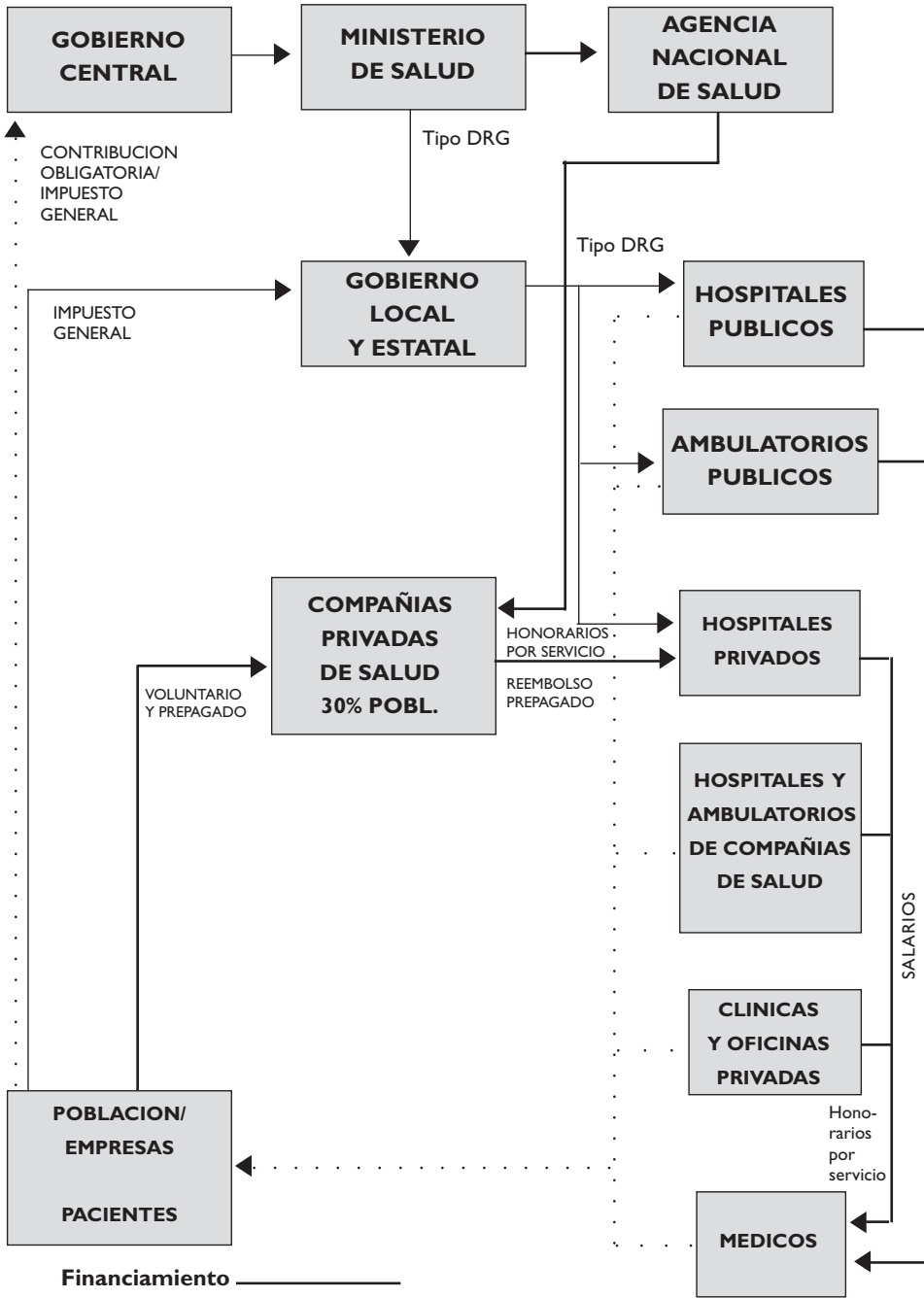
que se le han transferido, está condicionada al cumplimiento por parte de las municipalidades de ciertos requerimientos de normas y estándares. En caso contrario, el estado local se hace responsable de lo relacionado con la administración de los recursos, dejando en manos de la municipalidad sólo la administración del programa primario de atención de la salud.

Como consecuencia de las medidas de universalidad implementadas a través de la descentralización de los servicios públicos de atención de la salud se ha producido un aumento en la cobertura de los sectores más pobres. A través de los consejos de salud establecidos en cada nivel del proceso de toma de decisiones se ha producido un extraordinario aumento de la participación de la sociedad. Y el éxito del proceso de descentralización ha sido también aparente en el surgimiento de nuevos grupos activos a nivel político local y central, y en el aumento de la participación de las municipalidades en la administración del presupuesto de salud pública.

Sin embargo, durante las primeras dos décadas, la reforma del sector de la salud no ha podido cambiar el *statu quo* en términos de los insumos, de la oferta y de la organización de los servicios. Como las empresas multinacionales se han transformado en los principales productores de medicinas, equipos para hospitales y similares, el gobierno no ha podido controlar la oferta y el costo de estos insumos. En lo referente a la reorganización de los servicios de atención de la salud no es mucho lo que se ha realizado todavía. En realidad, se reforzaron ciertas medidas de asistencia médica curativa a expensas de las acciones preventivas, debido a la utilización de un estándar de diagnóstico para grupos relacionados (*diagnosis-related-grouping standard*) como base del mecanismo de transferencia de fondos a las municipalidades. Y debido a que las camas de hospital para el SUS son proporcionadas predominantemente (77 por ciento) a través de contratos con el sector privado, el sistema de hospitales y de recursos humanos está altamente concentrado en las zonas urbanas relativamente ricas del país.

El obstáculo más serio para el cumplimiento del mandato de la reforma de asegurar atención de la salud para todos los ciudadanos ha sido la reducción devastadora de los gastos en salud pública como resultado de la escasa prioridad asignada por el gobierno a la atención del sector de la salud, y debido a la ausencia de una fuente regular de financiamiento del sistema de protección de la salud. En 1989, el gasto anual per cápita en salud era de US\$81,43. Para 1991 este monto se había reducido a US\$54,33. No fue sino hasta 1995, cuando se logró alcanzar nuevamente el valor más razonable de US\$100,50.

Gráfico 3. Sistema Nacional de Salud de Brasil- SUS



Fuente: Adaptado de Lobato (2000).

En: Fleury, S., Belmartino, S. & Baris, E. (eds). Reshaping Health Care in Latin America. Canada: IDRC, 2000.

Como consecuencia de la reducción de los gastos públicos en el sector salud se produjo un proceso de autoexclusión de los productores de servicios y de los usuarios, los cuales, al encontrar condiciones más ventajosas en el mercado privado de atención de la salud, abandonaron el sistema público. Se produjo un crecimiento significativo del seguro privado de salud y de los proveedores privados de atención de la salud; la demanda de atención de la salud de la clase media se desplazó significativamente hacia el sector privado. El aumento de la participación del seguro privado en la atención de la salud fue favorecido en realidad por incentivos públicos (deducción de los impuestos), no necesariamente seguidos por una regulación pública. Mientras tanto comenzó a evolucionar una versión más bien distorsionada de la propuesta original del sistema, que se estaba implementando bajo condiciones desventajosas de operación y concentrándose principalmente en el servicio de los sectores más pobres de la población incapaces de lograr acceso al sector de seguro privado. Por lo tanto, a pesar de la intención de crear un sistema público universal único, la configuración real del sistema de salud de Brasil empezó a caracterizarse por la existencia de dos sistemas paralelos (véase el gráfico 3).

Una rama contiene el sistema unificado de salud (SUS) conformado por: (1) los proveedores públicos, incluyendo hospitales y centros de atención primaria de la salud, pertenecientes a los gobiernos federal, estatal y local, y (2) los proveedores privados sin fines de lucro y con fines de lucro, contratados por el sistema público. El SUS es ahora una mezcla peculiar compuesta por un sistema público unificado y un sistema de contratación pública basado sobre el ideal de cobertura universal, aunque en realidad sirve a alrededor del 70 por ciento de la población debido a la autoexclusión de los usuarios y a las dificultades de acceso y utilización.

La otra rama está representada por el mercado del sector privado que consta principalmente de: (1) planes de atención de la salud con afiliación voluntaria, (2) planes de salud prepagados, y (3) compañías de seguros. No existe un mecanismo de opción fuera del sistema público y así las personas con seguro privado (alrededor del 25 por ciento), tienden a utilizar el sistema público como último recurso para emergencias, tratamientos sofisticados y enfermedades no cubiertas por su plan de seguro privado. En este sentido, el subsistema voluntario contratado puede considerarse como un suplemento del sistema público.

En resumen, el modelo brasileño tiene como característica principal la coexistencia de dos procesos concomitantes y en cierto modo contradictorios dentro del sector de atención de la salud: (1) la universalidad con la descentralización del sistema público, y (2) el creci-

miento rápido en diferentes modalidades de cobertura del seguro privado de salud. Ha habido una mejora en el acceso libre y/o en la utilización de los servicios públicos, aunque la calidad y el volumen de tales servicios están todavía restringidos por la administración subóptima y por la fragilidad del apoyo financiero. Entre tanto se está desarrollando una estratificación total de los usuarios de acuerdo a su capacidad de movilizar recursos o políticas económicas para tener acceso a la cobertura del seguro privado.

Recientemente, el Ministerio de la Salud adoptó algunas medidas importantes para superar algunos de los obstáculos principales para el mejoramiento de la calidad en la asistencia de la salud:

- Se ha creado una agencia para regular y supervisar el mercado de plan privado de seguro voluntario de salud y el mercado de seguro privado de salud para asegurar a los consumidores el derecho a una cobertura completa. Se están considerando además regulaciones que requerirían el pago por parte de los planes de seguro privado por los servicios médicos proporcionados a los usuarios de planes privados en los servicios del SUS porque, en efecto, dicho servicio se ha constituido en un subsidio indirecto para esos planes privados.

- Se ha iniciado la producción y distribución de productos farmacéuticos genéricos en las instalaciones públicas y en las farmacias privadas para controlar los precios de las medicinas esenciales.

- Se han lanzado dos programas estratégicos de atención primaria de la salud dentro del SUS para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia, concentrando la atención hacia el cuidado preventivo de la salud. El fondo federal transfiere ahora los recursos a las municipalidades sobre una base per cápita para apoyar la distribución de un paquete básico de atención primaria para (1) grupos de salud de la familia y (2) trabajadores comunitarios de la salud. Esta medida introduce algunas tensiones en el proceso de descentralización en el sentido de que representa la recuperación de un grado de toma de decisión por parte de la autoridad federal.

- Se está aprobando una ley que asigna un porcentaje mínimo de los presupuestos de estados y municipalidades al sector de la salud y vincula el presupuesto federal para la salud al comportamiento del PNB.

- Para mejorar la coordinación del sistema, se han desarrollado varias innovaciones administrativas incluyendo los consorcios municipales, centros de intercambio de información interestatales para garantizar la referencia a servicios de mayor complejidad y medidas intensivas para la prevención del fraude. Los resultados han tenido un enorme efecto positivo en la eficiencia y calidad del servicio. Sin em-

bargo, persisten muchos problemas como resultado de la administración subóptima de las instalaciones públicas.

Se espera que en los próximos años Brasil sea testigo de mayores progresos en los aspectos financieros y gerenciales del sistema unificado de salud, así como de una regulación mejorada del subsistema de contratación voluntaria. En este escenario los sistemas de ramas paralelas que describimos antes convergerían hacia un sistema reconsolidado nacional de salud como resultado del fortalecimiento del papel del Ministerio de Salud y también debido a la existencia de las restricciones financieras para una mayor expansión del sistema de contratación voluntaria. La autoridad pública tendrá que mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud en el subsistema público y ejercerá mayor poder regulador sobre el subsistema de contratación voluntaria, aunque la cobertura múltiple continuará existiendo. Un escenario menos probable es el deterioro del SUS y la creación de mecanismos públicos para garantizar el acceso de los pobres al seguro privado.

El modelo plural de Colombia

La reforma colombiana del sistema de atención de la salud comenzó a mediados de la década de 1980 con una serie de leyes y regulaciones adoptadas como parte de un proceso más amplio de descentralización gubernamental. La Ley 10 de 1990 le proporcionó mayor incentivo a la descentralización, estableciendo las bases jurídicas para que las municipalidades se hiciesen cargo del primer nivel de atención de la salud y para que los gobiernos provinciales asumieran la responsabilidad de asistencia de los niveles segundo y tercero. Esta ley estableció un proceso de certificación gubernamental que reglamenta el otorgamiento de autoridad para la atención de la salud a los departamentos y municipalidades, una vez satisfagan algunos requerimientos básicos y estén calificados técnicamente para la autonomía. La Constitución de 1991 otorgó poderes aún mayores a las entidades territoriales (provincias y municipalidades), pero hasta ahora la descentralización de la atención de la salud se ha implementado muy lentamente.

En 1994, el gobierno de Colombia emprendió una ambiciosa reforma del sector de la salud para promover el acceso de toda la población a una eficiente atención de la salud en función de los costos. Las principales directrices de la reforma son las siguientes:

- cobertura universal, para garantizar una cobertura de la atención básica de la salud dentro de un sistema de seguridad social, para cada colombiano, a través de la expansión progresiva de la cobertura;
- solidaridad, para permitir que toda persona, independientemente de sus medios financieros, tenga acceso a los servicios básicos de salud a cambio de un aporte justo implementado a través del subsidio a la población de bajos ingresos por parte de aquellos que poseen ingresos relativamente altos; y
- eficiencia y calidad, para mejorar la condición de la salud mediante la reasignación de recursos a la atención primaria de la misma y minimizando el despilfarro en la provisión de los servicios.

Una de las estrategias para la implementación de la reforma fue la separación de las funciones de modulación, financiamiento, seguro y provisión, cada una a ser realizada por una organización específica. La modulación y el financiamiento son consideradas como funciones de responsabilidad pública; la articulación y la provisión de servicios son funciones del mercado. El Ministerio de Salud es responsable de la modulación del sistema (diseño y regulación). La organización del seguro social expandido es responsable del financiamiento. Las compañías de seguros en competencia son responsables de afiliar a los usuarios y proveedores y de asegurar el acceso de los usuarios a un conjunto de dichos proveedores. El servicio de suministro es implementado de modo competitivo a través de instituciones públicas o privadas. Otra estrategia de la reforma fue cambiar el subsidio desde la oferta a la demanda, de modo que el flujo de dinero siguiera la elección libre del consumidor con respecto al seguro y a la provisión de atención (en este caso a partir de una lista seleccionada por el usuario del plan de seguro).

Se diseñó una nueva estructura para transformar el sistema nacional de salud en un sistema general de seguro social incluyendo un sistema de salud plural (público + privado). Esta transformación requería de la construcción de un sistema social de seguros, encabezado por el consejo nacional de salud y seguridad social (CNSSS), para la provisión de un paquete de servicios básicos a través de un plan de salud que cubriera los servicios definidos por el análisis costo-eficacia como la mejor propuesta de inversión en salud. Los miembros de estos planes estarían comprendidos en uno de los dos regímenes siguientes, dependiendo del nivel de ingresos del usuario:

- Un régimen contributivo (RC) o de afiliación contributiva para aquellos que pueden afrontar el gasto, es decir, los trabajadores

formales (con un aporte del 8 por ciento del salario de los empleados y del 4 por ciento del empleador), y los trabajadores autoempleados más solventes (con un aporte del 12 por ciento). También se facilitó la afiliación de los trabajadores del mercado informal, tomando como base el ingreso total del hogar. El paquete de salud del RC se denomina plan obligatorio de salud (POS);

- El régimen subsidiado (RS) o afiliación subsidiada para los pobres y para la población de más bajos ingresos. En este caso la expansión de la cobertura es progresiva (vinculada a la factibilidad financiera) y da derecho a la población cubierta a un paquete básico de servicios. Este paquete básico es menos amplio que el proporcionado por el régimen contributivo, pero se supone que llegarán a ser iguales en unos pocos años. El paquete de salud del RS se denomina POSS.

Se creó un fondo nacional de solidaridad y garantía (FOSyGA). Este fondo administra el financiamiento de los seguros de salud con cuatro subcuentas importantes: (1) el fondo del régimen contributivo, (2) el fondo del régimen subsidiado, (3) el fondo de promoción de la salud, y (4) el fondo para enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Con relación al fondo del régimen contributivo, el FOSyGA lleva a cabo una compensación interna entre las contribuciones para asegurar un monto per cápita similar (diferenciado por el riesgo) para cada individuo inscrito. En lo concerniente al fondo del régimen subsidiado, el FOSyGA promueve la solidaridad asegurando al pobre y lo hace con fondos que obtiene de diferentes fuentes: el 1 por ciento de aquellos que ganan por encima de cuatro salarios mínimos, y el mismo porcentaje (*paripassu*) de recursos fiscales, impuestos específicos y similares.¹⁸

La cuenta de promoción de la salud es financiada con recursos fiscales e impuestos, y los recursos se dirigen a los gobiernos locales, responsables de las medidas de salud pública. Existe un plan de reaseguro para las enfermedades catastróficas y los riesgos de accidentes de tráfico.

¹⁸ Las fuentes de financiamiento para el sistema subsidiado son: i) 15% de la parte que les corresponde a las municipalidades del ingreso ordinario de la Nación ; ii) la transferencia de pagos por salud y educación a los departamentos; iii) el ingreso transferido por el Gobierno Nacional a los departamentos; iv) recursos de ECOSALUD (impuesto al juego, loterías etc.); v) las contribuciones voluntarias de las municipalidades y departamentos; vi) parte de las regalías de los nuevos pozos de petróleo; vii) contribuciones de la Cuenta de Compensación Familiar (CCF); viii) el VAT social; ix) el impuesto sobre armas de fuego y municiones; x) los pagos compartidos y deducibles de los suscriptores y dependientes.

La disolución del monopolio del seguro de salud del ISS —la institución de seguro público del pasado— se consiguió a través de la introducción de lo siguiente: (1) en el régimen de contribución, un mercado competitivo de compañías de seguro o entidades de promoción de la salud (EPS) y (2) un grupo de administradores del régimen subsidiado (ARS), para este último. El ISS se transformó en una EPS y mantuvo la mayor parte de las afiliaciones. El régimen subsidiado comprende diferentes tipos de ARS, siendo uno de ellos las ESS o empresas solidarias de salud, empresas comunitarias organizadas después de la reforma. Todas estas compañías de seguro, ya sean las EPS o las ARS, afilian a los usuarios, recaudan sus contribuciones y notifican al FOSyGA para que procese la compensación respectiva (RC) o el subsidio (RS). Estas compañías de seguro llevan a cabo una función de articulación, organización y administración del consumo de atención, vinculando al individuo cubierto con el financista y con los proveedores de atención. La función esencial de las compañías de seguro es la administración del riesgo, garantizando la entrega de un paquete de salud a los beneficiarios mediante una variedad de proveedores de servicios, ya sean proveedores de las mismas compañías aseguradoras o proveedores de fuera. Las compañías de seguro también ofrecen planes supletorios para aquéllos que están en condiciones de pagarlos.

Los hospitales públicos pasaron a formar parte de una categoría especial de entidades públicas descentralizadas, para competir en el mercado proveedor de salud; esto representa un cambio desde el método presupuestario tradicional a un sistema de reembolso en función de la demanda (aunque los hospitales públicos han continuado proporcionando asistencia a la población no cubierta, a través de un subsidio tradicional presupuestario basado en la oferta). Se asignó a la autoridad municipal de la salud la función de afiliación de los pobres en el régimen subsidiado y la responsabilidad de llevar a cabo las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades dentro del plan básico de salud bajo la responsabilidad general del gobierno central. Se creó una agencia especial (Supersalud) que actúa como entidad de supervisión general y reguladora. La participación social en el sistema es mediada a través de la creación de comités de salud comunitarios, la introducción de mediadores (*ombudsmen*), y la participación de la comunidad en las empresas sociales. El plan de salud obligatorio tiene una lista de medicamentos esenciales, que incluye más del 70 por ciento de los productos farmacéuticos que se prescriben en los hospitales públicos. En el gráfico 4 se presenta el diseño del nuevo sistema de salud.

El logro más importante de la reforma colombiana del sector de la salud hasta ahora ha sido la expansión de la cobertura para la población. En 1990, el antiguo programa de seguro social cubría sólo el 20,6 por ciento de la población, pero para 1997, después de la reforma, la seguridad social había afiliado el 52,8 por ciento de la población (35,6 por ciento a través del sistema de contribución y 17,2 por ciento por medio del sistema subsidiado)¹⁹, con el mayor incremento logrado en la cobertura de los pobres de las zonas rurales. Otro importante logro de la reforma ha sido el aumento de la razón entre los gastos totales en salud y el PIB: los recursos financieros asignados al sector de la salud aumentaron del 2,57 por ciento del PIB en 1993, al 4,7 por ciento en 1996.

Sin embargo, en años recientes, el ritmo de ambos movimientos ha estado decreciendo como consecuencia de la crisis económica y también como resultado de la implementación y el diseño de la reforma del sistema de salud. Por consiguiente, las metas de unificar los paquetes básicos de los dos regímenes y de la universalidad de la cobertura del seguro dentro de unos pocos años, tomará más tiempo de lo originalmente proyectado.

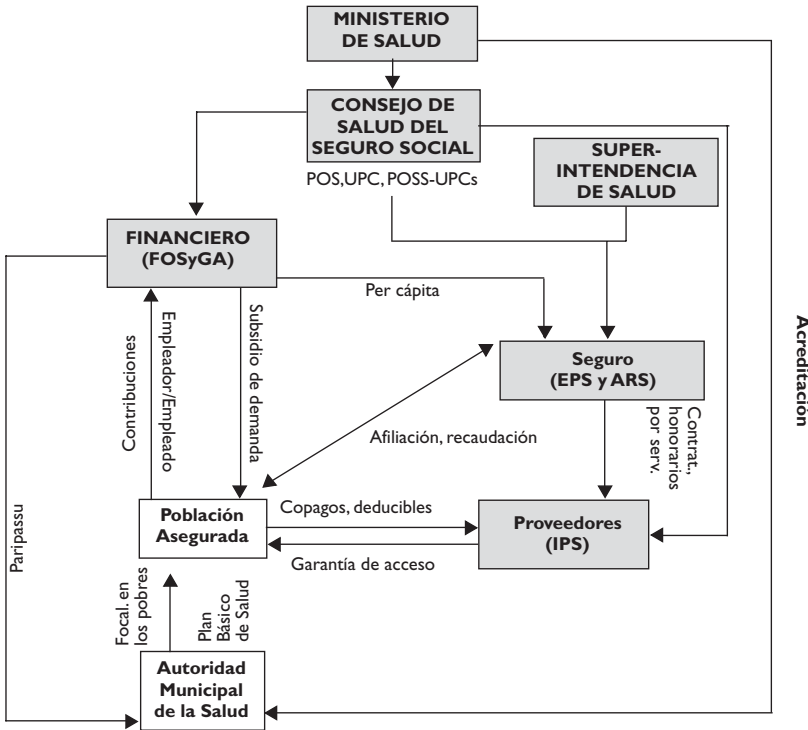
Debido a la crisis económica y a ciertas medidas legales nuevas, se ha producido una dilación relativa en la asignación de recursos para partes del sector de la salud, como es el caso de los arreglos de financiamiento de “*paripassu*” del régimen subsidiado. Otro problema ha sido la sobreestimación inicial del número de afiliados potenciales provenientes del sector laboral informal. A pesar de las condiciones atractivas ofrecidas, muchos trabajadores del sector informal no parecen interesarse en la afiliación, debido al requerimiento de aportar, en algunos casos, el 12 por ciento de su ingreso. Más aún, las EPS no tienen incentivos para la inscripción de dichos trabajadores debido al alto costo de administración de la cobertura de los independientes.

Otros aspectos adicionales están constituidos por la evasión de las contribuciones o la declaración de ingreso incompleta. El mecanismo de recaudación de las contribuciones de las EPS no tiene incentivos para valorar correctamente el ingreso del inscrito y, por otra parte, los vendedores de las EPS se sienten más fuertemente estimulados para vender planes adicionales.

También han aparecido ciertos problemas con respecto a la definición de la población objetivo bajo diferentes arreglos, con un excesivo número de personas pobres afiliadas en el régimen contribu-

¹⁹ Véase <http://www.americas.health-sector-reform.org>

Gráfico 4. Sistema General de Seguro Social de Colombia



tivo y un excesivo número de personas no pobres afiliadas en el régimen subsidiado²⁰. Este desarrollo apunta hacia el uso político de los recursos del régimen subsidiado, así como a la falta de conocimiento de sus derechos por parte de los beneficiarios y a la ausencia de mecanismos efectivos de control social.

También han surgido muchos problemas debido a las dificultades que han tenido los hospitales con la metodología actual de financiamiento constituida por un financiamiento de dos puntas. Los hospitales han tenido que enfrentar una combinación de dos métodos de pago muy diferentes: (1) el nuevo método de subsidio basado en la demanda por los servicios de atención de la salud proporcionados por ellos para satisfacer la demanda de elección libre de parte de los pacientes cubiertos, combinada con (2) algún residuo del antiguo método

²⁰ Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 1977, Departamento Nacional de Estadísticas.

presupuestario basado en el pago directo gubernamental presupuestado para ellos por la provisión de servicios para el pobre sin seguro. Los hospitales públicos y privados están sufriendo también por la demora del seguro para transferirles los recursos por los servicios que ellos han proporcionado a los usuarios del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Muchos de los diferentes problemas han surgido por la manera en que se ha implementado la reforma y otros por ciertas imperfecciones en el diseño del modelo. Por ejemplo, la base financiera del sistema de salud está restringida por los límites estrechos del mercado de trabajo formal, con lo cual se limita la expansión potencial de la cobertura del seguro de atención de la salud para la población. Además, parece haber un error en el supuesto fundamental básico de que el sistema de salud está mejor administrado como un mecanismo de seguro.

La ventaja de este método, orientado por el seguro, es la existencia de beneficios claramente definidos y legalmente garantizados. Pero la lógica organizativa que estructura un sistema de seguro está orientada financieramente y en muchos sentidos en contra de los objetivos y la racionalidad del nuevo sistema de salud de Colombia. Los problemas de superposición y contradicción son inevitables cuando una autoridad del sector salud y una autoridad del seguro actúan simultáneamente con el fin de dirigir el sistema de atención de la salud de un país. Un modelo de seguro está centralizado al nivel de toma de decisiones y fragmentado al nivel del suministro y puede por lo tanto tender a favorecer un método curativo general para la atención de la salud, en tanto que la estructura de un sistema de atención de la salud descentralizado y participativo tal como el de Colombia, tiende naturalmente a favorecer el método preventivo implementado a través de medidas colectivas de salud pública²¹.

La segmentación de la población de acuerdo con el poder adquisitivo es algo inherente en un modelo de seguro y conduce a la fragmentación de las instituciones relacionadas en diferentes planos y paquetes. Si se eliminara el motivo de interés lucrativo en la provisión de atención de la salud se podría tal vez ayudar a descentralizar la disponibilidad de las instituciones proveedoras de servicios en todo el territorio. El modelo propuesto de pluralismo estructurado²² ha enfren-

²¹ Por ejemplo, si comparamos los datos de 1994 y 1999 del Ministerio de la Salud, en Colombia disminuyó la cobertura en todo tipo de inmunizaciones. Incluso considerando la existencia de otros factores, como la presencia de grupos armados, se considera que la situación es consecuencia de la fragmentación de la red de suministro.

²² Londoño y Frenk, 1995.

tado formidables dificultades en la integración de la población en un programa de salud de cobertura completa, teniendo que hacer al mismo tiempo malabares para coordinar las actividades de muchos tipos diferentes de instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud. Así, por ahora el escenario originalmente proyectado de seguro de salud universal con los mismos derechos y beneficios, independientemente de la contribución previa, ha sido reemplazado por un escenario menos optimista, en el cual persiste la diferenciación entre los planes de salud.

Conclusiones

A partir de la década de 1970, América Latina ha implementado muchos proyectos de reforma social, especialmente en lo referente al sistema de atención de la salud y sistemas de la seguridad social. Estas reformas han formado parte del contexto cambiante creado por la democratización del sistema político de la región, la actualización del modelo económico productivo y el rediseño del papel del Estado, todo lo cual ha servido como medio para abordar la crisis fiscal del momento y crear las condiciones necesarias para ubicar las economías regionales más ventajosamente en un proceso productivo global más integrado y competitivo. Las reformas de los sistemas de salud y seguridad social son aspectos importantes de la reforma total del Estado, que ha cambiado radicalmente las relaciones precedentes entre el gobierno y los agentes sociales y económicos.

Las reformas actuales han tenido que enfrentar los problemas de la baja cobertura, exclusión de los más pobres, aumentos de precios, gerencia incompetente, fragmentación institucional y baja calidad de los servicios de salud. Los resultados de los diferentes procesos de reforma han reflejado un conjunto de variables distintas en cada país, incluyendo las siguientes:

- los valores implícitos que orientan la política de reforma,
- la estructura institucional existente de los servicios de atención de la salud,
- la identidad de los interesados en el sector salud,
- la naturaleza de las estrategias de los interesados para apoyar u oponerse a las medidas de reforma,
- la capacidad del gobierno de llevar a cabo las acciones.

Otra variable crítica para explicar las diferencias entre las propuestas, contenidos, instrumentos y coaliciones de apoyo²³ parece haber sido la simultaneidad de la reforma de la salud con relación a dos importantes procesos al nivel macro: (1) la crisis económica con las subsecuentes políticas de ajuste estructural y (2) la transición hacia regímenes más democráticos.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, se pueden señalar algunas tendencias generales en esos procesos, tales como:

- la descentralización de la administración de la atención de la salud,
- la evolución de una red pluralista de proveedores públicos y/o privados,
- el desarrollo de una red compleja de relaciones entre financistas y proveedores.

Adicionalmente, en muchos países de la región los sindicatos están perdiendo el control que tenían anteriormente sobre el sistema de seguridad social, desde que los gobiernos introdujeron mecanismos de mercado para aumentar la competencia entre los proveedores. Como consecuencia, se han producido cambios profundos que confunden la división tradicional entre el sistema de atención de la salud del Ministerio de Salud y el sistema de salud de la seguridad social. Uno de los resultados posibles es la integración de ambos sistemas que genere un sistema nacional de salud. Una segunda posibilidad es la creación de un sistema de seguro privado para reemplazar el seguro social tradicional. Una tercera posibilidad es la expansión del seguro social de salud, a través de un seguro público para los pobres.

La importancia creciente del papel de los proveedores privados y de las compañías de seguro privado está cambiando en su totalidad la estructura de poder del sector de la salud en la región. Estos cambios se han producido simultáneamente con el debilitamiento de la burocracia gubernativa que se puede observar en una cierta falta de experiencia y de capacidad de regulación en la formación del nuevo mercado de atención de la salud. Otra característica importante ha sido la dificultad para asegurar cualquier fuente financiera pública adicional estable para ayudar a expandir la cobertura de la atención de la salud. Como resultado, los sistemas de salud dependen todavía fundamentalmente de los aportes, obligatorios o voluntarios, de los trabajadores.

²³ Para más detalles, véase Fleury, Belmartino y Baris, 2000.

La tendencia hacia la descentralización en un grado u otro es común en todos los países de la región y, en muchos sentidos, el predominio de un enfoque de seguro en una organización basada en el sistema de atención de la salud contradice la dinámica de una estructura descentralizada y participativa. Adicionalmente, siempre ha existido cierta tensión entre el enfoque preventivo y el curativo para la atención de la salud, que se hace aún más manifiesto por el conflicto entre el modelo con base en el seguro y la organización con base en la zona y de carácter participativo.

La reforma de la atención de la salud podría ser un mecanismo ideal para la consolidación de la democracia en la región, debido al potencial del sector de la salud como un espacio para la inclusión de los pobres como beneficiarios de las políticas públicas, y debido a la gran capacidad del sector para promocionar la autonomía de los ciudadanos mediante un proceso participativo descentralizado para la adopción de las decisiones que crea las condiciones para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios públicos, dentro de un nuevo formato de gerencia pública.

A través de sus arreglos institucionales diferentes —sean éstos dual, universal o plural— los tres modelos de reforma del sector de la salud analizados en este estudio intentan resolver problemas similares como incrementar la eficiencia del sector y garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud. Sin duda, los sistemas de atención de la salud de la región están siendo sometidos a cambios fundamentales con relación a sus usuarios y a sus modalidades organizativas y financieras, y están evolucionando hacia una configuración más pluralista basada en la competencia. Sobre todo, las reformas están expandiendo la cobertura de los pobres y por lo tanto reduciendo el nivel de exclusión social. Sin embargo, persiste la estratificación de los usuarios y de los beneficios dentro de todos los procesos de reforma, y es aún más pronunciada que antes dentro de algunos de ellos.

Hasta ahora, el resultado general en la región parece ser el de un mercado del seguro privado de la salud que cubre menos del 30 por ciento de la población y de un sector público de la salud con limitados recursos que tiene la responsabilidad de proveer cobertura amplia a los sectores de bajos ingresos de la población. El mercado de atención de la salud aún carece de regulación pública, incluso cuando este mercado se beneficia de los fondos públicos y/o de las contribuciones obligatorias del sistema de seguridad social. Una alternativa podría ser la expansión de la base del mercado de seguro para la salud más allá de la consideración del poder adquisitivo de la población, con la transformación de la asistencia pública en un seguro público para los pobres.

En términos generales, el nuevo diseño de los sistemas de salud de la región es parte de un proceso mediante el cual las sociedades latinoamericanas están adoptando un nuevo perfil, con un sistema de protección social más pluralista e integral. Pero ahora, en vez de negar completamente la afiliación a ciertos grupos, existe un movimiento hacia la estratificación de la población de acuerdo con el poder adquisitivo de cada grupo. El resultado ha sido esencialmente otorgar a cada individuo los derechos a la atención de la salud y al acceso a los servicios con base en el nivel de ingreso del grupo de población al que dicho individuo pertenezca.

Si bien la condición de ciudadano se fundamenta, idealmente, en una noción igualitaria de los derechos, la protección social en la región todavía se basa en mecanismos institucionales de discriminación. Antiguamente, la estratificación se basaba en la acción colectiva del grupo. Aparentemente, la estratificación, ahora y posiblemente en el futuro, será determinada por la capacidad de los individuos de contribuir, ya sea directamente o por medio de subsidios públicos, a su propio plan de beneficios. En cualquier caso, si la situación se mantiene inalterada, la estratificación continuará existiendo, aunque en una nueva forma. Dicho proceso de reforma puede tener éxito en la modernización del sector de atención de la salud, pero lo hará a costa de que la región se aleje aún más del ideal de justicia.

Bibliografía

- Altimir, Oscar. 1994. “Distribución del Ingreso e Incidencia de la Pobreza a lo Largo del Ajuste” - *Revista de la CEPAL N° 52*, Santiago.
- Baeza, Cristian. 1988. “Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America”, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 1997. “América Latina tras una década de reformas”, *Informe de progreso económico y social en América Latina*, Washington, D.C.
- _____. 1998-1999. “América Latina frente a la desigualdad”, *Informe de progreso económico y social en América Latina*, Washington, D.C.
- CEPAL. 1994. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, Santiago.
- _____. 1996. *Panorama social de América Latina*. Santiago.
- Dos Santos, W.G. 1979. *Ciudadanía e justiça*, Campus.
- Enthoven, A. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Elsevier Science Publishing Co., Inc.
- _____. 1993. “Managed Competition: An Agenda for Action”, *Health Affairs* 15(1): 39-57.
- Fielder, J. 1996. “The Privatization of Health Care in Three Latin American Social Security Systems” en *Health Policy and Planning*, Oxford University Press.
- Filgueira, Fernando. 1999. “Tipos de Welfare y Reformas Sociales en América Latina: Eficiencia, Residualismo y Ciudadanía Estratificada”, en Melo, Marcus A. (ed) - *Reforma do Estado e mudança institucional no Brasil*, Fundação Joaquim Nabuco, Recife.
- Fleury, Sonia. 1991. “Health Policies in the Conservative Transition to Democracy in Brazil”, en Altenstetter, Christa y Haywood, Stuart - *Comparative Health Policy and the New Right: From Rhetoric to Reality*. Macmillan, Londres.
- _____. 1997. *Estado sin Ciudadanos*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Fleury, Sonia, Belmartino, Susana, y Baris, Enis. 2000. *Reshaping Health Care in Latin America - A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. IDRC. Ottawa.
- Jiménez, José Ancizar. 2000. “La reforma de salud en Colombia - Transición y ajuste”, documento inédito para el INDES/BID, Washington, D.C.
- IMF, WB, IADB, EBRD, ADB, ADB, 2000 - *Global Poverty Report*, Okinawa Summit.
- Lobato, Lenaura. 2000. “Reorganizing the Health Care System in Brazil”, en Fleury, Belmartino y Baris, op. Cit.
- Londoño, J. L. y Frenk, J. 1995. *Structured Pluralism: Toward a New Model for Health System Reform in Latin America*, Banco Mundial, Washington, D.C.

- Medici, A. 1996. "Managed Care and Managed Competition in Latin America and the Caribbean" en *Innovations in Health Care Financing*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Mesa-Lago, C. 1978. *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*, University of Pittsburgh.
- Naadiir/AL, 2000 – Database, <http://www.insp.mx/ichsri>
- PAHO/WHO. 1995. "Equitable Access to Basic Health Services: Toward a Regional Agenda for Health Sector Reform", setiembre.
- Thorp, Rosemary, 1999 – *Progreso, pobreza y exclusión – Una historia económica de América Latina en el siglo XX*, BID, Washington, D.C.
- UNDP. 1995. *Human Development Report*, Oxford University Press, Nueva York.
- _____. 1998. *Human Development Report*, Oxford University Press, Nueva York.
- World Bank. 1993. *World Development Report*, Washington, D.C.
- _____. 2000/2001. *World Development Report: Attacking Poverty*, Washington, D.C.
- Zuleta, Gustavo. 1999. "Chile: Antecedentes sobre la reforma del sector salud y escenarios posibles a futuro", BID, Washington, D.C.

Página en blanco a propósito

Desarrollo del sector de la salud en la región de Asia y el Pacífico

Dra. Aviva Ron

Directora, Desarrollo del Sector de la Salud

Oficina Regional Pacífico Occidental,

Organización Mundial de la Salud

La región de Asia y el Pacífico, como la mayoría de las otras regiones del mundo, se encuentra en un momento crítico en relación con sus esfuerzos para mejorar la salud de sus pobladores. En el caso de la región de Asia y el Pacífico, examinaremos el desarrollo del sector de la salud en el contexto de una rápida evolución económica y social. En el transcurso de las últimas décadas, la región ha registrado elevadas tasas anuales de crecimiento económico y un desarrollo industrial muy importante impulsado por las reformas orientadas por el mercado. Algunos de los países han experimentado un proceso de transición desde la producción de bienes básicos al empleo de tecnología avanzada y están actualmente invirtiendo en los países vecinos para producir en éstos los mismos bienes básicos. Sin embargo, en los sectores de la salud de la región no se ha presenciado un desarrollo paralelo: las mejoras en el ámbito de la salud de nuestros países más avanzados aún no han alcanzado su potencial total. Tampoco se ha producido en la región una transferencia paralela en los avances de la salud de un país a otro.

Aceptamos el hecho de que los modelos de salud no pueden en realidad transferirse de un país a otro de la misma manera que los de las manufacturas y la tecnología de las comunicaciones. Pero en el ámbito nacional, dentro de cada país, se podría haber esperado que los logros económicos globales, el conocimiento y las habilidades requeridos para alcanzar dicha expansión económica podrían haber generado mayores beneficios que los logrados en el sistema de atención de la salud y en la situación de la salud de la población.

La aseveración de que encaramos una etapa crítica se desprende de comprender y aceptar varios hechos derivados de los análisis de los sistemas de provisión de servicios de salud y del desarrollo del sector en su conjunto. El primer hecho es que aun cuando tenemos a nuestra disposición una amplia gama de diagnósticos efectivos y tecnologías para tratamientos, el acceso global a estos instrumentos toda-

vía no es óptimo debido a múltiples razones. Segundo, estamos limitados por la naturaleza de los mecanismos financieros que se han desarrollado en el ámbito nacional individual para pagar por la atención de la salud. Y tercero, existen desigualdades muy significativas en la situación y atención de la salud entre los diferentes grupos poblacionales de nuestros países, asociadas principalmente con el nivel de ingresos; no podemos esperar mejoras significativas en la salud a nivel global a menos que adoptemos un modelo integral de reducción de la pobreza y de atención de la salud.

Las siguientes secciones cubren estos tres complejos temas y describen los planteamientos recientes para su resolución dentro de la región, basados en el entendimiento de que un nuevo proceso de reforma efectivo del sistema de salud y de reducción de la pobreza implicaría el desarrollo de nuevas capacidades por parte de los sistemas de atención de la salud en la región. También bosquejaremos algunos posibles lineamientos para la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a las acciones que son necesarias para tratar estos importantes temas.

Restricciones al acceso de la población a los sistemas de atención de la salud

Las restricciones al acceso de la atención de la salud no están de manera alguna determinadas solamente por factores económicos y financieros. Por ejemplo, las características geopolíticas de la dispersión de la población en la región constituyen una importante consideración para el desarrollo del sistema de servicios de salud. En la región de Asia y el Pacífico se encuentran algunas de las naciones más pobladas y más pequeñas del mundo. En ella se encuentran países con grandes extensiones territoriales y megaciudades de rápido crecimiento en las cuales la infraestructura de desarrollo presenta rezago con relación al crecimiento de la población. Comprende también pequeños países isleños en los cuales la distribución de los recursos y la logística no siempre pueden seguir los principios de planeación racional para el desarrollo de un sistema equilibrado y equitativo de atención de la salud. Algunos países exhiben combinaciones de todas estas características, de manera que encaramos desequilibrios urbano-rurales así como complejidades para la obtención de servicios adecuados de salud para las poblaciones de las islas remotas o de zonas montañosas. Existen limitaciones no sólo por el nivel de acceso de la población a las tecnologías disponibles sino también por la falta de conocimientos e incentivos

para el uso de las tecnologías apropiadas por parte de los distintos niveles de trabajadores de la salud.

Mientras tanto, parece que hemos ingresado al siglo XXI con una multitud de nuevas condiciones de salud, agudas y de largo plazo, derivadas de cambios en el medio ambiente, de accidentes ocasionados por vehículos motorizados y el crecimiento de la violencia personal, el abuso de drogas y los problemas de la salud mental que emanan de la respuesta de las personas al rápido cambio social que ocurre en esta parte del mundo. Estamos definitivamente atrasados en el tratamiento de estos problemas en términos de nuestra experiencia con las tecnologías, incluyendo las de tipo preventivo y de rehabilitación así como con los aspectos de diagnóstico y tratamiento. Los recursos son aun muy limitados en la región de Asia y el Pacífico, aunque ya se han integrado métodos efectivos en los sistemas de la salud de muchos países y se le ha dado una creciente atención a tales problemas.

El envejecimiento rápido de la población en Asia es un asunto crítico. Para el año 2025, Asia tendrá el 58 por ciento de la población de mayor edad del mundo, con alrededor de 700 millones de personas de avanzada edad, principalmente mujeres, que en su mayoría no tendrían un ingreso de sustitución durante el período de edad avanzada, debido a que en la actualidad no están acogidas a los esquemas convencionales de pensiones. Por ahora, aproximadamente el 75 por ciento de las personas de edad avanzada vive con sus hijos, pero se puede anticipar que esta proporción se reducirá significativamente. Los ancianos requerirán por lo tanto una amplia gama de protección social para cubrir sus necesidades básicas por encima y más allá de sus necesidades de atención de salud. En este momento es difícil definir exactamente cuáles serán estas necesidades. Empero, podemos anticipar que requerirán ayuda en términos de habitación, alimentos y de algún nivel de atención personal debido a que no disponen de un ingreso adecuado. En realidad, la eficacia de los sistemas modernos de atención de la salud se reducirá si estas necesidades básicas no son satisfechas. En el desarrollo del cuidado de la salud para los ancianos, tenemos que prestar atención a la presunta doble carga de la morbilidad: las enfermedades infecciosas endémicas, así como las dolencias crónicas que llegan a ser más prevalentes con la edad. La preservación del respeto por los ancianos, que es inherente en la cultura asiática, debería ser una consideración primordial en el desarrollo de los servicios de atención de la salud para ellos. Las soluciones no deberían considerar solamente los factores funcionales y económicos en la definición de los servicios, sino también enfatizar la equidad en vez de la caridad como un objetivo básico.

La reciente crisis económica asiática y la subsecuente reducción de los gastos del sector público tuvieron un impacto negativo de importancia sobre la provisión de servicios de salud y de otros servicios sociales en algunos países de la región. Los efectos de esta crisis económica también se hicieron sentir en los países en transición, debido principalmente a la disminución de la inversión de los países más desarrollados. La respuesta oficial inmediata a la crisis en la mayoría de los casos fue una reducción en el ámbito y el volumen de los servicios personales de atención de salud que con anterioridad se proveían libre de cargos, algunas veces sin prestar adecuada consideración a las necesidades reales por esos servicios entre los segmentos de la población vulnerables y económicamente desfavorecidos.

En realidad, ya se habían iniciado algunos cambios estructurales en el sector de la salud. Sin embargo, éstos se aceleraron con la crisis económica. Los principales cambios se orientan hacia la privatización y la recuperación de costos a través de cargos a los usuarios de los servicios de salud del sector público, sin prestar atención necesariamente a la capacidad de pago de dichos cargos por parte de las familias. La alternativa de reducir el gasto público a través de la eliminación del despilfarro y de las ineficiencias en la atención de la salud de dicho sector no siempre fue considerada. Estas soluciones en general reciben menos atención debido al temor de las implicaciones políticas de reducir el número de trabajadores en el servicio público, no solamente en el sistema de atención de la salud sino también en otras áreas en las cuales los niveles globales de administración y eficiencia están rezagados con relación a aquéllos de los sectores productivos.

Durante los últimos años, la mayoría de los países de la región ha empezado un proceso de reforma de la atención de salud. Han ocurrido cambios en varias de las funciones y subfunciones requeridas para la provisión de servicios de atención de la salud. Por ejemplo, en la distribución de los recursos, el énfasis ha cambiado en favor de la atención del paciente ambulatorio en vez de la atención hospitalaria, con más énfasis (aunque aún inadecuado) en la atención preventiva y en las funciones de apoyo. Al mismo tiempo se ha descuidado la atención adecuada y sostenida al servicio primario de atención de salud en el ámbito comunitario, particularmente en los países grandes en los que se registran cambios demográficos más significativos.

En la organización y administración de los sistemas de salud, los procesos de reforma se han preocupado principalmente de la propiedad y operación de los sistemas de provisión de atención de la salud. Los cambios principales han incluido intentos de transferir la propiedad hacia sectores no gubernamentales, la contratación de las fun-

ciones de provisión de servicios a proveedores privados y la aplicación de las formas de gerencia del sector privado. En menor medida, ha habido algún esfuerzo para desplazarse de la administración política a la profesional.

Se ha intentado fortalecer las funciones reglamentarias en la amplia área de funciones del gobierno a través de los ministerios de salud, particularmente mediante mejores procesos de planificación y la preocupación por disponer de información válida y confiable. Hay un cambio tendiente a alejarse de las operaciones centralmente planificadas para desplazarse hacia la formulación centralizada de políticas de planeamiento y control, y hacia el fortalecimiento de operaciones en el ámbito zonal, provincial y distrital. Para llevar a cabo estas acciones, los ministerios han adoptado un enfoque más serio para fortalecer sus sistemas de información sobre la salud. Ha habido más interés en el desarrollo de indicadores susceptibles de ser usados en la planificación, y en la desagregación de los datos para mostrar las desigualdades en la situación de la salud y en el acceso a la asistencia de servicios de salud. El cambio en el foco de interés se ha expresado en una tendencia hacia la formulación de una política que se aleja del uso extensivo de estadísticas de la salud y se aproxima al análisis de situación y de tendencias.

En la medida en que estos cambios han ocurrido en relación con la planificación, el desarrollo y la propiedad de los servicios de atención de la salud, otras áreas han quedado un tanto descuidadas, como ha sido el caso del área de la adquisición y el mantenimiento de tecnología de alto costo. Los mecanismos fiscalizadores para limitar la oferta, que en realidad se pusieron en vigencia en los Estados Unidos en la década de 1970, no han sido adoptados por la mayoría de los países asiáticos, y en consecuencia se pueden adquirir escáner sofisticados de costo elevado sin la aprobación de las autoridades de planificación de la salud. Este equipo puede utilizarse extensivamente para generar ingresos en vez de ser empleado para satisfacer necesidades reales. Los programas de control de calidad que se emplean para evaluar el uso apropiado de tales tecnologías por el público y los proveedores privados han sido implementados en muy pocos países. En la actualidad se está reconociendo el papel que pueden desempeñar en la función terceros responsables del pago (*third-party payers*) o los esquemas de seguro de la salud.

El mismo tipo de ausencia de programas de control de calidad ha significado, en el caso de las tecnologías de bajo costo, por ejemplo, que los patrones de prescripción inapropiados se transformen en la norma y no en la excepción en varios países. Los problemas que detec-

tamos ahora en la resistencia a los remedios para ciertos agentes infecciosos son en parte atribuibles al uso excesivo de medicamentos, particularmente de antibióticos. Afortunadamente, en la actualidad existe un renovado interés por la medicina tradicional en todas partes del mundo. Este interés, conjuntamente con la falta de recursos públicos para la atención de salud, proporciona algunas bases para esperar que se produzca un uso más apropiado de los productos farmacéuticos que será el resultado de cierta armonización entre la medicina moderna y la tradicional, así como por una mayor preocupación por el uso de la tecnología como componente integral en el control del costo.

El desarrollo de la fuerza laboral en el sector de la salud está desplazándose desde la base tradicional de las preferencias de los aprendices por profesiones de alto prestigio hacia el énfasis en una fuerza laboral planificada cuya capacitación se concentra en la atención de las cambiantes necesidades del cuidado de la salud de la región. Tal como se refleja en las solicitudes presentadas a la Organización Mundial de la Salud, ha habido un creciente interés en cambiar los programas de estudio y los métodos de capacitación de los profesionales clave de la salud, tanto a nivel universitario como de los programas para proseguir con su educación. Los cambios realizados hasta el momento no han incluido los elementos necesarios para tratar los problemas relacionados con la geriatría, la incapacidad (física o mental) de largo plazo, el abuso de las drogas y varias áreas importantes de preocupación actual y futura que deben cubrirse para ayudar a preparar a los doctores para que hagan un mejor uso de las tecnologías a su disposición. Estas áreas de interés incluyen la ética médica, la legislación médica, el comportamiento de la salud y la economía de la salud.

En el sector de la salud pública se requiere un cambio más sustantivo para encarar el tema del desarrollo de la carrera y de los métodos de remuneración destinados a incrementar la retención de los trabajadores. Estamos acostumbrados a escuchar acerca del desplazamiento en los profesionales de la salud desde el sector público al sector privado dentro de un mismo país; empero, se ha hecho muy poco para tratar las causas. Un problema más reciente es la migración internacional de los trabajadores de la salud, particularmente dentro y fuera de los países islas del Pacífico. Esta movilidad está produciéndose como parte del proceso de globalización y no debería ser obstaculizado por restricciones al movimiento libre de los individuos; estos son postulados básicos de los derechos humanos. Empero, las razones para esta movilidad no son necesariamente la búsqueda de libertad personal, conocimiento o prestigio. Ellas emanan probablemente de las necesidades críticas de mayores ingresos en el corto y largo plazo, aun a

expensas de la separación de las familias. Muchos países poseen estructuras salariales para el personal profesional de la salud pública que ofrecen muy pocas expectativas de ingresos elevados en el corto y largo plazo. La pérdida de un número significativo de trabajadores clave tiene un impacto directo sobre la esencia de las estrategias de desarrollo del sector de la salud.

Los cambios, sean éstos denominados o no “reformas del sistema de la salud”, han ocurrido en casi todos los países, algunas veces a través de un proceso de planeamiento pero a menudo son el resultado de cambios económicos y de políticas que han acelerado la reforma sin una adecuada preparación. En algunos países el proceso de reforma ha sido inducido por patrones externos sin un entendimiento adecuado de todos los factores que están involucrados en el desarrollo del sector social en el país. En su mayor parte, los procesos de reforma fueron fragmentados y se limitaron a uno o dos componentes. Como se discutirá más adelante, la mayoría de los países asiáticos han intentado modificar los métodos financieros de atención de la salud, concentrándose principalmente en la fuente del financiamiento. Las principales deficiencias en los procesos de reforma se reflejan probablemente en el fracaso para establecer redes de seguridad social antes de imponer la recuperación de costos a través de cargos a los usuarios en el sector público y en el fracaso para desarrollar mecanismos fiscalizadores y de acreditación antes de expandir los servicios privado y público.

Sin duda, necesitamos un método integrado y paralelo para tratar los diferentes asuntos comprendidos en la reforma del sistema de la salud, conjuntamente con una mejor coordinación entre las distintas unidades del ministerio de salud y sus nuevos socios. Las reformas del financiamiento de la atención de salud, del desarrollo de los recursos, de la organización y la administración deben llevarse a cabo de una manera coherente y con adhesión a los principios de garantía de la calidad de los servicios. El progreso en cada una de estas áreas beneficiará a la totalidad del sistema, en tanto que el fracaso en cualquiera de ellas tendrá un efecto negativo en otras áreas y puede socavar el proceso general de reforma del sistema de salud.

El mecanismo de financiamiento de la atención de la salud como restricción

El valor de los servicios es en realidad otra restricción al acceso, tanto para el ámbito de los hogares como para el de los recursos financieros colectivos asignados a la atención de la salud. La naturaleza de la res-

tricción se desprende no sólo del grado de la capacidad de pago sino también de la manera como se financia la atención de la salud. En el pasado, los esfuerzos se concentraban en la determinación de la suficiencia global del monto gastado en la atención de la salud. Actualmente es evidente que no podemos establecer un porcentaje normativo del producto nacional bruto (PNB) que debería asignarse a la inversión en salud. Algunos de los países más ricos registran un gasto en salud por persona que excede al PNB per cápita de otros países y una porción considerable de este gasto puede asignarse a servicios no médicos que satisfacen las preferencias del paciente en los países ricos. Podríamos aseverar que la mayoría de los gobiernos de los países en desarrollo no cuentan con suficientes recursos financieros para encarar la demanda de servicios de salud y podrían enfrentarse a dificultades más serias si los donantes externos retiraran su aporte. Al respecto deben hallarse recursos adicionales, y es la fuente de estos recursos la que constituye un asunto de primera importancia.

Las autoridades gubernamentales del sector de la salud en el ámbito nacional y zonal encaran dificultades para obtener más dinero del gobierno. Aun cuando pueda existir una razón justificada para invertir más dinero en salud que en otros sectores sociales que compiten por estos recursos, no es realista anticipar incrementos rápidos en los ingresos tributarios globales para la provisión de tales recursos. Por consiguiente, se perciben cambios en las fuentes de financiamiento del gobierno hacia la participación de la población en los gastos, desde las fuentes públicas a las privadas y desde los fondos individuales a fondos comunes/de riesgo compartido.

En este proceso, sin embargo, muchos países han puesto más atención a la recuperación de costos a través de pagos hechos por el usuario que al desarrollo del seguro social de salud para proteger a la mayoría de la población. Es evidente, en la actualidad, que los cargos al usuario pueden crear problemas serios en el uso de los servicios de atención de la salud y pueden crear un peso gravoso sobre el gasto de los hogares cuando la incidencia de enfermedades se refleja también en una disminución de sus ingresos. Además, tales cargos al usuario en los países en desarrollo generalmente no proporcionan ingresos suficientes y estables para los proveedores de atención de salud pública, quienes tienen la mayor necesidad de dichos recursos.

La evidencia central sobre los problemas creados por la recuperación de costos a través de cargos al usuario contribuyó a que la propuesta “justicia del financiamiento” (“*fairness of financing*”) fuera considerada como un objetivo del sistema de la salud. Este concepto se incluyó en el esquema conceptual de la OMS para la evaluación del

desempeño del sistema de salud presentado en el Informe Mundial de la Salud del año 2000¹. Este documento toma en consideración la proporción del gasto para la atención de la salud del hogar pagado por anticipado (a través de los impuestos o del seguro) y la proporción pagada al contado como porcentaje de los recursos disponibles del hogar.

La principal recomendación proveniente de la propuesta sobre “justicia del financiamiento” en todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud es que debería acelerarse el desarrollo del seguro social para la salud. En realidad, la cobertura universal se ha logrado sólo en una minoría de los países de la región de Asia y el Pacífico. Aunque en la mayoría de ellos se ha establecido mecanismos de seguridad social, incluyendo el beneficio de atención de salud, en muchos este servicio se ha limitado a los trabajadores asalariados. En algunos casos, la categoría de trabajadores asalariados incluye tanto a los sectores privado como público, mientras que en otros los funcionarios civiles continúan recibiendo atención de la salud como una prestación complementaria para sus usualmente bajos salarios. En algunas instancias, los beneficios del seguro de salud dentro del sistema de la seguridad social han incluido a las personas dependientes de los trabajadores, mientras que en otros casos la cobertura se ha limitado tan sólo a los trabajadores.

Recientemente se han llevado a cabo experiencias positivas a través de esquemas de financiamiento basados en la comunidad para el sector informal o para las poblaciones que están excluidas de los sistemas de seguridad social. Aun cuando los proyectos piloto se han expandido y duplicado, sin tomar en consideración las implicaciones y viabilidad a largo plazo de tales esquemas, la expansión de esta cobertura es aún mínima. Con todas estas combinaciones, todavía encaramos una situación en la cual la mayoría de la población no está protegida por los sistemas de seguro social de salud.

Hay muchos factores que afectan la ampliación de la cobertura del seguro social de salud. Un factor descuidado ha sido el de la globalización. En países con desarrollo económico acelerado, tales como los que se han registrado en la región, las políticas de inversión agresivas pueden tomar precedencia sobre los asuntos relacionados con los derechos de los trabajadores, incluyendo las condiciones de seguridad en el trabajo. Tanto los inversionistas multinacionales como los nacionales, particularmente aquéllos que desean establecer empresas manufactureras orientadas a la exportación, pueden recibir una gama de pri-

¹ World Health Report, 2000.

vilegios, exenciones tributarias, incluyendo aquellas relativas a las regulaciones nacionales de seguridad social existentes.

La liberalización del comercio y las comunicaciones modernas han provocado una creciente movilidad internacional de la mano de obra. En la actualidad, la protección social, incluyendo el seguro de salud, favorece solamente a una proporción muy pequeña de los trabajadores migrantes. La mayoría de éstos se desplaza para incrementar sus salarios sin tomar en consideración la protección social, incluyendo la cobertura de la atención de la salud, como un factor de atracción del empleo en el extranjero. Cuando la migración es hacia un país con sistemas de seguro de salud bien desarrollados, es posible que los trabajadores no nacionales, particularmente aquellos provenientes de países en desarrollo para empleos de tipo doméstico, no se beneficien de las regulaciones nacionales.

Por todas estas razones, solamente una minoría de los trabajadores de la región de Asia y el Pacífico y sus familias se benefician en la actualidad del acceso a la atención de la salud a través de los mecanismos del seguro social. Hay aún renuencia en algunos países para otorgar protección al trabajador autónomo y a los trabajadores del sector informal y aún para incluir a los dependientes de los trabajadores asegurados. Se dice que los nuevos esquemas no tienen la capacidad para extender la cobertura al sector informal. Como estos trabajadores generalmente no son miembros de asociaciones organizadas, ha habido muy poca presión para que la cobertura del seguro de salud los incorpore.

Si analizamos la situación actual, es posible establecer que el volumen de la población trabajadora que antes tenía seguro no sólo no ha crecido sino más bien ha disminuido. En el pasado, la falta de comprensión del seguro social de salud dentro del mismo sector probablemente contribuyó al estancamiento del alcance de la cobertura.

En el transcurso de la última década se han logrado entender mejor los vínculos que existen entre la protección social y la pobreza en el sector informal, y se ha desarrollado un consenso entre los socios internacionales y las organizaciones nacionales colectivas acerca de la urgencia de impulsar sistemas apropiados de seguridad social para todos los sectores de la población. Recientemente algunos factores han empezado a estimular una acción más concreta, comenzando con la presión para disminuir el gasto público, lo que ha tenido implicaciones en todos los ámbitos de las actividades del gobierno. Varios gobiernos están llevando a cabo una simplificación de su servicio civil y una reducción de los beneficios complementarios para los miembros de su personal y sus dependientes, desplazándose hacia mecanismos de pago

anticipado del contribuyente para la atención de salud. Este cambio, que procede de iniciativas externas y no internas de los ministerios nacionales de salud en los países, puede en realidad constituir la primera aproximación seria de los funcionarios de este ministerio al seguro social de la salud.

Iniciativas más recientes para introducir el seguro nacional de salud provienen principalmente de los ministerios gubernamentales que administran los sistemas de provisión de la atención de salud pública, cuya propiedad y administración está en manos del gobierno en los ámbitos nacional, zonal y local. Al encarar presiones para reducir el gasto público, los gobiernos están buscando alternativas para transferir la responsabilidad de financiar directamente la atención de la salud a través de la creación de mecanismos alternativos de financiamiento. El seguro social de salud pudo haberse considerado como el mecanismo óptimo de financiamiento del proceso de reforma de la atención de salud. Sin embargo, es muy probable que se dé seria consideración y seguramente muy urgente atención al seguro de salud cuando quede claramente establecido que otros métodos de recuperación de costo — como cargos al usuario por la atención de salud en el momento de recibir el servicio—, tienen muy bajo rendimiento o son políticamente impopulares o de control dispendioso.

De manera que en la actualidad la presión para introducir el seguro de salud se origina en los ministerios gubernamentales y no en las organizaciones laborales. En tales situaciones, es posible que aún exista alguna falta de comprensión de los principios del seguro social de salud y de la seguridad social en general, y el desarrollo del seguro de salud puede todavía considerarse simplemente como un mecanismo financiero de rápida ejecución en vez de lo que realmente es: una forma de protección social.

La manera de llevar a cabo el financiamiento de la atención de salud de las personas de mayor edad requerirá atención adicional, debido a que este grupo constituye un conglomerado de individuos de alto riesgo. Muchos de ellos pueden haber desatendido sus necesidades de salud durante décadas y posiblemente se les haya excluido de los mecanismos de protección social. Si analizamos el comportamiento de los grupos que solicitan servicios de atención de la salud entre las personas de edad avanzada, podemos establecer que muchos están empezando a agotar sus propios ahorros y que enseguida pasan a usar completamente los ahorros de la familia. El cuidado sin cargo alguno para las personas mayores se da por hecho cada vez menos, y estamos presenciando un número creciente de personas situadas por debajo de la línea de pobreza durante su edad avanzada.

Definitivamente se requiere acelerar el desarrollo del seguro social de salud y ubicarlo en un esquema conceptual apropiado que permita reconocer el potencial del seguro de salud como un medio de protección social para aquéllos que puedan contribuir, así como el hecho de que algunos individuos y grupos no serán capaces de contribuir y requerirán de asistencia social. En realidad, el seguro de atención de la salud tiene un gran potencial para mejorar el funcionamiento del sistema de salud. El pago anticipado impone una obligación sobre el sistema para entregar los servicios a los cuales el asegurado tiene derecho a través de sus contribuciones regulares, y a garantizar los niveles de calidad al costo que permita lograr el equilibrio entre los ingresos y los gastos sin un incremento persistente en las tarifas y sin limitar los beneficios. Por lo tanto, la relación entre el contribuyente, el fondo y el proveedor constituye un activo importante en el seguro social de salud. En la región todavía no se entienden bien estos aspectos del seguro de salud.

Pobreza e inequidades en la salud

Un tercer hecho en nuestra evaluación de la etapa crítica del desarrollo del sector de la salud es el reconocimiento de que necesitamos involucrarnos más en el tema de la reducción de la pobreza. La pobreza está altamente correlacionada con la mala salud. Aquéllos que viven en los niveles de pobreza absoluta tienen una probabilidad cinco veces superior de morir antes de cumplir los 5 años de edad y una probabilidad dos y media veces mayor de morir entre las edades de 15 y 59 años que aquéllos ubicados en los grupos de ingresos más altos. De igual manera, los efectos positivos sobre la salud derivados del crecimiento del ingreso por persona están bien documentados en la literatura sobre el desarrollo. Se sabe que un ingreso más alto proporciona un acceso mayor a los bienes y servicios que promueven la buena salud, tales como mejor nutrición, agua de buena calidad, servicios sanitarios y servicios de salud de buena calidad.

La evidencia reciente señala que la causalidad puede ocurrir en el sentido opuesto: la buena salud puede promover niveles más elevados de ingreso y un crecimiento económico mayor. La investigación sugiere que la calidad de la salud, medida por la esperanza de vida, es en realidad un predictor significativo del crecimiento económico. En la región apenas ahora se comienza a entender que la pobreza está empeorando debido al alto e impredecible peso que representa tener que pagar por el cuidado de la salud al contado cuando se presentan enfer-

medades. El comportamiento de los que buscan una mejor salud ha cambiado en la dirección a evitar o postergar el empleo de los ya escasos recursos familiares en la atención de salud. Cuando los cargos no se pueden evitar, el pago de cuidado en el hospital puede forzar a la venta de los activos de la familia, incluyendo sus fuentes de ingreso.

La tuberculosis es una enfermedad que nos da un conocimiento profundo en el espectro de temas sobre la relación entre la pobreza y las enfermedades. La región del Asia y el Pacífico comprende varios países con los más altos niveles de morbilidad y mortalidad ocasionada por la tuberculosis; tan altos que se debería aplicar la expresión “proporciones epidémicas”. La mayoría de los individuos afectados por la enfermedad están en los grupos de más bajos ingresos y en edad de trabajar. Es probable que su reducida productividad debido a la enfermedad, así como la carga ocasionada por los costos directos e indirectos del cuidado, empuje a sus familias a caer debajo de la línea de pobreza. Hasta ahora los gobiernos han reaccionado lentamente frente a las elevadas tasas de tuberculosis. Los programas de atención de la salud pertinentes a los pacientes activos afectados por la tuberculosis, tales como el tratamiento directo de procedimiento rápido (*Directly Observed Treatment Short-Course*), están obstaculizados por factores no tomados en cuenta tales como el deficiente estado de nutrición de los pacientes y su posible falta de dinero en efectivo para el transporte y por la inhabilidad de la sociedad para eliminar o mitigar muchos de los factores de riesgo relacionados con la propagación de la enfermedad.

La reducción de la pobreza con el propósito de maximizar ganancias en la salud y en el desarrollo económico sostenible no es una meta imposible de alcanzar, pero evidentemente requerirá un esfuerzo adicional. La Organización Mundial de la Salud, en coordinación con la amplia gama de socios nacionales e internacionales, está desarrollando actividades en esa dirección. Una de estas acciones es producir la información pertinente para las autoridades responsables de la política económica, tomando en consideración las características de las poblaciones de bajos ingresos. Al respecto se necesita identificar intervenciones efectivas para las diferentes poblaciones en vez de planificar actividades para el “pobre” como un grupo de personas. Algunas de las poblaciones siempre han sido pobres en términos de propiedad de la tierra e ingreso y representan típicamente a los pobres rurales. Actualmente tenemos muchos más individuos que viven en las grandes ciudades, en aglomeraciones urbanas que no necesariamente generan más ingresos y que constituyen más riesgos para el medio ambiente y proveen menos apoyo a las familias del que se da en las comunida-

des rurales. Tenemos también los nuevos grupos de desfavorecidos que incluyen a quienes han quedado fuera de las redes tradicionales de seguridad durante el proceso de transición económica o que en el transcurso de la crisis económica han perdido los escasos activos que poseían. Lo que significa que el desarrollo de programas de salud efectivos debe tomar en consideración la integración y coordinación de las actividades pertinentes al desarrollo de otros sectores tales como la educación, el empleo y la vivienda. Los esfuerzos serios para evitar y reducir la pobreza en la región de Asia y el Pacífico requerirán intervenciones crecientemente integradas del sector de salud que contrastan con el método más estrechamente focalizado de los programas convencionales de salud del pasado.

Posibles orientaciones para el trabajo de la Organización Mundial de la Salud en la región de Asia y el Pacífico

La tendencia prevaleciente entre los socios del desarrollo en el mundo actual es la adopción de un método sectorial para el desarrollo. Existe consenso en que la salud de las poblaciones pobres y desfavorecidas debería ser protegida a través de una orientación básica dirigida a reducir la pobreza apoyándose en el diseño de los esfuerzos de todos los sectores. Este nuevo método integrado contrasta con las presiones del pasado o con las condicionalidades que a veces impulsaban reformas del sistema de la salud a través de esfuerzos fragmentados para encarar las diferentes prioridades de salud percibidas en una zona del país de una manera descoordinada. Un resultado típico ha sido establecer en algunas comunidades centros de atención primaria de la salud cuyos servicios se proveían en edificios inmensamente mejorados pero sin el desarrollo del financiamiento adecuado de los trabajadores de la salud. Simultáneamente se están diseñando nuevos esquemas de financiamiento de los servicios de salud en zonas que no contaban con infraestructura mejorada para la provisión de incentivos por cargos o pago anticipado.

En muchos países de la región hemos visto esfuerzos simultáneos de cooperación externa abordando diferentes áreas prioritarias en distintas partes del país. Infortunadamente, estos esfuerzos han perseguido ideologías políticas diferentes con relación al papel del gobierno tanto en el ámbito nacional como en el de la descentralización en relación con la organización, el financiamiento, y la provisión de la atención de salud.

La cooperación externa de las instituciones de crédito internacional o de los donantes continuará siendo necesaria en la mayoría de

los países de la región de Asia y el Pacífico, particularmente si se busca un enfoque más amplio para el desarrollo del sector de la salud. La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas que está presente en todos los países en desarrollo de la región y como tal puede desempeñar un papel importante en el logro de los objetivos de desarrollo de estos países. Se requieren nuevas prioridades para el fortalecimiento de las capacidades así como para el desarrollo de los grupos de base, de modo que los gobiernos y sus poblaciones puedan comprender las implicaciones más amplias relacionadas con la salud desde los conceptos comprendidos en las redes de seguridad social hasta la globalización y la liberalización del comercio.

La Organización Mundial de la Salud desempeña un papel central en los ámbitos nacional, regional y mundial a través de la coordinación de los esfuerzos de desarrollo, proporcionando un foro para el intercambio de información y ofreciendo un entorno neutral para la discusión de opciones de política. El desarrollo de estrategias regionales, que permite una adaptación informada de estas estrategias al nivel nacional, se beneficiará del esfuerzo realizado en las mismas áreas de salud de otras partes del mundo, a través del actual fortalecimiento de la colaboración y las comunicaciones entre todos los niveles de la entidad mundial de la salud como organización. El presente taller de trabajo es un ejemplo muy concreto de los beneficios potenciales del intercambio de conocimientos, experiencia y opiniones entre los socios del desarrollo y los representantes de los países. Aguardamos con interés el resultado de este encuentro, al que consideramos como un paso básico en el proceso de desarrollo real y sostenible del sector de la salud.

Bibliografía

- Abel-Smith, Brian. 1992. "Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience." *Health Policy and Planning* 7(3): 215-26.
- Atim, C. 1994. "In Search of Self-Reliance: Grass Roots Social Movements in Africa." World Solidarity. Bruselas.
- Bloom, David E. 1999. "The Health and Wealth of Nations." *World Health Opportunity: Meeting Report*. DFID. Londres.
- Ensor, T., y R. Thompson. 1998. "Health Insurance as a Catalyst to Change in Former Communist Countries?" *Health Policy* 43: 203-18.

- Hu, Teh-Wei, Michael Ong, Zi-hua Lin, y Elizabeth Li. 1999. "The Effects of Economic Reform on Health Insurance and the Financial Burden for Urban Workers in China." *Health Economics* 8: 309-21.
- Organización Mundial de la Salud. 1999. "Poverty and Health: Report by the Director-General." 105ª sesión del Directorio Ejecutivo. Agenda provisional, ítem 2.
- _____. 2000. World Health Report. *Health Systems: Improving Performance*. Ginebra.
- Robb, C., y Zhang. 1998. "Social Aspects of the Crisis: Perceptions of Poor Communities in Thailand." Documento preparado para el *Thailand's Social Investment Project* del Banco Mundial. Mimeo.
- Ron, A. 1998. "Social Security Financing Policies and Rapidly Aging Populations." World Bank Discussion Paper 392. World Bank. Washington, D.C.
- _____. 1999. "NGOs in Community Health Insurance Schemes: Examples from Guatemala and the Philippines." *Social Science and Medicine* 48:939-50.
- _____. 2000. "Health Insurance and National Health Schemes: What Are Their Characteristics?" Social Security Documentation 25. *Social Security Challenges in Asia and the Pacific*: 19-28, International Social Security Association. Manila.
- Social Security Administration. 1997. "Social Security Programs throughout the World." Office of Research and Statistics. Research Report 65. SSA Publication 13-11805. Washington, D.C.
- Volmink, J, P. Matchaba, y P. Garner. 2000. "Directly Observed Therapy and Treatment Adherences." *Lancet* 355:1345-50.
- Weinert, P. 1991. "Foreign Female Domestic Workers: Help Wanted!" International Labor Organization. Office of International Migration for Employment. Working Paper 50. Ginebra.

CAPITULO II

HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

**Seguro básico de salud en Bolivia:
un instrumento para aumentar
la equidad y el acceso
de los pobres a la atención de salud**

Fernando Lavadenz M.



**Reformas del sector de la salud
en Viet Nam basadas en la eficiencia
y la equidad**

*Tran Trong Hai
Claudio Schuftan*

Página en blanco a propósito

Seguro básico de salud en Bolivia: un instrumento para aumentar la equidad y el acceso de los pobres a la atención de salud

Dr. Fernando Lavadenz M.

*Gerente General de la Reforma de Salud en Bolivia
Ministerio de Salud y Seguro Social*

Bolivia tiene una extensión territorial de 1,1 millón de kilómetros cuadrados y más de 8 millones de habitantes predominantemente urbanos. Entre los países de América Latina es el que ha tenido más éxito en alcanzar la estabilidad macroeconómica. Durante 15 años, Bolivia ha logrado mantener niveles estables de precios, y desde 1993 la inflación se ha mantenido en niveles de un dígito. Esta estabilidad se ha logrado a través de una disciplina fiscal basada en el incremento de los impuestos y en la reestructuración del gasto público. Además, se ha mantenido la estabilidad monetaria dentro de una política de tipo de cambio flexible a través de un sistema de minidevaluaciones administradas por el banco central.

Las políticas públicas instrumentadas desde 1995 no se han limitado a la estabilización de la economía, sino que también se han orientado a aplicar reformas estructurales de primera generación para sentar las bases de un crecimiento económico sostenido. Medidas tales como la capitalización de las empresas públicas se han traducido en una tasa promedio de crecimiento superior al 4 por ciento durante la última década. Simultáneamente, la descentralización y la nueva Ley de Participación Ciudadana han afirmado y acelerado el proceso de fortalecimiento institucional y desarrollo local en el ámbito estatal y municipal del país.

Pero a pesar de estos resultados económicos favorables y del desarrollo de reformas estructurales de primera generación, Bolivia continúa siendo uno de los países más pobres de la región, con un producto interno bruto per cápita anual de US\$1.076 (1998) y una esperanza de vida de sólo 62 años (1999), una de las más bajas de América Latina. A pesar de la relativamente baja tasa de desempleo (6 por ciento), la calidad del empleo de la mayoría de la población continúa siendo una importante preocupación ya que aproximadamente el 60 por ciento de la población económicamente activa trabaja en el sector informal.

El censo de población y vivienda de 1992 muestra que el 70 por ciento de la población boliviana era pobre, con una incidencia de pobreza del 95 por ciento en las zonas rurales y del 52 por ciento en las urbanas, medidas por el método de necesidades básicas insatisfechas. El método de la línea de pobreza aplicado a los resultados de la encuesta de hogares, mostró que como promedio anual, el 53 por ciento de los hogares bolivianos se hallaban por debajo de la línea de pobreza entre 1989 y 1992, porcentaje que de acuerdo con estimaciones más recientes se había reducido al 48 por ciento en 1995. El índice de desarrollo humano en 1994 ubicaba a Bolivia en el lugar número 113 entre 174 países.

Este panorama muestra que Bolivia, cuando se le compara con el promedio de los países latinoamericanos, es un país atrasado en varios sectores sociales. Las reformas estructurales y gubernamentales parecen haber sido insuficientes y será necesario llevar a cabo reformas de segunda generación con el objeto de acelerar los cambios requeridos para reducir la brecha existente entre los sectores de salud y educación de Bolivia y de sus países vecinos.

Con relación al sector de la salud, las tasas de mortalidad infantil y de niños lactantes son altas, como lo es la incidencia de enfermedades transmisibles como el mal de Chagas, la malaria y la tuberculosis. De acuerdo con la encuesta demográfica del Banco Mundial de 1998 (DHS), la tasa de mortalidad infantil de Bolivia (de niños menores de cinco años) era de 92 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad de niños lactantes (menores de un año) de 67 por mil nacidos vivos. La mayoría de estas muertes son causadas por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA). Además, el elevado nivel de muertes perinatales (menores de un mes) está relacionado con el insuficiente cuidado obstétrico (véase el gráfico 1).

Los estimados recientes de la mortalidad materna en Bolivia muestran una tasa de 230 por cien mil nacidos vivos, y los estudios de la OMS y UNICEF indican que esta tasa puede ser significativamente mayor en las municipalidades de alto riesgo. Parte del problema es atribuible a la baja proporción de nacimientos atendidos en clínicas u hospitales y/o por personal capacitado: la DHS de 1998 muestra que en Bolivia solamente el 53 por ciento de las mujeres gestantes recibe algún tipo de cuidado perinatal y que la proporción de nacimientos en instituciones médicas es solamente del 59 por ciento (véase el gráfico 2).

El limitado uso de los servicios de salud para la atención materna depende principalmente de barreras asociadas con la geografía, la economía, la cultura y la naturaleza de los servicios de atención de la salud. Estas dos últimas categorías están relacionadas estrechamente

Gráfico 1. Causas de muerte de lactantes

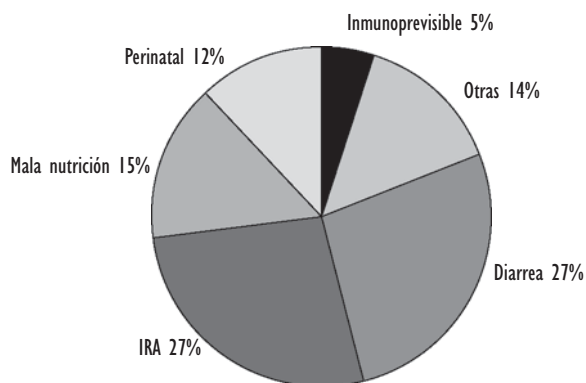
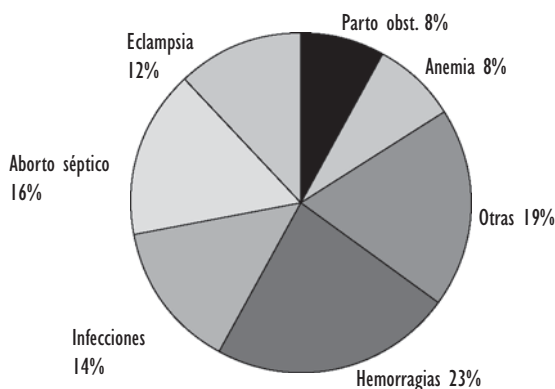


Gráfico 2. Causas de muerte materna



con la escasa demanda de las poblaciones aymarás y quechuas en las zonas rurales, poblaciones cuyo comportamiento sociocultural ha mostrado solamente un lento crecimiento en la demanda por el tipo occidental de atención de la salud.

Otro problema relacionado con las cifras de mortalidad materna en Bolivia está relacionado con la elevada tasa global de fecundidad (a pesar de la disminución observada en la fecundidad desde 1994) que alcanza al 4,2 por ciento, y es más alta que el promedio de América Latina. La mayoría de las mujeres que no tienen acceso a los programas de planificación familiar a veces recurren al aborto. En general,

Cuadro I. Gastos totales en salud

<i>Proveedor</i>	<i>%</i>
Sector público	22,17
Seguro social	41,70
Seguro privado	5,44
ONG	3,91
Hogares	26,78
Total	100,00
PIB (en miles de dólares)	7.968.061
Porcentaje del PIB en salud	4,68
Porcentaje del PIB en seguro social	1,95

Fuente: Cuentas de financiamiento y gastos de salud.

los abortos se realizan en forma clandestina sin que se dé una atención apropiada a la higiene o a la seguridad, y provocan una tercera parte de las muertes de las mujeres en el país.

Subsectores de salud y su financiamiento

Como en muchos otros países de América Latina, el sistema de atención de la salud en Bolivia está dividido en los siguientes subsectores:

- el subsector público, que alcanza al 35 por ciento de la población;
- el subsector de la seguridad social, que alcanza al 25 por ciento de la población;
- el subsector de las ONG, que cubre al 10 por ciento de la población; y
- el subsector privado, que cubre al 5 por ciento de la población.

El 25 por ciento restante de la población no está cubierto por ningún subsector de salud y es fundamentalmente rural. Esta realidad recalca una vez más la vulnerabilidad de la población pobre.

Con relación a la estructura del financiamiento y los gastos en el sector de la salud, un estudio reciente del Ministerio de Salud muestra que, en general, el gasto del sector público es más bajo que el gasto de la seguridad social, aunque el gasto del sector público cubre una

Cuadro 2. Principales indicadores de salud por quintiles de ingreso

	Más bajo	Segundo	Medio	Cuarto	Superior
Nacimientos	38,8	57,8	70,4	88,6	95,3
DPT3	36,2	41,8	46,0	63,7	70,0
Uso de TRO	70,5	73,9	79,9	83,8	83,5

Fuente: DHS 98 Bolivia.

población mayor (véase el cuadro 1). Además el gasto de los hogares es muy alto y la cobertura del seguro privado es baja. Los elevados gastos de los hogares en atención de la salud reflejan claramente el bajo nivel de confianza de los usuarios en el sistema formal.

Los gastos en productos farmacéuticos representan una importante categoría en las erogaciones del sector de la salud. El 1990 se gastaron US\$32 millones en productos farmacéuticos en Bolivia; para 1998, este gasto había aumentado a US\$103 millones, de los cuales US\$65 millones fueron erogaciones de los hogares. Una vez más, el comportamiento de los hogares muestra la falta de confianza de la población boliviana en los diferentes sistemas de seguro de salud existentes.

El tema de la equidad

Más allá de los promedios mostrados por los indicadores de salud y de las variables macroeconómicas relacionadas con los gastos en salud, un estudio del Banco Mundial basado en la información de su encuesta demográfica de 1998 dividió los diversos indicadores de salud en quintiles de ingreso y mostró las brechas existentes entre los pobres y los ricos en términos de esos indicadores (véase el cuadro 2). Con relación al servicio de asistencia institucional a partos (uno de los principales indicadores acordados con las instituciones internacionales de cooperación con el propósito de evaluar las condiciones de salud del país), existe una brecha significativa entre el quintil de ingreso más pobre y el más rico, que muestra el grado de exclusión de los segmentos más pobres de los servicios de salud, particularmente con relación a la atención curativa e institucional por el sistema formal de salud. Lo mismo ocurre en el caso de las inoculaciones para la DPT, donde la brecha es menor y se crea primordialmente por la insuficiente cobertura de los programas de vacunación en todos los quintiles. Esto indica

que la atención preventiva que depende de los programas nacionales, pero que son operativos en el ámbito municipal, puede que no cubra ni al pobre ni al rico. El tercer indicador de salud, el uso de terapia de rehidratación oral (TRO) para combatir la diarrea, muestra brechas menores entre un quintil de ingreso y el siguiente, lo cual hace que la distancia entre el pobre y el rico sea insignificante en esta categoría. Una de las principales razones de la reducción de esta brecha es la intensa experiencia de participación de la comunidad en la promoción y la educación en materia de salud por más de una década, particularmente en lo que se refiere a la atención primaria de salud.

La nueva estructura institucional del sector de la salud

El gobierno actual diseñó su programa de acción oficial de manera participativa a través del “diálogo nacional” de 1997, que reunió a representantes de los diversos grupos de la sociedad para definir los objetivos básicos del plan de acción del país para el período 1997-2002. Este plan comprende cuatro piedras angulares en las que se basa el desarrollo nacional: equidad, oportunidad, dignidad y viabilidad institucional.

El objetivo de la oportunidad es estimular el crecimiento económico a través del mejoramiento de la infraestructura física y de la infraestructura relacionada con la producción del país dentro de un esquema de competencia. El objetivo de la dignidad busca sacar a Bolivia del circuito de estupefacientes. El objetivo de viabilidad institucional es reestablecer la credibilidad de las instituciones gubernamentales a través de la garantía de continuidad y sustentabilidad de las políticas oficiales, del desarrollo de la capacidad institucional en el sector público y de un nuevo estilo de administración pública. El objetivo de la equidad se orienta hacia la lucha contra la pobreza a través de políticas que mejoren el acceso de la población a los servicios de salud, educación, vivienda y sanidad básica; la equidad también comprende políticas destinadas a mejorar la productividad de los pobres a través del desarrollo rural y el microcrédito.

La reforma del sector de la salud está definida dentro de la piedra angular de la equidad. Las tres principales estrategias contra la pobreza de la reforma de la salud son las siguientes:

- reducción de las elevadas tasas de mortalidad materno-infantil del país, principalmente a través del uso del seguro básico de salud (SBS) como principal instrumento;

- prevención de las principales enfermedades endémicas del país (mal de Chagas, malaria y tuberculosis) a través del uso del escudo epidemiológico como principal instrumento; y
- fortalecimiento institucional y descentralización del sistema de salud.

En otro frente, los acuerdos actuales entre las instituciones de cooperación internacional y el gobierno boliviano se han enmarcado dentro de un nuevo esquema conceptual caracterizado por una fuerte orientación hacia el mejoramiento de las condiciones sociales, la coordinación entre programas y la gerencia por resultados. En el pasado, el financiamiento de las instituciones multilaterales y bilaterales de cooperación se otorgaba condicionado al comportamiento de ciertas variables macroeconómicas (bajas tasas de inflación, estrictos controles fiscales, políticas de tipo de cambio y similares). Sin embargo, en la actualidad muchas iniciativas específicas de amplio alcance —tales como el alivio de la deuda (HIPC I y II), el Grupo Consultivo de París y los créditos del BID y Banco Mundial para los sectores sociales— incluyen criterios o indicadores sociales que deben satisfacerse como condición para lograr el acceso a los recursos y el alivio de la deuda.

Dentro de este nuevo marco, el país ha decidido iniciar un proceso de reforma del sector de la salud como una política oficial que se concentra en la equidad en vez del mercado y apunta a la ampliación de los programas de prevención para toda la población en vez de dirigirlos solamente a grupos específicos.

Justificación de la reforma del sector de la salud

Diferentes factores hacen que éste sea un momento oportuno para iniciar un proceso de reforma del sector de la salud:

- La conclusión de las reformas estructurales de primera generación (1985-1991): Existe en la actualidad una estabilidad macroeconómica significativa (una tasa de inflación anual inferior al 4 por ciento, y un crecimiento anual de aproximadamente un 4 por ciento que sitúa al país en el tercer puesto en términos de expansión entre todos los países de América Latina). Asimismo se han llevado a cabo importantes reformas estructurales, entre ellas la reforma de la seguridad social, la Ley de Descentralización de la Administración Gubernamental, y la Ley de Participación Ciudadana (cambios en las asignaciones financieras para las municipalidades).

- La iniciación de una perspectiva de largo plazo a través del “diálogo nacional” del país denominado “Construcción de consenso para el nuevo milenio”: Un gran número de representantes de la sociedad civil y de los partidos políticos asistió a las mesas redondas acerca de las cuatro piedras angulares descritas anteriormente. La mesa redonda sobre la equidad aprobó los componentes principales del proceso de reforma. También se promovieron reformas relacionadas con la regulación del medio ambiente, el sector financiero, la administración pública, la tributación y el poder judicial, así como un segundo conjunto de reformas de la salud, la educación y la lucha contra la corrupción.

- La adopción de una postura en contra de la pobreza dentro del contexto de la equidad: El objetivo de la equidad incluye una visión basada en un concepto del desarrollo humano que reconoce la interacción entre los diferentes actores y sectores en el proceso de desarrollo y en el funcionamiento del sistema social del país. La alianza estratégica encabezada por el gobierno con la cooperación internacional buscará invertir en nuevas direcciones, asignar prioridad a la inversión en las áreas sociales y focalizarse en los pobres. El objetivo de equidad busca crear una estrecha relación entre la salud y el desarrollo social y económico.

- Surgimiento de una cultura activa de eficiencia, calidad y equidad en los programas y servicios del sector de la salud: Existe la necesidad de una reforma intensa de la organización del sistema de salud boliviano con el objeto de crear condiciones adecuadas para mejorar los perfiles epidemiológicos del país.

Bolivia es un importante campo de batalla en la lucha internacional contra la pobreza y es un país piloto del marco conceptual de desarrollo ampliado de la iniciativa I y II para los PPME. La reforma del sector de la salud está asignando mayor énfasis a los resultados, y al mismo tiempo que está simplificando los procedimientos para los insumos y procesos, está desarrollando un enfoque orientado por la equidad y basado en los siguientes elementos:

- el seguro básico de salud, administrado por los gobiernos locales;
- el “escudo epidemiológico” administrado por el gobierno nacional (un método estratégico que tiene por objeto reducir las tasas de mortalidad, luchar contra las enfermedades endémicas e incrementar la cobertura mediante esfuerzos específicos para detener la transmisión del mal de Chagas, la malaria y la tuberculosis y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica); y

- la descentralización, promoción y empoderamiento de las comunidades locales y el mejoramiento de la administración local.

En resumen, la reforma del sector de la salud en Bolivia es esencialmente un proceso de cambios estructurales, tanto políticos como administrativos, que promueve la solidaridad y la universalidad en el acceso de la población a los servicios de salud, basándose en las premisas de participación y descentralización que están asociadas con la equidad, la eficiencia y la calidad.

Visión general del seguro básico de salud (SBS)

El seguro básico de salud (SBS) es la piedra angular del proceso de reforma global del sector de la salud de Bolivia. El SBS asigna prioridad a la administración basada en resultados dentro del modelo de atención. Promueve la equidad en el acceso a los servicios básicos de salud, contempla un énfasis gradual y dinámico en el seguro de salud integral y universal, y evoluciona hacia un mecanismo importante de formación de consenso dentro de las municipalidades. El SBS es un mecanismo de autoselección de las enfermedades de los pobres, puesto que las enfermedades cubiertas por el programa de seguro son principalmente enfermedades con mayor incidencia entre los grupos de bajos ingresos, con excepción de algunos servicios (por ejemplo las operaciones de cesárea, algunos otros servicios obstétricos y similares) que aunque no son específicamente servicios para los pobres, son más frecuentes entre ellos y también presentan un elevado grado de autoselección. Esta característica de autoselección de las enfermedades comunes entre los pobres evita el otorgamiento de subsidios a los ricos dentro del sector público y en el sistema de seguridad social. El SBS es un sistema solidario de seguro de la comunidad financiado por el sector público que otorga a toda la población acceso a un paquete básico de servicios efectivos en función del costo dentro del sistema de atención primaria. Asigna prioridad al cuidado de la salud de la madre y el niño, proveyéndoles servicios preventivos, curativos y de promoción de la salud orientados a la reducción de la mortalidad materna e infantil. El acceso al SBS es un derecho garantizado por el Estado y es gratuito para todos los habitantes del país dentro de los límites de los siguientes 75 servicios de atención de salud:

- Cuidados que benefician al niño: Todos los niños menores de 5 años tienen el derecho a la atención de la salud en las áreas de

atención al recién nacido, la promoción de la nutrición y del desarrollo del niño, la prevención de las enfermedades a través de la inoculación y la atención durante enfermedades infecciosas tales como ADD, ARD, sepsis y meningitis.

- Atención que beneficia a la mujer: Toda mujer tiene el derecho a la atención de la salud en las áreas de atención prenatal, alumbramiento, atención perinatal, prevención y tratamiento de complicaciones del embarazo, transporte en el caso de emergencias obstétricas e información, educación y comunicación sobre planificación familiar y parto en clínicas u hospitales.

- Atención que beneficia a la población en general: Toda la población del país tiene derecho al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, la malaria, el cólera y las enfermedades transmitidas sexualmente (con excepción del SIDA), los servicios de planificación familiar y de asesoramiento.

- Atención para poblaciones aisladas: En las zonas rurales donde no existen centros de salud se hacen arreglos para visitas médicas con el propósito de atender servicios seleccionados de particular importancia para las poblaciones distantes.

Principales características del seguro básico de salud

La concepción del SBS está estrechamente relacionada con las nuevas reglas básicas del juego creadas en Bolivia con la Ley de Participación Ciudadana y la Ley de Descentralización Administrativa, consolidada a través de la Ley Integral de Municipalidades recientemente aprobada. Este marco jurídico establece que las tareas del sector de la salud deben ser realizadas a dos niveles diferentes de gobierno y establece las disposiciones para la descentralización de los servicios del sector, con la municipalidad como entidad territorial fundamental. Estas leyes formalizan la participación ciudadana a través del reconocimiento jurídico de la organización territorial básica de la comunidad y ordena a cada municipalidad la creación de un comité de vigilancia para fiscalizar la administración de los recursos financieros provenientes de los impuestos transferidos a una municipalidad sobre la base del tamaño de la población.

Estos nuevos parámetros definen tanto la composición como la operación del SBS. Una nueva anatomía de la estructura y administración del servicio de salud para el país se ha generado con el proceso de descentralización actual con sus componentes de participación ciudadana y centrada en la municipalidad. El SBS constituye el embrión

de esta fisiología del nuevo servicio nacional de salud. El servicio básico de salud aborda las necesidades más importantes definidas por el perfil epidemiológico del país, en particular los problemas de salud de la madre y el niño. En contraste con su predecesor —el seguro de salud de la maternidad y del niño (SNMN)—, el SBS incorpora servicios adicionales de salud para atender una amplia gama de problemas prioritarios de salud de la población. La modalidad de su financiamiento refleja una nueva forma de distribuir los recursos tributarios entre las diferentes municipalidades del país. Las leyes que mencionamos anteriormente crearon una asignación del ingreso de origen tributario basada en una fórmula de distribución per cápita, por medio de la cual el Tesoro General de la Nación distribuye diariamente el 20 por ciento de los impuestos recaudados ese día a una cuenta especial para cada una de las municipalidades correspondientes. Esta modalidad, y la accesibilidad inmediata de los fondos de la municipalidad, posibilitan el diseño de un mecanismo especial por medio del cual en cada municipalidad, también sobre una base per cápita, se aparta una porción de estos fondos para los servicios de salud y se deposita en una cuenta reservada para el SBS (el fondo de salud compensatorio local).

La innovación introducida por el enfoque del seguro básico de salud, comparado con otras experiencias en América Latina, se relaciona con la modalidad del financiamiento que no se centraliza en el nivel nacional sino que se descentraliza hacia el nivel municipal, sin implicar simultáneamente una “municipalización” de los servicios mismos. La municipalidad también contribuye con un pago adicional por cada uno de sus ciudadanos, basado en las cifras del censo de 1992. Se calcula esta contribución a partir de estimaciones de los costos variables (esencialmente para productos farmacéuticos, insumos críticos, visitas a domicilio y transporte de emergencia de pacientes obstétricas), un paquete de atención básica diseñado con base en consideraciones epidemiológicas y una gama de servicios eficaces en función de los costos. Se otorga un incentivo adicional a la provisión de ciertos servicios con insuficiente oferta: por ejemplo, el costo real del parto durante el proceso del nacimiento del niño es de aproximadamente 85 bolivianos, pero el SBS reembolsa 120 bolivianos, generándose así un incentivo para que los proveedores incrementen la disponibilidad de este servicio.

El modelo de financiamiento del SBS combina la contribución per cápita de la municipalidad con la inversión concurrente y el financiamiento de la prefectura, el gobierno nacional y la cooperación de las organizaciones internacionales. El costo de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del SBS es cubierto por las pre-

fecturas, en tanto que el gobierno central cubre la cooperación técnica —delegada a los distritos de salud—, así como el otorgamiento de subsidios para los insumos críticos y productos farmacéuticos, nuevamente con contribuciones significativas de las instituciones internacionales de cooperación. Las contribuciones del gobierno central, a través del Ministerio de Salud, crecieron significativamente durante el período de implementación del mecanismo de asignación de recursos (MAR), un instrumento de cofinanciación y compensación para las municipalidades que opera como brazo financiero del SBS. El paquete de servicios de atención de salud conocido como seguro nacional de maternidad y atención del niño ha sido financiado con el 3,2 por ciento de los recursos para inversión derivados de los impuestos transferidos por el gobierno central a las municipalidades. El financiamiento de los 75 servicios incluidos en el paquete del SBS requiere una contribución de la municipalidad dos veces mayor, incrementándola al 6,4 por ciento de los recursos tributarios transferidos para inversión. Para 1999, esto representó una contribución total de las municipalidades de más de US\$10 millones, que podría haber alcanzado los US\$12 millones si no hubiera sido por las bajas recaudaciones impositivas resultantes de la recesión económica del país.

Mecanismos de pago del seguro básico de salud

El financiamiento del SBS es por persona y de aportaciones simultáneas, en tanto que el pago del SBS a los proveedores se hace sobre la base de un “honorario por servicio”, en el que la municipalidad actúa como pagador. Se estructura el pago de un precio determinado por cada servicio de salud para facilitar, cuando sea necesario, la creación de precios de incentivo para aumentar la disponibilidad de ciertos servicios con insuficiente oferta. Tiene también por objeto aumentar la productividad de los recursos humanos en el sector y estimular el uso de la capacidad instalada ociosa o subutilizada. El pago de los honorarios del SBS a los centros de salud afiliados por los servicios de atención proporcionados se realiza con los recursos depositados en el fondo de salud compensatorio local administrado por el gobierno municipal.

Perspectivas estratégicas

El seguro básico de Bolivia es el principal instrumento para lograr los objetivos del sector de la salud establecidos en el marco del plan nacio-

nal de acción relacionado con la equidad (y definido en el marco de los acuerdos con el Grupo Consultor y con la iniciativa para los PPME). También es el componente clave del proceso de reforma del sector de la salud de Bolivia. El SBS no debe considerarse como un proyecto o incluso como un programa altamente prioritario, sino como una política ambiciosa que procura actualizar los principios de universalidad y equidad de la cobertura de salud y convertir en acción las prioridades epidemiológicas y sociales del país. El SBS es un seguro universal de salud, el primero de su clase en la historia del país, “un sistema nacional de seguro universal que se organiza, regula y financia con sus propios recursos, un paquete de atención esencial y efectiva ofrecido por centros públicos de salud, centros de seguridad social, ONG, centros de salud administrados por la iglesia, y otros que se unen voluntariamente a través de la suscripción de convenios”. Sus objetivos incluyen los siguientes:

- incrementar la cobertura de los servicios de salud (que en promedio incluyen amplia capacidad no utilizada);
- mejorar la accesibilidad y progresividad de la cobertura;
- mejorar la calidad de la atención;
- estimular el tratamiento humano y respetuoso del asegurado;
- reducir la mortalidad materna e infantil;
- reducir el riesgo, la duración y la severidad de las enfermedades que son las principales causas de morbilidad y muerte en Bolivia; y
- garantizar el acceso universal a un paquete básico de atención preventiva y curativa.

La modalidad de financiamiento del SBS no se basa en las condiciones salariales de los usuarios, su participación en el mercado de trabajo o en la presunción de la existencia de una familia patriarcal o de un salario familiar, como muchos de los programas de protección social de la región. El mecanismo de financiamiento del SBS se basa en un sistema algo similar al del seguro nacional de salud del Reino Unido, en el cual el dinero necesario se obtiene de los recursos tributarios del Estado, sujetos a la dinámica tributaria convencional. Sin embargo, los recursos de cada fondo compensatorio local de Bolivia no están sujetos a la dinámica tributaria convencional, no dependen de las transferencias trimestrales y son de un carácter líquido y acumulativo, aun cuando no se gasten dentro de un período presupuestario determinado.

En el marco del SBS, la municipalidad paga a los proveedores los honorarios por los servicios de atención cubiertos que se proveen a todos los ciudadanos que viven en su jurisdicción territorial, independientemente de su situación salarial, ingreso, edad, género y origen étnico. Al separar el SBS de la responsabilidad individual, la cobertura llega a ser un derecho garantizado por el Estado, en este caso por el gobierno municipal, con una contribución adicional del gobierno central. El SBS contribuye de manera importante a la aplicación del derecho constitucional de cobertura de salud de todos los ciudadanos en forma no regresiva (aunque solamente parcial) a través de los 75 servicios cubiertos que constituyen el paquete de atención de salud del SBS.

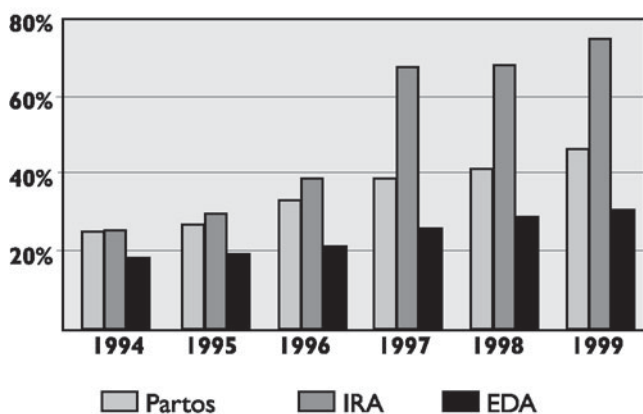
Además, al crear las condiciones y medios para la participación de los ciudadanos en su operación y administración, el SBS incentiva al individuo a ejercer sus derechos civiles, sociales y políticos. De esta manera, el SBS contribuye a fortalecer la ciudadanía y la democracia.

Principales logros del seguro básico de salud

El Decreto Supremo 25265 del 31 de diciembre de 1998 creó el SBS, y su implementación dentro de los centros de salud comenzó el 10 de mayo de 1999. El SBS es de carácter voluntario para las municipalidades y empieza a operar dentro del territorio municipal con la firma de un acuerdo especial entre el Ministro de Salud y el correspondiente alcalde. El país comprende 314 municipalidades, todas las cuales suscribieron esos acuerdos dentro del lapso de ocho meses después de la inauguración del SBS.

El impacto del SBS hasta ahora es digno de mención, particularmente con relación a la creciente demanda de servicios de salud pública y la seguridad social que ha estimulado, ayudando a consolidar y a extender los resultados alcanzados en esta área desde 1966 en el marco del programa nacional de seguro de salud de la madre y el niño. El incremento en la demanda de servicios de salud (véase el gráfico 3) se ha tornado especialmente evidente en la evolución de la proporción de partos atendidos en hospitales o clínicas, que pasó de solamente el 33 por ciento de todos los nacimientos en 1996 al 47 por ciento en 1999, o sea un 50 por ciento de crecimiento en tres años. Más notable aún ha sido el incremento en la cobertura de las infecciones respiratorias agudas (IRA), que aumentó del 39 por ciento del total estimado de casos en 1996 al 76 por ciento en 1999, o sea un aumento del 95 por ciento en sólo tres años. El crecimiento en la cobertura de enfermeda-

Gráfico 3. Crecimiento en la cobertura por el SBS de partos, casos atendidos de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas



Fuente: Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS): www.sns.gov.bo

des diarreicas agudas (EDA) ha sido algo más modesto, incrementándose del 21 por ciento en 1996 al 31 por ciento en 1999, o sea un incremento del 68 por ciento.

Desde el punto de vista financiero, el seguro básico de salud constituye un esfuerzo importante en la movilización de los recursos públicos destinados a la resolución de los problemas prioritarios de salud. Los recursos asignados al SBS representan el 45 por ciento de los US\$70 millones anuales que el Estado asigna en promedio para financiar los gastos anuales del Ministerio de Salud. De los aproximadamente US\$30 millones anuales que cuesta el funcionamiento del SBS, alrededor de un 25 por ciento (entre US\$8 millones y US\$10 millones) se financian mediante contribuciones de las municipalidades. Esta suma sería aún más grande si las contribuciones de las municipalidades depositadas en los fondos de salud compensatorios se utilizaran en su totalidad. Hasta ahora, el SBS no ha encarado problemas de financiamiento; por el contrario, la evolución de los aspectos de su financiamiento conduce a la firme conclusión de que el sistema es financieramente sostenible.

Los crecientes indicadores de cobertura y demanda comprobables a través de diversas fuentes de información reflejan una historia exitosa de este seguro básico de salud. En efecto, el SBS se ha transformado en el principal instrumento para reducir las enfermedades y las muertes entre los pobres, en el sentido de que las 75 categorías de tratamiento cubiertas por el SBS abarcan aproximadamente el

56 por ciento de las causas evitables de morbilidad y mortalidad en el país, que tienden a afectar principalmente a las poblaciones de más bajos ingresos.

Principales problemas

El hecho de que el funcionamiento del SBS constituye la piedra angular del esfuerzo de reforma del sector de la salud de Bolivia ha llegado a ser evidente a través de toda la gama de operaciones del sector de servicio de salud en el país. Desde su iniciación, el SBS ha tenido el efecto de poner todo el sistema de salud pública bajo un microscopio, destacando sus fallas, insuficiencias y estrangulamientos, así como sus aspectos positivos y posibilidades. Una evaluación del SBS se transforma en una evaluación indirecta del sistema de salud de Bolivia y no puede evitar las referencias a las realidades estructurales y funcionales, tanto buenas como malas, que muestra el sistema de salud en su totalidad en la etapa actual¹. El Ministerio de Salud está trabajando en un nuevo marco jurídico para el SBS y está haciendo ajustes en el diseño original para fortalecer y profundizar el proceso de implementación y abordar los principales problemas encontrados hasta ahora en el funcionamiento del seguro básico de salud, que incluye los siguientes aspectos:

- El aumento de la demanda por servicios de salud se origina no solamente en incrementos en la cobertura real, sino también en un desplazamiento de la demanda hacia el sector público de pacientes que anteriormente acudían al sector privado o a las ONG. Esto se evidencia en el hecho de que paralelamente con el crecimiento en la demanda por servicios del sector público, se ha registrado una disminución en los servicios demandados a las ONG.
- Una proporción significativa de la población desconocía la existencia del SBS, especialmente en los sectores más pobres y las municipalidades con escasa accesibilidad o en los que la ampliación de los servicios de atención de la salud están condicionados por la existencia de medios de comunicación. Esta falta de conocimiento se manifiesta en la persistente baja demanda por los servicios de este sector.
- En las poblaciones distantes, en particular, se han detectado elevados niveles de fraude, lo cual agrava la pobreza y disminuye el acceso de la población a los servicios de atención de la salud.

¹ David Tejada, consultor para la evaluación del SBS.

- Como consecuencia de la recesión económica se ha registrado en la población urbana —en algunos sectores no pobres— un aumento en la demanda de servicios financiados por el sector público, esencialmente de tratamientos que no afectan principalmente a los pobres. Esta tendencia ha generado competencia entre dos sectores sociales por el acceso a servicios destinados a los pobres.

Página en blanco a propósito

Reformas del sector de la salud en Viet Nam basadas en la eficiencia y la equidad

Dr. Tran Trong Hai

*Subdirector, Departamento de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud
Jefe, Departamento de Rehabilitación, Centro Nacional de Pediatría*

Dr. Claudio Schuftan

*Consultor en Salud Pública y Nutrición
Profesor Asociado Adjunto, Universidad de Tulane
Nueva Orleans*

Viet Nam tiene una población de 76,5 millones de habitantes (1999). Limita con China, Laos y Camboya. Antes de 1986, el sector de la salud del país había desarrollado una red cuyos servicios llegaban hasta los poblados, y el sistema de atención de la salud rural era considerado en esa época como un ejemplo para muchos países. Después de 1989, el impacto de las reformas orientadas al mercado crearon muchas dificultades en el sector, no sólo en las zonas rurales sino también en los hospitales a todos los niveles (véanse los gráficos 1, 2 y 3).

El crecimiento económico ha mejorado considerablemente los niveles de vida de la población. Sin embargo, el mecanismo de mercado también ha generado una distinción entre los ricos y los pobres, a nivel de zonas. Esta brecha ha crecido persistentemente en el período 1995-1998, de acuerdo con la información proporcionada por los datos de hogares recopilados por la unidad de atención primaria de salud del Ministerio de Salud. El diferencial entre los grupos de ingreso superiores y los de ingreso más bajo se expresa en un factor de aproximadamente 7. La brecha es cada vez mayor y afecta de manera más visible los niveles de utilización de servicios por parte de la población, los cuales son inferiores para los grupos más pobres (servicios curativos) que para los más ricos (gráfico 4).

Se registran además diferencias pronunciadas entre las zonas de la planicie y las zonas montañosas en términos de utilización total de los servicios públicos de salud (47,5 por ciento de la población por año en las zonas de la planicie, en comparación con solamente el 11 por ciento en las zonas montañosas) y ello es particularmente cierto con respecto a las tasas de hospitalización (25,9 por ciento en las planicies en comparación con solamente el 3,4 por ciento en las montañas).

Gráfico 1. Impacto de la reforma económica sobre la utilización de los hospitales

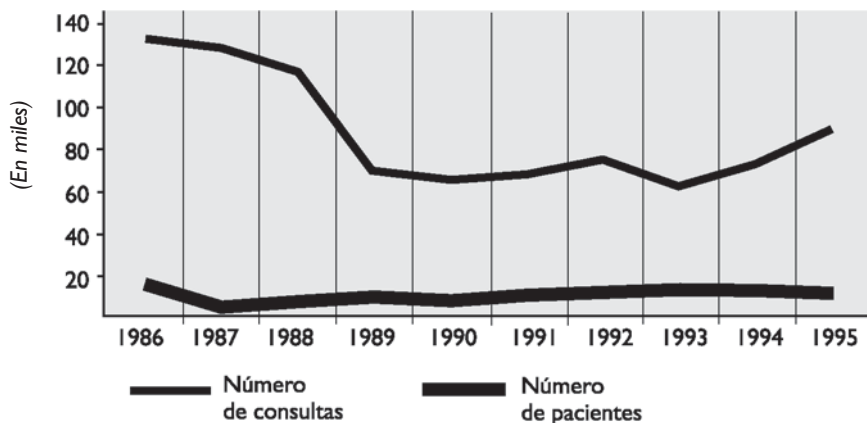


Gráfico 2. Personal de los servicios comunitarios de salud

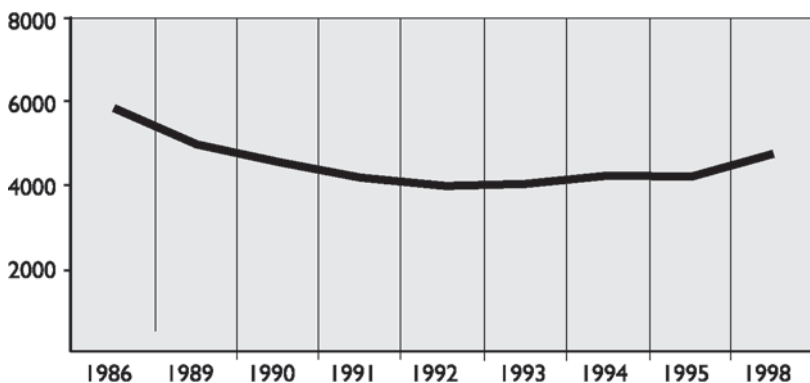


Gráfico 3. Número de puestos comunitarios de salud

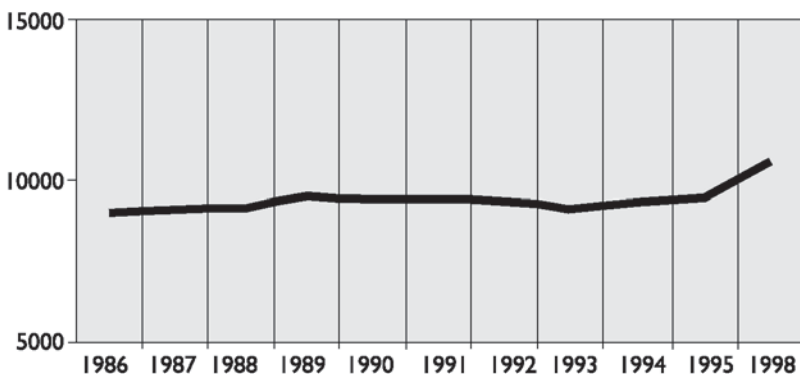
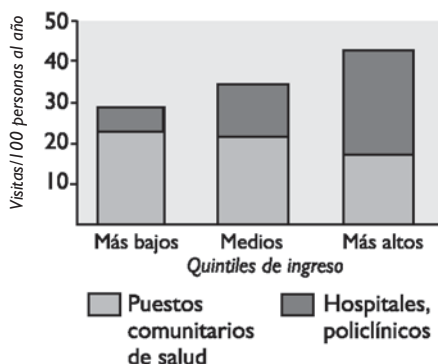


Gráfico 4. Utilización de los servicios de salud del sector público por grupo de ingresos



En las zonas rurales de la provincia de Quang Ninh, la capacidad de pago de las familias que declararon enfermedades fue la siguiente:

- Los pobres gastan el 22 por ciento de su ingreso en la atención de la salud, en tanto que los que no son pobres emplean el 8 por ciento de su ingreso.
- Los pobres asignan 30.000 VN dong/persona/año en la atención de la salud, mientras que los que no son pobres destinan 70.000.
- Los pobres hacen 0,7 visitas a los proveedores de servicios de salud/persona/año y los que no son pobres hacen una visita.
- 80 por ciento de los gastos de salud de los pobres se utiliza en servicios ambulatorios. Cincuenta por ciento de los gastos de salud de los no pobres se utiliza en servicios ambulatorios.

Los pobres han reducido sus gastos en atención curativa de la salud, especialmente en hospitalización, en parte porque este servicio implica honorarios más bien altos. Esta situación se traduce en una falta de equidad en la atención de la salud. Una encuesta llevada a cabo por la Oficina General de Estadísticas en 1993 reveló que el grupo de ingresos altos gasta 2,3 veces más por persona en atención ambulatoria que el grupo de ingresos bajos, y 3,9 veces más en hospitalización.

La diferencia en el acceso a los servicios públicos de salud entre los que se encuentran en una buena situación económica y los pobres dentro de la totalidad de las zonas pobres (tales como las zonas de la costa central y las zonas montañosas) no es tan grande, pero la diferencia es muy grande dentro de todas las provincias más ricas. Esto

significa que en el futuro, a medida que la economía se desarrolle más, la diferencia en el acceso y en la utilización de los servicios de salud será aún mayor.

En cuanto a la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la salud, Viet Nam es uno de los países más exitosos (con base en las cifras relativamente elevadas en la esperanza de vida, a pesar de la situación económica actual del país y del limitado presupuesto público asignado a la salud). Aun así, la subutilización actual de las instalaciones de salud constituye un gran desafío. El presente estudio analiza los siguientes temas clave:

- financiamiento de la atención de la salud,
- asignación de los recursos disponibles, y
- logro de equidad y eficiencia en la utilización de los recursos.

El papel del gobierno y del mercado en el sector de la salud

Durante el período de los “subsidijs”, el gobierno cubría aproximadamente la totalidad del costo de los servicios de salud, aunque a veces la provisión de los mismos era lenta, ineficiente, de baja calidad y con una gama limitada de selección (en parte como resultado de una inversión subóptima de recursos). Sin embargo, cuando el país optó por la descentralización y la eliminación de los subsidijs, los efectos económicos adversos del mecanismo de mercado sobre la equidad obligaron al sector de la salud a encarar las siguientes posibles orientaciones:

1. orientación hacia el mercado (privatización);
2. participación de los sectores público y privado en el sector de la salud;
3. subvenciones;
4. el sector público como un actor clave, con el sector privado de la salud como componente complementario compartiendo las mismas responsabilidades y tareas.

Con el propósito de lograr la equidad (asegurando un proceso de inversión sostenible, intentando superar las debilidades del sistema subsidiado de salud, y aceptando al sector de salud privado), la cuarta opción parecía ser la más apropiada. Actualmente existe una buena integración entre los sistemas de salud preventiva y curativa, y la inversión sostenible puede asegurar que el sistema basado en las necesi-

dades preservará el derecho de los pacientes a elegir entre los distintos servicios.

Si bien el modelo económico orientado hacia el mercado ha sido aceptado en Viet Nam, esto no significa que deberíamos aplicar todos los principios del mercado a la provisión de los servicios de salud. Los efectos negativos del mecanismo de mercado sobre el sistema de salud han suscitado interrogantes, y éstos necesitan respuestas no sólo al nivel ministerial, sino también al nivel nacional.

Los pobres y las zonas pobres tienen que enfrentar más dificultades para lograr el acceso a los servicios públicos de salud que los grupos de ingresos altos de las zonas más ricas donde el servicio de transporte está más desarrollado (falta de equidad en el acceso a los servicios de salud). Al mismo tiempo, los pobres también tienen que restringir sus gastos en atención de la salud a un monto menor que el gastado por los grupos de ingresos más altos, aunque los pobres en general tienen condiciones de salud más precarias y por lo tanto mayor necesidad de atención de la salud. De acuerdo con los datos recopilados entre 1990-1998 por el Ministerio de Salud, la utilización total de los puestos de salud de las comunidades y hospitales de distrito está creciendo gradualmente. En contraste, la tasa de utilización de las instalaciones privadas de salud está disminuyendo, lo que refleja que los servicios públicos de salud se están recuperando un poco, y se han transformado en una alternativa más atractiva. Mientras tanto, como se señaló antes, existe una falta de equidad muy visible entre los grupos ricos y pobres en las tasas de utilización de los hospitales, en particular en los servicios de pacientes hospitalizados.

A pesar de los numerosos esfuerzos del Ministerio de Salud para mejorar las inversiones, la subutilización de los servicios en los puestos comunitarios de salud es bastante seria. El plan de 1999 del Ministerio de Salud se centra en una política destinada a fortalecer la red de salud de las aldeas a fin de mejorar la eficiencia y la utilización de los abundantes recursos humanos de salud disponibles a este nivel, y mejorar el acceso de los grupos pobres a los servicios de salud. La equidad en la atención de la salud puede mejorarse también a través del sistema de seguro para los pobres (seguro basado en la comunidad).

Recursos financieros para el sector de la salud

Los recursos financieros de salud incluyen los siguientes (véanse los gráficos 5 y 6):

- el presupuesto público (impuestos)
- el seguro de salud
- los cargos hospitalarios
- la ayuda externa

Las cifras disponibles nos permiten ilustrar lo siguiente:

- En Viet Nam, el sector de salud todavía se financia principalmente a través del presupuesto público.
- El presupuesto público para la salud ha aumentado muy poco, incluso durante los años de rápido crecimiento económico (1995, 1996 y 1997), y en realidad ha registrado una tendencia decreciente en comparación con el crecimiento de la población y la inflación. Debido a que el presupuesto basado en la tributación se ha estancado, la capacidad para mantener la equidad en la atención de la salud se ha deteriorado (el presupuesto con base en los impuestos podría emplearse para asegurar un flujo de recursos de los ricos a los pobres, de la población en edad de trabajar a la población de mayor edad y a los niños).

Un importante beneficio financiero de los planes del seguro de salud es su potencial de crecimiento. Pero la cobertura de la población en el sistema de seguro de salud es inferior al 10 por ciento, y está constituida principalmente por suscriptores asalariados. En su mayor parte, los campesinos —cuyas necesidades de atención de la salud son grandes pero cuya capacidad para pagar es limitada— no están cubiertos por los planes de seguro de salud. Asimismo, la posibilidad de un subsidio cruzado entre los grupos de bajos ingresos del país a partir de los recursos del sistema de seguro es limitada, debido a la práctica del sector del seguro de la salud de emplear casi todos los recursos recaudados estrictamente en beneficio de las personas afiliadas al sistema, a pesar del abuso frecuente de las tarjetas de seguro para utilizar recursos de los hospitales.

Los cargos hospitalarios no representan una gran proporción del presupuesto total de salud, pero financian en la actualidad una considerable proporción (aproximadamente el 50 por ciento) del gasto total de los hospitales. Mientras mayor sea la proporción de los cargos hospitalarios en el total del presupuesto de salud, más difícil será la

Gráfico 5. Estructura de los recursos presupuestarios del sector de la salud

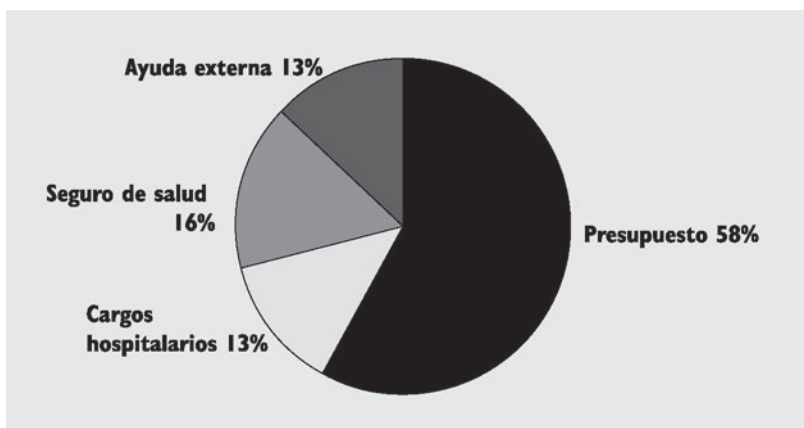
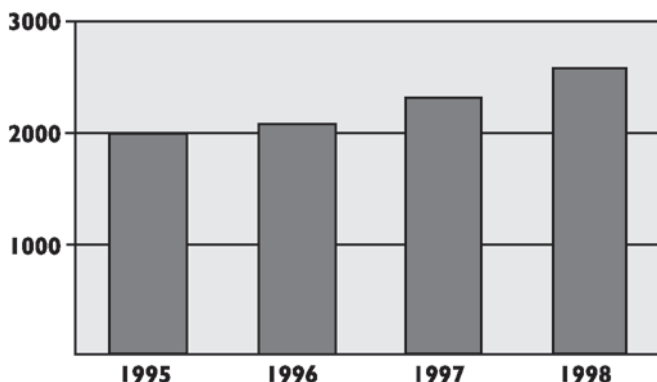


Gráfico 6. Presupuesto del gobierno para salud (1995-1998)
(VND miles de millones)



situación que enfrentan los pobres. A corto plazo, no ha sido posible reducir los cargos hospitalarios porque las otras fuentes de ingresos para los hospitales todavía son limitadas. Se espera que en el futuro esta fuente de ingresos pueda administrarse mejor junto a otras soluciones complementarias, con el propósito de proteger a los sectores de bajos ingresos.

El ingreso proveniente de la ayuda externa para el desarrollo constituye una fuente no sostenible, de manera que si los programas de

apoyo para los pobres se basan exclusivamente en este recurso será difícil asegurar un compromiso del gobierno, afectando con eso los objetivos políticos tanto del partido como del gobierno.

Asignación de recursos financieros para salud

La asignación apropiada de los recursos puede facilitar la equidad y la eficiencia. Al respecto, parecen existir tres enfoques alternativos que se describen a continuación (véase el gráfico 7):

- **Asignación de acuerdo con la necesidad:** Las zonas en las cuales las necesidades de atención de la salud son grandes y los gastos médicos son elevados recibirían una proporción mayor de los recursos de salud disponibles.

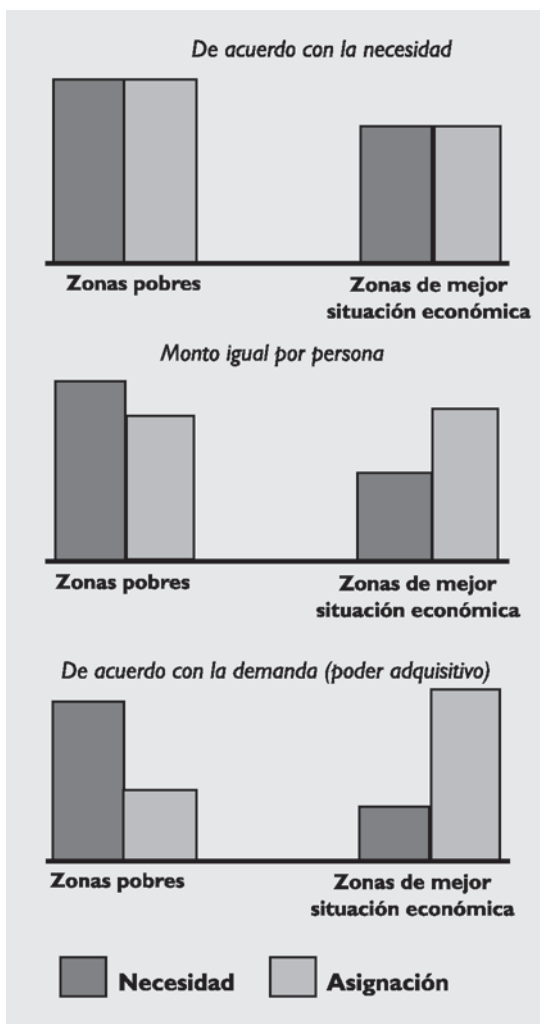
- **Igual asignación por persona:** En esta opción, los recursos presupuestarios para atención de la salud serían asignados a todos por igual, en todos los segmentos de ingreso, sin prestar atención al nivel de necesidades individuales. Aquéllos con grandes necesidades de recursos para pagar sus elevados gastos médicos recibirían del gobierno una proporción igual de medios de pago por persona, lo cual podría resultar en una faceta de equidad presupuestaria y de la atención de la salud o en un déficit de recursos para muchos de los pobres.

- **Asignación en función del poder adquisitivo (según la demanda):** Este es un método de asignación de recursos de salud dirigido exclusivamente por el mercado, y produce serios problemas de equidad.

El enfoque actual para la asignación de los recursos presupuestarios y de otras fuentes al sector de la salud de Viet Nam consiste en una combinación de la primera y la segunda alternativas. Para mitigar la falta de equidad en la inversión, la modalidad de asignación debería evolucionar en forma creciente hacia la primera alternativa descrita: la asignación de acuerdo con las necesidades.

Con respecto a la relación entre eficiencia y eficacia, algunas personas aducen que estas dos alternativas son incompatibles y tal vez sean mutuamente excluyentes. Este error de interpretación se desprende del exceso de énfasis asignado al concepto de una elevada productividad, de buscar el resultado deseado al menor costo posible, al tiempo que se olvida que si los resultados no logran satisfacer los objetivos acordados de salud, entonces, en definitiva, la consecuencia será un bajo nivel de eficiencia y también una mayor falta de equidad. En la actualidad, el financiamiento de la salud en Viet Nam parecer ser muy

Gráfico 7. Formas de asignación del presupuesto público entre las diferentes zonas



eficiente (una esperanza de vida al nacer considerablemente elevada, a pesar del bajo nivel de ingreso per cápita), pero aún existen muchas deficiencias que deben corregirse. Por ejemplo, el presupuesto per cápita para la salud de las personas que viven en las zonas montañosas pobres ya es 1,8 veces superior al correspondiente a los habitantes de las zonas más adelantadas del país, pero aún este nivel no es suficiente para

responder adecuadamente a las necesidades de atención de la salud de esas comunidades montañosas pobres, las cuales soportan el peso de más enfermedades y costos médicos más altos, unidos a una menor capacidad para pagar los costos hospitalarios.

Mirando hacia el futuro

En la formulación de una orientación para el sector de salud de Viet Nam que conduzca a la eficiencia y la equidad, deben tenerse presentes los siguientes principios:

- adopción de la equidad como uno de los objetivos de un sistema de atención de la salud basado en la necesidad y de la activa búsqueda del mismo a través de la generación de nuevas instancias de equidad y mediante la limitación y eliminación de la falta de equidad prevaleciente;
 - promoción de la equidad en la atención de la salud en las asignaciones presupuestarias a través de la priorización de la inversión de acuerdo con las necesidades de las personas, prestando atención a los grupos vulnerables y/o pobres;
 - establecimiento de una buena relación entre los sectores privado y público en la cual el sector público adopte el papel clave y el sector privado tenga un papel complementario regulado;
 - inversión de los recursos de salud de manera organizada y en conjunción con un esfuerzo para hallar nuevas posibilidades que eviten el despilfarro, aumenten el ahorro, y consoliden una estructura de cargos hospitalarios accesible (particularmente en los sistemas de seguro de salud) y mejoren la capacidad gerencial de la atención de la salud en todos los niveles.

La creación de un sistema de salud más eficiente orientado a la equidad y sostenibilidad requerirá concentrar la atención en los siguientes elementos críticos:

- el desarrollo de los recursos humanos para mejorar la capacidad profesional y la administración de los recursos;
 - la economía de la salud para movilizar cada recurso potencial de manera estructurada y priorizada;
 - la utilización de tecnologías apropiadas e información accesible;
 - la logística de la salud;

- el mejoramiento de la organización y la administración, especialmente en el mejoramiento de la movilización social.

La economía de la salud debería utilizarse para lograr un buen equilibrio entre la proporción de recursos presupuestarios disponibles para el sector de la salud destinados a las zonas rurales (donde la economía está aún subdesarrollada) y la proporción destinada a las zonas urbanas (donde la economía es más desarrollada), de acuerdo con las siguientes sugerencias:

- Los servicios de salud en las zonas rurales deben financiarse principalmente (75 por ciento) a través del presupuesto público (impuestos nacionales y locales) y complementarse con contribuciones de la comunidad, fondos del seguro de salud (10 por ciento), ayuda externa (10 por ciento) y cargos hospitalarios directos (5 por ciento). En el corto plazo, los cargos hospitalarios no pueden reducirse y por lo tanto deberían hacerse esfuerzos para incrementar la proporción proveniente del presupuesto público.
- Los servicios de salud en las zonas urbanas también deberían financiarse con recursos tributarios, pero en una proporción menor que en las zonas rurales —del 50 al 60 por ciento del total— porque las recaudaciones tributarias son limitadas. Para complementar esto, el seguro de salud voluntario u obligatorio puede expandirse para cubrir entre el 20 y el 25 por ciento del total del presupuesto para los servicios de salud en las zonas urbanas, los cargos hospitalarios pueden cubrir el 10 por ciento, y el 5 por ciento puede originarse en la ayuda externa.
- En Viet Nam se necesita más financiamiento para el sector de la salud basado en la tributación y más seguro social (subsidiado).

En 1998, el 54 por ciento de todos los gastos en el ámbito nacional correspondieron a honorarios pagados por los usuarios y a pagos por productos farmacéuticos. Para desplazarse a una estrategia orientada hacia la equidad deberían emplearse los siguientes sistemas de financiamiento:

- seguro
- presupuesto provincial
- apoyo internacional
- contribuciones comunitarias (un 1,5 por ciento del impuesto sobre el ingreso de la familia)
- reasignación progresiva del presupuesto público al sector de la salud (del 0,2 al 0,5 por ciento del PIB por año).

Evidentemente, Viet Nam ha logrado mejorar la calidad de la salud de su población durante los últimos 25 años desde la reunificación. Pero como sucede en muchos otros países, el financiamiento de los servicios de atención de la salud se está tornando cada vez menos eficiente y equitativo.

Bibliografía

Pham Manh Hung, Truong Viet Dung, Goran Dahlgren, Tran Tuan. 1999. "Efficient Equity: Financial Strategies for Health –Vietnamese Perspectives". Ministerio de Salud.

CAPITULO III

SALUD PREVENTIVA

El programa de inmunización en América Central y las claves de su éxito

Salvador García Jiménez



Organización y gestión de la atención preventiva de la salud

Charas Suwanwela

Página en blanco a propósito

El programa de inmunización en América Central y las claves de su éxito

Salvador García Jiménez, M.D.

*Consultor del Programa Ampliado de Inmunizaciones para América Central.
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS)*

Contexto global

En la sección sobre la inversión en salud del “Informe sobre el desarrollo mundial 1993”, el Banco Mundial señaló que entre todas las actividades de salud pública, la inmunización es la que registra mejores resultados en términos de eficacia en función del costo.

La inmunización ha hecho posible la erradicación mundial de la viruela, que requirió 184 años, desde el 14 de mayo de 1796 cuando Edward Jenner realizó la primera vacunación exitosa, hasta el 8 de mayo de 1980 cuando la Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente que la viruela había sido erradicada del mundo. Pero una vez que se inició la campaña de erradicación global, ésta se logró en solamente 11 años.

En 1988 se lanzó la iniciativa para la erradicación global de la poliomielitis para fines del año 2000 y para lograr el fortalecimiento simultáneo de la infraestructura de salud en el mundo. En ese período se registró un progreso significativo en el logro de ambas metas, y el mundo está actualmente en el umbral de otra victoria en materia de salud pública: la erradicación de la poliomielitis. Esta meta se alcanzó en 1994 dentro del hemisferio occidental, y desde esa fecha esta mitad del mundo mantuvo su estado libre de polio sin la circulación del virus que la causa, observando satisfactoriamente los indicadores de vigilancia de la parálisis flácida aguda y manteniendo una alta tasa de cobertura de inmunización.

La poliomielitis ha desaparecido de la región occidental del Pacífico y actualmente no muestra ningún indicio de incidencia en Europa. Se observó una notable disminución de casos en todo el mundo a partir de los años en que se estableció el objetivo de la erradicación. Millones de niños que habrían sido paralíticos pueden caminar. La poliomielitis dejó de ser la principal causa de la existencia de

minusválidos y se ha convertido en una enfermedad que se halla al borde de ser erradicada (gráfico 1).

La erradicación de la poliomielitis también ha producido beneficios perdurables que tendrán impacto en el control de otras enfermedades. Se mejoró la cobertura general de la inmunización en los países en los que se ha erradicado la poliomielitis, y actualmente en las campañas de inmunización contra esa enfermedad se incluyen otras intervenciones de salud tales como la provisión de suplementos de vitamina A.

El espectacular aumento de la cobertura de la vacunación en el mundo produjo una importante reducción de la incidencia de otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación como el sarampión (gráfico 2) y el tétano neonatal. Esta situación impulsó un importante cambio en el perfil de la salud de la población mundial.

La erradicación significa más que disminuir a cero el número de casos de cierta enfermedad. Erradicar la poliomielitis significa eliminar el virus de polio de la superficie del planeta y que la inmunización ya no sea necesaria, lo que se traduciría en un ahorro sustancial, como ocurrió en el caso de viruela desde su erradicación hace más de 20 años.

Se ha estimado que cuando se certifique a todos los países como libres de poliomielitis, se ahorrarán anualmente alrededor de US\$1.500 millones, la mayor parte por la conclusión del proceso de inmunización. Los gastos relacionados con el tratamiento médico y la rehabilitación de las víctimas de poliomielitis disminuirán con el tiempo a cero.

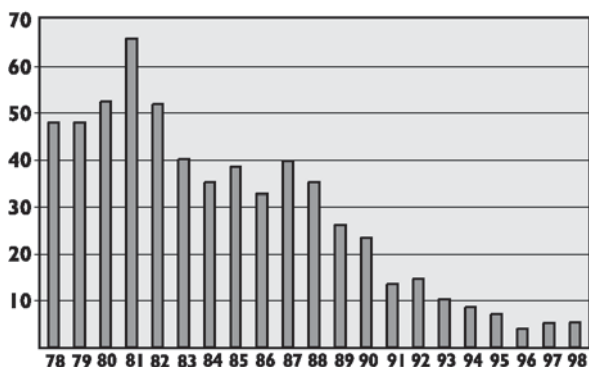
Las Américas

La región de las Américas fue pionera en el control o la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles y mantuvo un nivel muy alto de efectividad en materia de vacunaciones desde 1977, año en que se inició el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Organización Panamericana de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició el PAI con el propósito de fortalecer la capacidad de los programas de vacunación para inmunizar a las poblaciones de sus países miembros. Las vacunas que incluía inicialmente el programa PAI fueron seis: DTP (contra la diarrea, el tétano y la tos ferina), BDG (contra la tuberculosis), OPV (contra la poliomielitis) y la vacuna contra el sarampión.

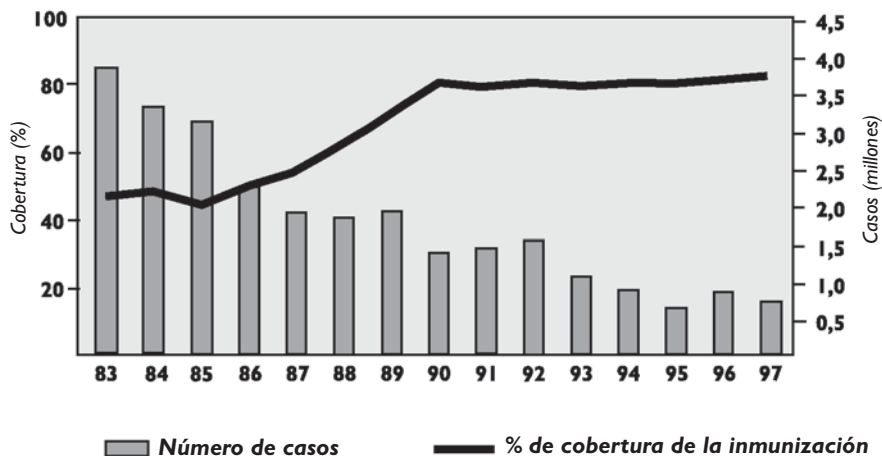
Gráfico 1. Casos anuales de poliomielitis declarados a nivel global, 1978-1998

(Miles de casos)



Nota: Estos datos solamente incluyen aquellos países que presentaron información al 29 de marzo de 1999.

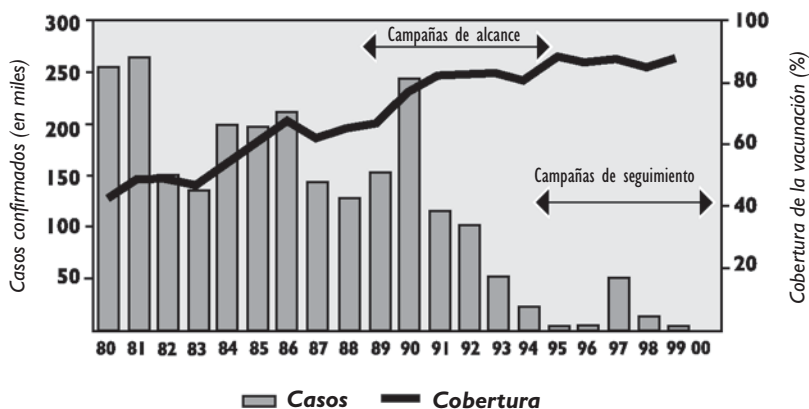
Gráfico 2. Cobertura global de la vacunación contra el sarampión y número de casos, 1983-1997



■ Número de casos — % de cobertura de la inmunización

Nota: Estos datos solamente incluyen aquellos países que presentaron información al 20 de julio de 1999.

**Gráfico 3. Casos de sarampión confirmados.
Región de las Américas, 1980-2000**



Fuente: OPS/OMS.

Datos al 16 de abril del 2000.

A pesar de que hace 20 años la cobertura de la inmunización en América Latina fue muy baja y prácticamente no existía la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, la región fue la primera del mundo en erradicar la viruela y la poliomielitis y controlar el sarampión (gráfico 3).

América Central

América Central es una de las subregiones de mejor desempeño en términos del cumplimiento del PAI y en el logro de las metas establecidas para fines del año 2000 en materia de erradicación de la poliomielitis y el sarampión, y de control de tétano neonatal. El progreso de América Central en el logro de una alta cobertura de vacunación es más notable si consideramos el bajo nivel de cobertura subregional al inicio del PAI.

En 1988, la cobertura media contra el sarampión en América Central era todavía 10 por ciento menor que el promedio para el resto de América, pero diez años después ésta sobrepasó el 90 por ciento y era 6 por ciento más alta que la de las otras subregiones.

Actualmente, América Central es una de las subregiones libres de sarampión en las Américas y mantiene un nivel satisfactorio de acuerdo con las normas establecidas de vigilancia epidemiológica.

En lo concerniente a la vacunación contra la poliomielitis, el promedio de la subregión ha sido en general un 6 por ciento más alto

Cuadro 1. Gasto del sector de salud en América Central y en otros países de América Latina

País	PNB per cápita US\$	PNB total millones de US\$	Gastos en salud, porcentaje del PNB	3 dosis de la vacuna pentavalente US\$10,50	
				Porcentaje de los gastos de salud	Porcentaje del PNB total
Nicaragua	410	2.024	5,3	1,71	0,090
Honduras	740	4.675	2,8	1,64	0,046
Guyana	800	684			0,027
Bolivia	970	7.900	3,8	0,93	0,035
Perú	2.610	65.800	2,2	0,44	0,010
Costa Rica	2.680	10.530	1,8	0,50	0,009
Panamá	3.080	8.660	4,7	0,16	0,007
México	3.700	360.025	2,8	0,24	0,007
Uruguay	6.130	20.290	1,9	0,16	0,003

que en el resto de las Américas, con una cobertura promedio superior al 90 por ciento. El último caso de poliomielitis en América Central ocurrió un año antes del último caso en el resto de las Américas.

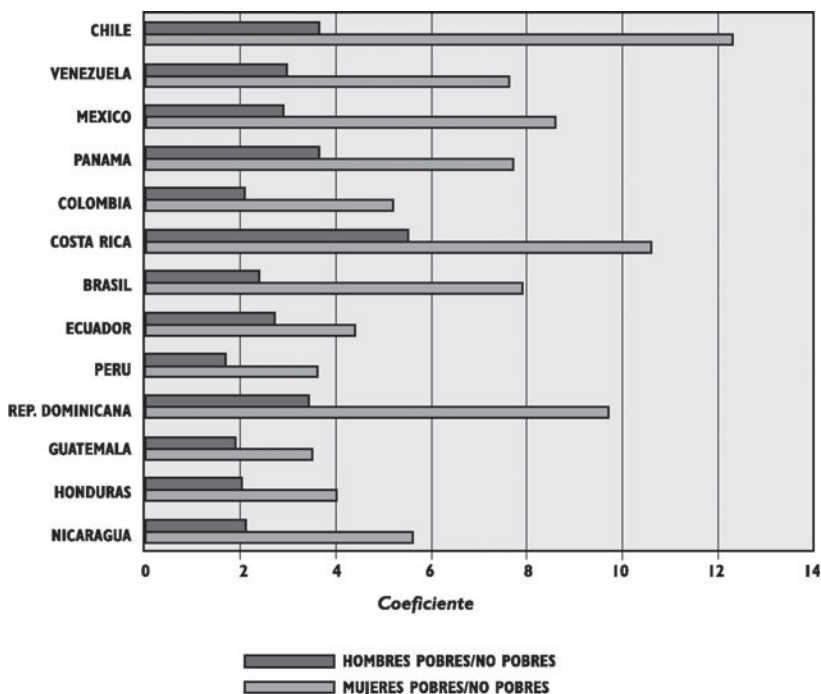
Actualmente todos los países de América Central, excepto uno, han incorporado casi todas las vacunas recomendadas en sus programas de vacunación nacional: sarampión-paperas-rubeola (SPR), hepatitis y contra el hemophilus influenzae. Además, la mitad de estos países adoptaron la vacuna pentavalente que tiene la ventaja potencial de reducir el número de inyecciones y jeringas requeridas, disminuyendo así la tasa de desperdicio. Todos esos adelantos se llevaron a cabo a pesar del muy bajo nivel del PNB per cápita de países como Nicaragua y Honduras, donde el gasto en el sector de salud oscila entre el 3 y el 5 por ciento del PNB total (cuadro 1). Esta situación es casi idéntica en cuatro de los seis países de América Central.

La situación socioeconómica en América Central

Los seis países de América Central son: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. La población total es de aproximadamente 33 millones de habitantes, de los cuales alrededor del 14 al 16 por ciento viven en municipalidades fronterizas, lo cual hace que esta población sea muy móvil, variable y a veces difícil de alcanzar.

A pesar de la democratización y de la reforma económica, las desigualdades socioeconómicas están aumentando en la subregión y

Gráfico 4. Probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años, personas pobres y no pobres, por género, 13 países de ALC.



constituyen un importante desafío al desarrollo. América Latina registra la peor distribución del ingreso en el mundo y América Central no es una excepción. El coeficiente de Gini de la subregión es de 0,56, unos 15 puntos por encima que el del Sudeste asiático.

La brecha entre los países de América Central y los países más desarrollados de América Latina es muy amplia en términos de la probabilidad que tienen de morir, entre los 15 y los 59 años, las personas pobres y no pobres (gráfico 4). Ello significa que los pobres de América Central están en una situación de mayor riesgo relativo que los pobres de otros países de la región.

La mayoría de los países de América Central figuran entre las naciones menos desarrolladas del mundo. Las personas con bajos ingresos constituyen una gran proporción de la población total y experimentan un elevado grado de vulnerabilidad social:

- Alrededor del 60 por ciento de los habitantes de América Central son pobres (20 por ciento en Costa Rica; 25 por ciento en Pa-

namá; 50 por ciento en El Salvador; 66 por ciento en Nicaragua; 75 por ciento en Guatemala, y 75 por ciento en Honduras).

- La tasa de desempleo oscila entre el 10 y el 50 por ciento; alrededor del 40 por ciento de los empleos se encuentra en el sector informal y el 20 por ciento de los salarios son más bajos que el mínimo establecido por la ley.

- La mortalidad infantil promedio es de 38 por 1000 recién nacidos, con una gama muy amplia entre países (uno de los países registra una tasa de 5 y otro una tasa de 150).

- Excepto Costa Rica, el nivel de analfabetismo de los países es elevado: entre el 20 y el 40 por ciento.

- Actualmente sólo el 60 por ciento de los niños que ingresan a la escuela completa seis años de educación primaria (dedicando un promedio de 8,5 años a terminarla), y sólo el 60 por ciento de los niños en edad escolar actualmente asisten a la escuela.

- Alrededor del 30 por ciento de la población de América Central no tiene acceso regular a los servicios de salud y un 40 por ciento no cuenta con condiciones sanitarias normales ni agua potable.

- Aproximadamente el 25 por ciento de los niños de la subregión sufre de desnutrición crónica.

El programa de vacunación en América Central

En vista de esta realidad estadística preocupante, cabe preguntarse cómo fue posible que la subregión alcanzara todos los objetivos de su ambicioso programa de vacunación a largo plazo. En las siguientes secciones se describen algunas de las claves del éxito en América Central. Los temas no se presentan necesariamente de acuerdo con su grado de importancia relativa. Tampoco se ha preparado una lista exhaustiva, pero se provee un perfil de factores, temas y condiciones más relevantes que favorecieron el logro de resultados positivos del programa de vacunación ya mencionado, lo que permitió el cumplimiento de las metas. Estos temas deberán examinarse dentro de un contexto más amplio del proceso de desarrollo en general y dentro de un marco de modernización y reforma de la salud. Los resultados también podrán utilizarse para la adaptación y la aplicación en otras regiones y subregiones con niveles similares de desarrollo y condiciones sociales y políticas semejantes.

Compromiso decidido por parte de los trabajadores de salud

Un elemento importante del éxito es que los trabajadores del sector de la salud en América Central son extremadamente idealistas y dedicados a sus labores. Realizan sus tareas en forma carismática, superando los límites de sus obligaciones básicas. A pesar del bajo nivel salarial y de la falta casi total de reconocimiento social o profesional, actúan con el entusiasmo que se requiere para vencer la mayoría de las dificultades operativas. El compromiso de estos héroes anónimos ha sido uno de los elementos clave del extraordinario resultado del programa de vacunación en América Central.

Un liderazgo regional inteligente y dedicado

La OPS estableció la base operativa de erradicación gracias al entusiasmo y liderazgo del director del programa regional de vacunación que ha dedicado toda su carrera a la prevención de enfermedades y ha dirigido el programa durante más de veinte años. Inspirado por su ejemplo, el equipo del PAI en el campo ha promovido y apoyado competentemente las estrategias recomendadas para cumplir con las metas del programa.

El liderazgo regional, respaldado por una sólida administración regional, ha representado una ayuda inapreciable en la obtención de más recursos, creando una sinergia entre los gobiernos y los donantes, coordinando los esfuerzos de todos los participantes por fortalecer los programas rutinarios de inmunización y respaldando el uso de vacunas nuevas y subutilizadas. También ayudó a que los países de América Central establecieran prioridades claras, optimizaran la asignación de recursos en los sectores de alto riesgo, y mantuvieran un elevado nivel de conciencia entre la población acerca de la inmunización.

A nivel regional también se promovió una acción coordinada mediante la organización frecuente de talleres de evaluación nacional, subregional y regional, incluyendo reuniones anuales de consultoría técnica para analizar el estado del programa en los países y reorientar sus programas cuando correspondía. Se instaló una red de laboratorios para asegurar que todos los países tuvieran acceso a laboratorios acreditados.

Además de estas reuniones de carácter técnico, la OPS promovió cumbres periódicas de los ministros de salud de la región para alentar a los países miembros no solamente a anunciar su compromiso, sino también para renovar su compromiso a largo plazo en favor del cum-

plimiento de las metas regionales de inmunización y compartir el sueño de erradicar dichas enfermedades.

Los equipos internacionales dirigidos por la OPS/OMS efectuaron las evaluaciones periódicas de los programas nacionales en los que participaron muy activamente todos los miembros del comité de coordinación interinstitucional (CCI). Diseñadas de acuerdo con la metodología establecida, estas evaluaciones permitieron que los países pudieran determinar los componentes de sus programas que era preciso mejorar.

Mobilización social y participación comunitaria

Se entrenaron y movilizaron verdaderos ejércitos de trabajadores de salud y voluntarios centroamericanos. En esta subregión existe actualmente una sólida asociación para la salud que incluye a millones de voluntarios a través de las oficinas de los líderes civiles, políticos y religiosos.

Esta movilización mejoró la imagen del programa de vacunación entre los líderes políticos y jefes de Estado y permitió la provisión de vacunas y otros servicios de salud a los niños que hasta entonces no habían tenido acceso a ellos. También movilizó recursos para otras actividades relacionadas con la salud y creó un entorno cultural orientado hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad, sirviendo así como una plataforma para un mayor desarrollo de la salud preventiva y del sector de la salud en general.

La movilización social a través de los programas de erradicación creó una conciencia entre los trabajadores del sector de la salud y entre los políticos acerca de la necesidad de prevención activa de las enfermedades en vez del tratamiento curativo expost. Ha despertado la conciencia en torno a la necesidad de apoyar a las comunidades de la subregión en el mejoramiento del estado básico de salud de la población y en el fortalecimiento de la capacidad local para responder a sus necesidades de salud.

Logro de elevados niveles de cobertura de vacunación

El logro de una tasa de cobertura de vacunación superior al 95 por ciento en todas las municipalidades de todos los países centroamericanos reviste suma importancia para los propósitos de la erradicación de enfermedades. Afortunadamente estos países alcanzaron un alto nivel

de cobertura a través de los programas rutinarios de inmunización, complementados con la estrategia de días nacionales de inmunización y mediante campañas de erradicación.

En el caso del plan de eliminación del sarampión, hubo dos estrategias de inmunización adicionales que desempeñaron un importante papel: las campañas de alcance para vacunar a los niños de menos de 15 años de edad y las campañas de seguimiento para vacunar a los niños de menos de 5 años de edad, con el objeto de asegurar la vacunación de todos aquellos que no estaban vacunados y eran susceptibles al sarampión, hasta que ese total fuera igual al de la población de recién nacidos en el país.

Estímulo a la vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica evalúa el proceso en el control o la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles. Los procedimientos de vigilancia y los indicadores estandarizados son extremadamente útiles para determinar el impacto y la efectividad de casi todas las medidas de control y de intervención.

Además de servir como un mecanismo de confirmación de los brotes, el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la región actualmente contribuye a la activa detección de enfermedades usando un sistema de información retroalimentado para recopilar y analizar la información local, nacional y regional, pudiendo así implementar más oportunamente los métodos requeridos de control de enfermedades.

Después del éxito de la erradicación de la poliomielitis en las Américas, se creó la red regional de laboratorios. Esta red de información desempeña la función de un eficiente control de calidad y actualmente está a la vanguardia de los esfuerzos por erradicar el sarampión y detectar brotes de otras enfermedades infecciosas como la fiebre amarilla y el cólera.

A través de la participación de los ciudadanos y bajo la coordinación de sus líderes, la comunidad se integró al sistema de vigilancia epidemiológica para ayudar a detectar e incluso investigar los casos de enfermedades.

Compromiso político por parte del gobierno

Cuando una enfermedad —como la poliomielitis o el sarampión— se considera una causa principal de discapacidad, toda la sociedad asigna la mayor urgencia a la forma de frenar su transmisión. Los políticos están conscientes de ello y conceden una alta prioridad a la inmunización en sus agendas. Uno de los mayores desafíos de América Central es la movilización de los recursos necesarios. La subregión tradicionalmente ha enfrentado este desafío a través de diversos métodos para contrarrestar o enfrentar mejor la inestabilidad de los recursos financieros. Asimismo, la visibilidad y la popularidad de las campañas de inmunización de la poliomielitis permitieron que los gobiernos nacionales y los líderes políticos incrementaran los presupuestos de los programas de inmunización rutinarios en algunos países. De hecho, en toda la subregión aproximadamente el 95 por ciento de los recursos requeridos para cubrir el costo del programa es financiado con recursos nacionales, y los donantes extranjeros cubren solamente el 5 por ciento restante.

En algunos países, el nivel de compromiso con el programa de vacunación es extraordinariamente alto. Por ejemplo en El Salvador, durante el período del conflicto armado, se realizaron negociaciones especiales para establecer treguas formales periódicas durante los días de inmunización. Los grupos armados acordaron el cese del fuego para crear un ambiente seguro para que los trabajadores de salud tuvieran acceso a las comunidades no inmunizadas, un paso importante no solamente para la erradicación de la poliomielitis, sino también para el logro de los acuerdos de paz.

Formación de alianzas y asociaciones estratégicas

Al comienzo no existía un elevado nivel de participación de los gobiernos o de cooperación por parte de las organizaciones internacionales en la realización de los programas nacionales de vacunación. Pero la comunidad internacional respondió rápidamente a la solicitud de recursos financieros adicionales con el fin de enfrentar el desafío de la erradicación.

Un comité de coordinación interinstitucional (CCI) —dirigido por los respectivos ministerios nacionales de salud— ha funcionado en la mayoría de los países de América Central durante más de diez años, coordinando la participación de todos los programas de vacunación, y apoyando y coordinando los planes de acción anuales y quinquenales.

Estos CCI nacionales han permitido que contribuyentes, gobiernos, ONG y otros actores públicos y privados puedan establecer una verdadera asociación de trabajo orientada a fortalecer los programas nacionales de inmunización dentro de un programa más amplio de salud que se llevaría a cabo por etapas, la primera de las cuales fue la inmunización.

Esta amplia coalición de socios incluye instituciones internacionales tales como la OMS, UNICEF, el Rotary Club, el Banco Interamericano de Desarrollo, los Centros para el Control de Enfermedades, los gobiernos de muchos de los países donantes y, más recientemente, la GAVI.

A través del establecimiento de los mecanismos institucionales y financieros necesarios para apoyar programas nacionales efectivos y equitativos de inmunización, esta asociación abarcará temas más amplios de sostenibilidad de los programas de vacunación y facilitará la introducción en el calendario de vacunación rutinaria de las vacunas adicionales de mayor importancia para la salud pública.

Asegurar la sustentabilidad a largo plazo

Los países centroamericanos han iniciado el proceso de asegurar un flujo adecuado de recursos para sus programas de inmunización. Las comisiones legislativas de salud han redactado proyectos de ley que, una vez aprobadas por los respectivos congresos nacionales, garantizarán jurídicamente que la tesorera asigne anualmente los recursos al presupuesto del Ministerio de Salud para adquirir la cantidad necesaria de vacunas y cubrir a los sectores pobres de la población como también toda la población infantil. En algunos casos, para la adquisición de las vacunas se combinan los recursos del Ministerio de Salud, las municipalidades, las comunidades, los promotores de salud y las instituciones de seguridad social. Dos países han aprobado hasta ahora este tipo de leyes.

Coordinación intrasectorial e intersectorial

Para asegurar la eficiencia en el uso de los recursos de salud se establecieron contactos intrasectoriales e intersectoriales entre ministerios de salud, instituciones de seguridad social y ONG. Algunos ministerios de salud han celebrado acuerdos operativos con estas instituciones no solamente para reducir la duplicación de servicios, sino también para

proveer la cobertura de salud con servicios de inmunización en localidades en donde no se había hecho anteriormente.

Mientras tanto, también se creó un marco de colaboración con las organizaciones no gubernamentales. Se suscribieron acuerdos con el sector privado —asociaciones de pediatras, neurólogos y otros especialistas— para promover y fortalecer la participación del sector en los programas de inmunización y vigilancia. En efecto, la activa participación del sector privado en los aspectos relacionados con la salud revitalizó los programas de inmunización de América Central.

Participación de las mujeres en el sector de la salud

En toda la región de las Américas, y especialmente en América Central, las mujeres han participado en el sector de la salud como beneficiarias activas de la atención y como agentes promotoras de los servicios de vacunación. Debido al conocimiento personal de los beneficios derivados de las vacunas contra el tétano y la difteria y a su creciente papel en la toma de decisiones locales, las mujeres han constituido una fuerza en la implementación del programa de vacunación, en su calidad de enlace crítico en la cobertura del programa.

La personificación en esta participación de las mujeres se ha reflejado en el papel desempeñado por las primeras damas de la región en las iniciativas de promoción y erradicación. Todas ellas se han transformado en promotoras incondicionales del programa de erradicación y lo han colocado en la primera línea de sus agendas. Su defensa de la vacunación como un derecho universal de los niños ha sido muy útil en el nivel operativo, contribuyendo al trato preferente dado dentro del sector de la salud a las actividades relacionadas con la vacunación.

Proceso de descentralización

El proceso de descentralización es un importante componente de la reforma del sector de la salud que actualmente se lleva a cabo en los países centroamericanos. Uno de los objetivos de la descentralización es mejorar la cobertura y la calidad de las redes de servicios de salud, incluidos los sistemas de inmunización. En general, las decisiones relacionadas con la reforma se implementaban lentamente. Los programas de vacunación de la subregión, sin embargo, están orientados hacia la administración local, que en muchos casos estuvo respaldada por una activa participación comunitaria. Este enfoque aumentó la capaci-

dad administrativa del programa de inmunización con respecto al análisis de datos locales para la acción inmediata, posibilitando la adopción de decisiones a nivel local para la rápida realización de las actividades de inmunización, como también para la adopción de medidas de contención en situaciones inusuales.

Fondo rotatorio para la adquisición de vacunas

En 1997 la OPS creó el fondo rotatorio PAI para la adquisición de vacunas, mecanismo financiero que funciona como un fondo común para la adquisición de vacunas, jeringas y equipos a través del sistema de compras en grandes cantidades. La OPS coordina las necesidades de todos los países de la región, invita a los productores de vacunas a las licitaciones y adjudica las órdenes de adquisición a las ofertas con mejor precio.

Este fondo rotatorio sigue desempeñando un papel crítico en la difusión de las vacunas ya disponibles, como también en la introducción de nuevas vacunas como aquellas contra el *hemophilus influenzae* tipo b.

El fondo ha mejorado recientemente su capacidad para responder a las necesidades de los países a través del mejoramiento de la planificación y el fortalecimiento de la coordinación con los productores de vacunas para evitar cualquier discontinuidad en el abastecimiento de éstas.

Otros aspectos del éxito del programa

Los siguientes puntos también desempeñaron un papel determinante en el éxito del programa de inmunización de América Central:

- El mejoramiento de la cadena de frío para mantener la inocuidad de las vacunas y para crear un sistema efectivo de distribución de vacunas.
 - La capacitación amplia y gradual de todos los trabajadores de salud involucrados en las actividades de inmunización.
 - El establecimiento de un sistema de supervisión metódica de acuerdo con los niveles establecidos.

Bibliografía

- Children's Vaccine Initiative. 1999. *Framework for Consideration of Financing Immunization*, Nueva York.
- National Institutes of Health. 1998. *The Jordan Report Accelerated Development of Vaccines*. Division of Microbiology and Infectious Diseases. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. 1998. *Annual Report 1998*, Department of Vaccines and Biologicals. Ginebra.
- _____. 1999. *Advocacy. A practical guide*. Ginebra.
- _____. 1999. *WHO-Recommended Standards for Surveillance of Selected Vaccine-Preventable Diseases*. Department of Vaccines and Biologicals. Ginebra.
- _____. 1999. *Report of the Fourth Meeting of the Global Technical Consultative Group for Poliomyelitis Eradication*. Ginebra. 1-2 June. Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. Ginebra, Department of Vaccines and Biologicals. Ginebra.
- _____. 1999. *International Journal of Public Health*, volumen 77, número 3. Ginebra.
- _____. 2000. *International Journal of Public Health*, volumen 78, número 3. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. 1992. *A History of the Pan American Health Organization*. Washington, D.C.
- _____. 1995. *Final Report of the Taylor Commission*. Washington, D.C.
- _____. 1996. *Epidemiological Bulletin*, vol.17, número 3, setiembre. Washington, D.C.
- _____. 1997. *Report from the Consensus Meeting on Assessment and Monitoring of Vaccine-Preventable Diseases*. Washington, D.C.
- _____. 1998. *EPI Newsletter*, vol. XX, número 5, febrero. Washington, D.C.
- _____. 1999 *EPI Newsletter*, vol. XXI, número 4, febrero. Washington, D.C.
- _____. 2000. *EPI Newsletter*, vol. XXII, número 1, febrero. Washington, D.C..

Página en blanco a propósito

Organización y gestión de la atención preventiva de la salud

Charas Suwanwela, M.D.
Profesor emérito
Chulalongkorn University
Bangkok, Tailandia

El nuevo milenio está inaugurando un período de transición en los asuntos humanos. Se están produciendo cambios en todos los ámbitos. El movimiento de los derechos humanos y una tendencia hacia la democracia impulsan muchos cambios sociales. El crecimiento económico, la regresión y la crisis pueden vincularse estrechamente a la globalización y a la competencia de mercado. El desarrollo tecnológico crea nuevas oportunidades, pero a un costo mayor, y los avances en la tecnología de la información y de las comunicaciones proveen posibilidades mayores, pero también pueden ampliar las brechas. El conocimiento y sus usos, que han contribuido al acentuado progreso en el estado de salud de la población, están creciendo exponencialmente, conduciéndonos a la denominada sociedad del conocimiento. En este nuevo entorno, el sector de la salud no puede eludir la realidad del cambio. Verdaderamente este sector se sitúa en la avanzada, con todos los cambios radicales que está experimentando. La atención preventiva de la salud debe ser considerada desde una nueva perspectiva, dentro de un sistema de salud crecientemente complejo y dinámico.

Modificación del paradigma de la atención preventiva

La atención preventiva —que en el pasado reciente se concentraba en las enfermedades transmisibles empleando la vacuna como medio principal de intervención— ha experimentado tantos cambios que ahora requiere nuevas percepciones, valores y enfoques. Se necesita un nuevo paradigma. Aun el asunto de la inmunización es más complejo que en el pasado, si se toma en cuenta su amplia gama de instrumentos (nuevas vacunas contra los virus, las bacterias y los parásitos) y la especificidad de usos de las vacunas. Además de las tradicionales, como aquellas contra la viruela, difteria, tifoidea, cólera, tos ferina o convulsiva, tétano, polio, tuberculosis, rabia, sarampión, parotiditis,

rubéola, sarampión, varicela, encefalitis, influenza y hepatitis, han aparecido algunas experimentales contra la malaria, el dengue, el neumococo, el virus respiratorio y el SIDA (HIV), para la prevención y el control de estas enfermedades en las distintas etapas de su desarrollo. Se asevera que el virus de la viruela ha sido erradicado de la superficie del planeta y que jamás volverá. Asimismo, la erradicación es el objetivo en el caso de algunas de las otras enfermedades, como el sarampión y la poliomielitis. Empero, en la vida real los resultados deseados no pueden siempre alcanzarse tan pronto como se desea o planea. Persisten o vuelven a surgir muchos problemas como la tuberculosis y la malaria. Debe enfrentarse la limitación de los recursos, los incrementos en los costos, tecnologías imperfectas, dificultades logísticas y barreras culturales. Entre las respuestas para estos problemas se pueden mencionar: la diversificación de las intervenciones, estrategias y programas para satisfacer las necesidades locales, así como la orientación hacia grupos específicos tales como recién nacidos, niños, adolescentes y personas de edad. Se pueden requerir exámenes adicionales o medidas de diagnóstico específicas para identificar los objetivos apropiados. Se suman a la complejidad la oportunidad y la programación de las vacunaciones y refuerzos.

La categoría de enfermedades prevenibles se ha expandido. El conocimiento y la tecnología han convertido en evitables muchas enfermedades y sus factores de riesgo. La sanidad y el control de vectores han contribuido a mejorar notablemente el estado de salud de la población mundial durante el siglo pasado. Ahora muchas enfermedades no transmisibles se han transformado en evitables. Por ejemplo, las caries dentales pueden evitarse con flúor. Pueden evitarse o prevenirse las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares atacando las raíces de sus causas, es decir, la transmisión hereditaria, las dietas inapropiadas, la falta de ejercicio, los factores adversos del estilo de vida, la inhalación activa y pasiva de humo de cigarrillo. Una dieta rica en fibra puede prevenir el cáncer de colon. El número de accidentes y lesiones puede reducirse mediante el control del consumo de alcohol y drogas entre los conductores de vehículos. El tratamiento de la hipertensión y la diabetes, así como el control de la lipemia, pueden reducir la degeneración y el daño vascular, que sin atención pueden conducir a resultados desastrosos. La prevención de las enfermedades no transmisibles puede muy pronto exceder a la de las transmisibles en las actividades del sector de la atención preventiva.

Es posible que un efectivo control de enfermedades conduzca a la prevención de dolencias más serias como la ceguera. Se pueden requerir arreglos y disposiciones institucionales para la prevención de

las enfermedades profesionales. Los límites entre la atención preventiva y la atención curativa son cada vez menos notorios. Las intervenciones de salud se deberían abordar de manera holística. Las campañas educativas que modifiquen los hábitos de vida —dejar de fumar, abstenerse de consumir caracoles sin cocer, y otros— pueden tener un impacto significativo en la prevención de muchas enfermedades específicas.

El uso de nuevos instrumentos y métodos puede ser muy costoso. Las dimensiones económicas complican la decisión tanto al nivel individual como en la formulación de políticas. Muchas medidas preventivas —tales como algunas vacunas más nuevas— son tan costosas que no están al alcance de las personas que no tienen la capacidad para pagar o de los países con recursos limitados. La formulación de políticas, normas y estándares apropiados es una estrategia importante de prevención, y el aspecto del financiamiento debe ser una parte integral del plan de atención preventiva.

Con todos estos cambios, los planes y programas de atención preventiva deben llevarse a cabo con la participación de las diferentes partes interesadas. El gobierno no puede por más tiempo afrontar por sí solo la responsabilidad, ni tampoco se puede dejar al sector de la salud enteramente en manos de los profesionales de la salud. También deben participar la población, las organizaciones cívicas, las organizaciones no gubernamentales, las empresas y los medios de comunicación. En realidad, deben identificarse con la política de salud y los planes y programas del sector. La prevención es responsabilidad de los individuos y sus familias. De esta manera, es preciso desmitificar la atención de salud a través de la información pública y la educación.

Enfoques basados en las condiciones económicas, sociales y culturales

Con el desplazamiento hacia el paradigma de la atención preventiva y la transición mundial a las sociedades basadas en el conocimiento, éste es claramente un factor importante y se deben examinar los mecanismos para adquirirlo. La actual explosión de la información no se puede ignorar, puesto que las fuentes de conocimientos establecidas desde hace tiempo no son suficientes para el diseño de las políticas y los programas de salud. Para enfrentar esta explosión de la información, los países y los individuos deben poder adoptar decisiones críticas a través de la evaluación del conocimiento y de las tecnologías. El torrente de información que proviene de diferentes fuentes inevitablemente contendrá algunas aseveraciones y cifras inválidas y engañosas.

Es vital poseer la habilidad para distinguir exactamente entre la información fidedigna y la que no es confiable, y quizás también sesgada, confusa o totalmente equivocada. La protección contra la información errónea requiere de la inmunidad del usuario en la forma de una habilidad para realizar una evaluación crítica.

La optimización del conocimiento mediante la transformación de los resultados de la investigación en formas más utilizables —tales como directrices, estándares, normas, prácticas óptimas o enseñanzas— es un mecanismo importante que hace falta en los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud y los académicos internacionales han prestado servicios durante años a los países en desarrollo a través de la distribución de recomendaciones sobre las prácticas preventivas óptimas. La rapidez de los cambios y la necesidad de adaptarlos a las condiciones locales requieren que cada país seleccione, adapte y aplique estándares internacionales y normas, y que al mismo tiempo establezca la capacidad interna para este propósito. En el uso del conocimiento y de la tecnología, los aspectos operativos son específicos para cada situación. La investigación local es indispensable para utilizar el conocimiento en forma apropiada y efectiva. La Comisión sobre Investigación de la Salud para el Desarrollo ha propuesto el principio de la “investigación nacional esencial de la salud”, el cual en la actualidad se aplica en un conjunto de países en desarrollo. Cada país determina por y para sí mismo los tipos de investigación que son necesarios para tal efecto. La determinación de las prioridades, la capacidad de desarrollo y los mecanismos internos del país, se cuentan entre las etapas en este esfuerzo. La investigación en atención preventiva frecuentemente aparece en la lista de prioridades.

El desarrollo reciente de una lista nacional de productos farmacéuticos esenciales en Tailandia ilustra el proceso de evaluación y utilización del conocimiento. En 1997, la crisis económica forzó al gobierno a reducir los gastos en la atención preventiva y curativa de la salud. El costo de bienestar para los empleados del gobierno se había cuadruplicado durante el período de auge de siete años que precedió a la crisis. Para reducir los gastos, se decidió que los reembolsos a los pacientes por sus compras de productos farmacéuticos se limitarían a los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos esenciales del país. Se estableció un comité con 23 grupos de trabajo para determinar los fármacos que deberían clasificarse como esenciales para los servicios de salud de Tailandia. Se consideraron muchas vacunas y otros productos farmacéuticos de prevención. Se indicó la comprobación científica (o la ausencia de ella) con relación a la validez, la inocuidad y la eficacia en función del costo de cada uno de los diferentes medica-

mentos y enseguida se efectuó una referencia recíproca con una lista de los problemas de salud más importantes que afectan a la población tailandesa. Se incluyeron aproximadamente 800 partidas en las categorías A, B, C y D con directrices para sus diferentes usos. La lista se revisa periódicamente para mantenerse a la par de la naturaleza dinámica del conocimiento. Las vacunas para la influenza, el sarampión, así como muchos medicamentos para la prevención de enfermedades no transmisibles son caras y por lo tanto la vacunación masiva para algunas enfermedades resultaría muy costosa. Para lograr eficiencia y costo mínimo, fue necesario formular directrices para el uso de determinados medicamentos en ciertos grupos de edades, con algunas condiciones o criterios que fueron utilizados, exigidos, controlados y sancionados.

La difusión del conocimiento apropiado a través de la educación y el uso de medios de comunicación constituye claramente una parte importante de cualquier programa preventivo, especialmente de aquellos planes que involucran cambios en el estilo de vida y al cumplimiento de ciertos requerimientos relacionados con una intervención dada.

Organización de la atención preventiva

En el pasado, la atención preventiva fue una responsabilidad primordial del gobierno central que establecía las políticas, diseñaba y operaba los programas preventivos empleando la maquinaria burocrática a su disposición para llevar a cabo las actividades necesarias y para ayudar a proveer una gama completa de servicios de salud hasta el nivel de aldea y comunidad. Dicho sistema funcionaba aceptablemente bien cuando la situación de la salud nacional era menos compleja. En ese entonces, las intervenciones prototipo basadas en tecnologías conocidas y establecidas eran aplicables en la mayoría de las situaciones. Un buen ejemplo de esto es la operación de una cadena de frío para la distribución de las vacunas. La inmunización masiva puede ser planificada centralmente e incluso implementada en un esquema de “arriba hacia abajo”.

Sin embargo, actualmente la situación más compleja requiere una estructura de organización distinta porque el antiguo sistema burocrático controlado centralmente ya no es lo suficientemente efectivo. Se requiere flexibilidad e innovación para adaptarse a las condiciones locales. La magnitud de los problemas que deben abordarse y la amplitud del abanico de actividades necesarias hace imperativo movilizar

otras partes interesadas dentro del sector. La comunidad y las organizaciones cívicas pueden proveer el potencial humano disponible y las instalaciones requeridas. Las escuelas y los medios de comunicación masiva pueden ayudar en la difusión de la información y en los esfuerzos educativos que se necesitan. Las organizaciones no gubernamentales y filantrópicas con sus voluntarios pueden ser extremadamente útiles; algunas de ellas pueden concentrarse en ciertos grupos de población de condición económica muy baja y por lo tanto expandir la cobertura.

De esta manera ha cambiado el papel del gobierno dentro del sector de la atención preventiva de la salud. El propio proceso de descentralización también ha contribuido al desplazamiento de ciertas responsabilidades desde el gobierno central a los gobiernos locales. En el mismo sentido es preciso modificar el método general de recaudación de impuestos, de modo que los impuestos recaudados localmente puedan ser administrados por las autoridades locales para la ejecución de las nuevas funciones públicas asignadas a los gobiernos locales, incluyendo la atención preventiva.

La organización de la estructura de la atención preventiva ha experimentado una profunda transformación. Deben permitirse diversas modalidades operativas para aumentar la efectividad, la eficiencia, la responsabilidad y la calidad del servicio. Un buen ejemplo podría ser el método adoptado por la organización para la prevención y el control epidémico del HIV/SIDA en Tailandia. Un comité nacional de coordinación —encabezado por el primer ministro, los ministros correspondientes y otros funcionarios del gobierno, académicos, investigadores y representantes del sector privado y de las ONG— establecieron ciertas políticas, diseñaron el plan general de acción y vigilaron el progreso logrado. Las actividades se llevan a cabo a través de diferentes canales públicos y privados, y al nivel operativo se permite la flexibilidad y la innovación.

Por ejemplo en la provincia de Phitsanulok, el comité provincial para la prevención y el control del HIV/SIDA, encabezado por el gobernador, es responsable de formular la política, y coordinar y supervisar las actividades dentro de la provincia. Inicialmente existía un grupo central integrado informalmente por más de diez personas (incluyendo líderes de ONG, así como profesionales de salud de la oficina provincial de salud y de los hospitales). Este grupo realizó estudios y formuló un plan estratégico para la provincia como insumo técnico dentro del comité provincial. El grupo básico se expandió hasta incluir 25 personas de diez organismos, y las actividades de prevención y control fueron asumidas por grupos especializados. Un grupo de académi-

cos y profesionales proveyó información y capacitación, y grupos comunitarios en las aldeas también desempeñaron numerosas actividades. El “grupo de atención” estuvo constituido por 29 personas e inicialmente formó a 200 voluntarios para trabajar en las aldeas. Los capacitados a su vez capacitaron a 600 líderes en 120 aldeas. En la actualidad existen más de nueve grupos de atención y más de mil miembros. Los grupos son apoyados técnica y financieramente por los comités provinciales y de distrito, oficinas y fundaciones. Inicialmente, varios grupos de profesores y mujeres se concentraron en actividades relacionadas con el HIV/SIDA y después se expandieron a actividades de bienestar de propósitos múltiples. “Jóvenes modernos menores de veinte años” fue un grupo de autoayuda creado por profesores y estudiantes en cinco escuelas. El grupo de artistas locales movilizó y capacitó artistas de modo que la información acerca del HIV/SIDA pudiera integrarse en las canciones y las obras populares. Los grupos “rosa amarilla” proporcionan asesoramiento, asistencia y otras actividades de prevención relacionadas con las prostitutas. La fundación “El pueblo de Phitsanulok contra el SIDA” se constituyó en 1993 y recaudó fondos para apoyar actividades en aldeas y hospitales. En realidad, la movilización ha sido amplia y productiva. Una evaluación realizada en 1998 registró una reducción en la incidencia anual de ETS de 411 a 21 por diez mil personas en menos de diez años. La propagación del HIV fue sometida a un mejor control, con una tasa de infección que permaneció por debajo del dos por ciento entre los conscriptos del ejército, los donantes de sangre y las mujeres embarazadas.

El método tailandés de estructuración del esfuerzo contra el hábito de fumar constituye otro ejemplo interesante. El gobierno adoptó oficialmente una posición contraria al hábito de fumar en 1990 y en ese año se creó una oficina especial dentro del Ministerio de Salud Pública. La Fundación de Salud de Tailandia, una ONG, desempeñó un papel central en las actividades contra el hábito de fumar en el país a través del apoyo a la investigación y los estudios epidemiológicos. Asimismo contribuyó a la educación para eliminar el hábito de fumar y a la movilización de la población sobre una base planificada y sostenida, con la participación de periodistas y de los medios de comunicación masiva. La fundación impulsó una campaña en favor de una legislación en contra del hábito de fumar y trabajó diligentemente en la aplicación de la ley. Los representantes de la fundación también asistieron a audiencias organizadas por el Congreso de los Estados Unidos para explicar prácticas indeseables de las compañías productoras de cigarrillo de dicho país.

El esfuerzo de prevención de la ceguera comprendió tanto el nivel nacional como el regional. La intervención fue compleja y abarcó investigación, encuestas epidemiológicas, difusión de información, desarrollo de recursos humanos, y la rehabilitación y la provisión de servicios, incluyendo atención médica, cirugía de cataratas y distribución de anteojos. El proyecto había sido recomendado por la Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la Organización Mundial de la Salud en 1978. En 1982 se estableció un comité nacional para la prevención de la ceguera. Se llevaron a cabo encuestas nacionales de la ceguera en 1983, 1987 y 1994. En 1983 se estimó que la ceguera funcional afectaba al 1,14 por ciento de la población, de la cual el 47,3 por ciento se originaba en las cataratas. Existe un cúmulo de pedidos por llenar de 270.000 pacientes de cataratas no tratados. Un plan de acción nacional que incluyó atención primaria, provincial y terciaria demandó la capacitación de mano de obra y el establecimiento de unidades y centros para la atención de la vista. Paralelamente, las fundaciones para la prevención de la ceguera estaban operando a nivel nacional y de las provincias. Otras fundaciones filantrópicas y organizaciones tales como Princess Mothers's Foundation, Lions Clubs, Christian Foundations y Help Age International, también proporcionaron apoyo para las clínicas de la vista y capacitación para ciegos.

La atención preventiva en Tailandia se beneficia significativamente de la cooperación internacional canalizada a través de acuerdos bilaterales y multilaterales y esfuerzos de colaboración. La cooperación internacional al nivel fronterizo es también crucial para las actividades de prevención del país, como lo ilustra la experiencia de un brote epidémico de difteria en la provincia de Nan en la frontera entre Tailandia y Laos. El pronto reconocimiento del brote por parte de las autoridades de salud y la oportuna intervención resultante detuvo la expansión epidémica en el término de cinco días en Tailandia y en un lapso de un mes en Laos. La existencia de buenas relaciones entre las autoridades de salud en ambos lados de la frontera fue esencial para facilitar un intercambio activo de información y para la capacitación conjunta del personal y los voluntarios. Aparte de las reuniones regulares programadas, los funcionarios de salud tailandeses y laosianos celebraron cuatro reuniones conjuntas especiales durante el brote epidémico, y se llevaron a cabo esfuerzos de colaboración para vacunar a todos los niños menores de diez años en ambos lados de la frontera.

Administración de la atención preventiva

Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas que debe abordar el sector de la atención preventiva, es esencial modernizar la administración del sector. La función del gobierno central en materia de prevención debe seguir evolucionando. Las funciones básicas de prevención requeridas del gobierno central en la actualidad son la formulación de políticas, el apoyo y la promoción. Asimismo, la aplicación de normas preventivas y estándares del gobierno y su aporte de directrices y sugerencias facilitarían las actividades de prevención asumidas por los funcionarios locales, las ONG y otras organizaciones públicas y privadas.

La naturaleza dinámica y la gran complejidad de la información en la sociedad moderna hacen esencial la creación de un centro de intercambio de información sobre prevención. La respuesta puede estar en el establecimiento de una red de información de gran prestigio e imparcialidad con un sistema orgánico de frenos y equilibrios.

Para salvaguardar al público y proteger al consumidor, debe existir una función de fiscalización llevada a cabo a través de las leyes, su aplicación y actividades de vigilancia, con controles efectivos y sanciones bien establecidas. Las garantías y el control de la calidad son esenciales en el mundo actual de libre mercado. Debido a la complejidad de los mecanismos de control de la calidad, éstos deben administrarse a través de esfuerzos conjuntos de los sectores público, profesional y privado. La divulgación de información, la transparencia y el flujo de información constituyen la regla. La provisión directa de atención por parte del sector público debe limitarse a aquellas áreas no cubiertas por otros organismos. El sector público puede servir como una especie de eje fundamental o conducto entre el libre mercado y la provisión óptima de servicios relacionados con las necesidades prevenibles de la población nacional. El gobierno también puede contribuir a eliminar la brecha que existe entre los más ricos y los más pobres en términos de satisfacción de sus requerimientos de prevención.

El financiamiento de la atención preventiva también es un aspecto clave. Los altos costos no pueden ser completamente cubiertos por el gobierno central a través de la recaudación tributaria. El sistema de protección social, la previsión social y los programas de bienestar deben adaptarse en función de la situación prevaleciente. Asimismo puede requerirse que el gobierno provea incentivos jurídicos, fiscales o de regulación para permitir que otros interesados en la prevención puedan funcionar de manera más eficiente y a un costo mínimo. La

evaluación de la tecnología acompañada de una selección apropiada es otro elemento importante en la provisión de una mejor atención preventiva, junto con un adecuado control de las alzas súbitas en los costos.

Conclusiones

La atención preventiva es ahora mucho más compleja que en el pasado. Se ha expandido de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles y a las enfermedades relacionadas con el comportamiento individual y con el riesgo ocupacional. Las intervenciones aplicables basadas en el conocimiento son complejas, dinámicas y costosas, y en este entorno la organización de la atención preventiva debe ser, en consecuencia, más compleja, flexible y variable. El papel del gobierno en la salud se está desplazando, y aunque la política nacional de salud puede todavía generarse al nivel central, la tendencia operativa es ahora hacia la descentralización y una participación de base más amplia. El apoyo, la movilización, la investigación y el desarrollo de los recursos humanos son esenciales, y la coordinación, el control de la calidad, el apoyo estratégico y la diversificación del financiamiento son elementos del método de gerencia moderno requerido por los programas exitosos de prevención.

CAPITULO IV

ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD

**La estructura de la atención
primaria de salud:
la estrategia brasileña**

Adib Jatene



**Entrega de servicios básicos
de salud en China:
situación actual
y reformas en proceso**

*Xinhua Li,
Chunming Chen,
Kean Wang*

Página en blanco a propósito

La estructura de la atención primaria de salud: la estrategia brasileña

Dr. Adib Jatene

Director, Hospital do Coração

São Paulo, Brasil

Entre marzo de 1979 y mayo de 1982 desempeñé el cargo de secretario de salud del estado de São Paulo en Brasil. Durante ese período surgió la recomendación “salud para todos en el año 2000” de la conferencia de Alma Ata auspiciada por la OMS. La principal orientación fue el énfasis en la atención primaria en vez de la atención hospitalaria, especialmente por parte del personal de salud pública. En la mayoría de los estados de Brasil se orientó a los secretarios de salud en esa dirección, y posteriormente se creó el Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud, del cual fui su primer presidente.

En esa época se estaban registrando cambios demográficos en Brasil, entre ellos un rápido crecimiento de la población y la urbanización. En la actualidad, aproximadamente el 75 por ciento de la población vive en distritos urbanos. En 1980, tan sólo el 9 por ciento de la población del estado de São Paulo vivía en zonas rurales. La zona metropolitana de São Paulo incluye el 51 por ciento de la población total del estado, la mayor parte de la cual estaba concentrada en distritos sin la infraestructura necesaria para el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Además, el personal profesional que se necesitaba no deseaba vivir en esas zonas. Identificamos zonas con más cien mil personas sin oficinas de atención médica, y distritos con más de trescientas mil personas que no contaban ni siquiera con una cama de hospital.

Con el propósito de superar este problema y ofrecer por lo menos una atención de salud básica, dividimos la zona en sectores de 10.000 a 15.000 habitantes. Para cada grupo se planeó construir un centro de salud y para cada diez centros de salud se asignó un hospital de referencia. Este proyecto, conocido como el Plan Metropolitano de Salud de São Paulo, mostró que se necesitaban 450 centros de salud y 40 hospitales locales. En la búsqueda de dinero para hacer del plan una realidad se negoció un préstamo US\$50 millones con el Banco Mundial. Es interesante señalar la dificultad que se enfrentó para convencer al Banco de que invirtiera en una zona metropolitana en vez de zonas rurales, donde dicha institución concentraba la mayor parte de su apo-

yo en esos años. Negociamos con la institución durante casi tres años para obtener los fondos que se requerían. Este préstamo fue utilizado en su totalidad, pero debido a la elevada inflación sólo pudimos construir la mitad de los centros de salud que se necesitaban y solamente cuatro hospitales de referencia. Deseábamos además erigir muchos más hospitales pequeños.

El impacto general del proyecto de centros de salud no fue tan grande como se había esperado. La principal razón quizá fue la dificultad de establecer una estrecha relación entre el personal de los centros y la población atendida. El sistema de contratación del personal no asignó preferencia a los candidatos que vivían cerca de los centros de salud en los que podrían ser empleados, lo cual se tradujo en la falta de una relación personal de estos servidores públicos con las personas a las cuales debían atender. Por lo general, los doctores y las enfermeras vivían en las zonas más desarrolladas de la ciudad, lejos de las zonas pobres en las cuales estaban localizados los centros de salud. Además, como estos profesionales eran contratados sólo a tiempo parcial, el impacto de su presencia no era suficiente como para que se ganaran la confianza de los habitantes, quienes preferían buscar atención en un hospital terciario distante o en un hospital de emergencia en el cual pensaban que hallarían la solución para sus problemas.

Otro problema crónico era la insuficiencia presupuestaria para gastos corrientes y mantenimiento. La Constitución brasileña de 1988 incorporó muchos de los insumos propuestos por el grupo de la reforma de la salud que estaba involucrado en la discusión del sector en Brasil desde la década de 1970. Como resultado, en la actualidad el país tiene un sistema universal en el cual la atención de salud es considerada como un derecho de los ciudadanos y una responsabilidad del Estado, y por consiguiente se la proporciona en forma gratuita. Existen en Brasil varios grupos de atención de salud con pagos anticipados que comprenden aproximadamente el 25 por ciento de la población que puede pagar directa o indirectamente por los servicios de atención de salud. El otro 75 por ciento de la población depende de un sistema de atención de salud unificado que comprende tres niveles de administración pública y que está financiado por el gobierno federal (70 por ciento) y por los gobiernos municipales y estatales (30 por ciento).

Características generales del país

Brasil es un país del tamaño de un continente que presenta una amplia gama de condiciones internas con relación al clima, la vegetación, la

geografía, la densidad demográfica, las actividades económicas y las características socioculturales.

- Territorio: 8.547.403 kilómetros cuadrados
- Población: 163.947.554 habitantes
- Número de municipalidades: 5.506
- Esperanza de vida al nacer: 67 años (1996)
(en comparación con 47 años en 1950)
- Tasa de fecundidad: 3,0 por mujer (1991)
(en comparación con 6,3 en 1960)
- Mortalidad infantil: 36,7 por 1.000 nacidos vivos (1998)
- Principales causas de mortalidad infantil: accidentes perinatales, diarrea e infecciones pulmonares
- Principales causas de mortalidad general: enfermedades cardiovasculares, causas externas (accidentes de tránsito, homicidios, violencia) y cáncer
- PIB total: US\$ 804.000 millones (1997)
- PIB por persona: US\$ 5.037 (1997)
- Tasa de analfabetismo para personas de 15 años: 14,7 por ciento (1997)
- Población con servicio de agua potable a través de cañerías: 85,6 por ciento (1996).

Estructura de la atención de salud

El sistema unificado de salud (SUS) tiene a su cargo la promoción y la recuperación de la salud a través de la provisión de atención primaria, secundaria y terciaria, que comprende procedimientos de diagnóstico y terapia. El SUS es el modelo organizativo para el sector de la salud bosquejado en la Constitución de 1988 y está basado en los conceptos de universalidad, integridad, descentralización, jerarquía y participación popular. Es tal vez la política y el programa más visible de asistencia pública en Brasil y cada nivel de su administración (federal, estatal y municipal) lleva a cabo un conjunto específico de funciones predeterminadas a través de los respectivos niveles de autoridad de salud.

Dadas las formidables diferencias entre las zonas y niveles de gobierno, la descentralización del SUS se está llevando a cabo en forma gradual y progresiva, aunque algo más intensamente a partir de 1993. El SUS está organizado sobre la base de la descentralización al nivel municipal, con una creciente participación de la población. Se

han establecido dos comisiones administrativas entrelazadas: la comisión bipartita que enlaza los niveles municipal y estatal y la comisión tripartita que articula los niveles municipal, estatal y nacional. Los gerentes en los niveles estatal y municipal poseen cierto grado de autonomía, y pueden dirigir la organización y el funcionamiento de sus sistemas de salud. Con relación a la clase de administración que las municipalidades pueden realizar, se les puede otorgar la gestión completa de los servicios de atención primaria (GPAB) y la del sistema municipal (GPS). El cuadro general es como sigue:

- municipalidades con autonomía para administrar servicios de atención primaria : 4.849 (85 por ciento de la población);
- municipalidades con autonomía para administrar todos los sistemas de salud 494 (8,8 por ciento de la población); y
- municipalidades todavía no incorporadas al sistema: 193 (6,5 por ciento de la población)

La organización de la atención primaria en el nivel local está basada en tres programas. El primero es el programa presupuestario de atención primaria (PAB), que asigna anualmente US\$5,50 per cápita a las municipalidades para respaldar los servicios de atención relativamente simples proporcionados en las unidades de primeros auxilios, tales como vacunación, higiene bucal y planificación familiar. Los otros dos programas básicos a nivel local que forman parte de la nueva política de atención de salud del país son los programas de agentes comunitarios de salud (PACS) y el programa de salud de la familia (PSF), establecidos bajo la orientación del Ministro de Salud, que llevan a cabo las municipalidades y están coordinados por la autoridad de salud. En las dos secciones siguientes se describirá la operación de los PACS y del PSF.

Programa de agentes comunitarios de salud (PACS)

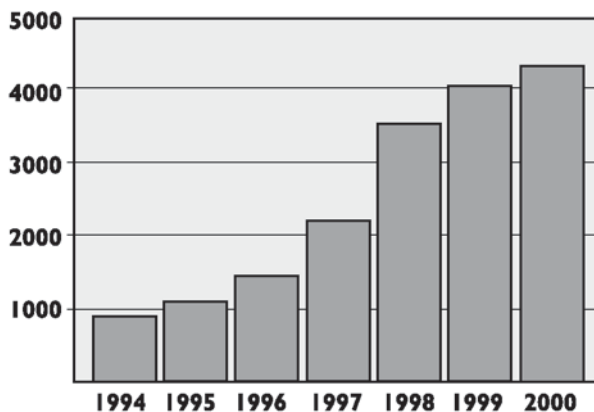
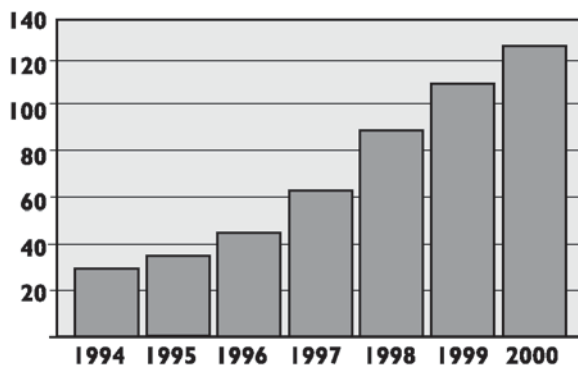
El programa de agentes comunitarios de salud está ahora consolidado no sólo en las zonas pobres del nordeste, sino también en la periferia de las regiones metropolitanas como São Paulo. Se hace una visita preliminar a cada comunidad a la que se va a asistir, y con la ayuda de los líderes se cuentan sus casas y familias. Estas se dividen en grupos que contienen entre 150 y 250 familias, dependiendo de la concentración demográfica. Entre las familias de un grupo dado se selecciona y capacita a una persona que haya vivido por espacio de más de dos años

en la zona como agente de salud del grupo. El agente realiza, entre otras, las siguientes tareas:

- visita cada hogar todos los meses;
- lleva un registro de cada persona que vive en la zona;
- investiga casos de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y tuberculosis;
- identifica las mujeres embarazadas, realizando evaluaciones prenatales apropiadas;
- mantiene un registro de las vacunaciones de cada niño; y
- enseña medidas simples de salud, tales como la forma de controlar la diarrea.

Los agentes comunitarios de salud —la vasta mayoría de los cuales son mujeres— desempeñan un papel muy importante. En 1996, cuando se puso en marcha el programa para aproximadamente cien mil personas en la periferia de la ciudad de São Paulo, los agentes descubrieron que las mujeres embarazadas tenían acceso a solamente una consulta prenatal por persona. Esta es la causa básica de las altas tasas de mortalidad materna y mortalidad perinatal de los niños del país. Ahora cada mujer embarazada tiene acceso a más de cinco consultas prenatales. Otro ejemplo se relaciona con el control de la tuberculosis. La secretaría de salud del estado estaba siguiendo solo nueve casos de tuberculosis en la zona. Los agentes encontraron 62 casos adicionales, y como son vecinos de las personas afectadas por la enfermedad, están en condiciones de visitarlas casi todos los días para asegurarse de que estén tomando los medicamentos en forma apropiada.

En muchas zonas del país, la presencia de un agente comunitario que lleva a cabo simplemente las actividades básicas que se le han asignado puede contribuir enormemente a cambiar una situación negativa. La espectacular reducción de la diarrea como causa de mortalidad infantil es el caso más sorprendente. En Camaragibe, una zona de 106.000 personas en el área metropolitana de Recife, ha sido posible reducir el número de camas de hospitales pediátricos debido a la falta de pacientes. El número actual de agentes en el país es de alrededor de 129.000 en comparación con 29.000 en 1994. Trabajan en 4.390 municipalidades y atienden aproximadamente a 70 millones de personas, ayudándose de común acuerdo en diferentes actividades relacionadas con la salud (véanse los gráficos 1a, 1b, 2 y 3).

Gráfico 1a. Número de municipalidades (PACS)**Gráfico 1b. Agentes comunitarios de salud (PACS)**
(En miles)

El Programa de Salud de la Familia (PSF)

El programa de agentes comunitarios de salud es una estrategia de transición para vincular los servicios de salud y la población hasta que sea posible implantar el programa de salud de la familia (PSF) que constituye un enfoque de grupo y que en realidad extiende la funcionalidad de los agentes. El programa de salud de la familia tiene como unidad operativa básica a un grupo de atención de salud con un médico y una enfermera y una o dos enfermeras auxiliares. El grupo del PSF atiende las zonas cubiertas por cinco o seis agentes comunitarios de salud.

El grupo del PSF trabaja principalmente en un centro de atención de salud, pero atiende llamados a domicilio cuando los agentes identifican a un paciente como no ambulatorio. Estos centros de aten-

Gráfico 2. Población cubierta (PACS)
(En millones)

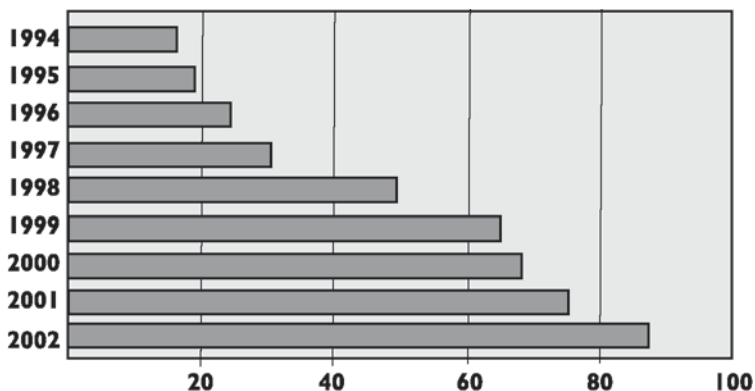
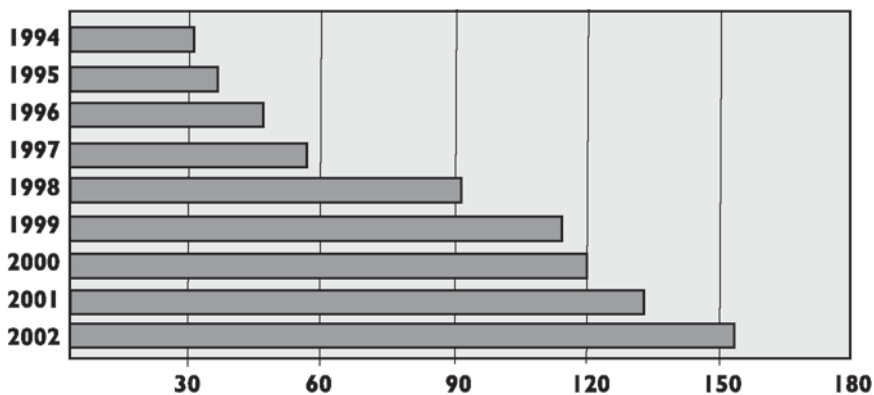
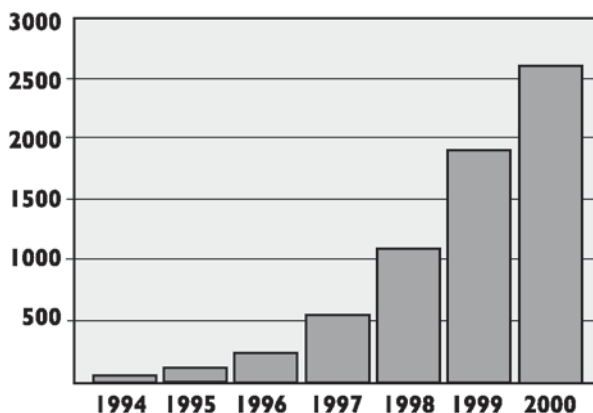
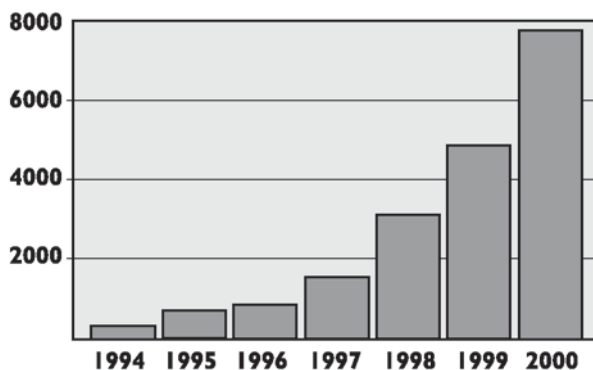


Gráfico 3. Objetivos para la expansión en Brasil (PACS)
(En miles de agentes)



Datos hasta junio del año 2000.
Fuente: Departamento de Atención Básica.

ción de salud varían en tamaño, y cada uno puede albergar de uno a seis grupos del PSF. En general esta estructura operativa facilita una estrecha vinculación entre los profesionales y la comunidad, y contribuye a un alto nivel de confianza y responsabilidad entre ambos. Aunque la mayoría de los profesionales en realidad no viven en la zona que atienden, trabajan tiempo completo y en estrecha colaboración con sus cinco o seis agentes comunitarios de salud correspondientes, quienes

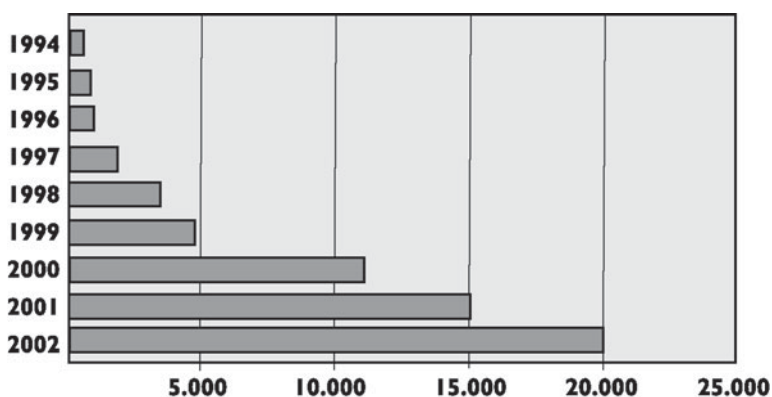
Gráfico 4a. Número de municipalidades (PSF)**Gráfico 4b. Número de grupos de salud de la familia (PSF)**

por definición viven en la comunidad en la que trabajan. Una unidad de salud de la familia realiza las siguientes funciones:

- hace de contralor del sistema regional de salud;
- atiende un territorio específico con una población expresamente bajo su responsabilidad;
 - tiene un equipo básico compuesto por un médico, una enfermera, una (o más) enfermera(s) auxiliar(es) y cuatro a seis agentes comunitarios de salud, con la posibilidad de incorporar profesionales adicionales de acuerdo con su disponibilidad y con las necesidades de cada municipalidad o región;
 - está orientado hacia la familia y hacia el entorno social de la familia;
 - promueve el compromiso y la responsabilidad compartida entre los profesionales de salud;

- reduce los factores de riesgo a los cuales está expuesta la comunidad;
- provee atención integral continua de alta calidad a las personas en sus hogares y centros de atención de salud;
- promueve la organización de la comunidad y la movilización para la práctica efectiva del control social de las enfermedades y de los factores de riesgo; y
- fomenta la educación sobre salud y la promoción de las actividades de salud.

**Gráfico 5. Objetivos para la expansión en Brasil (PSF)
Número de grupos de salud**



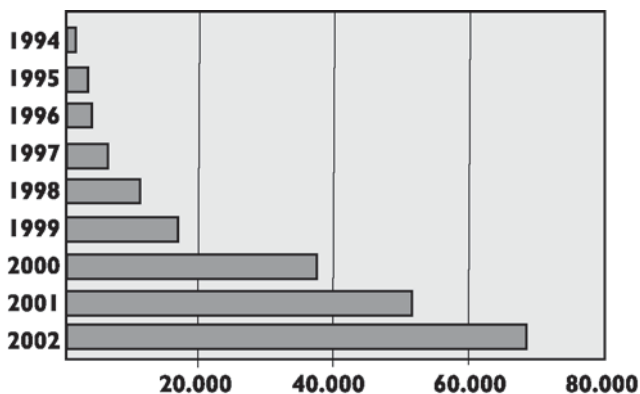
Datos hasta junio del año 2000.

Fuente: Departamento de Atención Básica.

El número de grupos del PSF es de aproximadamente ocho mil (en comparación con 328 en 1994), que atendían en julio de 2000 a 2.614 municipalidades y alrededor de 38 millones de personas. Para fines de 2002 se espera que alcancen un nivel de 20.000 grupos de PSF que atenderán aproximadamente 70 millones de personas (véanse los gráficos 4a, 4b, 5 y 6).

Progreso y perspectivas

Existe un fuerte movimiento en las escuelas de medicina y enfermería de Brasil para satisfacer las necesidades de profesionales capacitados requeridos por el sistema de salud. Las siguientes acciones han contado con el respaldo del Ministerio de Salud para ayudar a las municipa-

Gráfico 6. Cobertura de población en miles (PSF)

Datos hasta junio del año 2000.

Fuente: Departamento de Atención Básica.

lidades y los estados a alcanzar las metas con el incremento del número de agentes comunitarios de salud y grupos del PSF.

- Actualmente los incrementos presupuestarios para el sector de atención de salud se pagan en una base per cápita. Todas las municipalidades que han establecido los grupos PACS/PSF reciben incentivos federales. Una nueva disposición firmada en 1999 establece que los incentivos para el PSF tendrán que pagarse de acuerdo con el tamaño de la población atendida. Además, las municipalidades que hayan aumentado el número de grupos del PSF por sobre el que tenían en octubre de 1999 recibirán una bonificación.

- Se han realizado inversiones para la creación de centros de capacitación y extensión de la educación de profesionales de salud familiar. Estos centros proporcionarán un vínculo entre el personal de salud del estado, la municipalidad, las universidades y otras instituciones formales de educación que proveen instrucción sobre atención de salud.

- Se han hecho esfuerzos para el diseño y la distribución de sistemas de procesamiento de datos para procesar la información reunida por los grupos de los PACS/PFS, con el fin de apoyar a estos equipos y a sus gobiernos locales en el seguimiento de las actividades de atención de salud y sus resultados.

- Por primera vez en la historia de Brasil, el Parlamento Nacional ha aprobado fuentes de financiamiento y metodologías que asegurarán un ingreso relativamente estable para el sector, evitando reducciones en los recursos ocasionadas por dificultades económicas futuras.
- Se están formulando planes para una eventual estructuración de especialidades en grupos de referencia del PSF y la creación de espacios de hospital localmente disponibles para casos menos complicados.

En nuestro país existen desigualdades no sólo en el nivel financiero, sino también en otros niveles. Por ejemplo, las zonas desarrolladas de la ciudad de São Paulo cuentan con más de 13 camas de hospital por mil habitantes, mientras que las zonas periféricas de la misma ciudad (en las cuales vive el 70 por ciento de los habitantes) tienen tan solo 1,06 camas por mil habitantes. São Paulo tiene ciertos distritos en que viven hasta 250.000 habitantes y no cuentan con ninguna cama de hospital. En total, aproximadamente 4 millones de habitantes de esa ciudad no tienen acceso a una cama de hospital en las zonas en que viven. Por lo tanto, tienen que viajar grandes distancias para recibir servicios de hospitalización, que frecuentemente no están ni siquiera disponibles. En general existe una creciente conciencia de que los sistemas universales de atención de salud que se están implantando necesitan no solamente financiamiento sino una mayor participación de la sociedad en su conjunto, incluidos los particulares y las organizaciones no gubernamentales. De esta manera será posible aumentar la equidad.

Página en blanco a propósito

Entrega de servicios básicos de salud en China: situación actual y reformas en proceso

Xinhua Li, Chunming Chen, Kean Wang
Academia China de Medicina Preventiva

La estructura actual del sistema de atención de la salud de China se muestra en el gráfico 1, en el cual las líneas punteadas indican que las instituciones de nivel bajo reciben asistencia profesional de las instituciones de nivel superior. En las zonas urbanas (nivel de condado o superior) los servicios básicos de salud son proporcionados principalmente por hospitales subregionales; aparte de estos hospitales, existían 126.086 clínicas privadas registradas en China en 1998¹. El sistema de atención primaria de la salud en las zonas rurales del país (por debajo del nivel de condado) consta principalmente de puestos especializados de atención de la salud y puestos de higiene y antiepidémicos. Los últimos han existido desde 1950 en los tres niveles de la estructura, es decir, a nivel de provincia, a nivel de prefectura/municipal y a nivel de condado/distrito. Se han establecido otros institutos profesionales —tales como el Instituto de Enfermedades Parasitarias, el Instituto de la Tuberculosis y el Instituto de las Enfermedades Ocupacionales— para satisfacer necesidades específicas de prevención y control de enfermedades locales.

En 1997, China urbana tenía un total de 5.905 instituciones de atención preventiva (cuadro 1). Además, el número de hospitales urbanos ha aumentado sustancialmente durante las cuatro décadas pasadas (cuadro 2). La información en los cuadros 3 y 4 se refiere a la red de atención primaria en las zonas rurales y en los municipios y aldeas.

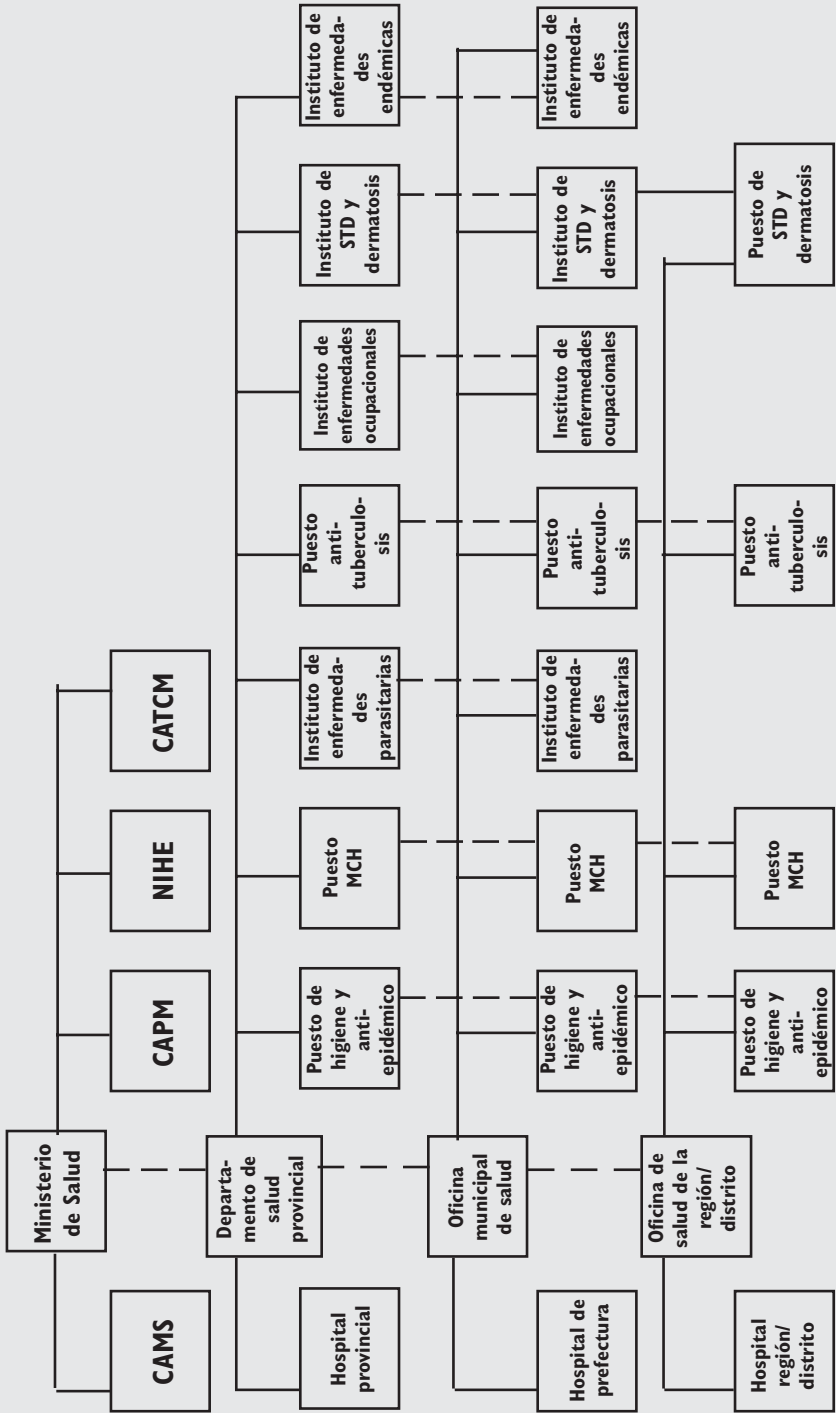
Experiencias en la entrega de servicios básicos de la salud

Política nacional de la salud

- énfasis en los servicios de salud en las zonas rurales
- prioridad para la medicina preventiva
- igual atención a la medicina tradicional y la medicina occidental

¹ China Health Yearbook, 1999.

Gráfico 1. Sistema de servicios de salud existentes



Cuadro 1. Número de instituciones de atención preventiva de la salud a nivel de condado o superior en 1952 y 1997

<i>Institutos</i>	<i>1952</i>	<i>1997</i>
Puestos de higiene y antiepidémicos	147	3.619
Institutos profesionales	188	1.893
Otros	20	393
Total	481	5.905

Fuente: *China Health Yearbook 1998*.

Cuadro 2. Número de hospitales urbanos a nivel de condado o superior en 1949 y 1998

<i>Hospitales urbanos</i>	<i>1949</i>	<i>1998</i>
Total	2.600	15.277
Administrados por el departamento de salud	1.650	7.873
Nivel central	-	59
Nivel provincial	-	377
Nivel de prefectura/municipal	-	1.822
Nivel de condado/distrito	-	5.615

Fuente: *China Health Yearbook 1999*.

- movilización de todos los recursos de la comunidad sobre la base de la ciencia, la tecnología y la educación

Exitosa movilización social y participación de la comunidad

• El apoyo sostenido y vigoroso prestado por varios niveles de gobierno: Por ejemplo, la campaña nacional patriótica de salud es apoyada por más de 30 ministerios al nivel central, cuatro de los cuales iniciaron vastos programas de educación para la salud para muchos millones de productores agrícolas en 1994; otro ejemplo es que las tasas de inoculación de cuatro vacunas en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), que exceden el 95 por ciento, han sido posibles debido a la participación constante y al interés de los gobiernos locales, y especialmente en zonas rurales por parte de los funcionarios de los municipios y aldeas.

• La participación activa de las ONG: Las ONG del país han desempeñado un papel importante en la educación y promoción de la

Cuadro 3. Hospitales municipales y profesionales de la salud en 1965 y 1998

	1965	1998
Hospitales	36.965	50,071
Camas	132.487	737.693
Profesionales de la salud	214.427	999.432

Fuente: *China Health Yearbook 1999*.

Cuadro 4. Aldeas y clínicas de aldeas en 1985 y 1998

	1985	1998
Número de aldeas	716.639	732.411
Tasa de cobertura de las clínicas (porcentual)	87,35	89,50
Clínicas de aldeas	777.674	728.788
Médicos rurales	1.293.094	1.327.633
Parteras rurales	513.977	322.371(1997)

Fuente: *China Health Yearbook 1999*.

Cuadro 5. Profesionales en la prevención y en el control de enfermedades

<i>Tipos de profesionales</i>	<i>Personas</i>
Profesionales de la salud*	5.535.700
Doctores*	1.999.500
Profesional TCM	503.300
Profesionales de prevención y atención de la salud*	219.388
Profesionales de municipios	999.432
Médicos de zonas rurales y aldeas	1.327.633

*A nivel de condado o superior.

Fuente: *China Health Yearbook 1999*.

salud, PAI, la protección ambiental y asuntos similares. Por ejemplo, el apoyo del trabajo social de los Comités de Familias ha sido muy útil para la entrega de servicios básicos de salud en las zonas urbanas.

- Participación de una gran cantidad de profesionales de la salud en la prevención y control de las enfermedades (cuadro 5); el insumo profesional ha sido vital para el control y prevención de las enfermedades.

Campaña nacional patriótica de salud basada en la participación masiva y el concepto social de macrosalud

Han transcurrido 50 años desde que se estableció la campaña del comité nacional patriótico de salud (NPHCC). Esta es una agencia multisectorial constituida por más de 30 ministerios con comisiones relacionadas con la salud, tales como el Comité de Desarrollo y Planeamiento del Estado, el Ministerio de Agricultura y la Oficina Nacional de Protección Ambiental. El primer director general del NPHCC fue el Premier Zhou En-lai. La oficina administrativa del comité está ubicada en el Ministerio de Salud y el Ministro de Salud es también el director de esta oficina. Las actividades del NPHCC consisten en coordinar los programas de salud entre los diferentes sectores y proveer funciones directivas en los esfuerzos de salud del país. Entre los logros notables del NPHCC figuran los siguientes:

- control de las STD en el comienzo de la nueva China
- control de la esquistosomiasis
- control de pestes y promoción de la salud
- provisión de servicios de higiene pública y agua potable en las zonas rurales
- adopción de iniciativas relacionadas con la salud

El concepto social de macrosalud consta de cuatro elementos. El primero es que el sistema de atención de la salud debería desarrollarse como un sistema abierto. Segundo, el desarrollo de la salud debería estar en armonía con el desarrollo social y económico. El tercero es “salud para todos y todos para la salud”. Y cuarto, el desarrollo de la atención de la salud se determina como un objetivo común para todos los sectores sociales.

Cuadro 6. Mejora significativa de la situación de la salud durante los últimos 50 años

	1949	1997
Tasa de incidencia de las enfermedades infecciosas agudas (1/100.000)	20.000	203
Tasa de mortalidad infantil (1/1.000)	200	33
Tasa de mortalidad de las mujeres embarazadas (1/100.000)	1.500	64
Esperanza de vida (años)	35	70

Fuente: Huang Y 1999.

Atención de la salud en las zonas rurales

El reconocimiento universal del esquema cooperativo de atención de la salud rural de China, la red de atención primaria de la salud a tres niveles y el sistema de profesionales de la salud (los “médicos descalzos”) han sido las llaves mágicas para la prevención exitosa y control de las enfermedades en las zonas rurales.

Principales logros

Mejora significativa de la situación de la salud de la población china

En 1996, la proporción del gasto total en salud de China con relación al gasto nacional total fue del 2,56 por ciento, en contraste con aproximadamente el 11 y el 13 por ciento en los Estados Unidos y Japón (Instituto Nacional de Economía de la Salud). Nosotros empleamos en ese año solamente el uno por ciento del gasto mundial en salud para satisfacer las necesidades de la atención básica de salud del 22 por ciento de la población del mundo².

Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles

- Erradicación de la viruela: En marzo de 1961 se identificó el último caso de viruela, aproximadamente 17 años antes que se deter-

² Zhao YX y otros, 1999.

minara el último caso de viruela en el mundo, después de lo cual la enfermedad fue oficialmente declarada como totalmente erradicada del mundo.

- **Prevención y control de enfermedades infecciosas a través de la inmunización:** La incidencia del sarampión, la difteria, la tos convulsiva, la encefalitis y la meningitis epidémica cerebroespinal ha declinado sustancialmente, y la condición de país libre de poliomielitis para China fue anunciada en julio de 2000.

- **Prevención y control de la esquistosomiasis:** cuatro provincias (Shangai, Guangdong, Fujian y Guangxi) han logrado el objetivo de erradicar la esquistosomiasis y en otras ocho provincias se han reducido las zonas afectadas por la epidemia.

Creación de capacidad para encarar catástrofes

En 1998, durante un período de grandes inundaciones a lo largo de los ríos Yangzi, Songhua y Nenjiang, las organizaciones de salud, agricultura, la televisión/radio y la publicidad en las ocho provincias afectadas dieron una respuesta práctica a la emergencia creada por el desastre. Gracias a los esfuerzos efectivos de prevención y control de enfermedades no se registró inmediatamente ningún brote epidémico después de la catástrofe.

Problemas y desafíos para la entrega de servicios básicos de salud

Cambio en la composición entre la enfermedad y la muerte: la doble carga de las enfermedades

En las últimas décadas, la composición entre la enfermedad y la muerte ha cambiado sustancialmente en China (cuadro 6). La tasa de mortalidad originada por las enfermedades infecciosas ha disminuido desde 127,8 por cien mil en 1957 a 4,6 por cien mil en 1998. Mientras tanto, las tasas de mortalidad correspondientes a tumores malignos, enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares han aumentado (de 37,2 por cien mil a 147,2 por cien mil [tumores]; de 47,6 por cien mil a 114,8 por cien mil [enfermedades del corazón]; y de 39,3 por cien mil a 149,5 por cien mil [enfermedades cerebrovasculares]). En 1998 las muertes debidas a tumores, enfermedades cardiovasculares y COPD contribuyeron con el 77 por ciento del total de causas de muerte

Gráfico 2. Las cinco causas más comunes de muerte en China

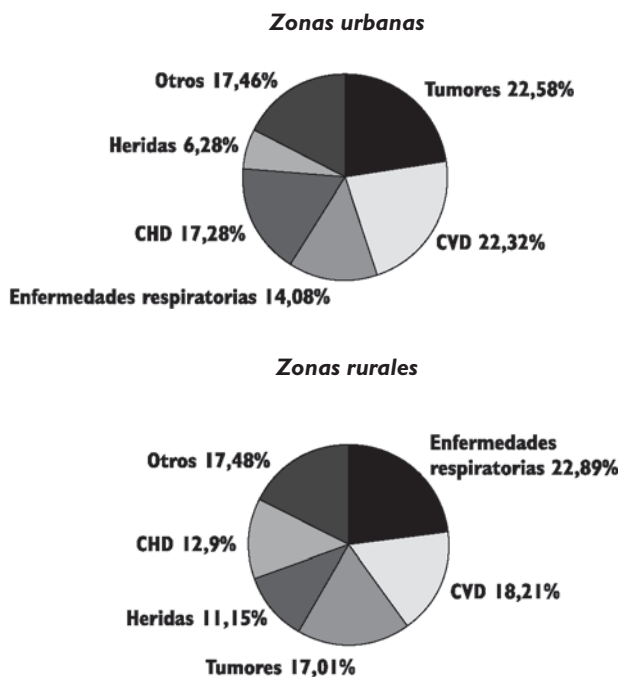
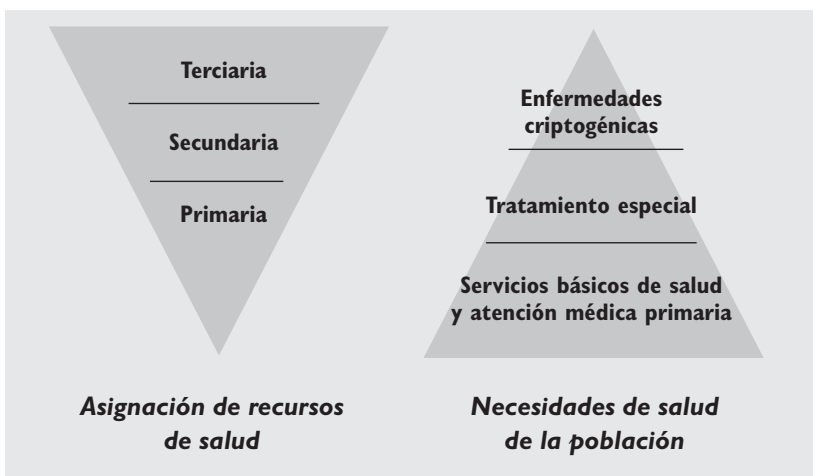


Gráfico 3. Desequilibrio entre la asignación de recursos y las necesidades de salud de la población



Cuadro 7. Costo por paciente ambulatorio y por servicio de hospitalización (1990-1997)

	1990	1993	1995	1997
Costo promedio por paciente ambulatorio (¥)	10,9	23,3	39,9	61,6
Proporción de medicamentos gratis (porcentaje)	67,9	65,2	64,2	61,4
Costo promedio por servicio de hospitalización (¥)	473,3	1.021,3	1.667,3	2.384,2
Proporción de medicamentos gratis (porcentaje)	55,1	52,3	52,8	49,7

Fuente: Song Wenge 1999.

entre los ciudadanos chinos urbanos (gráfico 2)³. Los resultados de una encuesta nacional sobre servicios de salud en 1993 mostró que aproximadamente un tercio de los residentes urbanos sufrían de diferentes clases de NCD. La población de más de 60 años de edad alcanzaba ya 130 millones de personas o sea el 10 por ciento del total. Se estima que para la década comprendida entre 2030 y 2040, habrá 400 millones de personas mayores de 60 años y China encarará un serio problema de envejecimiento.

Desequilibrio entre la asignación de recursos y las necesidades de salud de la población

El gráfico 3 proporciona una idea de los cambios que se requieren para que la asignación de recursos se corresponda mejor con las necesidades de salud de la población.

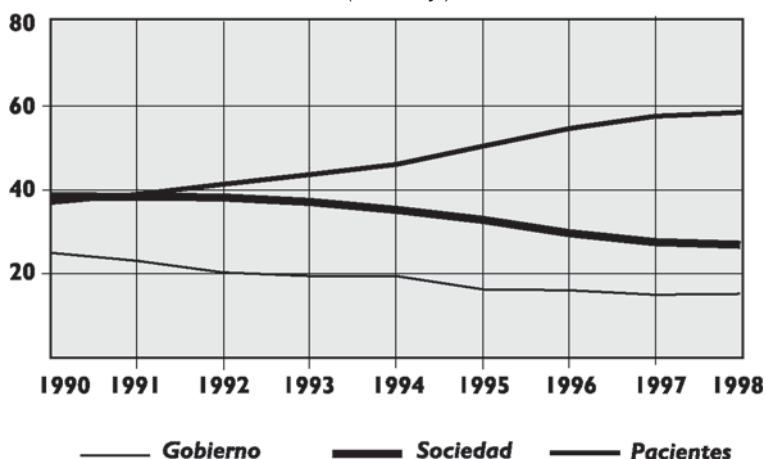
Rápido crecimiento de la responsabilidad económica en la atención de salud

Desde la década de 1990, el gasto total del país en salud ha crecido rápidamente, más que el PIB en el mismo período. En términos de la estructura financiera de la atención de la salud, la proporción de los costos cubiertos por el paciente ha crecido anualmente, en tanto que la

³ China Health Yearbook, 1999.

Gráfico 4. Composición del financiamiento de los gastos totales de salud

(Porcentaje)



participación del gobierno y de la sociedad han disminuido (gráfico 4)⁴. El gasto promedio en salud por persona se ha incrementado desde 656 ¥RMB en 1990 a 27.252 ¥RMB en 1997. El cuadro 7 muestra los cambios del costo promedio por paciente ambulatorio y por el servicio de hospitalización durante la primera parte de la década de 1990.

Problemas causados por las reformas sociales

Durante la era anterior a la reforma, los trabajos de las personas o unidades de trabajo (sociedad), el gobierno y los pacientes mismos constituían la base para el pago del costo de la cobertura de la atención de la salud. En el transcurso de los últimos veinte años el gobierno ha llevado a cabo una serie de reformas económicas que han cambiado la estructura de la economía y han modificado el antiguo sistema de atención de la salud que estaba basado en la provisión de cobertura de la salud por las empresas estatales. Con las significativas reformas de estas empresas desde 1997 en adelante, éstas han encontrado crecientes obstáculos para mantener la gama de prestaciones sociales, en particular la provisión de servicios de atención de la salud; y con la rápida

⁴National Health Economics Institute, 1999.

Cuadro 8. Porcentaje de la población urbana con seguro médico en 1993 y 1998

<i>Categoría de seguro</i>	<i>1993</i>	<i>1998</i>
Seguro total del gobierno o de la unidad de trabajo	53,5	38,9
Seguro parcial del gobierno o de la unidad de trabajo	13,8	7,2
Sin seguro	27,3	44,1

Fuente: Ministerio de Salud 1993 y 1998.

Cuadro 9. Uso de los servicios de salud por los residentes urbanos, 1993 y 1998

	<i>1993</i>	<i>1998</i>	<i>Cambio porcentual</i>
<i>Atención del paciente ambulatorio</i>			
Tasa de consultas en las dos últimas semanas (porcentaje)	20	16	
Casos de enfermedades en que no consultaron a un trabajador de la salud (porcentaje)	42	50	
Casos de enfermedades en que no obtuvieron tratamiento por razones financieras (porcentaje)	19	32	+68
<i>Admisión de enfermos en hospitales</i>			
Referidos a hospital pero no admitidos (porcentaje)	26	30	
No admitidos por razones financieras	41	63	+54

Fuente: Ministerio de Salud 1993 y 1998.

expansión del sector privado, la mayoría de los empleados no tienen ninguna forma de seguro médico. El cuadro 8 muestra que la proporción de la población urbana con seguro médico está en realidad declinando.

Un factor adicional importante es que el costo de la atención de salud está aumentando mucho más rápido que el ingreso. Como resultado, se registra una seria declinación en el acceso a la atención de la salud por razones financieras (cuadro 9).

El fortalecimiento de los centros y puestos comunitarios de salud

En el gráfico 1 se presentó la estructura del servicio básico de salud de China. En la actualidad se está llevando a cabo un proceso de reforma y reorganización del sistema. El gráfico 5 presenta un esbozo del modelo simple de salud que se está implementando a través de las reformas actuales. En las zonas rurales, los hospitales de los municipios pueden ser reconstruidos como centros comunitarios de salud (CHC) y las clínicas de las aldeas pueden llegar a ser puestos comunitarios de salud (CHS). El desarrollo de un mayor número de estos centros y puestos comunitarios de salud puede liberar a los hospitales terciarios para que ellos se concentren en problemas más difíciles de salud y puedan contribuir también al control de los costos médicos. Los centros y puestos comunitarios de salud —convenientemente y más baratos para los pacientes— asisten en los problemas generales de salud. Bajo la nueva política, los CHC y CHS pueden ofrecer atención de salud de gran amplitud e integrada, combinando los siguientes seis elementos⁵:

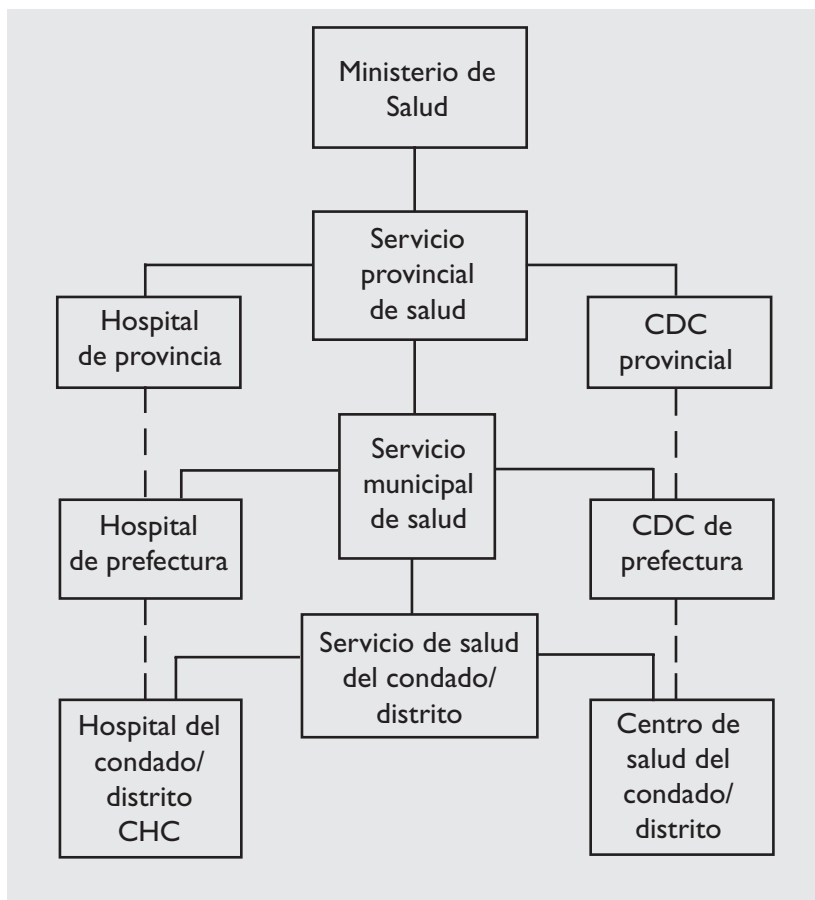
- prevención de las enfermedades
- educación y promoción de la salud
- atención materna e infantil
- provisión de servicios de planificación familiar
- tratamiento clínico de las enfermedades comunes
- rehabilitación basada en la comunidad

Los centros y puestos comunitarios de salud podrían constituir, de esta manera, los hospitales y clínicas de atención primaria. El planteamiento consiste en transformar las facilidades de salud existentes en centros y puestos comunitarios de salud en vez de desarrollar facilidades completamente nuevas. Se están proporcionando incentivos a las ciudades para que establezcan puestos pilotos de salud, y algunas ya han creado estructuras preliminares de CHS. Para el año 2005, todas las ciudades deberían tener un sistema instalado y algunas deberían haber establecido un sistema amplio de CHS. Los asuntos y objetivos que deberían ser abordados en el desarrollo de centros y puestos comunitarios de salud incluyen los siguientes:

- capacitación apropiada para los trabajadores de la salud
- alcance de la atención (el paquete de servicios) a ser proporcionada

⁵ Ministerio de Salud, 1999.

Gráfico 5. Estructura del sistema de salud después de la reforma actual



- mecanismos de recaudación de fondos, especialmente de aquéllos que facilitarán el acceso del pobre y del vulnerable a los servicios
- registros de gestión de las enfermedades eficaces en función de los costos
 - integración de los servicios de atención preventiva y curativa para ser provistos en locales de salud bien organizados
 - disminución del volumen de demandas inapropiadas de servicios en los hospitales (secundarios) a través de un sistema de referencia efectivo de los centros y puestos comunitarios de salud.

Reformas adicionales del sector salud

La gestión farmacéutica

El gobierno ha identificado un problema importante debido a que una gran proporción del ingreso de los trabajadores médicos se deriva de la venta de productos farmacéuticos, que a menudo se prescriben en exceso. Se han introducido varias medidas para abordar esta preocupación, incluyendo las siguientes:

- Separar la contabilidad de los ingresos provenientes de los productos farmacéuticos de los de otras fuentes: El gobierno local recaudará los ingresos netos de los fármacos y decidirá cuanto le corresponde al hospital, como es el caso de la provincia de Sichuan donde el plan es limitar la proporción del ingreso total de los productos farmacéuticos al 60 por ciento para los servicios primarios.
- Establecer incentivos para que los hospitales dejen de adquirir sus propios productos farmacéuticos y emplear una agencia de adquisición de fármacos compartida por varios hospitales: En Shenzhen, por ejemplo, el gobierno municipal se hizo cargo de la adquisición de remedios.
- Introducir la competencia: Los pacientes a los cuales un hospital les ha prescrito remedios podrán adquirir fármacos de las farmacias privadas en vez de ser forzados a comprar del hospital.
- Control de costos: El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social está revisando la lista de productos farmacéuticos a fin de identificar qué fármacos pueden constituir un reclamo dentro del nuevo programa de salud básico.

Seguro médico básico (SMB)

Las reformas del seguro médico deben abordar los cambios derivados de la reestructuración de las empresas estatales así como del creciente número de trabajadores jubilados. Las reformas del servicio médico tienen como propósito abordar los crecientes costos de la atención médica. Las reformas contempladas por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social buscan el desarrollo de un esquema unificado de seguro médico básico que podría eventualmente cubrir a todos los empleados y a los jubilados.

Los fondos provendrán de los empleadores y empleados. El

empleador aporta el 6 por ciento del salario anual del trabajador por cada empleado y el empleado aporta el 2 por ciento de su salario anual. El financiamiento se divide entre dos elementos: una cuenta de ahorro individual y una cuenta que constituye una bolsa común. La cuenta individual tiene como propósito asegurar que el individuo tenga interés en minimizar los costos del tratamiento, puesto que algunos de estos costos se pagan con cargo a esa cuenta. La línea de referencia es el 10 por ciento del salario anual del trabajador y el tope para los gastos médicos será de cuatro veces el salario anual del trabajador. El ministro está considerando también un plan para casos de enfermedades serias.

El seguro médico cubrirá el tratamiento en los centros y puestos comunitarios de salud así como en los hospitales de niveles más altos, e incentivará el uso de los puestos y centros de salud otorgándoles tasas de reembolso mayores por los servicios realizados allí. El seguro médico básico puede también ser utilizado plenamente como un medio para que los empleados del gobierno mantengan su acreditación.

Bibliografía

- China Health Yearbook Editorial Committee. 1998. *China Health Yearbook 1998*. People's Health Press House. Beijing.
- _____. 1999. *China Health Yearbook 1999*. People's Health Press House. Beijing.
- Huang YC. 1999. "Experience and Lessons from Chinese Health Policy Focused on Prevention." International Conference on Health Care for Tomorrow's China. Beijing.
- Ministry of Health. 1993. Research on National Health Services: Analytical Report on the First National Health Services Survey. Beijing.
- _____. 1998. Research on National Health Services: Analytical Report on the Second National Health Services Survey. Beijing.
- _____. et al. 1999. Some Decisions and Guidelines on Developing Community Health Care Services in Cities. Beijing.
- National Health Economics Institute. 1999. "Estimate of Total National Health Expenditures in 1996." *Chinese Health Economics* 18(1):29-31.
- Song Wenge. 1999. "Reform Issues and Challenges Faced by the Urban Health Care System in China." International Conference on Health Care for Tomorrow's China. Beijing.

- Wei Y et al., eds. 1999. *China's Network for Training and Research in Health Economics (1997-1998)* (antología). Medical University Press. Beijing.
- Zhao YX, Gao GY, y Du LX. 1999. "Influence Factors Analysis of Total Health Expenditure in China." International Conference on Health Care for Tomorrow's China. Beijing.

CAPITULO V

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

**Activar el pluralismo
en el trópico.
Reforma de la atención
de la salud en Colombia**

Juan Luis Londoño



**Instrumentos de asignación
de los recursos de salud:
la experiencia
en las Filipinas**

Juan M. Flavier

Página en blanco a propósito

Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia

Juan Luis Londoño
Ministro de Salud, 1992-1994

Durante la década de 1990, la fiebre de reforma en el sector de la salud se expandió por toda América Latina. La mayoría de los países de la región analizaron diferentes opciones para sus reformas, pero pocas fueron muy lejos en el proceso de adopción de decisiones. Colombia es una de las excepciones. El entorno competitivo creado por el nuevo sistema establecido en 1993 condujo a la extensión de la cobertura del seguro a aproximadamente 22 millones de colombianos, la creación de 25 organizaciones semejantes a una HMO y la movilización de recursos nuevos equivalente a más del 3 por ciento del PIB.

Este documento describe las principales características del sistema, al que nos referiremos como pluralismo estructurado¹ o competencia administrada en el trópico, haciendo hincapié en los aspectos de implementación del diseño técnico, el cambio institucional y los temas políticos de la reforma. Muchas enseñanzas interesantes (tanto positivas como negativas) para otros países en desarrollo pueden obtenerse de esta experiencia.

A principios de la década de 1990, el sistema de la salud de Colombia tenía dos características sobresalientes: una de las tasas de cobertura del seguro social de salud más bajas de América Latina y la composición del gasto público en atención de la salud más regresiva de la región. Sin embargo, a principios del nuevo siglo, la Organización Mundial de la Salud describía al sector de salud de Colombia como el más eficiente en el mundo en desarrollo y el más equitativamente financiado en todo el mundo. ¿Qué ha ocurrido para que un país conocido principalmente por su violencia, movimiento guerrillero y tráfico de drogas haya logrado una transformación tan espectacular?

Analicemos el proceso de cambio. La primera sección de este trabajo describe el sistema de salud antes de la reforma. La segunda presenta los principios del nuevo sistema, y la tercera describe los principales componentes del mismo. La cuarta analiza los principales pro-

¹ Para una descripción más general del pluralismo estructurado, véase Juan Luis Londoño y Julio Frenk (1997).

blemas técnicos, institucionales y políticos enfrentados durante la fase de implementación de la reforma. La quinta resume los principales logros en cuanto a la movilización financiera, cobertura del seguro, equidad y eficiencia. La sexta sección bosqueja algunas enseñanzas derivadas de la experiencia colombiana que podrían ser útiles en el diseño de reformas del sector de la salud en otros países.

El sistema de atención de la salud de Colombia a principios de la década de 1990

A principios de la década de 1990, la evolución de la atención de salud en Colombia había sido configurada por el impulso de una rápida transición epidemiológica y demográfica que contrastaba con una dinámica institucional y financiera estancada. Esta combinación de factores había conducido a elevados costos en la atención de la salud de los segmentos más pobres de la población y a una creciente segmentación en el acceso del público a los servicios de salud.

Los indicadores agregados de salud mostraban un país que registraba un cambio rápido. La esperanza de vida de la mujer había aumentado de 52,3 años en 1950 a 63,5 años en 1970 y 72,3 años en 1990. La tasa global de fecundidad se había reducido desde 6,6 en 1960 a 2,6 en 1990. En 1994, la tasa de mortalidad infantil era aproximadamente un séptimo de lo que había sido en 1960,² una mejora más rápida que la de cualquier otro país en el mundo durante ese período. La participación de las enfermedades contagiosas entre las causas de mortalidad se había reducido del 60 por ciento en 1950 al 15 por ciento en 1990. La carga de la enfermedad, que en 1990 era de 170 DALYS por 1.000 personas, era inferior en un 25 por ciento a la del resto de América Latina. Y todo esto se había logrado con gastos en salud —privados y públicos— equivalentes al 5,1 por ciento del PIB entre 1970 y 1991, una cifra no muy diferente de lo que podría haberse esperado para un país con un grado similar de desarrollo.

Sin embargo, la situación era menos favorable en términos de la equidad del usuario, resultados, acceso y financiamiento de los servicios de salud. La tasa de mortalidad infantil en las clases media y alta de Colombia se había reducido a niveles similares a las de los países desarrollados, pero las comunidades pobres todavía mostraban una tasa de mortalidad infantil de más de 200 por 1.000. El acceso a los servicios de salud para grandes segmentos de la población era bastante li-

² UNICEF, *World Report on Children*, 1999.

mitado. En 1992, alrededor del 25,1 por ciento de los que se enfermaban carecía de acceso alguno al sistema de salud. Esta restricción afectaba al 34 por ciento de los deciles más pobres y solamente al 2 por ciento de los deciles más prósperos. Los profesionales capacitados en la atención de salud estaban ausentes en el 22 por ciento de los partos registrados. Para agravar esta situación, el peso financiero de los servicios de salud recaía sobre los de población más pobre. En 1992, los deciles más carenciados reportaban un gasto equivalente al 18 por ciento de su ingreso destinado al pago de hospitales, doctores y medicinas, mientras que los deciles más ricos gastaban menos del 3 por ciento de su ingreso en atención de salud en el mismo período.

Este alto grado de desigualdad de los usuarios, dentro del contexto de resultados bastante buenos en la salud global, es un indicador de los problemas sistémicos, institucionales y financieros que encaraba Colombia al comienzo de la década de 1990. Los gastos en atención de salud estaban excesivamente dispersos. Los gastos de bolsillo de las familias representaban más del 50 por ciento del gasto total en atención de salud, un porcentaje superior al que podría esperarse en promedio para un país con un grado similar de desarrollo. Este costo directo en la atención de la salud, que afectaba en forma desproporcionada a los pobres, se identificó como el principal obstáculo para el acceso universal a los servicios de salud. En realidad, una encuesta llevada a cabo en 1992 reveló que el costo de los servicios para los grupos pobres de la población constituía una barrera cuatro veces más importante que la falta de doctores o instalaciones.

La extrema fragmentación del financiamiento de los servicios de salud fue el resultado principalmente del bajo nivel de desarrollo de la seguridad social del país. En 1992, a pesar de más de 40 años de desarrollo del sistema de seguridad social, menos del 20 por ciento de la población estaba afiliada al régimen, una cifra muy baja comparada con el 57 por ciento para toda América Latina³. Había innumerables reclamos de corrupción, ineficacia y falta de servicios de buena calidad en el Instituto de los Seguros Sociales, y muchos grupos de la población estaban buscando una alternativa. Las cifras mostraban, en realidad, que el aparente monopolio del Instituto de los Seguros Sociales había comenzado a ser neutralizado por la emergencia gradual de un sistema de medicina de grupo con diferentes planes para distintos segmentos de población. Los empleados del gobierno —especialmen-

³ En realidad, en 1990 solamente Honduras, Guatemala, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador tenían una cobertura de seguridad social inferior a la de Colombia. Además, todos ellos tenían niveles menores de desarrollo económico y social.

te en las empresas públicas y las agencias locales— habían desarrollado espontáneamente un sistema paralelo de organizaciones proveedoras (28 cajas de previsión). Las familias de los empleados de las empresas privadas grandes recibían algunos servicios de salud de un sistema de organizaciones de cooperativas (más de 50 cajas de compensación). Desde mediados de la década de 1980, los grupos más prósperos se estaban asociando a un sistema médico de pago anticipado que crecía rápidamente con más de 20 instituciones nuevas. Y las familias de bajos ingresos estaban experimentando con un gran número de cooperativas y organizaciones mutuales. Empero, este desarrollo institucional espontáneo tenía sus inconvenientes, generaba duplicaciones innecesarias de gastos (con un porcentaje significativo de la población reportando afiliación dual), ofrecía muy pocos incentivos para el ahorro de recursos, y en vez de aumentar la habilidad de la población para trasladarse de una opción a otra, estaba definitivamente segregándola y segmentándola.

En términos generales, la reducida cobertura y el alto costo de los servicios para los sectores más pobres de la población eran esencialmente el resultado de la ineficacia e inequidad general del sistema público de salud. El Ministerio de Salud se concentraba en el financiamiento directo y en la administración de un sistema de hospitales de atención secundaria y terciaria, pero estas instituciones tenían una tasa de ocupación de menos del 50 por ciento y un nivel muy bajo de productividad. El ministerio también había desarrollado una extensa cadena de centros y puestos de salud que no eran utilizados ni aceptados por un gran porcentaje de la población. Los doctores, laboratorios y farmacias del sector privado proveían muchos servicios y medicinas para los pacientes ambulatorios más pobres. Además, los recursos públicos no se orientaban hacia la población más pobre: alrededor del 40 por ciento de los subsidios oficiales para los hospitales públicos beneficiaban al 50 por ciento más próspero de la población. En realidad, los estudios sobre el impacto del gasto público de salud indicaban que Colombia en esa época, tenía el sistema más regresivo en toda América Latina⁴. Esta regresividad emanaba de la concentración del gasto en las grandes ciudades, la falta de consistencia entre las prioridades públicas y las enfermedades que más afectaban a los pobres, y el uso sin costos de los hospitales públicos por aquéllos con habilidad para pagar. Los esfuerzos para transformar el sistema público a través de la transferencia de los centros de salud a los gobiernos municipales originaron enormes problemas técnicos y políticos.

⁴ CEPAL, 1994.

Así, a principios de la década de 1990, el sistema de salud colombiano enfrentaba enormes dificultades al tratar de proveer un servicio de atención universal de salud de manera eficiente y equitativa. Más del 80 por ciento de la población no tenía seguro y más del 25 por ciento no tenía acceso alguno a servicios de salud. Si se hubiera mantenido este anticuado sistema público, y el altamente disperso y segmentado sistema privado, la provisión de cobertura para todos los colombianos hubiera conllevado también un esfuerzo demasiado grande y un desafío institucional muy complejo.

Principios de la reforma

Las circunstancias mencionadas antes estimularon la discusión sobre posibles sistemas de reformas, aprovechando los logros e instituciones existentes. La discusión comenzó en forma separada en cada uno de los diversos componentes del sistema de salud. Por ejemplo, desde principios de la década de 1980, el Instituto de los Seguros Sociales había dado a conocer los límites del financiamiento basado en el impuesto sobre la planilla de sueldos y salarios y había solicitado fondos públicos para expandir su cobertura. A mediados de los años de 1980, agencias locales y especialistas en salud pública habían comenzado la discusión sobre alternativas para el sistema de gestión centralizada de los servicios salud. A fines de la década de 1980, las compañías de seguro habían demandado la reglamentación de los florecientes sistemas médicos de pago anticipado. Pero esta amplia gama de perspectivas parciales entorpecía la posibilidad de adoptar decisiones acerca de los crecientes problemas del sistema como un todo.

La discusión sobre la reforma del sector de la salud logró un considerable ímpetu en 1991 dentro del contexto de la reforma constitucional de la nación. Después de cinco meses de intenso debate se llegó a un acuerdo sobre varios principios constitucionales relacionados con la atención de la salud en Colombia y éstos sirvieron de base para discusiones subsecuentes de la reforma del sector. La Constitución de 1991 estipuló que las reformas del sector de la salud deberían adherirse a los principios clásicos de la seguridad social, es decir, la universalidad, solidaridad y eficiencia. Estableció además que tales reformas deberían ser financieramente sustentables y deberían involucrar una variedad de agentes públicos y privados.

Teniendo en consideración estos principios constitucionales, el gobierno y varios grupos del Congreso y de la sociedad civil trabajaron durante dos años sobre las propuestas que en 1993 llegarían a inte-

grar la Ley 60 sobre descentralización de los servicios sociales y la Ley 100 sobre reforma de la seguridad social⁵. Además de la incorporación de los principios constitucionales mencionados anteriormente, estas leyes incorporaron otros principios relacionados que están recibiendo aceptación internacional tales como la globalidad de la atención, la calidad de los servicios, la descentralización de los recursos y responsabilidades, y la armonización e integración de las decisiones de política relacionadas.

Lo extraordinario del caso colombiano es la forma única en que otros principios controversiales en muchos países se incorporaron en el sistema de seguridad social: el seguro, la equidad, la competencia y la libertad de elección.

- La ley colombiana generalizó *el seguro* como principio de organización de los sistemas de salud, y la totalidad de la población colombiana deberá inscribirse en el sistema de seguridad social antes del año 2001. De esta manera se descartó la visión tradicional de la atención de la salud como un problema de asistencia pública.

- Para lograr *la equidad*, la ley reforzó la naturaleza pública del financiamiento de la atención de la salud, levantó las barreras al cambio de una institución a otra y proveyó planes para la inclusión gradual de los grupos de población más pobres en los beneficios y en los planes de seguridad social. En consecuencia, fortaleció el financiamiento público a través de contribuciones obligatorias de las familias de los trabajadores prósperos y a través de la asistencia del gobierno a las familias más pobres.

- Permitió y promovió activamente *la competencia* en la provisión de los servicios por proveedores independientes y, más importante, en la provisión global de éstos por agencias diferentes del Instituto de los Seguros Sociales.

- En consonancia con esto, también reforzó el principio de libertad de *elección* de las familias entre varias instituciones proveedoras de servicios generales de salud.

Desde una perspectiva política, el crecimiento espontáneo de sistemas de salud múltiples que servían a diferentes grupos de la población había generado fuerzas e intereses que impedían la adopción de opciones de reforma extremas que podrían haber sido más pertinen-

⁵ Las múltiples propuestas, los procedimientos de negociación y los conflictos que rodearon al borrador de legislación se describen en Londoño y Paredes (1994), y en Londoño y González (1994).

tes en otros países latinoamericanos, tales como entregar el sistema totalmente al Estado y/o al gobierno municipal o al sector privado. Las fuerzas políticas pluralistas que operaban en Colombia en esa época podían reconciliarse solamente a través de una ley que estableciera un sistema de normas y condiciones de igualdad para todos los participantes en el nuevo sistema.

El diseño de la reforma

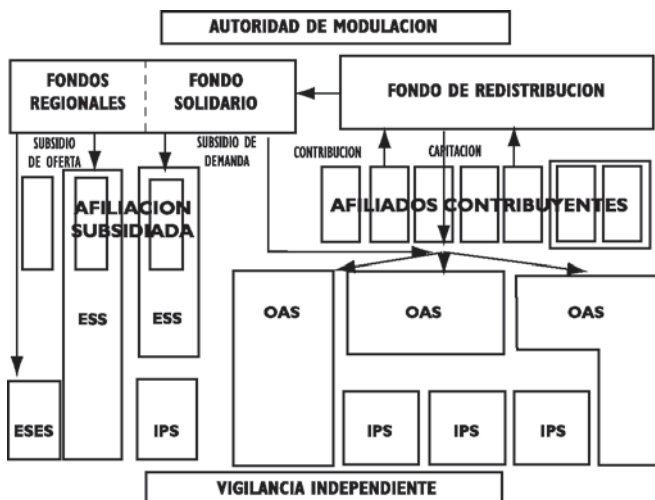
La Ley 100 de 1993 establece normas para un sistema pluralista que posibilita, a través del financiamiento público, la competencia y la libertad de elección, pugnar por el acceso a la seguridad social en salud dentro del contexto de la equidad y la eficiencia. Los 98 artículos de la ley, contenidos en 36 páginas, constituyen los cimientos de los principios generales de un nuevo sistema y encargan el desarrollo operativo del mismo a una junta nacional.

El nuevo sistema pluralista de salud

El sistema colombiano puede caracterizarse como un pluralismo estructurado, con financiamiento público para un paquete de servicios de salud personal. La esencia del sistema reside en el diseño de las instituciones y de los incentivos globales para universalizar el acceso de la población al régimen.

Diseño institucional: el diseño de las instituciones permite que agentes especializados lleven a la práctica las funciones del sistema de salud, esto es, la modulación, el financiamiento, la coordinación y la provisión de los servicios de acuerdo con las siguientes directrices (gráfico 1):

- Se separó la modulación del financiamiento y la provisión de los servicios de salud. Se creó una junta nacional de salud que tiene potestad normativa total sobre el sistema, y deja las tareas de administración y asistencia técnica al Ministerio de Salud. La provisión de los servicios se desplazó desde el Ministerio de Salud a agencias locales y empresas públicas independientes. Para la supervisión y vigilancia se organizó la Superintendencia de Salud como una entidad especializada e independiente.

Gráfico 1. Un modelo de pluralismo estructurado en Colombia

- Se separó el financiamiento de la provisión de los servicios a través de la creación de un fondo nacional de salud (Fondo de Solidaridad y Garantía) independiente de las organizaciones de seguridad social.

- Se separó la provisión de los servicios de salud de las organizaciones que se especializan en la coordinación de los mismos. Para lograr esto se adoptaron las siguientes decisiones: (1) tener autoridades en diferentes zonas del país especializadas en la provisión de servicios de salud pública que constituyan bienes públicos que tengan grandes externalidades; (2) tener agencias especializadas independientes privadas o públicas (proveedoras de servicios de salud personal, o IPS por la sigla en español) que se financian principalmente con las ventas de servicios de salud personal; y (3) incentivar la fundación de organizaciones de coordinación del servicio de salud (EPS, la sigla de las empresas promotoras de salud) que van más allá de la simple administración del riesgo (con la modalidad de las compañías de seguros tradicionales) para participar también en la adquisición de servicios y en la organización de redes para el acceso a los servicios y representación del usuario.

De esta manera, la ley colombiana creó un sistema con agentes especializados de acuerdo con su función, cuya novedad reside en el papel central de las EPS como agencias de coordinación que vinculan a diversas poblaciones con distintos proveedores⁶.

⁶ Dov Chernichovsky ha considerado este sistema como un modelo de dos mercados, el primero para la competencia por la afiliación de las poblaciones, y el segundo para que los grupos de proveedores compitan para vender sus servicios.

Diseño de incentivos globales: Se diseñaron incentivos globales para promover formas de competencia en el entorno donde es menos probable que fallen los mercados, es decir, en la provisión integrada de los servicios. La competencia en el financiamiento es minimizada al reforzar la naturaleza pública de los servicios provistos, a través de una contribución obligatoria (del 12 por ciento) proveniente de las familias. Este sistema obligatorio de pago anticipado debe llegar a ser una forma de autofinanciamiento. La ley no provee subsidios para la población con capacidad de pago. El objetivo fue minimizar los efectos más adversos de la competencia (tales como la dispersión de los servicios y la segmentación de los mercados) y la libertad de elección (comportamiento oportunista o riesgo subjetivo) a través del agrupamiento de los servicios en un paquete de beneficio universal, asegurando elección y movilidad a la población y mediante el establecimiento de la familia como punto central de las decisiones.

La competencia se concentra entonces en sistemas integrados de provisión de servicios. Se estableció un paquete universal —íntegro y semiglobal— de servicios de salud proporcionado por las EPS a sus miembros. Estos contribuyen al fondo nacional de salud de acuerdo con su capacidad financiera y el fondo le paga a las EPS seleccionadas un honorario por cada familia de acuerdo con el nivel de riesgo esperado de dicha familia. Para garantizar el acceso a este paquete, el fondo paga a cada EPS un honorario per cápita ajustado por el riesgo basado en el género, la edad (cinco grupos), y la densidad de la población en el lugar de residencia (dos grupos)⁷. Basado en este pago global per cápita —que en promedio es de US\$120 por persona por año—, la EPS seleccionada pone a disposición de la familia una red de servicios que se ha organizado a través de la contratación o del uso de sus propios proveedores, asegurando en todo caso, libertad de elección entre varios proveedores. Las familias que contribuyen a este sistema tienen la opción de afiliarse a cualquiera de las EPS por el período mínimo de un año y las organizaciones no pueden rechazar a las personas que desean afiliarse o renovar sus contratos. En vez de competencia de precios el sistema colombiano busca promover la competencia en la calidad de los servicios.

⁷ La ley también requiere la creación de un fondo de reaseguro para los casos de enfermedades catastróficas que todavía no ha sido implementado.

La inclusión de los pobres

La principal fuente de desigualdad en el antiguo sistema era la marginalidad de la población más pobre en el acceso a los servicios y al seguro. Para tratar este problema, la ley nueva exigió la creación de un sistema especial. La atención se concentró en la incorporación del 30 por ciento de la población que se ubicaba por debajo de la línea de pobreza (en el año 1993) dentro de este programa de seguridad social “subsidiado”. La concentración en los más pobres tuvo por objeto acelerar el cambio a fin de facilitar la universalidad del acceso a la cobertura. La nueva ley exigió la asignación de recursos públicos específicos para este propósito, combinando el 1 por ciento de la contribución de las familias con capacidad para pagar con un porcentaje fijo del ingreso público reservado específicamente para el financiamiento de los servicios de salud a través de los departamentos y las municipalidades. Se estableció un vínculo de transición para la incorporación gradual de la población en el sistema de pluralismo estructurado.

Este vínculo de transición tenía tres componentes. El primer componente fue la reestructuración de la forma en que se financiaban los servicios públicos de salud. La reforma estableció un fondo de solidaridad (con recursos que excedían los US\$250 millones en 1996) para financiar subsidios directos al usuario por su calidad de miembro en el sistema de seguro, para ser cofinanciado empleando el 60 por ciento de los recursos que la nación envía a las municipalidades para servicios de salud. Este procedimiento posibilitó la creación de un fondo para financiar cupones o subsidios de demanda. También facilitó una transición gradual desde el financiamiento público tradicional de los hospitales por partida presupuestaria y por programa hacia un sistema de financiamiento basado en los resultados diseñado alrededor de un presupuesto más general y proactivo.

El segundo componente del vínculo de transición fue el cambio de la responsabilidad pública desde el financiamiento de “niveles de atención” hacia el financiamiento de paquetes específicos de servicios de atención o intervenciones de la salud. El objetivo a mediano plazo de la ley fue la incorporación del 100 por ciento de la población más pobre en el plan global de beneficios proporcionados por las EPS. En el corto plazo la atención se concentró simplemente en la rápida universalidad del acceso al paquete básico de beneficios destinados a combatir las enfermedades transmisibles y en la atención de la salud de la madre y el niño. La ley dispuso la expansión gradual de este paquete básico hasta incluir todos los servicios comprendidos en el plan universal de beneficios. El paquete inicial fue financiado con un

pago per cápita de aproximadamente US\$70 por persona, y se asignó a la municipalidad la responsabilidad de empadronar a toda la población en cada zona.

El tercer componente del vínculo de transición fue la agrupación de las agencias especializadas de promoción para acelerar la formación de las EPS y así facilitar el registro de la población más pobre en todo el territorio nacional. Las instituciones de la seguridad social cubrían a lo sumo el 30 por ciento de las 1.040 municipalidades en el país; por consiguiente la ley dispuso que se desarrollaran dos tipos especiales de EPS: agencias públicas y empresas comunitarias de la salud (empresas solidarias de salud, ESS). A través de la modalidad de agencia pública, los hospitales públicos podían constituir asociaciones entre ellos o con proveedores no públicos para ofrecer la calidad de miembro a los sectores más pobres de la población a cambio de un pago per cápita. La segunda modalidad incluyó el desarrollo de dos tipos diferentes de organización comunitaria de la salud. En las zonas del país en las cuales ya existían EPS, especialmente en las afueras de las grandes ciudades, las organizaciones comunitarias de la salud podían servir como alianzas de usuarios para la adquisición colectiva de paquetes de servicios de las EPS, empleando los recursos asignados a las comunidades para ser canalizados a las EPS de su elección. En las zonas del país donde no existían EPS, especialmente en las zonas rurales, las organizaciones comunitarias de la salud podían contratar los servicios de proveedores independientes o de grupos de salud contratados para ese propósito por la comunidad.

Así, a través del incentivo proporcionado por el pago per cápita, la integración de los servicios de salud en un paquete universal y el financiamiento directo de la demanda, los sectores más pobres de la población pudieron unirse gradualmente al resto de la población como participantes en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Entre los principales mecanismos para la transformación del sistema de salud pública, la ley estableció la extensión gradual a los sectores más pobres de la población la facultad para ejercer su derecho de libre elección y sus opciones de salida.

Problemas de implementación de la reforma

Las leyes 60 y 100 de 1993 establecieron un marco general para la reforma del sistema de salud de Colombia sin proveer detalles específicos sobre cómo debería implementarse. Esta imprecisión otorgó a estas leyes una flexibilidad enorme, que se transformó en uno de sus

principales activos, pero también implicó consecuencias adversas. La vaguedad de las dos leyes sin duda simplificó su negociación política en el Congreso. Pero si bien esta falta de complejidad durante la primera fase de las negociaciones permitió posponer la erupción de conflictos potenciales que se estaban fraguando en ese tiempo, ellos explotaron durante la fase de implementación.

El proceso de ejecución produjo resultados notables durante los primeros 80 meses de su existencia, pero no faltaron los problemas. Las dificultades que se enfrentaron pueden clasificarse en tres grupos principales, que serán examinados a continuación:

- problemas técnicos
- problemas relacionados con el cambio institucional
- problemas que involucraban conflictos políticos

Las páginas siguientes describirán algunas de las experiencias personales del autor de este estudio⁸ durante la adopción de decisiones acerca de estos tres problemas de ejecución y presentarán además la información disponible en esa época, junto con algunas de las soluciones alcanzadas.

Problemas de ejecución que implicaban asuntos técnicos

Los problemas técnicos que surgieron durante la puesta en práctica de estas leyes fueron extraordinarios. El cálculo de los parámetros básicos del nuevo sistema competitivo requería información que no existía *ex ante*; tampoco se disponía de metodologías precisas validadas por la experiencia internacional. Consecuentemente, los funcionarios del Ministerio de Salud se vieron forzados a llevar a cabo tanteos que podrían sorprender a los analistas técnicos. Las principales dificultades técnicas se centraban en: (1) la definición del paquete de beneficios, (2) el ajuste por riesgo del pago per cápita, (3) la forma de transición desde los subsidios del lado de la oferta a las subvenciones del lado de la demanda, (4) el tamaño y las funciones de las EPS, y (5) la metodología para orientar el subsidio público hacia los grupos de población más pobres. Examinemos brevemente cada uno de estos cinco problemas técnicos de ejecución de la reforma.

⁸ El autor fue Ministro de Salud entre 1992 y 1994, durante el tiempo de la creación de las propuestas, su discusión y aprobación por el Congreso, y el desarrollo de los primeros pasos hacia su implementación.

El paquete de beneficios: Como se señaló, el sistema incluía un paquete de beneficios básicos de transición para la población objetivo del subsidio público y un paquete global de beneficios. La definición del paquete básico de transición se basó en criterios técnicos. Se desarrolló un ejercicio para evaluar la carga de una enfermedad basado en la metodología sugerida por Murray⁹. Se emplearon parámetros internacionalmente aceptados de eficacia, y se obtuvieron datos empíricos de costo confiables. La definición del paquete fue sometida a prueba informal empleando las preferencias de varias comunidades.

Empero, la definición del paquete global de beneficios (plan obligatorio de salud o POS) implicó problemas técnicos más difíciles de resolver. Siguiendo las recomendaciones internacionales, la metodología inicial consistió en la preparación de paquetes que incluyeran tratamientos que demostraran eficacia internacionalmente bien documentada en función de los costos. Pero esta metodología resultó de escasa utilidad cuando llegó el momento de adoptar verdaderas decisiones. La ley prohibía excluir problemas o diagnósticos pero permitía la exclusión de tratamientos no eficientes y de costo mínimo. La definición precisa de procedimientos y costos estándar es extremadamente difícil en un entorno con escasa competencia, y el costo del mismo procedimiento en diferentes hospitales varía en proporciones de 1 a 5. Además, para un gran número de tratamientos no se disponía de cifras fidedignas eficientes y de bajo costo. Por consiguiente, después de un año de trabajo de más de 15 especialistas, se estableció un paquete de beneficios que limitaba los procedimientos en vez de especificar las áreas de diagnóstico. Se excluyeron los procedimientos de curación para problemas diagnosticados como incurables, los tratamientos no aprobados por asociaciones científicas, los procedimientos de rehabilitación no medicinales, y aquéllos para propósitos estéticos y cosméticos.

Desde el principio de la reforma no se ha logrado progresar en el sentido de crear paquetes de beneficios epidemiológicos más sofisticados o eficientes y de costo mínimo. Mientras tanto, la definición inicial ha sido ampliada informalmente por la aceptación de las demandas de los jueces por procedimientos y productos farmacéuticos nuevos e imprevistos.

El pago per cápita: La ley aprobó el establecimiento de un pago per cápita que satisfizo un requerimiento doble: que financiara un plan de salud y que a su vez fuera financiado con el ingreso recaudado a través de impuestos al ingreso. La naturaleza imprecisa de las esti-

⁹Murray, 1995.

maciones del costo de las intervenciones incluidas en el paquete de beneficios fue reforzada por la escasez de datos de riesgo para diferentes enfermedades y poblaciones. Los sistemas de control epidemiológico del Ministerio de Salud eran inadecuados para propósitos actuariales. Empero, la estimación de los costos del paquete no fue más difícil que la predicción de los ingresos de la población. Las mayores dificultades se originaron en la declaración incompleta de los ingresos en las encuestas familiares y en la definición de un método para conjeturar el nivel de ingreso promedio del primer conjunto de población que se incorporó al sistema. En marzo de 1994, el Consejo Nacional de Salud aprobó un pago promedio per cápita de US\$140 por persona por año, basado en información de costos y cálculos optimistas concernientes a la eficacia de los métodos de control de la evasión de impuestos. Un año más tarde el consejo fue forzado a reducir el pago per cápita a US\$120 debido los escasos resultados en el control de la evasión de impuestos.

Pero para reducir el peligro de “extraer lo esencial”, la ley proporcionó factores de ajuste para el pago per cápita basados en riesgos observables. Con base en las recomendaciones disponibles en la literatura internacional, las reglamentaciones asignaron gran importancia a los criterios de género, edad y lugar de residencia. La información disponible sobre la incidencia de cada tipo de enfermedad fue utilizada para evaluar el riesgo relativo de la enfermedad por edad y género. Para determinar la demanda posible por servicios se emplearon estimados empíricos de elasticidades de demanda para Colombia¹⁰. Sobre esta base se definió una estructura de pago per cápita para cinco grupos de edad. La sucesión tenía claramente la forma de una U. La única diferencia relacionada con el género incluía a las mujeres en edad de procrear. Por consiguiente se definieron siete grupos de edad/género¹¹. Tomando en consideración las estimaciones de los costos de transporte se agregó un 30 por ciento al pago per cápita para los individuos de zonas escasamente pobladas¹².

¹⁰ Escobar, 1990.

¹¹ El riesgo relativo, con 100 como promedio, fue el siguiente:

Edad	0 - 1	2,15
Edad	1 - 4	1,48
Edad	5 - 14	0,74
Edad	15 - 44	
	Hombres	0,35
	Mujeres	1,12
Edad	45 - 60	1,26
Edad	60 y más	1,45

¹² Se denomina “escasamente poblada” una zona con una densidad de población de menos de 2 personas por kilómetro cuadrado.

El seguimiento destinado a evaluar el nivel adecuado de esta estructura de pago per cápita —a través de un análisis adicional de la información sobre riesgos, costos y características de la población— ha sido lento. La estructura inicial de pago permanece inalterada y los ajustes anuales han seguido la evolución del índice de precios al consumidor.

La transformación de los subsidios públicos: Para financiar el sistema universal de salud, la ley demandó nuevos recursos para transformar los subsidios oficiales a las instituciones de la salud en subsidios para los afiliados nuevos basados en la demanda. La ley estableció un período de tres años para esta transición pero no hubo mecanismos específicos para su realización.

El grupo encargado de la transición no jerarquizó el diseño de este cambio, lo cual fue un gran error. El nuevo gobierno adoptó un par de decisiones que hizo muy difícil la transformación financiera del sector de atención de la salud, a saber, la duplicación de los salarios de los hospitales públicos y la adopción de un sistema de emisión de una factura de honorario por servicio. La acrecentada demanda por recursos financieros por parte de los hospitales no fue igualada por un compromiso de mejores resultados. Sin mecanismos de pago diseñados para mejorar el grado de responsabilidad y el control de costos, los hospitales monopolizaron los fondos que supuestamente subsidiarían la expansión del seguro. En 1997, el Congreso redujo esta obligación del presupuesto público a fin de asignar recursos financieros para el seguro de salud de los sectores más pobres de la población y también cambió de dirección algunos de los recursos nuevos del sistema subsidiado hacia contratos de atención de la salud con hospitales públicos. Pero los obstáculos para la transformación de los subsidios oficiales han retrasado innecesariamente el proceso de reforma de los proveedores de servicios de salud al sector público.

Organizaciones para la coordinación de los servicios de salud (EPS): Al definir las responsabilidades de los diversos agentes del nuevo sistema de atención de la salud hubo muchas discusiones acerca de las funciones precisas de las nuevas EPS y también acerca del grado de estabilidad que debería exigirse en sus actividades comerciales para minimizar el riesgo de los usuarios.

Los políticos no lograron un consenso acerca de la definición del papel de las EPS como proveedores de servicios. Se avanzaron muchos argumentos a favor de una estricta separación entre las funciones de coordinación de servicio y su provisión. La evidencia empírica indicaba que en Colombia las organizaciones puramente contractuales

rápida­mente enfrentaban problemas en el control de costos. Las regulaciones permitían cualquier posibilidad. La experiencia subsecuente indicaba que las EPS habían tratado persistentemente de formar paneles cerrados, especialmente en la atención del paciente ambulatorio. Esta ha sido un área de creciente conflicto entre las EPS, los hospitales privados y las organizaciones médicas.

En cuanto a la estabilidad de las actividades comerciales de las EPS, había numerosas voces oficiales sobre experiencias exitosas de cómo mejorar sus perspectivas de supervivencia. Manteniendo la tradición de supervisión las compañías de seguros, las variables seleccionadas para el control de las EPS fueron su capital y su grado de liquidez. El crédito inicial exigido fue de aproximadamente US\$4 millones, y una liquidez equivalente al valor de un mes de contribuciones. El requerimiento de liquidez resultó ser más restrictivo que el del capital, pero ambos han permanecido inalterados desde su adopción.

Además, y para evitar la excesiva proliferación de HMO observada en otros países, se especificó un tamaño mínimo aceptable que debería alcanzarse a fines del primer año de operación. La investigación de la literatura internacional disponible reveló que 40 mil miembros era un tamaño que disminuía la vulnerabilidad a los riesgos actuariales. Como los ejercicios empíricos relacionados con las economías de escala en instituciones similares en Colombia y en otros países no produjeron resultados concluyentes, se adoptó la cifra anterior para los planes comunitarios de salud.

Después de seis años hay evidencia de muchos incentivos para el ingreso de pequeñas organizaciones que son incapaces de alcanzar las economías de escala mínimas y reunir suficiente capital para evitar los riesgos de liquidez. A medida que el tamaño de equilibrio llegó a 100.000 afiliados, un proceso de fusiones y adquisiciones condujo a la consolidación de las EPS y a la reducción del número total de las mismas. El persistente aumento de la inversión extranjera proporcionó el capital nuevo requerido.

Llegar al pobre: La ley requería que los subsidios gubernamentales para la atención de la salud se orientaran hacia la población situada por debajo de la línea de pobreza. Las encuestas a unidades familiares del país proporcionaron suficiente información para medir el impacto e intensidad de la pobreza de la sociedad como un todo, pero el sistema de asignación de recursos requiere la identificación del grado de pobreza en cada familia. Por consiguiente, se creó un sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), basado en la observación directa de las características de las familias beneficiarias. Se emplea-

ron las encuestas nacionales de las familias para construir una serie de 15 indicadores (tales como la educación del jefe de la familia, el tamaño de la familia, la disponibilidad de agua potable, el tamaño y composición de la vivienda) para determinar el grado de pobreza de cada cual. Se estableció como requisito en cada municipalidad que el alcalde tenía que revisar la encuesta para que la municipalidad pudiera recibir cualquier transferencia de recursos del gobierno central. Se llevaron a cabo encuestas de escrutinio en más de 2 millones de familias de 1994 a 1996, incluyendo virtualmente a los 10 millones de individuos más pobres, desembolsándose aproximadamente US\$3 millones en el proceso. El sistema de identificación de los beneficiarios fue muy efectivo para ubicar las poblaciones más pobres del país y se le ha utilizado para calcular los subsidios en otras áreas como vivienda y nutrición.

De acuerdo a evaluaciones formales, el mecanismo de determinación de objetivos resultó exitoso, con un error de tan sólo un 12 por ciento en la identificación del pobre. La inclusión de un millón de no pobres entre las categorías de los más pobres no fue el resultado de errores técnicos sino más bien del manipuleo de la información por ciertos políticos locales y por la incapacidad de las autoridades para controlar el manejo de los datos. Sin embargo, el sistema aún necesita identificar los nuevos casos de pobreza generados por la recesión económica de 1998-2000. Cuatro millones de casos adicionales de pobreza individual asociada con el reciente aumento en el desempleo (20,4 por ciento en junio de 2000) no han sido incorporados todavía al sistema de orientación de los recursos, el cual requiere una importante actualización que refleje con exactitud la nueva situación económica del país.

Problemas de ejecución de la reforma que comprenden temas de cambio institucional

El logro del consenso político necesario para la aprobación de la ley marco del sistema de salud constituye un éxito en sí mismo, en el sentido de que señala la dirección del cambio para todas las instituciones interesadas. Pero un proceso de reforma del sistema de salud implica mucho más. La aprobación de ley marco debe estar acompañada por el desarrollo de los instrumentos técnicos para la implementación de la filosofía de la reforma. La serie de decisiones sistémicas y aquellas concernientes a cada uno de los agentes debe seguir una secuencia estratégica para maximizar la probabilidad de que el proceso de cambio sea exitoso.

La literatura internacional provee pocas directrices para la planificación de un proceso de cambio sistémico. La teoría económica da mejores instrumentos para el análisis de los resultados (basado en la estadística comparativa) que para el análisis de los procesos de cambios orgánicos de las instituciones. Por consiguiente, el desarrollo estratégico del nuevo sistema de salud en Colombia tuvo que guiarse no solamente por consideraciones técnicas sino también por intuición política aplicada de acuerdo con un propósito determinado.

Después de firmarse la Ley 100 fue necesario redactar y promulgar 25 decretos reglamentarios para tener el sistema enteramente en funcionamiento. En condiciones normales de operación de las instituciones públicas, tal proceso hubiera tomado dos o tres años. Pero debido a la dinámica política del momento —en que numerosos grupos interesados ya habían empezado a expresar su oposición al cambio y que el gobierno sólo tenía ocho meses para llevarlo a la práctica antes de que un nuevo gobierno asumiera el poder— pensé que en el transcurso de dos a tres años se impediría la reforma¹³. Por consiguiente se adoptaron decisiones estratégicas para desarrollar las regulaciones requeridas en la forma más completa posible dentro de los ocho meses que le restaban al gobierno, promover en la forma más rápida posible el desarrollo de nuevos agentes y beneficiarios y crear nuevos mecanismos para la asignación de los nuevos recursos para la salud provistos en la ley.

Un grupo integrado por quince especialistas (tres economistas, cinco médicos, cinco abogados y dos expertos en salud pública) seleccionados durante la redacción de las propuestas iniciales discutidas en el Congreso preparó propuestas para cada conjunto de regulaciones. El Consejo Nacional de Salud (organizado especialmente para este propósito) examinó cada una de estas propuestas reguladoras y enseguida el Presidente de la República expidió los decretos respectivos antes de que expirara su mandato presidencial.

Las prioridades fueron las siguientes: i) llegar a los nuevos beneficiarios; ii) definir el sistema de pago per cápita, los mecanismos de redistribución de los recursos y los paquetes de beneficios; iii) organizar las EPS y las organizaciones comunitarias de la salud y iv) desarrollar una metodología para determinar con exactitud los presuntos beneficiarios de los subsidios. No se pudo lograr consenso acerca de la definición de un sistema para garantizar la calidad del servicio, y hubo muy poco tiempo para especificar exactamente cómo podían reasignarse

¹³ En ese momento, nosotros éramos conscientes de las dificultades de implementación enfrentadas en Holanda y Perú.

los recursos antiguos y cómo serían modificadas las instituciones públicas existentes bajo el nuevo sistema. Pero se habían contratado los servicios de consultoría de un grupo de expertos de la Universidad de Harvard encabezado por el profesor William Hsiao para preparar el plan maestro de implementación, controlar la ejecución y evaluar la eficacia de la reforma del sistema salud.

La aceleración del proceso de promulgación de las normas para la implementación de la nueva ley resultó ser un factor crucial para la supervivencia del proceso de reforma. El nuevo gobierno que entró en funciones en agosto de 1994 se mostró ambivalente acerca de la reforma del sistema de salud. Empero, para ese entonces la dinámica del cambio llevada a la práctica por los afiliados nuevos, los agentes nuevos y los recursos nuevos, había generado una presión política irreversible en favor de la reforma. Y desde entonces —a pesar de la oposición de cinco Ministros de Salud y muchas iniciativas en contra de la reforma (por parte de las asociaciones de médicos o empleados públicos)—el sistema pluralista creado por la Ley 100 sigue en su lugar, con amplia aceptación popular en todo Colombia.

En los primeros seis años de la reforma, las principales dificultades han sido aquellas relacionadas con la adopción de decisiones acerca de la transición de cada uno de los agentes del antiguo sistema público. En este contexto ha emergido un cambio dinámico no anticipado. Los agentes nuevos —las organizaciones comunitarias, las organizaciones privadas y las nuevas autoridades municipales— han sido las nuevas fuentes de energía del sistema nuevo, a veces con abrumadoras respuestas frente a los nuevos incentivos. A la inversa, los agentes públicos antiguos —especialmente el Instituto de los Seguros Sociales, los cuerpos de directores departamentales de salud y los hospitales públicos— han sido mucho más resistentes al cambio. El resultado dinámico combinado ha conducido a algunas duplicaciones de recursos y a retardar el tiempo de respuesta en la provisión de los servicios, lo que ha incidido adversamente en los costos.

Problemas de ejecución de la reforma originados en temas políticos

Los temas políticos que influyeron en la implementación de la reforma no fueron de modo alguno despreciables. La forma en que se han manifestado los conflictos políticos depende de manera preponderante de la configuración del sistema en el país y del período bajo consideración. En el caso de Colombia, al comienzo de la reforma, el grado de unidad y organización de las actividades comerciales era relativamen-

te bajo, pero la mayoría de los agentes nuevos y antiguos sentaron a un representante en el Consejo Nacional de Salud, lo que ayudó a evitar conflictos de gran dimensión entre ellos al comienzo del proceso. Los problemas políticos de la primera etapa de la reforma surgieron más bien de la inestabilidad de las autoridades en el sistema. Entre tanto, la fortaleza de la organización política de la vieja guardia de agentes del sector, cuya transformación fue exigida por el nuevo sistema—los trabajadores del Instituto de los Seguros Sociales, los sindicatos de los hospitales públicos y las asociaciones de medicina especializada—comenzó a hacer que el conflicto político potencial se hiciera evidente. El período de seis años transcurridos comprende dos subperíodos con respecto al desarrollo de tales problemas políticos.

Durante el primer subperíodo de tres años, el sistema se caracterizó por la abundancia de recursos y la inestabilidad de su administración. Hubo cuatro administraciones ministeriales de salud con una duración promedio de menos de 11 meses, como ha sido la costumbre en el país en el ejercicio del cargo de Ministro de Salud durante los últimos veinticinco años y, de hecho, no muy diferente de la norma en el resto de América Latina. No importa cuán poco notable sea esta inestabilidad ministerial, ella contribuyó muy poco a la habilidad del gobierno para guiar el desarrollo estratégico del sistema, debido a la falta de continuidad relativa en los respectivos grupos técnicos. Esta debilidad creó inestabilidad en algunas decisiones claves adoptadas con relación al nuevo sistema. Por ejemplo las decisiones relacionadas con el copago fueron modificadas varias veces; la unidad de pago per cápita para el paquete básico se alteró tres veces en el año 1995 solamente. Asimismo, las instituciones públicas no fueron presionadas con fuerza para realizar los cambios necesarios. Afortunadamente, esta inestabilidad ministerial relativamente predecible fue contrarrestada por tres factores positivos de compensación. Primero, la presencia de un representante del Consejo Nacional de Salud con una tenencia de tres años en su cargo, sirvió para controlar las ambiciones potencialmente excesivas de cada nuevo ministro. La contratación de tres préstamos de bancos internacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) proporcionó un estímulo persistente para continuar con el compromiso de la reforma. Y tercero, las visitas periódicas del grupo técnico de la misión de Harvard, aportaron una voz crítica independiente cuya creciente aceptación por los diferentes agentes del sistema fue un factor importante en el avance de la reforma.

Durante el transcurso del segundo subperíodo de tres años, el sistema ha sido administrado para alcanzar mayor estabilidad institucional, a pesar de la creciente escasez de recursos derivada de la

crisis económica y fiscal actual del país. La duración promedio de los ministros de salud ha sido de dos años, o dos veces el promedio histórico. Ha surgido una capacidad de ajuste institucional mayor en respuesta a la asistencia técnica de Harvard y de los bancos multilaterales. Se ha producido una clara consolidación de las nuevas EPS compensando el persistente debilitamiento de las antiguas instituciones de seguro.

Sin embargo, en términos de administración de los escasos recursos públicos, los hospitales públicos han sido políticamente más fuertes que los nuevos agentes de atención de la salud en el régimen subsidiado. El proceso de transformación de los subsidios públicos desde el lado de la oferta al de la demanda se ha detenido, reduciendo la disponibilidad de recursos para la expansión de la cobertura del seguro de salud a los más pobres. En realidad, el régimen subsidiado con sus inmensos beneficios para los más pobres enfrenta en la actualidad su mayor desafío.

Enseñanzas adquiridas al resolver los problemas de implementación

El análisis comparativo de las reformas de los sistemas de salud a menudo enfatiza las dificultades políticas de ejecución de las mismas. Pero la experiencia de Colombia indica que los problemas institucionales y técnicos también merecen un examen cuidadoso. En las reformas del sector de la salud que hacen uso agresivo del pluralismo, los mercados y la competencia, algunos de los parámetros cruciales que podrían ayudar en la orientación del nuevo proceso no pueden determinarse con precisión, a través de la información disponible, sino hasta después de que el nuevo sistema esté instalado y caminando. En la elaboración de los estatutos jurídicos y la elección de las autoridades responsables de la adopción de decisiones no existe alternativa para el método de tanteo en la búsqueda de soluciones satisfactorias. En las reformas generales del sistema, la secuencia de las decisiones sistémicas y la especificación de los procesos institucionales de transición son casi tan importantes como los principios e ideales buscados. Asimismo, las dificultades políticas que emergen no están siempre al nivel macro o estructural y pueden consistir de elementos como la resistencia pasiva diaria de la burocracia del sector y la inestabilidad de las posiciones con responsabilidad decisoria. Afortunadamente, la experiencia de Colombia indica que no es imposible superar estas dificultades.

Desde 1993, Colombia se ha comprometido con una reforma relativamente compleja de su sistema de salud. El gobierno ha intentado desarrollar un sistema de pluralismo estructurado de proveedores

de atención de la salud que incorpora los nuevos conceptos de competencia administrada y los ha adaptado al entorno de un país en desarrollo con un elevado grado de inequidad, menor capacidad administrativa y menor capital social que muchos otros países en el mundo. Se han encarado enormes problemas técnicos y políticos en la puesta en práctica de la reforma, pero muchas de estas dificultades se han superado a través de la aplicación de la información disponible y una buena dosis de sentido común.

Resultados de los primeros seis años

Colombia todavía espera una evaluación completa del impacto de las leyes en términos de las mejoras que ellas han originado en las áreas de equidad y eficiencia¹⁴. Aunque la información preliminar disponible es en sí misma muy reveladora¹⁵, vamos a examinar los resultados logrados hasta ahora con relación a las siguientes áreas principales:

- movilización de recursos
- desarrollo institucional
- expansión de la cobertura
- logro de la equidad
- eficiencia en el sistema

Movilización de recursos

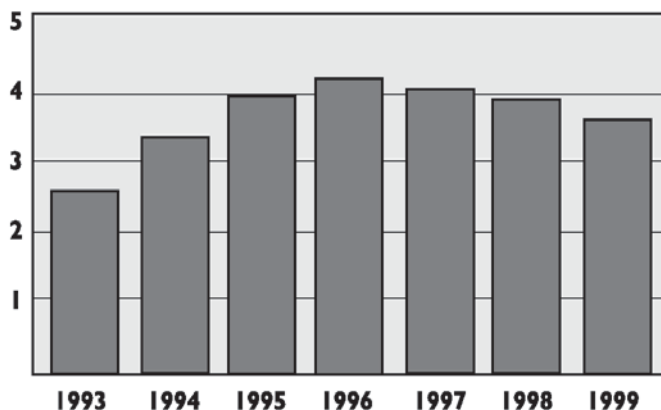
Desde 1993, el sistema ha reunido nuevos recursos públicos por un monto aproximado de US\$10.000 millones (gráfico 2). La razón entre el gasto público relacionado con la salud y el PIB total se incrementó del 2,3 por ciento en 1996 al 4,2 por ciento en 1996, aunque desde entonces ha disminuido hasta el 3,7 por ciento (2000).

Debido a que una porción del gasto público ha reemplazado las erogaciones en dinero efectivo de las familias, el nuevo gasto de la

¹⁴El grupo del proyecto para la reforma de la atención de la salud de Colombia de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard intentó una evaluación inicial de la reforma en 1996 (véase Harvard University School of Public Health 1996). Véase también Londoño (1998), Gobierno de Colombia (1999), Sánchez y Núñez (1999), González (2000), y Jaramillo, Castaño y otros.

¹⁵La información que se presenta aquí se basa en parte en el informe de Harvard mencionado antes y en entrevistas con los administradores del Ministerio de Salud, la gerencia del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, la Asociación General de Instituciones Médicas, varios directores de salud local y un analista independiente.

Gráfico 2. Gastos públicos en el sector de atención de la salud como porcentaje del PIB



Fuente: Revista Dinero, con base en la DNP e ISS.

seguridad social en salud ha alcanzado poco más del 1 por ciento del PIB.

Desarrollo institucional

El desarrollo institucional de las agencias de gestión, las organizaciones de coordinación y los proveedores de servicios, ha adquirido ímpetu. El Consejo Nacional de Salud se ha transformado en la agencia de modulación del sistema. Las agencias zonales de salud del sector público han logrado considerable autonomía en la gestión de la seguridad social en sus respectivas zonas. Después de evaluar sus capacidades institucionales y redes de información, todos los estados fueron certificados para la administración autónoma de sus respectivos sistemas de atención de salud con limitada intervención del Ministerio de Salud¹⁶.

Se han creado alrededor de 25 EPS, seis de las cuales son públicas, siete son organizaciones sin fines de lucro y doce lucrativas. La mayoría de las EPS ha resultado de la transformación de agencias que antiguamente proveían servicios médicos integrales pagados por anticipado a empleados del gobierno, familias de los empleados de grandes empresas y/o a los segmentos más prósperos de la población. Seis de las EPS son enteramente nuevas y sujetas a la interacción de las

¹⁶ El propósito del préstamo del Banco Mundial es proveer asistencia técnica y financiera a las regiones y municipalidades para la gestión autónoma de sus sistemas de seguridad social.

fuerzas del mercado, habiéndose originado en cooperativas, asociaciones de médicos, propietarios de negocios privados o inversionistas extranjeros (incluyendo empresas conjuntas con aportes de capital chileno, brasileño y español). La creación de las 25 EPS ha requerido capital por un valor de US\$150 millones. Contrario a las expectativas, las EPS no se han confinado únicamente a las grandes ciudades. En la actualidad, el 78 por ciento de las municipalidades del país tiene una EPS y más de seiscientas municipalidades tienen más de una.

Las agencias asociadas con el sistema subsidiado han experimentado un crecimiento rápido. Se han organizado 149 cooperativas nuevas de servicios de salud. De éstas, 80 proveen servicios a más de un millón de personas, especialmente en aldeas y zonas rurales escasamente pobladas. El crecimiento del sistema subsidiado en las grandes ciudades ha dependido principalmente de la asistencia de las EPS. El caso más interesante es Santa Fé de Bogotá. Con un fuerte liderazgo de la autoridad local, 19 agencias (nueve EPS, seis cajas y cuatro empresas sociales del Estado) compiten abiertamente por la inscripción de 560 mil personas de los grupos sociales más pobres y están proporcionando el paquete básico de salud a cambio del pago per cápita.

El crecimiento empresarial de los proveedores de servicio se ha incrementado marcadamente. El 83 por ciento de los 146 hospitales públicos de atención secundaria y terciaria ha cambiado su condición a la de una empresa social del Estado. De esta manera, los hospitales adquieren completa autonomía con respecto a sus activos, presupuestos y contratación de personal. Enseguida, ellos crean un consejo responsable de la administración del hospital, contratan los gerentes profesionales, y acuerdan la puesta en marcha de sistemas de contabilidad, administración, financiamiento y control de calidad¹⁷. El desarrollo de organizaciones para la provisión de servicios de salud ha sido aún más rápido. Por lo menos mil proveedores se han registrado en las cámaras de comercio de las grandes ciudades, la mayoría de ellos para la entrega de servicios atención ambulatoria de salud.

Expansión de la cobertura

El número de colombianos con seguro de salud ha aumentado desde aproximadamente 5 millones de personas en 1993 a casi 25 millones en la actualidad (véase el cuadro 1). La población afiliada al sistema

¹⁷ El propósito de uno de los préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo es la provisión de apoyo financiero y técnico para que estos hospitales logren su autonomía.

Cuadro I. Seguro de afiliación

	<i>Millones de personas</i>			
	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1997</i>	<i>2000</i>
Régimen contributivo	4,8	9,2	15,0	15,1
ISS	4,2	7,0	9,0	5,9
Otro régimen	0,6	1,0	1,5	1,5
EPS		1,2	4,5	7,7
Régimen subsidiado	0,2	3,0	7,8	9,5
Organizaciones comunitarias	0,2	1,0	2,9	3,0
EPS públicas		2,0	0,4	0,2
EPS			1,5	2,0
Otro ARS			3,0	4,3
Total	5,0	12,2	22,8	24,6
<i>Porcentaje de población</i>	<i>13,4</i>	<i>31,5</i>	<i>56,7</i>	<i>58,1</i>

basado en la contribución se ha triplicado, incrementándose en 10,3 millones de individuos. Aunque el Instituto de los Seguros Sociales fue el responsable de la mayor parte de la expansión durante la fase inicial, las EPS lo alcanzaron y en la actualidad tienen el 60 por ciento de los afiliados. Estos resultados han ocurrido con mayor rapidez que en Chile, donde les tomó a las ISAPRE cinco años para tener un millón de miembros.

El nuevo sistema de seguridad social de Colombia también se ha expandido rápidamente para incluir los segmentos más pobres de la población. En los primeros cinco años, casi 10 millones de personas fueron cubiertas por el paquete de salud básico. De éstas, 2 millones fueron cubiertas temporalmente por las EPS públicas en los dos primeros años. Más de tres millones de personas se han incorporado al sistema de cooperativas conocido como agencias comunitarias de la salud, principalmente en las zonas rurales. En la actualidad, más de cinco millones de personas pobres están cubiertas por agencias formales. Y la libertad de elección de los sectores más vulnerables de la población entre los sistemas integrados de entrega de servicios de salud, se ha expandido más rápidamente en Colombia que en Estados Unidos (los sistemas de *Medicaid* y *Medicare*).

Con los dos regímenes, la cobertura se ha expandido en un total de 19 millones de individuos. La cobertura de la seguridad social ha aumentado hasta incluir el 58,1 por ciento de la población, permitiendo a Colombia cerrar la brecha que existía entre la cobertura de su seguridad social y el promedio (57 por ciento) para América Latina.

Sin embargo, con la creciente dependencia en los impuestos basados en el ingreso, la expansión del seguro de salud es muy sensible a los ciclos económicos. La declinación del 7 por ciento en el ingreso per cápita y los 7 puntos de incremento en la tasa de desempleo desde 1998 han tenido un impacto serio en la cobertura del seguro, que ha caído tanto en términos absolutos como en la proporción de la población total.

Entretanto se ha producido una notable expansión en las tasas de utilización de los servicios de salud. El número de consultas médicas se ha incrementado en 215 por ciento durante el período de seis años, el número de personas dadas de alta en los hospitales ha aumentado en un 44 por ciento, con una gran proporción de estos servicios médicos destinados a la atención de partos. La provisión total de servicios de salud se ha incrementado en un factor de 2 en los últimos seis años.

Equidad en el sistema

La probabilidad de afiliación de una persona identificada por las encuestas familiares se expandió del 18 al 55 por ciento entre 1993 y 1997. En términos absolutos, esta expansión fue homogénea entre los quintiles de ingreso de población – 3 millones en cada uno (gráfico 3), pero en términos relativos fue mucho más grande en los quintiles más pobres. El número de personas aseguradas se incrementó por un factor de 6,6 en los quintiles más pobres y por un factor de solamente 2 en los dos quintiles más ricos. Los niveles de cobertura del seguro de salud aumentaron más rápidamente en las zonas rurales del país (por un factor de 7) que en las urbanas donde se duplicaron.

Los más pobres se beneficiaron más que proporcionalmente del nuevo flujo de recursos públicos al sistema. Las transferencias equivalentes a ingreso de servicios de salud hacia los dos quintiles más pobres aumentó en 290 por ciento, y las transferencias al 20 por ciento más rico disminuyeron en 80 por ciento. El efecto en el ingreso de la familia fue inmenso. Los quintiles más pobres recibieron el equivalente del 24 por ciento de sus ingresos en servicios de salud, tres veces más que antes de la reforma, en tanto que los cambios para la clase media fueron pequeños y los subsidios para los ricos fueron casi eliminados.

La equidad asignativa del sistema de salud ha mejorado sustancialmente (gráfico 4). El *World Health Report* identificó tres dimensiones de equidad en el sistema de salud colombiano en comparación con el resto del mundo (cuadro 2). La equidad del financiamiento

Gráfico 3. Aumento en las probabilidades de seguro por estrato social

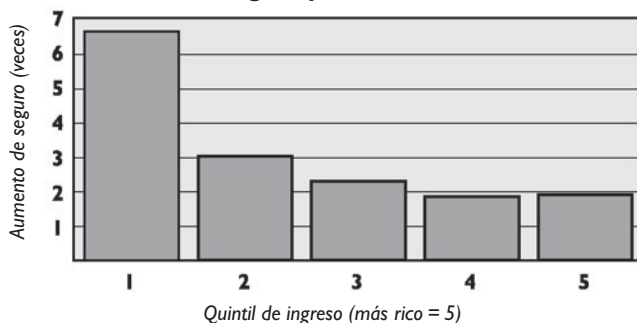
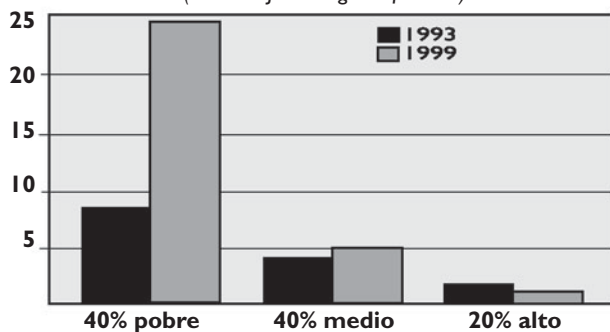


Gráfico 4. Importancia de los subsidios (Porcentaje del ingreso familiar)



Fuente: Revista Dinero, con base en F. Sánchez.

de salud es la mejor en el mundo, su equidad en los resultados en la salud es la tercera en América Latina y su equidad en el grado de receptividad en la atención de la salud es aproximadamente igual a la del promedio de América Latina.

Eficiencia en el sistema

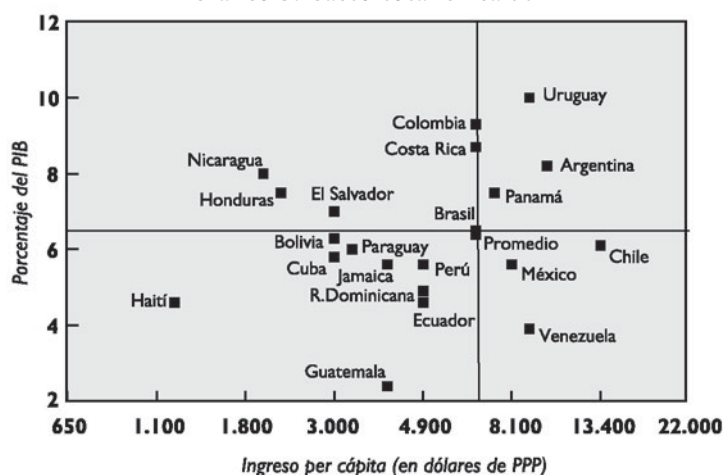
Los recursos públicos para la salud se han duplicado con creces desde que se puso en marcha la reforma. Aunque la movilización de recursos públicos fue compensada en parte por la disminución de aproximadamente un 40 por ciento en el gasto en dinero efectivo de las familias, el gasto total en salud ascendió al 9,3 por ciento del PIB, siendo éste uno de los esfuerzos financieros más elevados en el sector salud entre los países de América Latina, segundo después del de Uruguay (véase el gráfico 5).

Cuadro 2. Jerarquización de la equidad en el World Health Report

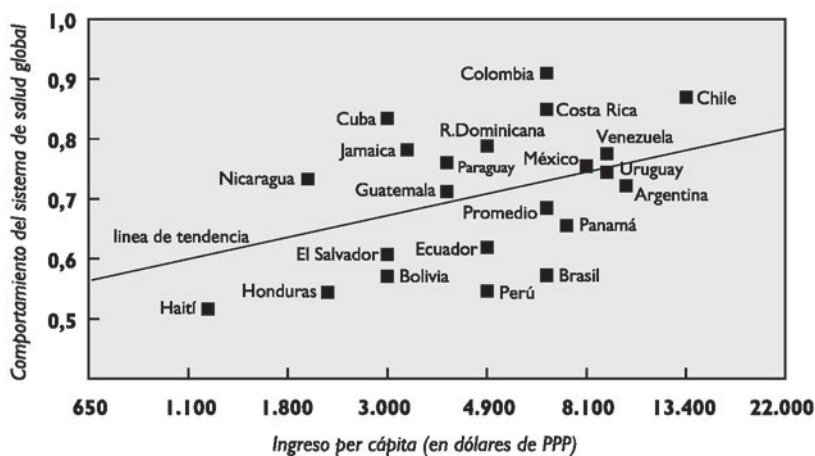
	Resultado	Receptividad	Financiamiento	Total
1	Chile	Argentina	Colombia	Colombia
2	Cuba	Uruguay	Cuba	Cuba
3	Colombia	Rep. Dominicana	Uruguay	Costa Rica
4	Costa Rica	Jamaica	Costa Rica	Chile
5	Paraguay	Brasil	Bolivia	Uruguay
6	Argentina	Costa Rica	Panamá	Argentina
7	México	Panamá	Ecuador	Venezuela
8	Uruguay	Venezuela	Argentina	México
9	Venezuela	Colombia	Venezuela	Panamá
10	Jamaica	Cuba	Jamaica	Jamaica
11	Panamá	Chile	México	Rep. Dominicana
12	Nicaragua	Ecuador	Rep. Dominicana	Paraguay
13	Rep. Dominicana	México	Guatemala	Guatemala
14	Perú	El Salvador	Haití	El Salvador
15	Guatemala	Paraguay	Nicaragua	Bolivia
16	Brasil	Nicaragua	Chile	Nicaragua
17	El Salvador	Guatemala	El Salvador	Perú
18	Bolivia	Perú	Paraguay	Ecuador
19	Honduras	Honduras	Honduras	Honduras
20	Ecuador	Haití	Perú	Haití
21	Haití	Bolivia	Brasil	Brasil

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.

La duplicación de los recursos públicos para la salud se registró paralelamente con un incremento del 200 por ciento en los servicios, como consecuencia de un incremento del 50 por ciento en el total de los recursos para la salud debido a la disminución del gasto privado. Esta simple comparación agregada muestra que como resultado de la reforma, la eficiencia global del sistema puede haberse incrementado en un 33 por ciento. Empero, la eficiencia del sistema puede ser analizada desde una perspectiva más amplia, porque el resultado del sistema no son solamente servicios, y sus insumos no son solamente los recursos financieros sino también los recursos humanos y tecnológicos. *The World Health Report* intentó estimar una medida de eficiencia. De acuerdo con ello, el sistema de Colombia ha registrado el comportamiento más eficiente en América Latina. Con su clasificación como vigésimo segundo en el mundo, el sector de la salud de Colombia ha alcanzado niveles relativos de comportamiento mejores que los de Costa Rica, Chile y Cuba, e incluso que los de Suecia y Alemania (gráfico 6).

Gráfico 5. Gasto total en salud

Fuente: Revista Dinero, con base en el anexo estadístico, World Health Report

Gráfico 6. Comportamiento del sistema de salud en América Latina

Fuente: Revista Dinero, con base en el anexo estadístico, World Health Report

Enseñanzas generales

El pluralismo estructurado desarrollado en Colombia es un concepto concreto que abarca la afiliación obligatoria, la competencia en la provisión integrada de paquetes de servicio universal y los mecanismos para la distribución de recursos del gobierno. Los mecanismos guber-

namentales de distribución controlan el gasto agregado y mejoran la equidad en la asignación de los recursos. Como una alternativa a la nacionalización del servicio de salud, a las propuestas de municipalización o privatización en boga en la actualidad en muchos países latinoamericanos, el modelo de pluralismo estructurado posee enormes posibilidades técnicas. También puede unir las fuerzas políticas que posibilitan la reforma.

La experiencia de Colombia parece poner de relieve la importancia de concentrar la atención fiscalizadora del Estado en incentivos simples y en organizaciones para la coordinación de los servicios de salud. Los esfuerzos del Estado para desarrollar agencias múltiples para la provisión de servicios o idear sistemas de pago altamente sofisticados tienen menos probabilidad de éxito. En la movilización de los pobres a través de subsidios de demanda, las organizaciones de coordinación semejantes a las EPS tienen el potencial para mediar las acciones del gobierno efectivamente, y los instrumentos tales como el pago de riesgo per cápita ajustado (aunque no es un método libre de problemas) son más poderosos y más fáciles de usar. La velocidad del proceso de reforma de Colombia es una prueba de la enorme capacidad de los agentes no gubernamentales para responder a los incentivos apropiados.

El caso de Colombia ilustra cómo versiones tropicales de la competencia administrada —además de su capacidad para el control de costos, requerido en los países desarrollados— pueden ayudar a acelerar la expansión de la cobertura en países con sistemas de seguridad social menos avanzados. Si se tiene presente la falta de innovación que caracteriza a las organizaciones públicas tradicionales de seguridad social, tomaría un largo tiempo alcanzar un nivel de universalidad aceptable a través de ellas. La reforma de Colombia ilustra también cómo, con suficiente ingeniería financiera, el pluralismo estructurado puede ser más efectivo que los esquemas tradicionales de asistencia pública como una forma de proveer la cobertura de los segmentos más pobres. La experiencia de Colombia parece ilustrar que los problemas de selección adversa y *cream skimming* pueden ser reducidos en países con un mayor potencial de mercado.

El avance de la reforma del sector de la salud también contiene algunas enseñanzas importantes en los aspectos de la ejecución. La teoría económica y los sistemas información existentes no están suficientemente avanzados en áreas tales como el ajuste por riesgo y la definición de un paquete de beneficios para proveer a los responsables de la política con respuestas prácticas y oportunas. En vista de esto, es posible emplear un método de tanteo (con base en la eliminación de errores a fin de llegar a soluciones prácticas), aun a riesgo de cometer

desaciertos que requerirán correcciones durante el proceso. La experiencia de Colombia sugiere que para desarrollar nuevos agentes y nuevas prácticas de mercado se requerirían incentivos iniciales excesivos. Es concebible que tal método podría dar buenos resultados, pero hay una expresión latinoamericana que se ajusta exactamente a esta situación: “lo mejor es enemigo de lo bueno”. Se admite que las “mejores” respuestas de un solo golpe pueden ser útiles algunas veces, pero sólo el desarrollo de decisiones apropiadas de alta calidad y de naturaleza óptima global son las que permitirán identificar errores y hacer correcciones oportunas sin incurrir en costos políticos serios de largo plazo.

En cuanto a la secuencia de las decisiones de reforma, se pueden identificar dos enseñanzas en la experiencia colombiana. Primero, las decisiones de mayor escala pueden ser las que con mayor probabilidad produzcan los resultados más exitosos en vez de un proceso de decisiones gradual y por partes adoptadas de una en una¹⁸. En vez de buscar el equilibrio de caso por caso, los reformadores de la salud deberían identificar los desequilibrios dinámicos que sugieren ideas más amplias para profundizar la estabilidad del nuevo sistema. La segunda enseñanza se refiere a la importancia de crear rápidamente el espacio para los nuevos beneficiarios del sistema, los agentes e incentivos. Si las reformas se concentran exclusiva o simplemente en la reasignación de los recursos existentes, las reacciones de los antiguos agentes pueden hacer que el proceso se torne muy belicoso, se alargue mucho o pueda descarrilarse en su totalidad. Si una sociedad coloca un alto valor en la transformación que se hará en su antiguo sistema, ella probablemente tendrá que pagar el precio correspondiente al cambio.

En términos generales, la reforma del sector de la salud colombiano hasta ahora ha excedido todas las expectativas. El descubrimiento de un conjunto consistente de incentivos para mejorar simultáneamente la equidad y la eficiencia ha sido un logro importante. Aun así, el país está en la mitad del camino del proceso de reforma del sector salud. La mitad de la población permanece sin servicio y las poblaciones cubiertas están tornándose cada vez más exigentes en lo tocante a la calidad de los servicios que reciben. La corrupción es un factor importante, junto con el enorme desperdicio de recursos. La creciente dependencia en los impuestos basados en los salarios ha hecho que el sistema sea más sensible al ciclo económico y el reciente cambio desfavorable de la coyuntura ha sido muy agobiante.

¹⁸ Véase Hirschman (1995).

Por diversas razones, se esperan en el futuro tiempos difíciles para el proceso de reforma colombiano. Por ejemplo, los proveedores públicos están pagando un alto precio debido a su lento proceso de aprendizaje y su proceso de ajuste será crecientemente penoso. Los recursos humanos están percibiendo los efectos del desequilibrio entre el desarrollo de doctores especializados y los requerimientos de una atención primaria de alta calidad. En la actualidad, el proceso de rápido cambio demográfico y epidemiológico se acelerará aún más, con sus impactos significativos sobre el perfil de la demanda de servicios de salud. Los trabajadores desempleados y los empleados por cuenta propia y sus familiares están encontrando cada vez más difícil su incorporación al sistema de seguridad social de Colombia, aun cuando el aumento de la pobreza demanda concretamente protección social creciente, precisamente cuando la situación fiscal del país ha fijado un límite en la capacidad para movilizar nuevos recursos.

Sin embargo, construyendo activamente sobre el éxito muy real de los primeros seis años, el modelo colombiano de la competencia administrada y el pluralismo estructurado en el sector de atención de salud podría llegar a ser un prototipo interesante de estudio y posible implementación por parte de otros países en desarrollo.

Bibliografía

- Behrman, Jere (ed.). 1996. "What Can Developing Countries Learn from Developed Countries?" en *Health System Reform in Developing Countries*, Harvard University Press.
- Castaño, Ramón Abel, y otros. 2000. *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Ministerio de Salud de Colombia.
- CEPAL. 1994. *Panorama social de América Latina*.
- Escobar, María Luisa. 1990. "The Demand for Health Services in Colombia," disertación doctoral, Rice University.
- Gobierno de Colombia. 1999. *Evaluación del régimen subsidiado en salud*. Contraloría General de la República. Documento CGR-DGS 99, septiembre.
- González, Jorge Iván. 2000. *Eficiencia horizontal y vertical del sistema de selección de beneficiarios SISBEN*. DNP Misión Social.
- Harvard University School of Public Health. 1996. *Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*, marzo, Boston.
- Hirschman, Albert. 1995. "Against One Thing at a Time" en *Propensity to Self-Subversion*, Harvard University Press.

- Londoño, Juan Luis. 1998. "Salud, examen positivo", *Revista Dinero*, mayo.
- . 1999. "Los retos de la salud", *Revista Dinero*, octubre.
- . 2000. "Salud a la salud", *Revista Dinero*, junio.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. 1997. "Pluralismo estructurado: Hacia un nuevo modelo de reforma de salud en América Latina", *Health Policy*.
- Londoño, Juan Luis y Edgar González (eds.) 1994. *La Ley 60 y la descentralización de los servicios de salud*, Ministerio de Salud de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- Londoño, Juan Luis y Nelcy Paredes (eds.) 1994. *La Reforma de la seguridad social*, (3 volúmenes), Ministerio de Salud de Colombia, Santa Fe de Bogotá.
- Murray, Chris J. L. 1995. "Quantifying the Burden of Disease: the Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years", en C. J. L. Murray y A. D. López, *Global Comparative Assessments in the Health Sector*, Organización Mundial de la Salud.
- Sánchez, Fabio y Jairo Nuñez. 1999. "Descentralización, Pobreza y Acceso a los Servicios Sociales: ¿Quién se benefició del gasto público en los noventa?" en *Coyuntura Social 20*. Fedesarrollo, Santa Fe de Bogotá.

Página en blanco a propósito

Instrumentos de asignación de los recursos de salud: la experiencia en las Filipinas

*Senador Juan M. Flavier, MD, MPH
Presidente del Comité de Salud del Senado
Ex Secretario de Salud*

El contexto del sector de la salud en las Filipinas

Mejorando pero aún doliente

Informes recientes del gobierno muestran que, en la actualidad, el promedio de esperanza de vida en el país es de 70,3 años, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido a 44,8 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es del 162,2 por 100.000 mujeres nacidas vivas (PMS 1999). A pesar de esta mejora, las Filipinas aún se encuentran rezagadas con relación a otros países de ingreso medio de la región. Por ejemplo, durante las décadas pasadas, la declinación en nuestra tasa de mortalidad infantil ha sido la más baja de todos los países asiáticos. Interpretando nuestras cifras de mortalidad infantil en términos gráficos, esto es equivalente a cuatro autobuses cargados de niños que se precipitan al vacío cada día, una pérdida diaria de alrededor de 200 infantes o 73.000 cada año. Además, y aunque las cifras nacionales han mejorado, se han registrado variaciones significativas en las condiciones de la salud entre los diferentes grupos de población, provincias y zonas geográficas del país. Entre los segmentos de población más adinerados se identifican grupos de excelente salud, en tanto que el agobio de las enfermedades es más fuerte para la mayoría de la población de bajos ingresos. Todas estas cifras apuntan hacia la necesidad de asignar recursos adecuados para la salud y orientar las intervenciones de salud del sector público hacia grupos específicos.

Recursos inadecuados y gastos mal ubicados

En medicina es imposible llevar a cabo un diagnóstico correcto si no se dispone de los instrumentos apropiados, especialmente si ya hemos adquirido los equivocados y estamos tratando de usarlos. Tal parece

ser el caso de la atención de la salud al nivel nacional en las Filipinas. Tradicionalmente, las asignaciones presupuestarias para la salud han sido inferiores a las destinadas al Departamento de Defensa Nacional y otras agencias gubernamentales. De acuerdo con las cifras para 1998 y 1999, el Departamento de Salud (DOH) recibió un presupuesto de alrededor de P11.500 millones, en tanto que defensa obtuvo P51.600 millones (42 pesos filipinos = US\$1). Una encuesta reciente de gastos revela que las erogaciones totales para salud son a menudo inferiores al 5 por ciento del GNP recomendado por la Organización Mundial de la Salud (DOH 1999). Lo mismo es válido para la unidad familiar que gasta tan sólo cerca del 2 por ciento de sus ingresos en salud (NSCB 1998), no muy diferente del monto que destina al tabaco y a las bebidas alcohólicas (Solon y otros, 1992).

Para agravar la situación de la escasez de recursos, enfrentamos también el problema de la manera ineficiente en que se gasta el escaso dinero disponible para la salud. Aparentemente, la mayor parte de éste se destina a la atención personal/curativa y a gastos generales. Se asigna una porción insuficiente para medidas y servicios de atención preventiva de la salud tales como la inoculación/inmunización, planificación familiar y atención de la fecundidad (Solon y otros, 1992). La Subsecretaria de Salud, Susana Mercado, ha recalcado que el gobierno ha mostrado una tendencia a gastar en la atención de las enfermedades en vez de la salud. El costo de atender al enfermo o a las personas hospitalizadas absorbe casi toda la asignación presupuestaria para la atención de la salud. Costaría mucho menos velar por las necesidades de atención preventiva y proactiva de un gran número de personas que todavía no están enfermas u hospitalizadas pero que corren el riesgo de estarlo. Una situación similar existe en los hogares donde se realizan más gastos en medicinas no esenciales (tales como los complementos de dieta denominados suplementos nutritivos a los cuales se atribuyen propiedades farmacéuticas o terapéuticas) que en las medicinas que el DOH ha identificado como más útiles.

La devolución y sus efectos en la entrega de atención de la salud

Con la promulgación del código de gobierno local en 1992 se modificó el monto y la modalidad del gasto en la atención de la salud. Antes de la difusión de dicho código, el Departamento de Salud era el único y el mayor proveedor de estos servicios en el país, a través de una red de oficinas de salud zonales, provinciales, distritales y municipales que proveía a la población un conjunto básico de atención pública y servi-

cios de atención primaria de la salud. Existen aproximadamente 12.580 puestos rurales de salud, oficinas en las ciudades y puestos de salud en las aldeas que proporcionaban servicios tales como planificación familiar, inmunización y atención de la madre y el niño. El DOH ha mantenido también una red de hospitales, incluyendo cuatro que son especializados para la provisión de un sistema de servicios multiestratificados de atención personal. Parece innecesario señalar que las operaciones de estas dos redes estaban fuertemente subvencionadas y eran financiadas con las asignaciones presupuestarias del DOH. Estas fluctuaban en esa época entre el 2 y el 3,5 por ciento del presupuesto total del gobierno, y en 1993 el DOH era responsable de aproximadamente un tercio de las erogaciones totales del país en salud, cifra que para 1997, seis años después de la devolución de los servicios de salud a las unidades locales de gobierno, se había reducido a aproximadamente un séptimo de los gastos totales en salud.

El código de gobierno local devolvió la responsabilidad de la planificación, la organización, el financiamiento y la entrega de los servicios de atención de la salud personal a las unidades locales de gobierno (LGU). Así se transfirió al gobierno municipal y de la ciudad la responsabilidad por la prestación de servicios públicos y primarios de salud, empleando su red de 12.580 oficinas de salud municipal y local, y los puestos de salud de las aldeas. Simultáneamente se encomendó a los gobiernos provinciales el mantenimiento y operación de los 595 hospitales provinciales y de distrito para la entrega de servicios básicos de atención personal.

El financiamiento de las reformas provino de la participación de las unidades locales en la correspondiente asignación interna de recursos, es decir, en un sistema de transferencia de ingreso basado en una fórmula. Antes de la devolución, la participación de las unidades de gobierno local ascendía al 20 por ciento del total de los impuestos recaudados y la distribución se basaba en una fórmula que comprendía la población, la superficie de la zona y el concepto de participación equitativa. Después de la devolución, la participación de las unidades de gobierno local en la asignación de ingreso interno se incrementó hasta el 40 por ciento del total de los ingresos recaudados. Las normas para la distribución de la asignación del ingreso interno también se modificaron drásticamente. El código adoptó una fórmula de asignación vertical que concedió el 23 por ciento a las provincias, el 23 por ciento a las ciudades, el 34 por ciento a las municipalidades y el 20 por ciento a las *barangays*. La participación de las unidades de gobierno local se basó en tres parámetros: población (50 por ciento), superficie de la zona (25 por ciento), participación igualitaria (25 por ciento). Se

perciben ahora índices de un mejor cuadro de salud en algunas unidades de gobierno local, en las cuales el 25 por ciento del presupuesto va al sector de la salud, aunque en promedio, el gasto para salud se sitúa alrededor del 10 por ciento de la asignación del ingreso interno.

Desde la devolución, el Departamento de Salud es responsable de formular las políticas, regular, cofinanciar y proveer asistencia técnica. Continúa además gestionando y operando cuatro hospitales especializados y alrededor de otros sesenta hospitales nacionales y regionales, y sanatorios que todavía reciben recursos presupuestarios de las asignaciones anuales del DOH. Esta entidad aún presta apoyo a programas prioritarios nacionales tales como la inmunización, la planificación familiar, el control de la tuberculosis, la malaria y ciertas enfermedades no transmisibles (a través de la capacitación, seguimiento, apoyo IEC, productos farmacéuticos y suministros médicos).

El programa nacional de seguro de salud

La cobertura del antiguo programa de asistencia médica de las Filipinas se limitaba tanto al empleado del gobierno como al privado. A través de una ley promulgada en 1995, dicho programa se expandió y ahora forma parte del programa nacional de seguro de salud (NHIP). Considerado como parte integral de toda la iniciativa de reforma, el programa nacional de atención de la salud fue diseñado para: (1) aliviar la carga fiscal sobre el sistema de hospitales públicos, (2) proveer protección contra el agobio de gastos médicos impredecibles, (3) abordar las limitaciones del seguro de salud del mercado privado, y (4) asegurar el acceso de la población a los servicios de la salud personal a través de la provisión de primas subvencionadas. La ley determina que la cobertura universal se logrará dentro un período de 15 años.

El programa de seguro nacional incluye tres categorías de miembros: (1) los empleados o sector formal, que representan alrededor del 40 por ciento de la población, (2) los empleados por cuenta propia, denominados miembros, que pagan individualmente y representan al 35 por ciento de la población, y (3) los indigentes que constituyen alrededor del 25 por ciento de la población total. Los pagos de las primas correspondientes al sector formal son de responsabilidad del empleador y del empleado. Los miembros que pagan individualmente no reciben subvenciones como tales, pero las primas que se les cobran son menores que las recaudadas del sector formal y de los miembros indigentes. Las primas de los miembros indigentes son totalmente subsidiadas y las pagan en forma conjunta los gobiernos nacional y

local, de acuerdo con una fórmula de participación en la financiación de los gastos determinada por la clase de ingreso de la unidad de gobierno local correspondiente a la zona en la cual reside el indigente. Los tres tipos de beneficiarios gozan de los mismos beneficios.

La ley del seguro nacional de la salud de 1995 otorgó a la Corporación Filipina de Seguro de Salud, agencia responsable de la puesta en práctica del programa nacional de seguro de salud, suficientes poderes y flexibilidad para explorar formas alternativas de paquetes de beneficios y de pagos a los proveedores de servicios. La corporación está también habilitada para desarrollar mecanismos de trabajo con las unidades de gobierno local, organizaciones basadas en la comunidad y firmas de seguro privado para llevar a cabo la cobertura universal.

Asignación de los recursos de salud por el gobierno

Diversos mecanismos de asignación

Después de la implementación del código de gobierno local en 1991 y de la adopción de la ley nacional del seguro de salud de 1995, el gobierno ha utilizado la subvención nacional y local directa e indirecta como principal mecanismo de asignación de los recursos para la salud.

Los servicios públicos de salud y los servicios de atención primaria —cuya provisión es ciertamente una responsabilidad del gobierno— son subvencionados directamente tanto a nivel nacional como local. El subsidio nacional directo proviene principalmente de las asignaciones presupuestarias del Departamento de Salud, que destina a los programas de salud pública el 30 por ciento del presupuesto anual (alrededor de P3 billones). Los gobiernos municipales y de la ciudad proporcionan las subvenciones locales con los recursos provenientes de su participación en la porción que les corresponde del ingreso interno, y también tienen autoridad para recaudar ingresos locales para complementar la transferencia de ingreso de origen central. En 1997 el gasto de las unidades de gobierno local destinado a los servicios de la salud pública fue de aproximadamente P8 billones o el 50 por ciento del gasto total de las unidades de gobierno local en salud.

La provisión de servicios de salud pública y servicios de atención primaria es indudablemente una responsabilidad del gobierno. Pero la fuente propia de financiamiento para los servicios de atención de la salud personal no está delineada claramente. La definición del papel apropiado que le corresponde al gobierno en el financiamiento de la provisión de servicios para la salud personal es en realidad un área

muy problemática. Sin embargo, el asunto es menos contencioso si la principal razón se define como la de asegurar el acceso del pobre a un conjunto esencial de servicios clínicos. En la búsqueda de este objetivo de equidad, las Filipinas emplea tres conjuntos de instrumentos de asignación de recursos:

- las subvenciones nacionales directas (a través de los hospitales contratados por el DOH),
- los subsidios locales directos (a través de los hospitales de distritos y provinciales administrados por los gobiernos provinciales)
- las subvenciones nacionales y locales indirectas (a través del seguro social)

Con relación a los subsidios nacionales directos, el DOH mantiene y apoya en la actualidad 61 hospitales que fluctúan en categoría desde hospitales regionales a centros especializados. Alrededor del 60 por ciento del presupuesto anual del DOH (P6,5 billones en 1999) se asigna al mantenimiento de estos hospitales.

Los gobiernos provinciales —que mantienen los hospitales provinciales, de distritos y municipales que les han sido devueltos— proveen los subsidios directos para la atención de la salud personal, con la porción del ingreso interno que les corresponde en la asignación presupuestaria. En 1997, los gobiernos provinciales gastaron aproximadamente P4 millones en servicios de atención, que representaban el 25 por ciento del gasto total en salud de las unidades de gobierno local.

El subsidio indirecto para la atención de la salud se hace a través subvenciones para las primas de los indigentes empadronados. Los costos de las primas se comparten entre el gobierno nacional y el gobierno local del área en la cual el indigente empadronado reside. Las unidades de gobierno local financian su contribución a los pagos de primas con sus presupuestos, mientras que el aporte del gobierno nacional se financia regularmente con los impuestos al licor y al tabaco. La puesta en marcha del programa para los indigentes ha tomado algún tiempo. A fines de 1999, menos de 200.000 familias estaban inscritas.

Las subvenciones del gobierno representan el 43 por ciento del gasto total en salud, con una participación casi igual entre subsidios nacionales y locales directos. Aproximadamente el 48 por ciento del gasto total en salud se origina todavía en gastos en efectivo, lo que muestra el excesivamente injusto e ineficiente esquema de financiamiento de la atención de salud en las Filipinas: injusto porque se dis-

torsiona la distribución del ingreso, con la mayoría de la población perteneciente al grupo de bajos ingresos, e ineficiente debido a la ausencia de una mancomunidad de riesgo. La seguridad social contribuye solamente con el 6 por ciento del gasto total en salud.

La eficacia de estos mecanismos de asignación de recursos

A partir de la devolución, los subsidios nacionales directos para la atención de la salud personal se han concentrado en los hospitales DOH-retenidos, aunque la localización de estos hospitales (la mayoría en los centros urbanos y las provincias más adineradas) y la estructura de costos sugieren que ellos pueden ser canales inequitativos e ineficientes para tales subsidios. Los hospitales regionales cargan más para tratar este tipo de casos que pueden ser mejor atendidos al nivel de las facilidades de salud provinciales y de distritos. Sin embargo, exceptuando los hospitales especializados, la mayoría de los casos administrados por los hospitales DOH retenidos son principalmente de partos normales y desórdenes respiratorios ordinarios que pueden ser atendidos de manera más eficaz en función de los costos por instalaciones de menor nivel.

Las subvenciones locales directas para la atención de la salud personal, canalizadas a través de las instalaciones de los distritos y provincias, constituyen un mecanismo ideal pero en la actualidad no se puede esperar que se expandan para satisfacer las necesidades locales. Todavía se deben abordar muchos problemas que persisten como obstáculos formidables: el volumen de trabajo atrasado desde antes de la devolución, la falta de correspondencia entre la participación en la distribución del ingreso interno y el costo de las funciones devueltas, los efectos indirectos y los problemas por uso extra fronterizo.

Por lo pronto, los subsidios nacionales indirectos a través del seguro social todavía tienen que llegar al pobre, al igual que la Corporación Filipina para el Seguro de Salud (*the Philippine Health Insurance Corporation*) que está todavía desarrollando una estrategia viable para expandir la cobertura a través de las unidades de gobierno local. La tasa de utilización de los indigentes registrados en los beneficios del programa nacional del seguro de salud ha sido muy lenta, presumiblemente debido a la falta de acceso del pobre a los servicios de los hospitales. Quizás la baja tasa de utilización del pobre se origina en su incapacidad de pagar el saldo de la cuenta del hospital debido a que el valor del apoyo del seguro social no es del 100 por ciento. Mientras tanto, los hospitales de las unidades de gobierno local pueden arries-

garse a perder el acceso a primas subsidiadas por su incapacidad para ser acreditados como proveedores del seguro nacional de salud, debido a las condiciones subóptimas de sus servicios y personal.

En general, el sistema actual de subvenciones no parece ser efectivo y eficiente para cumplir los objetivos de acceso, equidad y alivio de la pobreza. Las inversiones en atención de la salud personal necesitan orientarse mejor hacia el pobre. Los subsidios generales para la atención de la salud, tales como servicios libres de pago o con muy bajos precios, usualmente resultan en drenajes hacia beneficiarios más acaudalados y es probable que no sean exitosos a menos que se adopte una especificación directa para el pobre. Del mismo modo, es posible que los intentos de reducir las disparidades en la situación de la salud a través de subsidios generales sean eficaces pero también es probable que sean antieconómicos en el sentido de que sin una especificación de la población objetivo o alguna forma de recuperación de costos o financiamiento por parte del no pobre, éste último capturará la mayor parte del beneficio del subsidio.

La necesidad de una reforma

Cinco componentes de una reforma

La dirección actual del DOH ha identificado cinco áreas clave de reforma que se proponen abordar las desigualdades y falta de equidad existentes y mejorar el comportamiento del sector de la salud. El programa de reforma de cinco puntos está construido alrededor de tres importantes instrumentos de política: la prestación del servicio, la regulación y el financiamiento de la salud. Los cinco componentes del paquete de reforma son los siguientes:

- incremento en la inversión para los programas de salud y la adopción de presupuestos plurianuales para medidas relacionadas con importantes enfermedades tales como la tuberculosis, la malaria y aquellas evitables a través de la vacunación;
- mejora crítica de los hospitales públicos y el otorgamiento de autonomía administrativa y fiscal para ellos a fin de reducir los requerimientos de subvenciones públicas;
- restitución de la integridad al sistema local de provisión del servicio de atención primaria a través de la colaboración entre las unidades de gobierno locales;

- fortalecimiento de las capacidades de regulación del DOH para optimizar la calidad del servicio de atención de la salud y la estructura de costos; y
- expansión de la cobertura y beneficio del gasto del programa nacional de seguro de salud.

Aumento del financiamiento del gobierno

El impuesto al ingreso permanece como la principal fuente de financiamiento del gobierno. Con limitados recursos disponibles para la salud, el gobierno debe explorar la aplicación de nuevos impuestos a las industrias y actividades que generan enfermedades. Por ejemplo, la evidencia muestra que las enfermedades crónicas pulmonares obstructivas no transmisibles y otras enfermedades respiratorias como el asma y el enfisema son adversas y directamente afectadas por los agentes contaminantes y por el aire de mala calidad (UNDP 1998), de manera que se podría obligar a las industrias que contaminan el aire y el agua a ser socialmente responsables y cubrir el costo de los problemas de salud que se les puedan atribuir.

Otro ejemplo se relaciona con los accidentes. Con el creciente número de problemas de salud, muertes y heridas ocasionadas por accidentes del tráfico de vehículos, se puede aplicar un impuesto, con una base proporcional, para financiar el elevado número de víctimas causado por los usuarios de las carreteras. Las dos cámaras del Congreso ya han aprobado la aplicación de un impuesto al usuario de las carreteras en la forma de mayores cargos por el registro de vehículos. Aunque sin especificar como objetivo el financiamiento de la atención de la salud, el ingreso tributario nuevo proyectado alcanzaría a P2.300 millones, que pueden ser asignados para uso especial en los servicios sociales y de esta manera disminuir la intensa competencia entre las diferentes agencias gubernamentales por los escasos recursos oficiales.

Además de disminuir el consumo de bienes considerados dañinos para las personas (Dumlao 1999), algunos opinan que los impuestos indirectos o “impuestos al pecado” deberían ayudar a pagar por los servicios de salud, de acuerdo con la idea de que las compañías que se benefician de las industrias del tabaco y alcohol deberían hacerse financieramente responsables por el tratamiento del cáncer de pulmón y de otros problemas ocasionados por fumar o beber excesivamente. Aparte de los productos que están directamente relacionados con efectos dañinos, el secretario de finanzas del gobierno ha expresado que también deberían pagar impuestos otros bienes de consumo

tales como las bebidas no alcohólicas y los jugos artificiales (Go 1999), porque ellos también son muy perjudiciales para la salud y tienden a reemplazar productos básicos que son ampliamente reconocidos como más saludables.

Por otra parte, una gran cantidad de personas arguyen que en realidad no se necesitan impuestos nuevos. De acuerdo con ellos, lo más importante es asegurar que los impuestos estipulados sean recaudados. El representante Herminio Teves aduce que el monto proyectado de P12.300 millones de nuevo ingreso tributario es mucho menor que los P132.000 millones que se podrían obtener si la oficina de ingresos internos trabajara en la recaudación del impuesto al valor agregado para 1997 y 1998 (*Star* 1999). Díaz (1999) ha reportado que ciertas compañías grandes y bancos comerciales deben al gobierno alrededor de P14.000 millones en impuestos atrasados. Basándose en estos informes, muchos representantes en el Congreso han sugerido que en vez de aplicar nuevos impuestos, el gobierno debería perseguir a los evasores y mejorar la eficiencia en la recaudación.

El gobierno puede recuperar los recursos necesarios para la salud a través de un mejor sistema de rendimiento de cuentas y de la eliminación de la corrupción. Los donantes internacionales han expresado su deseo de que las Filipinas aborde la corrupción y la administración deficiente (*Star* 1998) para mejorar el impacto efectivo de la asistencia oficial en el desarrollo y en el ingreso tributario. Evidentemente, existe la necesidad de que persista la afluencia de asistencia oficial para el desarrollo y los ingresos privados, especialmente si se tiene en cuenta que sólo el uno por ciento de la asistencia oficial para el desarrollo en las Filipinas se destina a apoyar los sectores de la salud, la educación y la agricultura (MNC 1998). En esta misma vena, los oficiales del gobierno podrían provechosamente repetir su llamado a los países desarrollados para que asignen el 0,7 por ciento de sus PNB a la asistencia oficial para el desarrollo (Medalla 1999).

Reducción de la carga financiera sobre los individuos

De acuerdo con el Secretario de Salud (Romualdez 1999), los individuos o las unidades familiares son la fuente de la mayor proporción del gasto relacionado con la salud; el gobierno, el programa nacional de seguro de salud y otros contribuyentes son las fuentes del resto, que asciende a aproximadamente la mitad. Para mitigar esta presión sobre los individuos debe incrementarse la participación en el financiamiento de la salud proporcionada por el programa nacional de seguro de

salud. En la actualidad el programa responde por sólo el 7 por ciento del gasto total en atención de la salud.

A nivel comunitario, los esquemas de seguro social de salud tales como el modelo *Botika Binhi* (Ramos 1998) pueden establecerse para ayudar a aliviar el peso sobre el ingreso familiar. Las características clave del financiamiento de la atención comunitaria de la salud son las siguientes (Flavier):

- requiere consulta comunitaria;
- acumula gradualmente ahorros familiares para la atención de la salud;
- es administrado por la comunidad;
- es autogenerado y financieramente autosostenido;
- tiende a incentivar el uso de medicinas de hierbas y otros productos similares.

Observaciones finales

Cambio en el subsidio: de oferta a beneficiario

El gobierno está cambiando gradualmente su política de asignación de recursos desde los subsidios de oferta hacia las subvenciones al beneficiario a través del seguro social. Se anticipa la cobertura casi universal para el año 2004, período en el cual el gasto en efectivo de la población de las Filipinas cubrirá sólo el 10 por ciento de los gastos totales, en tanto que la participación del seguro social habrá aumentado al 35 por ciento.

Un equilibrio impresionante entre el nivel y la dirección del gasto en salud

La pobreza puede conducir a una crisis en la salud mundial. De acuerdo con algunos expertos, no se puede lograr una prosperidad mundial durable para la humanidad si continúa considerándose la salud pública como un beneficio secundario del desarrollo económico (*Star* 1998). En una situación de pobreza, injusticia y mala salud, el financiamiento de la atención de la salud debe incrementarse y el gasto en la salud pública debe ser priorizado y orientado más efectivamente. Será infructuoso concentrarse en la definición del nivel apropiado de recursos para la salud sin un cambio en la dirección del gasto en salud.

En realidad, los problemas de asignación de recursos en los países en desarrollo emanan del bajo nivel de recursos disponibles para la atención de la salud, agravado por la inadecuada orientación de estos ya limitados recursos (Akin 1987). Bajo las condiciones de financiamiento muy limitadas del sector, los servicios de salud necesariamente se deterioran porque es virtualmente imposible lograr eficiencia y eficacia sin disponer de un nivel adecuado de recursos (Abel-Smith 1993). Con todo, aun cuando un país disponga de un elevado monto de recursos para la salud, si la administración del sector no es buena y si estos abundantes recursos no se asignan apropiadamente ni se gastan productivamente, entonces aun un elevado nivel de recursos disponibles carece de sentido (OMS 1988). Se debe hallar un equilibrio entre el nivel apropiado de recursos y la consideración de las áreas en las cuales el gasto en salud debería ser más eficiente y efectivamente utilizado.

Bibliografía

- Abel-Smith, Brian. 1993. "Financing Health Services in Developing Countries: The Options." *NU* 7: febrero.
- Akin, John, Nancy Birdsall, y David De Ferranti. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Banco Mundial. Washington, D.C.
- Department of Health. 1999. "Health Care Financing Reform" Documento inédito presentado al Senador J.M. Flavier. DOH. Quezon City.
- Díaz. 1999. "Thirty Firms Owe P14 Billion in Back Taxes, BIR Says." *Philippine Star*. Abril 13: p. 2.
- Dumlao, D.C. 1999. "Government to Net P3.5 Billion from Soft Drinks Tax." *Philippine Daily Inquirer*. Marzo 12: p. B2.
- Flavier, J.D.A. 1999. "Philippine Health Financing Issues." *Policy Digest* III: 6 (a monthly policy review paper of the Policy Studies Group of the Philippine Senate).
- Gaylican, C.A. 1998. "UNDP Urges Rechanneling of ODA Funds." *Philippine Daily Inquirer*. Octubre 19: p. B4.
- Go, M.V. 1999. "Espiritu Favors Tax on Soft Drinks, Cut on Amusement Tax." *Philippine Star*. enero 5: p. 20.
- Medalla, F.M. 1999. Documento inédito del discurso del Secretario Felipe M. Medalla en la "International Conference on Population and Development". Junio 30. Naciones Unidas. Nueva York.

- Mercado, S.P. 1999. Documento inédito presentado al "Workshop on Health." Marzo. Pasay City.
- Manila News Features and Commentaries. 1998. "ODA Funds Hardly Reach the Poor: NGO." *Philippine Star*. Octubre 27: p. 25.
- National Statistical Coordination Board. 1998. "Income Distribution of Families: Preliminary Results of the 1997 Family Income and Expenditure Survey." <http://users.infor.com.ph/~nscbrscs/97fies.htm>. (Website visitado el 19 de julio)
- Organización Mundial de la Salud. 1988. *Economic Support for National Health-for-All Strategies*. Ginebra.
- Philippine Star*. 1998. "Poverty Could Cause World Health Crisis." De Reuters. Mayo 9: p. 31.
- _____. 1999. "New Taxes to Hurt Ordinary Taxpayer." Mayo 17: p. 3.
- Presidential Management Staff. 1999. "Rising from the Crisis: Better Times Ahead for Our People." Primer informe anual a la nación filipina del presidente Joseph E. Estrada. Quezon City.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina del portavoz Villar, Oficina del Senador Flavier, y Departamento del Medio Ambiente y Recursos Naturales. 1998. "Land, Air, Water: a Seminar-Workshop on Priority Legislation for Sustainable Development." Noviembre 27. Quezon City.
- Ramos, C. 1998. "Assessing Public Drug Provision Systems." *Shinet* 4: pp. 1-2.
- Romualdez, A.R. 1999. "Health Sector Reform Agenda." Inédito. Presentado en reuniones de información y coordinación con Senadores.
- Solon O., R.M. Gamboa, J.B. Schwartz, y A.N. Herrin. 1992. "Health Sector Financing in the Philippines." Health Finance Development Project. Philippine Department of Health and U.S. Agency for International Development.

Página en blanco a propósito

CAPITULO VI

REGULACION DE LA SALUD

**Regulación
del sector de la salud en Chile:
el papel del gobierno
y del sector privado**

*Cecilia Acuña
José Pablo Gómez*



**El papel del gobierno
y del sector privado
en la atención de la salud:
el modelo de Malasia**

Khalid Abdul Kadir

Página en blanco a propósito

Regulación del sector de la salud en Chile: el papel del gobierno y del sector privado

Dra. Cecilia Acuña

Médica, especializada en la administración de instituciones de salud

Dr. José Pablo Gómez

*Director, División para la fiscalización de los servicios privados
Ministerio de Salud*

Los gobiernos pueden desempeñar diferentes papeles en el sector de la salud. En Chile, el gobierno se ha concentrado tradicionalmente en la provisión y el financiamiento de los servicios de salud, aunque durante los últimos diez años también han surgido como tareas importantes la provisión de seguro y la compra de servicios de atención de la salud llevadas a cabo por el sector público. La regulación (el diseño e implementación de un conjunto de normas dirigidas a garantizar el juego equitativo entre proveedores y consumidores de los servicios de salud) ha permanecido como la función menos desarrollada del sector público, así como la menos familiar entre los responsables de la política de la salud.

En el transcurso de los últimos veinte años, el gobierno ha alterado sustancialmente su postura hacia el sector de atención privada de la salud desde una actitud de fuerte respaldo y promoción a una de autoridad y control. En la década de 1980, el gobierno militar implementó una reforma completa del sector de la salud dirigida a reemplazar en su totalidad las actividades del sector público en el seguro y la provisión de los servicios de salud y con una actividad virtualmente sin regulación de las compañías privadas nuevas. Los gobiernos democráticos que han controlado el país desde 1990 han intentado modificar esa situación promulgando leyes para reglamentar las actividades del sector privado relacionadas con el sector de la salud, principalmente en lo referente al seguro y la provisión privada de bienes y servicios que refuerzan las actividades propias del sector público.

Este artículo describe la situación actual de la relación entre el gobierno y las compañías de seguro de salud privadas (ISAPRE), como ilustración de la forma en que el gobierno está llevando a cabo su función de control del sector. La regulación del sector de la salud de Chile es una actividad en marcha, de ninguna manera completa, que requiere

más esfuerzos para satisfacer las expectativas de la población relacionadas con la calidad de los servicios proporcionados por los sectores público y privado de la salud.

Situación de la salud en Chile

Chile está ubicado en la costa sudoeste de América Latina. Tiene un ingreso anual per cápita de aproximadamente US\$5.000, la cobertura escolar asciende a casi el 98 por ciento. El país tiene una población total de alrededor de 14 millones. La población rural constituye el 15 por ciento de ese total; alrededor del 80 por ciento de todos los habitantes vive en las cuatro ciudades principales del país y la mitad de ese 80 por ciento reside en la zona metropolitana de Santiago o en sus proximidades. El país está dividido administrativamente en doce zonas (denominadas “regiones”) desde el norte hacia el sur.

Chile ha experimentado un gran crecimiento económico en las décadas pasadas, junto con una mejora significativa en la calidad de vida de la población. El país ha registrado un proceso de cambio en su perfil epidemiológico. Las enfermedades relacionadas con el estilo de vida han llegado a ser las principales causas de muerte (afecciones coronarias/indisposiciones cardiovasculares, cáncer y accidentes de vehículos), aunque algunas enfermedades derivadas de la pobreza¹ todavía son una fuente significativa de incapacidad y pérdida de productividad entre los chilenos pobres.

En general los chilenos gozan en la actualidad de uno de los niveles más altos de salud en América Latina. Si bien el promedio de mortalidad infantil en América Latina es más de 30 por 1.000 nacidos vivos, en Chile llega solamente al 10 por 1.000. La tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad materna han disminuido persistentemente durante los últimos 25 años, y la esperanza de vida en Chile es de 75 años en la actualidad. El *World Health Report 2000* de la Organización Mundial de la Salud ubica a Chile en materia de salud en el vigésimo tercer lugar en el mundo y trigésimo tercero en el comportamiento del sistema de salud en conjunto².

¹ Enfermedades derivadas de causas como la mala nutrición, ausencia de condiciones apropiadas de calefacción en el hogar, contaminación interna y condiciones sanitarias inadecuadas.

² Véase Organización Mundial de la Salud, 2000. En el informe del año 1999 de la OMS Chile aparece como un ejemplo de mejora de la salud durante el siglo pasado.

Estos resultados se han logrado con un gasto en salud de aproximadamente el 6,5 por ciento del PIB, incluyendo los sistemas de atención de la salud: público (2,8 por ciento) y privado (1,7 por ciento), más erogaciones de dinero en efectivo tales como copago y otros desembolsos relacionados³. Empero, detrás de estos buenos indicadores generales de salud, existen grandes diferencias entre las doce zonas o regiones que revelan los principales problemas del sistema: la desigualdad, la falta de responsabilidad, y la regulación inadecuada o pobremente definida.

El sistema de salud de Chile

La Constitución de Chile garantiza a todos los ciudadanos el derecho a recibir los servicios de atención de la salud que ellos requieren. En realidad, sin embargo, la capacidad de los chilenos para acceder a los servicios de salud depende de su afiliación a un sistema de seguro de salud. El país tiene dos sistemas principales de seguro: (1) el sistema de seguro público FONASA (el Fondo Nacional de Salud) y (2) las compañías de seguro privado, denominadas ISAPRE. El sistema de salud del ejército y los programas de seguro que cubren los riesgos relacionados con el trabajo funcionan separados del FONASA y de las ISAPRE.

El sistema de seguro de salud en su totalidad está financiado por medio de la tributación general, una contribución del 7 por ciento por empleado deducida de la planilla de sueldos y salarios, más pagos en efectivo por el usuario. Todos los trabajadores del sector formal tienen que contribuir ya sea al FONASA o a una ISAPRE. El desempleado y la persona pobre están protegidos por el FONASA. Los bienes públicos como la inmunización, el subsidio por embarazo y la provisión suplementaria de alimentos (para las mujeres embarazadas, los niños pequeños y los ancianos) son financiados con recursos públicos sin tomar en consideración el sistema de seguro del beneficiario.

La atención de la salud está organizada sobre la base de redes públicas y privadas que funcionan separadamente, vinculadas por contratos o por la mora en las obligaciones⁴ con uno o ambos sistemas de seguro de salud. El financiamiento de la atención, el seguro y la provisión de los servicios de salud pueden ser desempeñados tanto por el

³ Principalmente como co-aseguro contra riesgos y enfermedades relacionados con el trabajo.

⁴ Como ocurre con los proveedores públicos y con el fondo de seguro público, FONASA.

sector público como por el sector privado, pero la regulación es enteramente una responsabilidad del sector público, aunque en la actualidad éste se ha concentrado más en los aspectos de provisión, financiamiento y seguro, que en sus funciones reguladoras (gráfico 1).

La regulación dentro del sector público de salud: el problema de la responsabilidad

El sector público de la salud consta de varias instituciones descentralizadas bajo la autoridad del Ministerio de Salud, que es legalmente responsable por los resultados de todo el sistema. Las instituciones son: (1) el Instituto de Salud Pública, (2) el Fondo Nacional de Salud (FONASA), (3) la superintendencia de las compañías de seguro privadas (ISAPRE), y (4) los servicios de salud.

La función de regulación, como una obligación específica, sólo se le ha asignado a la superintendencia de las ISAPRE y al Instituto de Salud Pública, pero en la práctica las cuatro instituciones (el Ministerio de Salud, la superintendencia de ISAPRE, el Instituto de Salud Pública y los servicios de salud) desempeñan un papel importante de fiscalización, cada una a su manera, fluctuando entre la promulgación de normas específicas o leyes y el envío de señales de precios al mercado de proveedores y aseguradores (el Fondo Nacional de Salud). La mayoría de estas instituciones proveen además algún tipo de servicio, tales como la atención de salud (a través de su red de hospitales públicos), vacunas (el Instituto de Salud Pública), o el seguro (el Fondo Nacional de Salud) (gráfico 2). Un asunto interesante se presenta aquí en relación con la responsabilidad del sector público. Estas instituciones tienen la autoridad del Ministerio de Salud y por lo tanto están capacitadas para restringir o controlar la provisión privada de servicios relacionados con la salud aun cuando tal control no existe sobre la provisión misma de servicios similares de salud del sector público.

Regulación de los proveedores públicos de atención de la salud

Las redes de servicios de salud de Chile son los representantes del Ministerio de Salud en las doce zonas del país. Históricamente han cumplido con la responsabilidad de ofrecer las actividades de salud pública en sus respectivos territorios y al mismo tiempo han administrado los hospitales públicos regionales. De esta manera han desempeñado un papel dual —encabezando la red de proveedores públicos de su territorio, y simultáneamente actuando como fiscalizadores

Gráfico 1. Chile. Organización del sector de la salud

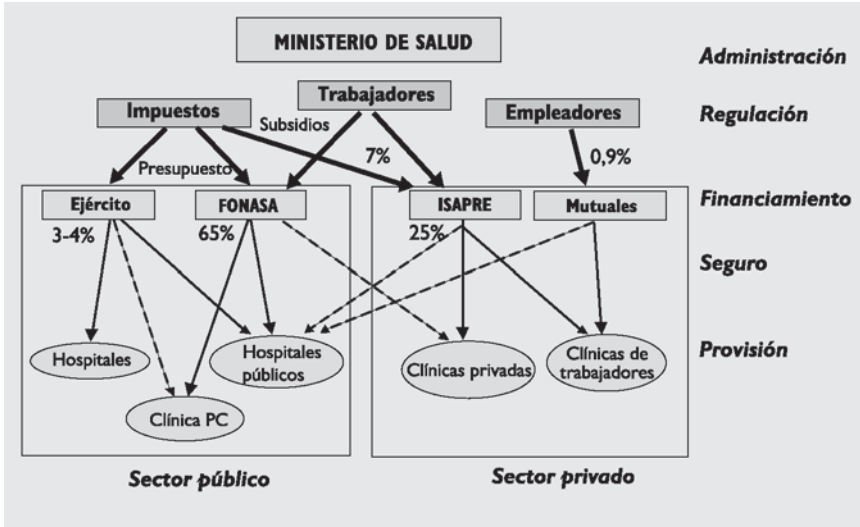
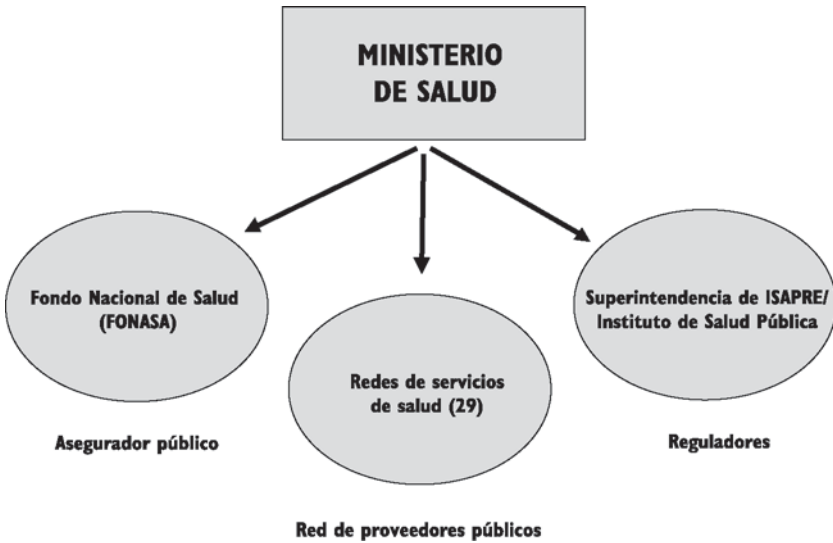


Gráfico 2. Chile. El sector de la salud



locales de todo el sector de la salud dentro de la región. Esta dualidad ha conducido a la pérdida de confianza en el vínculo público/privado. La agencia pública responsable de la supervisión de las clínicas privadas es en efecto la misma que administra los hospitales públicos, los cuales presentan serios problemas relacionados con la eficiencia y el respeto de los derechos de los pacientes. Esta delicada situación hace difícil para los servicios de salud pública definir y garantizar el cumplimiento de estándares de calidad relacionados con los proveedores privados ya que, a menudo, los proveedores públicos no cumplen dichos estándares.

Aparentemente, sería fácil crear una situación más equilibrada empleando los mismos estándares para los proveedores públicos y privados. Pero en la práctica, los dos conjuntos de proveedores operan en circunstancias tan distintas que el logro del equilibrio no es simplemente un asunto de cambiar algunas normas. En realidad, el sector público está saturado de regulaciones detalladas destinadas a garantizar el uso apropiado del dinero que se origina en el presupuesto público. Algunas de estas disposiciones impiden que los hospitales públicos empleen incentivos económicos para evitar que el personal calificado se vaya a la actividad privada, y entorpecen el despido de aquellos trabajadores que no satisfacen objetivos mínimos, debido principalmente a influencias políticas y a la presión de diferentes grupos de interés dentro del sector de la salud. En contraste, el sector privado de atención de la salud actúa dentro de un marco de trabajo muy flexible y disfruta de libertad para administrar los recursos financieros como le parece conveniente.

Regulación del seguro público

La superintendencia que fiscaliza las compañías de seguro privado (ISAPRE) no tiene poder para regular el Fondo Nacional de Salud (FONASA). En cambio FONASA es supervisado directamente por el Ministerio de Salud y aquí se presenta un problema porque el FONASA compite con las ISAPRE y por lo tanto sería razonable esperar que ambas instituciones estén sometidas al mismo marco de regulación. Pero no lo están debido a un problema estructural aún no resuelto relacionado con la naturaleza de ambos sistemas de seguro (como se verá más adelante en detalle).

Parece evidente que uno de los grandes problemas del sistema actual es que, en general, el mismo conjunto de disposiciones no se aplica al sector privado ni al sector público. En el campo de la provisión se podría pensar que esta situación beneficia más al sector público

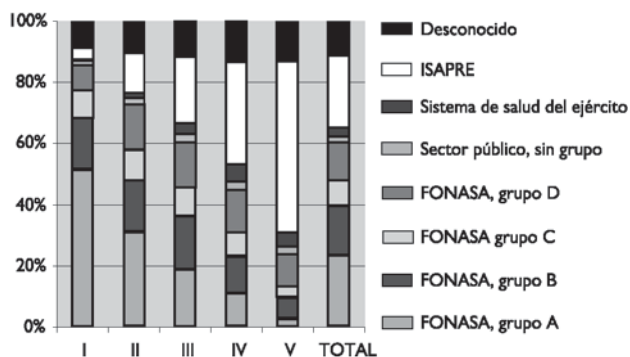
(aunque los proveedores del sector público podrían argumentar que ellos no poseen suficientes recursos humanos y técnicos para desempeñarse mejor), pero en el campo del seguro la situación es la opuesta: aparentemente el sector privado es la parte beneficiada.

Regulación del sector privado de salud: el mercado de seguro de salud privado

En 1980, la reforma del sistema de salud separó la administración financiera del sector público de salud de la provisión de servicio y del Ministerio de Salud y creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA). También autorizó y promovió la introducción de la competencia entre las compañías privadas de salud (ISAPRE).

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, aplica a todos sus miembros afiliados el mismo 7 por ciento de impuesto a la nómina de salarios sin considerar el nivel de riesgo de salud. En contraste, se permite a las ISAPRE ajustar la contribución, tomando el mismo 7 por ciento de impuesto a la nómina como aporte mínimo. FONASA está obligado a ofrecer el mismo plan de seguro a todos sus miembros, en tanto que las ISAPRE pueden ajustar el paquete de beneficios para adecuar el nivel de riesgo del afiliado o de su familia. Esta diferencia refleja la lógica esencialmente diferente que está detrás de los dos sistemas de salud: FONASA se basa en contribuciones relacionadas con el salario y opera bajo los principios de solidaridad y no exclusión, en tanto que las ISAPRE se basan en contribuciones relacionadas con el riesgo y operan como cualquier compañía de seguro tradicional, con exclusiones que dependen del perfil de salud individual.

Aparte de las diferencias estructurales, las compañías de seguros ISAPRE no estuvieron sometidas a fiscalización durante los diez primeros años después de haber sido creadas (por razones políticas) y llegaron a constituir una actividad comercial muy atractiva que fluctuó desde una cobertura del 2 por ciento de la población en 1983 hasta el 25 por ciento en 1999. Las diferencias estructurales entre los dos sistemas, la ausencia inicial de control de las ISAPRE y la política de canalizar todos los subsidios cruzados a través de FONASA originó una aguda segmentación del mercado de seguros de salud. FONASA, era responsable del pobre, del anciano y de aquéllos con enfermedades preexistentes potencialmente costosas, mientras que las ISAPRE se concentraban en los más ricos y a menudo seleccionaban los riesgos de los más ricos y más jóvenes (gráfico 3).

Gráfico 3. Afiliación al sistema de salud por quintiles, 1998

Para abordar esta situación, los gobiernos democráticos se han concentrado en el fortalecimiento de la superintendencia de ISAPRE y en mejorar el papel de FONASA como proveedor de seguro de salud del sector público y de introducir regulaciones destinadas a reducir la selección de clientes con base en el riesgo por parte de las compañías. Durante el transcurso de los tres últimos años (gráfico 4), la mejora del FONASA, la crisis económica actual y la falta de transparencia relacionada con los precios y paquetes de beneficios se han traducido en un desplazamiento de los contribuyentes desde las ISAPRE al FONASA.

Buscando afiliados, las ISAPRE están en la actualidad ofreciendo nuevos planes de seguros de salud denominados “planes cerrados” y “planes de proveedores preferidos” que en diseño son muy similares a las HMO. Las ISAPRE están ofreciendo ahora nuevos beneficios que proveen mejor cobertura para las enfermedades catastróficas, bajo la supervisión de la superintendencia de ISAPRE.

Las ISAPRE y la eficiencia

Emergen dos hechos interesantes relacionados con la eficiencia del sistema de las ISAPRE. Primero, los costos administrativos de los aseguradores privados han permanecido elevados y se han mantenido estables durante toda la década pasada a un nivel equivalente al 20 por ciento de su ingreso total (gráfico 5). Las ISAPRE podrían atribuir este hecho a las regulaciones que ellas deben satisfacer y al efecto natural de las tácticas utilizadas en sus esfuerzos por competir en las ventas. Esto en realidad puede ser parte de la explicación. Podría ocurrir también que sus altos costos administrativos estén directamente relaciona-

Gráfico 4. Seguro privado (ISAPRE). Afiliación 1990-99
(Miles)

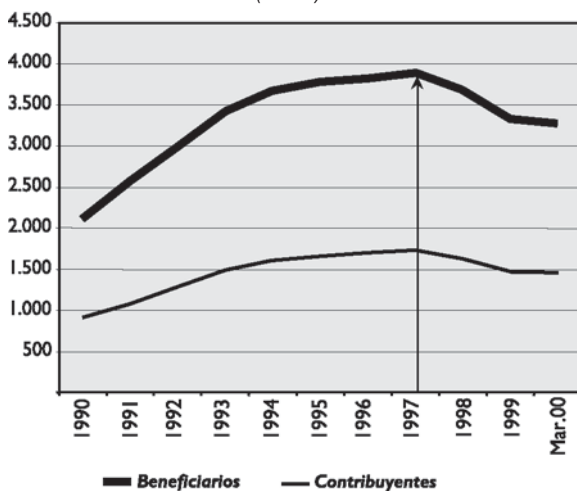
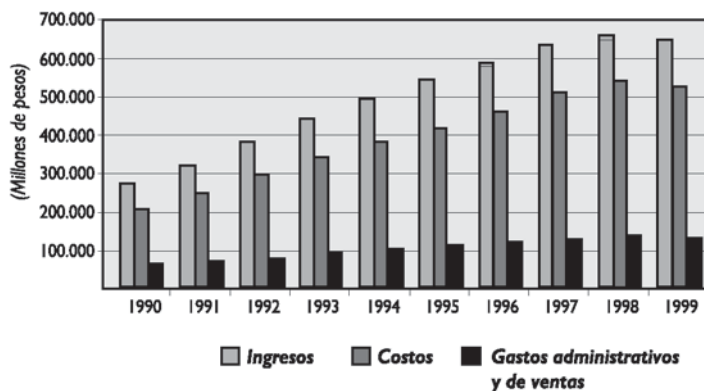
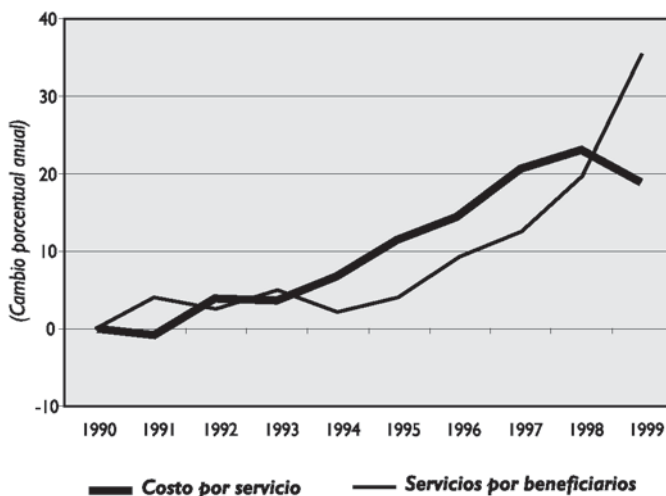


Gráfico 5. Ingresos y costos de operación de las ISAPRE



dos con el vasto número de paquetes que ofrecen y que requieren proporcionalmente elevados gastos de gestión en la provisión de información, sistemas de ventas y control de costos de esos paquetes.

Segundo, para las ISAPRE la frecuencia de uso de los servicios y el costo individual de los mismos han aumentado (gráfico 6). Esto significa que las ISAPRE no han empleado su poder de negociación para obtener mejores precios de los proveedores y que además no han diseñado nuevos incentivos en aras de mejorar las modalidades de utilización de los servicios de sus beneficiarios. Las ISAPRE simplemente han transferido el incremento al precio de la prima pagada por los usuarios por su acceso a los paquetes de beneficios. Como resulta-

Gráfico 6. ISAPRE, tasa anual de variación del consumo

do, se ha registrado un incremento en los gastos totales sin una concomitante mejora en la condición de la salud de sus beneficiarios.

Esta situación muestra una clara falta de eficiencia de parte de las ISAPRE. Pero lo más grave es que esto también revela una flagrante falta de regulación, lo cual constituye una insuficiencia altamente perjudicial para los intereses del usuario. Para abordar este problema, el Ministerio de Salud debe definir una política sobre los paquetes básicos para la atención de la salud y se debe otorgar autoridad a la superintendencia de ISAPRE para que obtenga información sobre la relación entre éstas y los proveedores, a fin de introducir nuevos métodos de contratación y mecanismos de pago. Mientras tanto, las autoridades de la salud se ven forzadas a permanecer como testigos pasivos frente a los incrementos en los costos en el mercado de seguros privado.

El problema de la equidad

Chile tiene un gran problema con relación a la equidad de la cobertura de la salud. Aun después de un gran esfuerzo del gobierno, el gasto per cápita del FONASA todavía es extraordinariamente inferior al de las ISAPRE: en 1999 cada persona registrada en FONASA respondía por aproximadamente US\$250 en el consumo de servicios de salud mientras que los contribuyentes de las ISAPRE respondían por aproximadamente US\$400 por persona. En algunas zonas del país, la tasa de

mortalidad infantil asciende a 40 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en las zonas acomodadas como Santiago fluctúa entre el 6 y 7 por 1.000.

Se requiere bastante trabajo para remediar esta enorme falta de equidad. Las tareas más urgentes podrían ser: (1) mejorar los subsidios para el pobre, (2) introducir mecanismos de control sobre la utilización de ciertos servicios, y (3) adoptar las regulaciones necesarias para asegurar la responsabilidad y la justicia en la cobertura del seguro y en la provisión de los servicios de salud. Antes de que estas tres tareas puedan llevarse a cabo, sin embargo, se requerirá un esfuerzo para alcanzar el consenso político necesario.

Las expectativas de la población

Los chilenos no identifican al Ministerio de Salud con la necesidad de intensificar la función de regulación del sector. Ellos están esperanzados simplemente en que se mejore la provisión de los servicios de atención de la salud tal como ésta se refleja en un acceso más rápido, mejores servicios de atención y mayor respeto por sus derechos. Las expectativas de la gente siempre parecen ir más allá de las mejoras en las políticas. Tal vez esta es la razón por la cual la impresión de la población acerca de la calidad de los servicios de atención de la salud se ha deteriorado durante el transcurso de los últimos diez años, a pesar de los buenos resultados producidos por el sistema. Los principales asuntos percibidos por la población son los siguientes:

- los problemas que impiden el acceso a tiempo a los servicios de salud,
- insuficiente respeto por los derechos de los pacientes en los hospitales públicos,
- la falta de transparencia del seguro privado, y
- las malas condiciones de los servicios del sector público

La satisfacción de las expectativas de la población recaerá en gran medida sobre la capacidad del Ministerio de Salud para definir e implementar las regulaciones básicas requeridas para asegurar el grado de reacción frente a las necesidades de los usuarios dentro de un marco de respeto mutuo y de responsabilidad.

Comentarios finales

El sistema de salud chileno enfrenta serios desafíos: (1) mantener la buena situación de salud que el país ha logrado, (2) mejorar el comportamiento del sector, (3) abordar sus principales problemas, y (4) satisfacer las expectativas de atención de la salud de la población. Estos desafíos requieren la redefinición de los papeles y prioridades del gobierno en el sector. Ellos necesitan además un cambio en la naturaleza de la relación entre los sectores de la salud público y privado. Existe la necesidad de nuevos programas de servicios tanto públicos como privados y poner los intereses de la población —no los intereses de los proveedores, aseguradores o políticos— en el centro del sistema. Se deben desarrollar nuevos métodos para abordar los problemas de la salud que incluyan todos los actores del sector y sus actividades en el país, no sólo los del sector público.

Unas de las funciones reconocidas de todos los Ministerios de Salud es la regulación. Los Ministros de salud deben definir y aprobar las normas y estándares para el sector y enseguida asegurar el acatamiento de estas normas y estándares dentro del mismo. La regulación es un poderoso instrumento: puede promover o restringir las actividades de cualquier actor dentro del sector público o privado por encima de los intereses de la gente. De acuerdo con esta definición, la regulación en el sector chileno de la salud es una labor en desarrollo, y debe ahora comenzar a ser vista y tratada como una prioridad principal para que el sistema de la salud de Chile sea capaz de abordar exitosamente los desafíos que enfrenta en la actualidad.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. 1999. *Improving Our Health*.
 _____. 2000. “Sistemas de salud: mejorando el desempeño”. *The World Health Report*.

El papel del gobierno y del sector privado en la atención de la salud: el modelo de Malasia

Dr. Khalid Abdul Kadir

Director, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia

Malasia es un país multirracial situado en el sudeste de Asia, con una población de aproximadamente 23 millones de habitantes. En el transcurso de las dos últimas décadas se ha transformado, pasando de ser una economía principalmente agrícola a una nación en desarrollo recientemente industrializada. Junto con la rápida transformación del país y su riqueza de reciente origen, las expectativas del pueblo malayo también han cambiado. Ellos son más educados y están mejor informados que antes y ahora están demandando estándares más elevados en la provisión de toda clase de servicios, incluyendo la atención de la salud.

Junto con la reciente modernización, industrialización y desarrollo, la composición de las enfermedades también ha cambiado. La diabetes, la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares han llegado a prevalecer, en tanto que las enfermedades tropicales y la mala nutrición son ahora muy raras. Las muertes y lesiones debido a accidentes de vehículos se sitúan en el segundo lugar después de las de origen cardiovascular. Mientras tanto la ciencia médica también ha experimentado cambios significativos en términos de instrumentos para el diagnóstico, métodos de tratamiento y nuevos productos farmacéuticos.

La riqueza nueva del país, las mayores expectativas de la gente, el cambio en el perfil de las enfermedades y los avances recientes en la tecnología médica han provocado profundas transformaciones en los servicios médicos y de salud. La provisión de atención de la salud y de servicios médicos fue anteriormente una responsabilidad del gobierno. Pero en la actualidad el sector privado ha asumido un papel mayor en la satisfacción de las expectativas y necesidades de la población. Este cambio ha resultado en una separación dentro del sector de atención de salud entre proveedores públicos y privados, principalmente en detrimento de los servicios proporcionados por el gobierno. Para remediar esta fisura y prevenir una ulterior erosión de los servicios proporcionados por el gobierno se han diseñado y puesto en ejecución nuevas estrategias con diferentes grados de éxito.

Servicios públicos de salud

El gobierno ha logrado administrar un servicio médico y de salud muy amplio y efectivo en todo Malasia que podría servir de modelo para la mayoría de los países en desarrollo. La política de salud se diseñó para asegurar una provisión equitativa de atención de salud para todos, de modo que aun la familia más pobre en el más remoto rincón de la nación tenga acceso a los servicios de salud proporcionados por el gobierno.

El Ministerio de Salud opera 118 hospitales en todo el país. En la cúspide está el hospital Kuala Lumpur en la capital, que recientemente ha sido sobrepasado, en términos de la modernización de sus recursos, por un hospital enteramente nuevo (el hospital Selayang) ubicado en las afueras de Kuala Lumpur y que es completamente computarizado y no emplea papel. Otro hospital nuevo computarizado se inauguró recientemente en Putrajaya, la nueva capital administrativa del país. La capital Kuala Lumpur, con una población de 2 millones, posee otros dos hospitales universitarios de mil camas cada uno, administrados por el Ministerio de Educación. De esta manera, Kuala Lumpur tiene ahora cuatro hospitales grandes de atención terciaria que sirven también como centros de referencia para casos difíciles de todo el país (y también de países vecinos).

Cada estado tiene un hospital general con todos los servicios y especialidades necesarios para el tratamiento moderno de enfermedades de nivel terciario y sirve como centro de referencia para esa zona.

Cada distrito tiene hospitales cuyo tamaño fluctúa entre 250 y 500 camas que proveen atención de la salud de nivel secundario, con especialidades en las principales disciplinas y con modernos servicios de radiología y patología. El próximo Plan Malasia (2001-2005) incluye 23 hospitales más al nivel de distrito.

La atención de nivel primario es proporcionada por 773 clínicas de salud, 1990 clínicas rurales y 107 clínicas para la atención materno infantil, complementadas con 1.194 clínicas móviles.

De esta manera cada ciudadano tiene acceso a servicios de salud (y dental) provistos por el gobierno sin costo alguno. Cada niño que nace recibe inmunizaciones para casi todos los tipos de enfermedades infantiles y para la hepatitis B. Con la provisión de estos servicios, la tasa de mortalidad neonatal, de 4,6 por 1.000, es en la actualidad comparable con la de cualquier otra nación moderna. El promedio de duración de vida para el hombre es de 73 años y para la mujer 75. La malaria, la filariasis, el tifus y otras enfermedades infecciosas son poco comunes y están restringidas a las zonas fronterizas y periféricas de la jungla. La tuberculosis está en gran parte controlada, hasta el punto

que la red nacional de centros de TB y el centro nacional de TB han tenido que cerrarse. Pero ahora el país tiene un instituto nacional del corazón, un reflejo del cambio en el perfil de enfermedades de Malasia. Todos estos servicios son provistos por el gobierno empleando solamente el 3,9 por ciento del PNB.

Servicios privados de salud

Las dos últimas décadas han sido testigo de un rápido desarrollo de los servicios privados de atención de la salud en el país, y la provisión de atención privada se ha transformado en una importante industria de servicios con hospitales privados listados en el mercado de valores de Kuala Lumpur. Más del 55 por ciento de los médicos de la nación trabajan en el sector privado y alrededor del 15 por ciento de los servicios especializados de atención de la salud que se requieren en el país son proporcionados por 1.100 especialistas en práctica privada (comparado con 660 en el gobierno y 281 en las universidades).

Los servicios privados de salud se prestan para los tres niveles de atención de salud. Una práctica general de atención clínica para la familia en toda la nación opera sola o en grupos que proveen servicios primarios de salud por un honorario. Esta asistencia es apoyada al nivel siguiente por pequeños hogares/centros para maternidad y por clínicas especializadas. Los hospitales especializados que se construyeron a lo largo de todo el país, particularmente en las principales ciudades, proveen servicios de atención especializados de nivel terciario de alta calidad a aquéllos que tienen los medios para pagarlos. No existe un esquema de seguro nacional de salud pero la población demanda y obtiene servicios de atención privada de salud pagados en efectivo, mediante el ahorro y similares.

El papel de la atención de salud pública y privada

Existe una seria superposición y redundancia en la provisión de servicios de atención de salud tanto de parte del gobierno como del sector privado. Por otra parte, la presencia simultánea de los dos sectores ha asegurado una atención equitativa para todos en el país.

El gobierno provee casi gratis servicios amplios de salud y médicos a cada ciudadano (y a los extranjeros). Cada ciudadano tiene derecho a la atención terciaria del más alto nivel en el hospital de Kuala Lumpur o en los hospitales universitarios a una tasa muy subsidiada o

aun gratis si son: (1) empleados del gobierno, (2) dependientes de empleados del gobierno, (3) pobres, viejos o inválidos, o niños hasta los 12 años de edad.

Todos los malayos tienen derecho a usar los servicios de atención privada de salud si pueden afrontar semejantes gastos, y en cierto sentido los grupos ricos no utilizan los servicios subsidiados por el gobierno destinados a los pobres. Los servicios de salud rural, que no son atractivos para el sector privado, son administrados por el gobierno. También es responsabilidad del gobierno la atención preventiva y la provisión de atención de salud a las comunidades nativas y a la población en las áreas remotas del país.

El gobierno se está embarcando en una investigación destinada a garantizar la salud básica de la nación y está promoviendo activamente el bienestar mínimo de la población en vez de concentrarse simplemente en la medicina curativa. La atención de enfermedades crónicas debilitantes (tales como los servicios de diálisis para deficiencias crónicas de los riñones) es una responsabilidad que el público no puede costearse, en cambio es algo que el gobierno tiene la obligación de proveer.

Efectos duales del floreciente sector privado

Con la modernización de la sociedad y el aumento en el conocimiento a través de la internet y otros medios de información, el pueblo malayo tiene ahora expectativas más altas con relación a la calidad en la atención de la salud. Es así como demanda y obtiene el nivel deseado de atención y calidad del sector privado, a un costo que incide en el presupuesto de la familia. El gobierno está tratando de satisfacer la demanda de la población y ha iniciado medidas para garantizar la calidad en toda la nación. También ha mejorado las instalaciones en los principales hospitales públicos para igualarlas a las disponibles en los hospitales privados. De esta manera, a diferencia de la situación de hace veinte años, muchos hospitales del gobierno tienen equipos, servicios, clínicas y salas de hospital muy modernos y de alta calidad.

La otra cara de la moneda es que el pujante sector privado de la salud ha contribuido al mismo tiempo a una seria erosión en ciertos aspectos de la provisión de servicios del gobierno. La oferta existente de mano de obra médica y paramédica no puede satisfacer la demanda del sector público de atención de la salud y del auge de la industria de atención privada. Hasta hace poco había solamente tres escuelas de medicina en el país que producían 400 médicos por año, más otros 150

a 200 médicos que ingresaban anualmente al país después de haberse graduado en el extranjero. Los especialistas eran muy pocos y en su mayoría graduados en el extranjero. La oferta de enfermeras y paramédicos también es insuficiente. El sector privado ha logrado atraer muchos de estos doctores, especialistas, enfermeras, radiólogos, técnicos y otros con sus remuneraciones más altas a expensas de los servicios del gobierno. Los hospitales privados nuevos compiten por la misma mano de obra que necesitan los hospitales del gobierno.

No existe provisión de práctica privada para los doctores empleados por el gobierno; a la inversa, existen muy escasas oportunidades para que los doctores privados practiquen en los hospitales del gobierno u hospitales universitarios. Los hospitales universitarios y los grandes hospitales del gobierno constituyen los centros de capacitación para los estudiantes de medicina, especialistas y subespecialistas, así como para las enfermeras y otro personal paramédico. Infortunadamente, la migración al sector privado de médicos y paramédicos bien capacitados y con experiencia ha dejado a las escuelas de medicina y hospitales de enseñanza sin personal suficiente.

La experiencia del hospital Universiti Kebangsaan Malaysia

En un esfuerzo por superar los problemas ocasionados por el floreciente sector privado de salud, el gobierno, las universidades y las organizaciones profesionales médicas han empezado a reformular los papeles del gobierno y del sector privado en la atención de la salud y a modificar el esquema existente de la interacción de ambos. La redundancia de servicios y la competencia por el personal de parte de los dos sectores debe remediarse y los esfuerzos resultantes destinados a fusionar ciertos aspectos de los dos sectores han tenido algún éxito.

La Universidad Nacional de Malasia (Universiti Kebangsaan Malaysia) y su nuevo complejo hospitalario en el sur de la capital han desempeñado un papel importante en esta transformación y cambio de paradigma. Para asegurar que su personal académico experimentado y altamente calificado no se pierda totalmente en beneficio del sector privado los ha empleado como consultores en visita en el hospital, dándoles remuneraciones competitivas con las del sector privado. De esta manera los profesores y conferencistas que se han unido al sector privado todavía pueden, a tiempo parcial, practicar, enseñar y capacitar a los doctores recién contratados. Este tipo de arreglos no fue considerado viable previamente, especialmente porque el pago del gobierno por tiempo parcial es casi equivalente al salario que percibían antes por

jornada completa como especialistas o conferencistas. Actualmente, las enfermeras y el otro personal paramédico del sector privado también son empleados por el sector público de salud a tiempo parcial. En el pasado las enfermeras del gobierno trabajaban en el sector privado debido a la escasez de dicho personal, pero lo hacían ilegalmente. Mientras tanto, los profesores del sector público y los conferencistas tienen ahora la oportunidad de trabajar a tiempo parcial en el sector privado. De esta manera, el Universiti Kebangsaan Hospital ha firmado acuerdos con hospitales y organizaciones privadas por medio de los cuales se produce un libre flujo de recursos humanos en las dos direcciones. A los especialistas que se unieron a los hospitales privados se les permite ahora volver a la universidad para enseñar, capacitar y practicar, y se deja asimismo que los doctores de la universidad trabajen en los hospitales privados a tiempo parcial.

Del mismo modo, la Universiti Kebangsaan Malaysia ha podido trabajar con otras organizaciones no gubernamentales para desarrollar ciertos centros en el hospital. Es así como unió fuerzas con el consejo nacional del cáncer para poner en acción todos sus recursos en el centro del cáncer, con personal, suministros y financiamiento proveniente de los dos lados. El hospital también se asoció con la compañía nacional de electricidad y la compañía nacional de petróleo para abrir el centro para tratamiento de quemaduras, con el banco más grande de Malasia para abrir un centro de trasplante, y con la compañía Genting para abrir una biblioteca central ubicada en el hospital y accesible para todos los doctores de Kebangsaan y sus tutores en los hospitales de todo el país.

En la práctica este programa está eliminando los límites entre de los sectores privado y público y lo mismo ha ocurrido con los hospitales del gobierno y otras universidades. El Ministerio de Salud ha iniciado una campaña para reemplazar, a tiempo parcial, a los especialistas del sector privado. Los otros dos hospitales universitarios también han concedido a sus académicos el derecho a tener práctica privada. El Ministerio de Salud ha permitido la creación de cuatro escuelas privadas de medicina en sus respectivos hospitales generales de cada estado, y emplear especialistas médicos públicos para servir como conferencistas y profesores a tiempo parcial, y al personal académico privado practicar en los hospitales del gobierno. El instituto nacional del corazón se ha unido con un conjunto de hospitales privados para otorgar servicios conjuntos de cirugía cardiotorácica.

De igual manera, el Universiti Kebangsaan Hospital ha sido elegido por el Ministerio de Salud para iniciar un programa de atención de salud de zona. El hospital universitario pertenece a una organi-

zación diferente de aquella a la cual están adscritos los hospitales del Ministerio de Salud. Los hospitales universitarios siempre han sido considerados como hospitales de referencia para la atención terciaria concentrados en la medicina curativa, en tanto que la medicina preventiva y primaria está bajo el control del Ministerio de Salud. En este nuevo esquema, la zona en la cual está situado el Universiti Kebangsaan Hospital va a ser administrada conjuntamente para medicina preventiva y atención primaria, de modo que los centros de salud actúen como un medio de acceso y como tamizadores para la atención al nivel superior terciario en el Universiti Kebangsaan Hospital.

De esta manera, la universidad ha ubicado los centros de atención primaria y de medicina familiar fuera del hospital situándolos en las zonas que lo rodean. Recientemente se ha abierto también un centro de maternidad de bajo riesgo ubicado a veinte kilómetros. El personal del Universiti Kebangsaan Hospital también provee atención de salud industrial a la zona y lleva a cabo encuestas sobre el estado de la salud de la población. Se están iniciando programas para promover una forma de vida saludable en colaboración con facultativos privados, fortalecer la campaña de bienestar del gobierno y obtener el apoyo de los médicos. El Universiti Kebangsaan Hospital también ha inaugurado un programa de atención de enfermos en el hogar, el primero de esta naturaleza en el país, a través del cual los pacientes que son dados de alta del hospital reciben atención de enfermería y servicios de rehabilitación. Además, la universidad ha abierto un centro de diálisis en su campo principal, Bangi, ubicado a treinta kilómetros, para proveer este servicio a su personal y estudiantes.

Este programa conjunto de atención de la salud zonal se ajusta bien a los programas médicos y de capacitación de enfermería de la universidad que responden al llamado de la Organización Mundial de la Salud destinado a asegurar que los doctores y enfermeras se capaciten también en la provisión de medicina preventiva y atención primaria, y no sólo en el nivel de atención terciario alto.

Resumen y conclusiones

Malasia está pasando por una transformación en sus servicios de salud y médicos como resultado del rápido crecimiento económico e industrialización del país. La demanda por servicios de salud secundarios y terciarios ha resultado en un rápido crecimiento del sector privado de atención de la salud que provee sus servicios a aquellos que están en condiciones de pagar su costo. La atención del sector gobierno, tradi-

cionalmente concentrada en la provisión de atención primaria y preventiva, también se ha expandido para satisfacer esta demanda más sofisticada a través del establecimiento de muchos hospitales nuevos públicos con los últimos adelantos. Entre tanto, el gobierno es el principal proveedor de servicios de salud: (1) para aquellos que viven en las zonas rurales y remotas, (2) los pobres, viejos y minusválidos, y (3) los empleados del gobierno y sus dependientes.

El crecimiento del sector privado ha sobrepasado significativamente la capacidad disponible de mano de obra médica del país y también ha resultado en una redundancia y superposición de los servicios provistos. Los papeles en la atención de la salud del sector privado y del sector público han evolucionado como corresponde para abordar estos temas. En la actualidad se están haciendo esfuerzos para consolidar algunos de los servicios provistos por el gobierno con los servicios proporcionados por el sector privado. El Universiti Kebangsaan Hospital ha desempeñado un papel fundamental en la realización de dichos cambios.

CAPITULO VII

ESTRATEGIA DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES MULTILATERALES

**Organización/reorganización
del sector de la salud
en América Latina y el Caribe**

Roberto F. Iunes



**Los desafíos que enfrenta
el sector de la salud
en Asia y el Pacífico:
estrategia del
Banco Asiático de Desarrollo**

Indu Bhushan

Página en blanco a propósito

Organización/reorganización del sector de la salud en América Latina y el Caribe

Roberto F. Iunes

Banco Interamericano de Desarrollo

Los indicadores de salud en América latina y el Caribe han mostrado mejoras significativas en años recientes, como lo evidencia la información siguiente:¹

- La cobertura de la inmunización contra la difteria, tos convulsiva y tétano entre los niños ha aumentado del 38 por ciento en 1980 al 83 por ciento en 1997, y la inmunización contra el sarampión del 41 al 90 por ciento durante el mismo período.

- La esperanza de vida al nacer se incrementó en más de cuatro años entre la primera mitad de la década de 1980 y la primera mitad del decenio de 1990 (desde 65,4 a 69,8 años).

- La tasa ajustada de mortalidad ocasionada por enfermedades transmisibles se redujo en casi un 50 por ciento entre la primera mitad de la década de 1980 y la primera mitad del decenio de 1990 (de 181 a 94 por 100.000 habitantes aproximadamente).

- La tasa proporcional de mortalidad por infecciones respiratorias agudas se redujo del 17 por ciento aproximadamente durante la primera mitad de la década de 1980, a alrededor del 11 por ciento durante la primera mitad del decenio de 1990. Una declinación aún más impresionante se registró en la tasa proporcional de mortalidad originada en las enfermedades diarreicas, que se redujo en aproximadamente dos tercios entre la primera mitad de la década de 1980 (aproximadamente 22 por ciento) y la primera mitad del decenio de 1990 (alrededor del 8 por ciento).

A pesar de estas mejoras, los indicadores de salud de la región tienden a ser menos favorables que los de otras regiones del mundo con ingresos similares (y a veces más bajos). Este escenario ha impulsado a muchos países de la región a buscar mejoras en sus sistemas de salud a través de cambios de estructura y organización intensivos. Tales procesos de cambio se conocen como reformas de la salud.

¹ Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998.

Este estudio presenta una discusión general y una evaluación de estos procesos de reorganización en el sector de la salud en América Latina y el Caribe. Se describirán los temas que subyacen a las diferentes propuestas para reorganizar los sistemas de salud de la región, las acciones del Banco Interamericano de Desarrollo en el sector, y los problemas enfrentados durante la puesta en práctica de los procesos de reorganización de los sistemas de salud, en particular el hecho de que algunas de las soluciones propuestas pueden generar sus propios problemas y desafíos.

Las fuerzas que orientan la reorganización de los sistemas de la salud en América Latina

La falta de equidad

La pronunciada desigualdad de los ingresos y las disparidades sociales que caracterizan a la región de América Latina y el Caribe se refleja en los sectores de la salud de los países. Al respecto se necesita tener presente que los indicadores monolíticos de toda la región pueden ocultar disparidades extremadamente grandes entre y dentro de los países.

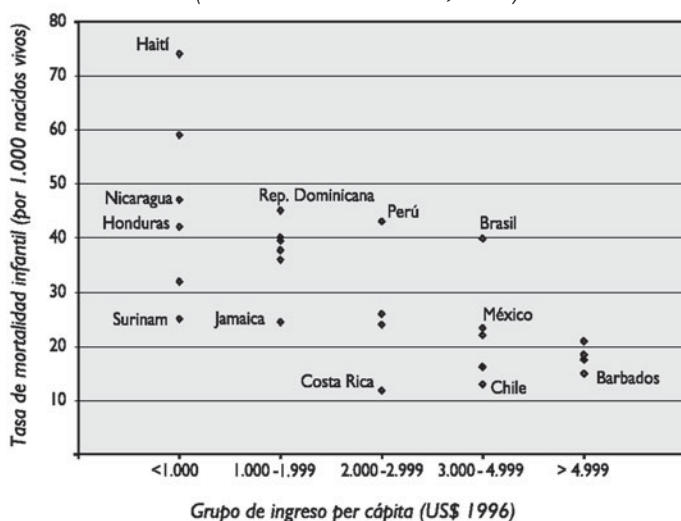
El gráfico 1² muestra las tasas de mortalidad infantil de los países miembros del BID agrupados por nivel de ingreso per cápita³. El país con la tasa más alta de mortalidad infantil (Haití con 74 por 1.000 nacidos vivos en 1994-95) registra cifras seis veces mayores que aquellas observadas en el país con la tasa más baja de mortalidad (Costa Rica, con alrededor de 12 por 1.000 nacidos vivos en 1996). En términos generales, las grandes diferencias que existen en las tasas de mortalidad infantil entre los países más ricos y los más pobres de la región, realmente han aumentado a través del tiempo. A principios de la década de 1950, la tasa media de mortalidad infantil en los países más pobres era alrededor de dos veces la observada en los países más afluentes, pero para principios de la década de 1990, esta razón se había incrementado hasta ser aproximadamente cinco veces la de los más acomodados⁴.

² OPS, 1998.

³ Los países miembros del BID son: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁴ Aruba, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán y las Bahamas se excluyen de esta comparación (OPS, 1998).

Gráfico I. Tasas de mortalidad infantil por grupo de ingreso
(Países miembros del BID, 1996)

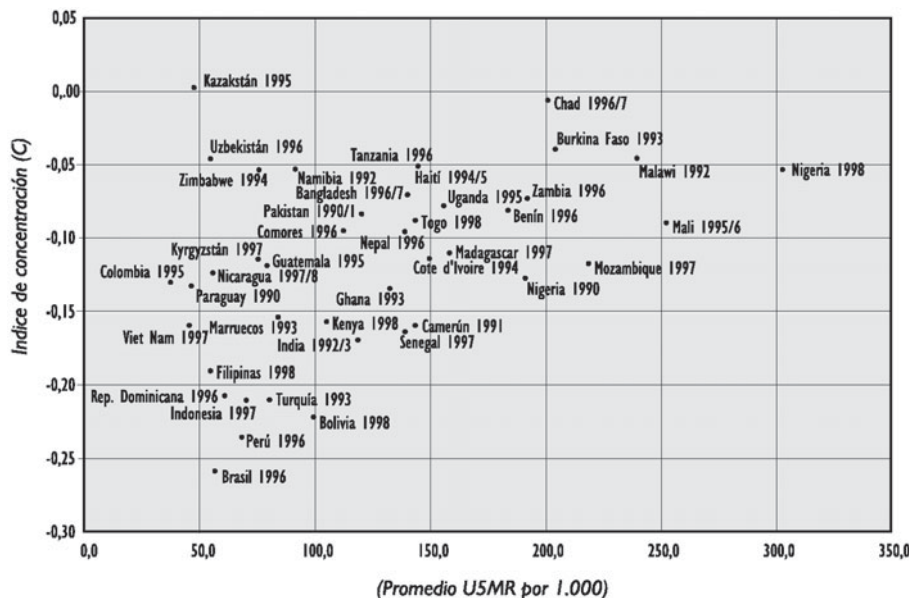


Pero el nivel de ingreso no es un predictor infalible de las tasas de mortalidad. Pueden registrarse y en realidad existen grandes diferencias en la mortalidad infantil entre países con ingresos per cápita similares. En términos relativos las altas tasas de mortalidad infantil no están restringidas a los países con los ingresos per cápita más bajos como Haití (74 por 1.000 nacidos vivos en 1996), Nicaragua (47 por 1.000 nacidos vivos en 1997), u Honduras (42 por 1.000 nacidos vivos en 1996); también las experimentan países relativamente más ricos como Perú (43 por mil 1.000 nacidos vivos en 1996) y Brasil (40 por 1.000 nacidos vivos en 1996). Entre tanto Suriname, uno de los países más pobres de la región, tiene una tasa de mortalidad infantil de 25 por 1.000 nacidos vivos similar a la de México y mucho menor que la de Brasil, países con ingreso per cápita de cuatro a cinco veces mayor que el de Suriname.

El gráfico 2⁵ muestra las brechas existentes en las tasas de mortalidad de los menores de cinco años entre pobres y no pobres en varios países en desarrollo. Un índice de concentración (en términos absolutos) negativo mayor para un país en particular indica una desigualdad más grande en la razón pobre/no pobre que favorece al no pobre. Los países latinoamericanos incluidos en el gráfico tienden a exhibir tasas menores de mortalidad pero mayores desigualdades, mostrando de esta manera que la región presenta grandes desigualdades en

⁵ Gwatkin y otros, 2000.

Gráfico 2. Desigualdad en la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años dentro de cada país, en países en desarrollo seleccionados



la salud dentro del país comparadas con otras partes del mundo. En realidad, los tres países con las brechas de salud más grandes están situados en América Latina (Bolivia, Brasil y Perú).

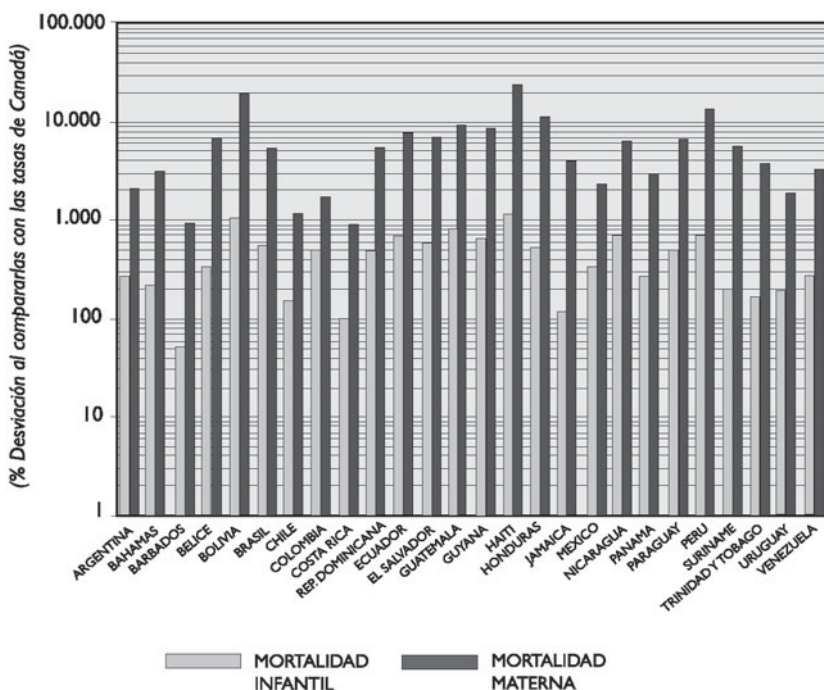
También existen grandes disparidades y desigualdades en las tasas de mortalidad materna. Por ejemplo Chile y Costa Rica tienen tasas de mortalidad comprendidas en el intervalo entre 25 a 30 muertes por 100.000 nacidos vivos, en tanto que Bolivia y Haití registran tasas de aproximadamente 400 a 450 muertes por 100.000 nacidos vivos. Si se toman las cifras de Canadá como punto de referencia, la región ha sido más efectiva en reducir los diferenciales en el caso de la mortalidad materna, como lo muestra el gráfico 3⁶.

Las desigualdades en la salud se pueden discernir a través de indicadores tales como la mortalidad infantil, que está altamente correlacionada con la situación socioeconómica y las condiciones de vida. Las desigualdades en la salud se evidencian claramente en indicadores tales como la mortalidad infantil de los menores de cinco años y la mortalidad materna, que están altamente correlacionadas con el acceso a los sistemas y la calidad de la atención de la salud. Este hecho corrobora la hipótesis de que la estructura y la organización de los

⁶ OPS, 1998.

Gráfico 3. Diferenciales de mortalidad infantil y materna comparados con Canadá

(Países miembros del BID, 1996)



sistemas de salud en realidad han contribuido a la composición de las desigualdades en la salud observadas en la región. Nuestra conclusión por lo tanto debe ser que los sistemas de salud son importantes, e importan mucho.

El proceso histórico de segmentación que configuró muchos de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe ha sido uno de los factores que ha contribuido a las desigualdades de la salud en la región. Esta segmentación está incorporada típicamente en un sistema de tres niveles compuesto por los siguientes tipos de subsistemas:

- El primero es un tipo de subsistema financiado con recursos del Ministerio de Salud que ofrece servicios en instalaciones públicas para la población en general. Grandes proporciones de la población, en particular los pobres urbanos y rurales, dependen de estos servicios como fuentes únicas de atención. El financiamiento insuficiente y la inestabilidad financiera de los sistemas públicos tienen un gran impacto en la calidad de los servicios proporcionados por el gobierno. Las instalaciones públicas tienden a tener escaso personal y no dispo-

nen de los medicamentos y suministros, particularmente en las áreas rurales. Las leyes nacionales y la Constitución otorgan al sector público la responsabilidad por la cobertura universal, pero la inadecuada administración, el financiamiento insuficiente y el escaso control de calidad han conducido a bajas tasas de cobertura y al limitado acceso a la atención.

- El segundo es un tipo de subsistema responsable por la provisión de atención a aquellos empleados en el sector formal (principalmente urbano) de la economía. La calidad del servicio en los sistemas de seguridad social tiende a ser mejor que en los servicios de salud organizados por los ministerios de salud, pero la cobertura de la seguridad social a menudo no se extiende a la familia del afiliado.

- El tercero, es un tipo de subsistema puramente privado que cubre a aquéllos que pueden afrontar gastos en efectivo relativamente altos y/o las primas de seguro privado. Muchos doctores combinan las prácticas públicas y privadas pero tienden a asignar la mayor parte de su tiempo al sector privado.

Los países de habla inglesa del Caribe han seguido un camino diferente. Ellos, han mantenido en gran medida la estructura y organización del sistema original heredado de Inglaterra y sus indicadores de salud son generalmente mejores que aquéllos de las naciones de América Latina⁷.

Ineficiencia e inoperancia

La región asigna montos significativos de recursos a la salud. Los gastos en salud en América Latina y el Caribe ascienden a casi el 7 por ciento del PIB, o aproximadamente US\$240 por persona por año. Pero a pesar de los elevados niveles de gasto, las condiciones de la salud en América Latina y el Caribe tienden a ser más desfavorables que aquellas observadas en otras regiones del mundo con niveles de ingreso per cápita semejantes, mostrando que los sistemas de salud de América Latina y el Caribe tienden a ser extremadamente inoperantes⁸.

⁷ El mismo razonamiento se aplica en muchas instancias a Suriname, que se ha beneficiado del sistema holandés.

⁸ Aquí estamos definiendo eficiencia como la razón salud/insumo. Así, bajo esta definición (que es una de varias) el sistema se califica como más eficiente si puede mejorar las condiciones de salud de la población empleando el mismo nivel de recursos, con todos los demás factores constantes (o, inversamente, puede mantener la calidad actual de la salud con menos recursos).

Si la eficiencia (o eficiencia productiva, o eficiencia técnica) se define como la relación entre el insumo y el producto (esto es, la razón entre los dos), se dirá que un sistema ha incrementado su eficiencia si, al permanecer todo lo demás constante, produce el mismo nivel de atención de la salud con menos insumos o si produce más servicios con los mismos recursos.

La presencia de ineficiencia en los sistemas de salud de la región se evidencia por factores como los siguientes:

- promedios relativamente bajos de permanencia en los hospitales (alrededor de siete días en la mayoría de los países) y bajas tasas de ocupación de los hospitales (frecuentemente alrededor del 50 por ciento)
- baja “productividad” de los médicos (particularmente en el sector público), reflejando la discrepancia que tiende a existir entre las horas contratadas y las horas efectivamente trabajadas
- número relativamente elevado de médicos, como sucede en el cono sur, que tiene una tasa de médicos por población próxima a la tasa registrada en Canadá
- costos administrativos elevados, que a veces consumen casi el 25 por ciento del presupuesto del sistema.

Además, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe tienden a enfatizar el cuidado individual curativo con mayor ahínco que los métodos más eficaces en función de los costos tales como la atención primaria, las acciones colectivas de salud pública, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Como resultado, la mayor parte del presupuesto de salud tiende a ser asignada a los principales hospitales del país.

Otra evidencia importante de la ineficiencia en la asignación de los recursos⁹ es la pirámide de inversión en recursos humanos observada en la región, en particular el nivel subóptimo en la razón enfermera-médico. La región tiene una deficiencia de enfermeras adecuadamente capacitadas y un número extremadamente alto de médicos. Los países desarrollados tienen relativamente más enfermeras que médicos (cuatro a uno en Canadá y Estados Unidos), pero lo opuesto se registra en América Latina y el Caribe, donde en promedio hay solamente 7,4 enfermeras por 15 médicos por 10.000 habitantes, con una razón aún menor en ciertos países (Uruguay con 7 enfermeras y 37

⁹ La eficiencia en la asignación de los recursos implica producir la combinación apropiada de productos con la combinación apropiada de insumos.

médicos por cada 10.000 habitantes y Venezuela con 2,4 enfermeras y 24 médicos por cada 10.000 habitantes)¹⁰.

¿Podría la búsqueda de una mayor eficiencia ser un obstáculo para mejorar la equidad? ¿Existe una compensación entre equidad y eficiencia en América latina y el Caribe?. Formalmente, tendríamos que responder que, en todo caso, un sistema de salud que no es técnicamente eficiente no está operando en la frontera de eficiencia y por lo tanto no enfrenta el conflicto entre eficiencia y equidad. La búsqueda de la eficiencia no impide necesariamente mejoras en la equidad. En realidad, en muchos casos los recursos liberados o ahorrados por ganancias en la eficiencia podrían realmente ser asignados para mejorar la equidad, aunque no necesariamente. Y a veces los esfuerzos por mejorar la eficiencia dan por sentada una distribución de los recursos, en ausencia de la cual podría, de un modo plausible, requerir la implementación de políticas de redistribución que mejoren la equidad.

Asuntos financieros

La asignación inadecuada de los recursos a menudo empeora debido a la inestabilidad financiera del sector de la salud. Para responder a esta situación, en la mayoría de los países los responsables de la adopción de decisiones de política buscan diseñar mecanismos estables de financiamiento que aseguren más predecibilidad presupuestaria. Y en general, la mayoría de los ministros de salud de la región tienden a preocuparse mucho de los aspectos “macro” del financiamiento, esto es, del monto de los recursos de financiamiento del sector.

Parece haber relativamente menos discusión acerca de la estructura “micro” del financiamiento y con respecto a funciones tales como el reembolso por los servicios de los proveedores. En realidad, parece existir una percepción muy limitada a nivel de la adopción de decisiones sobre el vínculo que existe entre el financiamiento macro y micro. Aparentemente, los responsables de las decisiones no logran apreciar que el microfinanciamiento define los incentivos y los obstáculos económicos que impulsarán el comportamiento de los proveedores de atención, quienes son *de facto* los principales determinantes del nivel total de gastos del sector. Como resultado, los mecanismos de reembolso pueden socavar los esfuerzos orientados a mejorar la eficiencia y a inducir intervenciones eficientes en función de los costos.

¹⁰ En general los países de habla inglesa del Caribe no tienden a presentar esta pirámide “invertida” (OPS, 1998).

Por ejemplo, la elevada frecuencia de procedimientos de cesárea observados en toda la región resulta en gran medida de la tarifa diferencial en el reembolso que se agrega a los procedimientos de cesárea en comparación con los procedimientos de parto normal. Como los partos son a menudo las partidas de gastos más grandes de la atención a la salud, el impacto presupuestario de tal medida es en general significativo, comprometiendo a veces la capacidad del gobierno para alcanzar la cobertura objetivo de los partos institucionales¹¹.

Debilidad institucional

Se reconoce ampliamente en la región que las instituciones del sector de la salud son débiles y que la capacidad administrativa existente es, en el mejor de los casos, inadecuada. Esta debilidad penetra en las principales organizaciones del sector, incluyendo los ministerios de salud, instituciones de seguridad social y hospitales. En muchos casos estas instituciones no poseen la información, los sistemas y los recursos humanos necesarios para satisfacer sus mandatos apropiadamente y operar eficientemente, una situación que compromete sus funciones clave de determinación de política, administración y regulación.

La reorganización del sistema de la salud en América Latina y el Caribe

Como un intento para abordar los asuntos descritos en la sección anterior, muchos de los países de la región se han embarcado en procesos dirigidos a mejorar y/o reestructurar el sector de la salud. Este proceso ha recibido amplio apoyo técnico y financiero de las agencias multilaterales, incluyendo el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Acciones del Banco Interamericano de Desarrollo en el sector de la salud

El Banco Interamericano de Desarrollo siempre ha considerado como prioritarias las acciones en el área de los sectores sociales, un énfasis reforzado acentuadamente en el Octavo Aumento General de Recursos

¹¹ Sin mencionar el impacto en la salud en términos del riesgo creciente para las madres y por lo tanto en la mortalidad materna.

Cuadro I. Conjunto seleccionado de proyectos de salud del BID

País	Proyecto	Monto	
		(US\$ millones)	Áreas clave
Argentina	Reforma de la atención primaria	167	Objetivo: la salud de la familia (selección libre, per cápita), recuperación de costo de los pacientes asegurados
Bolivia	Escudo epidemiológico y apoyo a la reforma del sector de la salud	53,7	Escudo epidemiológico e inspección epidemiológica, red de salud familiar
Brasil	REFORSUS	750*	Descentralización, autonomía hospitalaria, salud de la familia y agentes de la comunidad
Colombia	Apoyo a la reforma del sector de la salud	63	Política de salud, fortalecimiento institucional, recursos humanos, estudios técnicos
República Dominicana	Modernización y reestructuración del sector de la salud	75	Desarrollo de política, reestructuración y modernización del seguro social, fortalecimiento de los servicios básicos, modernización de los sistemas de adquisiciones
Guatemala	Mejora de los servicios de la salud (segunda fase)	66,1	Fortalecimiento institucional, descentralización, focalizando los servicios de la salud, administración de hospitales, financiamiento
Jamaica	Reforma del sector de la salud	25,7	Administración de recursos humanos, desarrollo de política de la salud, seguro nacional de salud, descentralización
Paraguay	Reforma de la atención primaria	46,6	Descentralización, fortalecimiento de la capacidad de regulación, atención de la madre y el niño
Perú	Programa de salud de la madre y el niño	125	Atención y seguro de la madre y el niño, apoyo al desarrollo de la política de la salud, modernización institucional
Trinidad y Tobago	Reforma del sector de la salud	192	Reforma del Ministerio de Salud, descentralización de los servicios, recursos humanos, financiamiento, racionalización de la infraestructura

* Cofinanciado con el Banco Mundial.

(en 1994), cuando la Asamblea de Gobernadores determinó que los recursos asignados a las áreas sociales deberían aumentar gradualmente hasta alcanzar el 50 por ciento del total de los préstamos de la institución. Durante la década de 1990, la concentración de los proyectos financiados por el BID en el sector de la salud se desplazó desde el desarrollo de infraestructura a la organización o reorganización del sistema a través de acciones e incentivos diseñados para mejorar la eficiencia y la equidad y para fortalecer las instituciones del sector y la capacidad administrativa¹². El BID tiene proyectos de salud en ejecución en la mayoría de sus países miembros. El cuadro 1 presenta información clave sobre varios de los proyectos recientes en el sector de la salud apoyados por el Banco.

La cartera de proyectos de salud del Banco comprende en la actualidad 25 proyectos en ejecución por un total de US\$1.700 millones que representan más del 3 por ciento de la cartera total de la institución. Los cinco proyectos nuevos para la salud aprobados por el Banco en 1999 ascendieron a aproximadamente US\$500 millones, alrededor del 5 por ciento del monto total de préstamos otorgados a los países de la región y el 11 por ciento del total aprobado para los sectores sociales.

Una institución como el BID puede examinar el comportamiento de una gran variedad de proyectos en ejecución y hacer recomendaciones a los países miembros basadas en lo que funciona bien, sobre lo que no avanza y lo que se debería evitar, mejorar, o continuar en futuros proyectos. Los estudios sectoriales y de países apoyados por el Banco analizan las prioridades de desarrollo de un país y las restricciones enfrentadas por un sector específico; enseguida se utiliza esta información para definir las estrategias sectoriales.

Una de las enseñanzas clave para el Banco a través de estos proyectos y de otras iniciativas para reorganizar el sistema de la salud es que cualquier medida correctiva es probable que introduzca un nuevo conjunto de distorsiones en el sistema y debe por lo tanto ser cuidadosa y críticamente evaluada antes de su implementación. La diversidad y la complejidad de los problemas encarados y las características específicas de cada país implican que los procesos de reorganización nunca son uniformes o sin costos. Vamos a examinar algunos de los dilemas y dificultades que los países de la región pueden encarar cuando intentan corregir los problemas existentes y reorganizan sus sistemas de salud.

¹² Véase, por ejemplo, Savedoff 1998.

Las respuestas: ¿soluciones? ... o ...¿nuevos problemas y desafíos?

Seguro universal

Como un intento por resolver el problema de la falta de equidad —en particular de la injusticia del acceso y la cobertura—, muchos países están implementando esquemas de seguro universal obligatorio financiados con impuestos a la nómina salarial. Una proporción de los impuestos puede ser asignada, como en el caso de Colombia, para subsidiar la cobertura de quienes no disponen de medios para contribuir al sistema. La propuesta de esquemas de seguro universal tiene importantes aspectos positivos pero también implica muchos problemas y riesgos.

El objetivo de la cobertura universal es sin duda digno de consideración y es un mecanismo explícito de “solidaridad” especialmente significativo en el contexto de la exclusión social que ha caracterizado desde hace mucho tiempo a la región y al sector. Y en realidad la implementación del mecanismo de seguro ha aumentado la afiliación y se ha desplazado hacia la cobertura universal.

Empero, este mismo sistema basado en el impuesto a la nómina salarial tiende a mantener alguna forma de segmentación, en este caso un sistema de dos niveles en donde los usuarios que contribuyen directamente al sistema gozan de una gama más amplia de servicios cubiertos. Tales sistemas de financiamiento tienen importantes limitaciones adicionales de largo plazo (o aun de mediano plazo), incluyendo las siguientes:

- Ellos tienden a estimular aún más el crecimiento de una economía de mercado informal de por sí ya extensa, dejando de esta manera grandes segmentos de la población sin protección.
- La “distorsión” en el precio relativo de la mano de obra con relación al del capital tiene un efecto negativo desproporcionado en los sectores que son intensivos en el uso de mano de obra y por lo tanto generadores de empleo.
- Los impuestos a la nómina salarial son procíclicos. Esto implica que en períodos de recesión económica, cuando la demanda por servicios de salud tiende a aumentar, la principal fuente de financiamiento del sector queda gravemente comprometida. Este es un asunto importante en una región donde las economías nacionales han demostrado ser muy inestables.
- América Latina y el Caribe están llevando a cabo un proceso de apertura creciente de sus mercados a la competencia externa, y las exportaciones son una parte importante de las economías de mu-

chos países. Es probable que la naturaleza de uso intensivo de la mano de obra de las exportaciones de la región, junto con las presiones para mantener la competitividad internacional, imponga límites significativos al crecimiento del impuesto sobre la nómina salarial. Estas restricciones y las necesidades del sector de la salud probablemente serán antagónicas en el mediano a largo plazo, en la medida en que los efectos del crecimiento inevitable de los costos médicos se multiplique debido al envejecimiento de la población y al concomitante aumento de demanda de servicios de salud de la población.

- El envejecimiento presenta otra fuente de conflicto potencial, esta vez con relación al financiamiento de la sección correspondiente a la pensión del sistema de seguridad social. En el mediano a largo plazo, tanto la parte correspondiente a la pensión como la del cuidado de la salud estarán presionadas por montos significativos de recursos. La experiencia de América Latina ha mostrado que aun cuando las dos áreas son administradas separadamente, el sector de la salud tiende a ubicarse en el lado perdedor en la batalla por los recursos financieros.

La modalidad de seguro social basado en la nómina salarial ha sido utilizada en la región principalmente para ocasionar un rápido crecimiento en el monto de los recursos preasignados disponibles para financiar el sector de la salud. El empleo de impuestos a la nómina salarial para financiar la salud no es nuevo en América Latina (por ejemplo, en la forma de sistemas de seguridad social), y los resultados obtenidos han sido claramente menos que satisfactorios. Sin embargo, la capacidad de la modalidad ya mencionada para generar recursos adicionales puede transformarse en una solución tipo remedio rápido para los problemas de financiamiento de muchos países.

Esta miopía es en realidad muy comprensible. El financiamiento de la salud a través de los ingresos generales ha sido ampliamente susceptible a recortes e inestabilidad determinada fuera del sector (por los ministros de finanzas). La combinación de la incompetencia, la limitada capacidad institucional y administrativa del sector de la salud y los grandes gastos lo debilitan mucho durante las negociaciones presupuestarias y lo hacen extremadamente vulnerable a los recortes. Por otro lado, un sistema basado en el ingreso general tiende a ser más anticíclico y es más equitativo que un sistema basado en el impuesto a la nómina salarial. Además, la lucha por los recursos puede llegar a ser un incentivo para las mejoras en la eficiencia e incrementar la transparencia y la responsabilidad.

Dicho escenario implica que no hay soluciones fáciles para el financiamiento “macro” del sector. Pero también es cierto que una reorganización exitosa del sistema de la salud podría remover o reducir sustancialmente los determinantes de la vulnerabilidad financiera del sector. Por consiguiente, es necesario diseñar mecanismos de transición que pueden asegurar un flujo de recursos relativamente estable y predecible durante la reorganización para evitar procesos perversos de causalidad circular.

Separación de la provisión y el financiamiento

Los estudios del sector de la salud han mostrado que las incompetencias del sistema de salud son atribuibles principalmente a la inhabilidad del sector público para administrar apropiadamente su red de servicios de atención de la salud. Además, el papel de proveedor de servicios ha alejado al sector público de sus funciones principales, es decir, de regulación y adopción de decisiones. Tal diagnóstico conduce a una recomendación de política: las funciones de provisión del sector público deben separarse de sus funciones de financiamiento. Pero aun si el diagnóstico es correcto, puede que la simple separación de funciones no resuelva el problema y en realidad es probable que genere otros.

En Brasil, por ejemplo, los servicios de hospitalización son en su gran mayoría proporcionados fuera del sector público y adquiridos por el gobierno (más del 70 por ciento de las camas pertenecen al sector privado). Sin embargo, no se puede aseverar que los servicios de atención hospitalaria son provistos más eficientemente o más apropiadamente en Brasil que en otros países de la región.

Existen varias alternativas para separar la provisión de los servicios de salud de la función de financiamiento. Una medida extrema es la transferencia total de la provisión de servicios de salud a proveedores privados (privatización radical). Alternativamente, si todavía se desea algún grado de propiedad pública o de gobernancia en la capacidad de prestar servicios (usualmente hospitales), entonces a los servicios públicos se les puede otorgar cierto grado de independencia y hasta la total autonomía (en forma de corporación)¹³.

Pero en cualquiera de estos escenarios, el comportamiento de los servicios no cambiará de la manera en que se desea si no se pone en práctica un mecanismo apropiado para el pago a los proveedores, es decir, si los incentivos generados por el financiamiento micro no concuerdan con el nuevo sistema de entrega de los servicios. Los cambios

¹³ Lo que varía es el grado de exposición a las fuerzas del mercado.

en la provisión de los servicios de salud y el nuevo diseño de los mecanismos de pago son acciones complementarias que deben implementarse simultáneamente.

Además, el monto del apoyo institucional, capacitación y creación de la capacidad administrativa necesaria se incrementará con el grado de autonomía que se espera otorgar a los proveedores. Este proceso de fortalecimiento institucional debe implementarse totalmente antes de otorgar la autonomía, corriendo el riesgo de que se presente una disminución del servicio y una reducción de la cobertura.

La separación de la provisión y el financiamiento intenta mejorar la eficiencia del sector de la salud. Pero en Estados Unidos, las ganancias en la eficiencia generadas por el sistema de atención administrada se explican por un escenario exactamente opuesto: la integración de la provisión y el financiamiento en la atención administrada expuso a los proveedores al riesgo financiero y por lo tanto estimuló la búsqueda de eficiencia¹⁴.

Un resultado eficiente y bueno no se logrará en el ámbito del sector público por la simple separación de la provisión y el financiamiento. El logro de la eficiencia puede requerir cambios reales en los mecanismos de financiamiento. En resumen, entonces, aunque la separación de la provisión y el financiamiento pueden ser deseables, no es una condición necesaria ni suficiente para una mejora en la eficiencia.

Competencia y regulación

En las propuestas de reorganización de los sistemas de salud se espera que la competencia contribuya a la eficiencia del sistema y a la mejora en la calidad de los servicios proporcionados. Con esta idea de eficiencia ampliada y de mejora en la calidad del servicio en la mente se crean o estimulan los mercados regulados o cuasi mercados en el nivel de atención y/o de seguro.

Colombia fue el primer país de la región en introducir un sistema universal de modelo de competencia impulsado por la demanda en el cual cada consumidor dispone de un fondo preasignado para pagar por la afiliación al asegurador de salud de su elección. En este sistema los aseguradores competirían por los consumidores. Si los precios son establecidos exógenamente, como es el caso de Colombia, la competencia se basará enteramente en la calidad. Si los precios no se estable-

¹⁴ En realidad, la Health Insurance Association of America (1996) tiene su definición de atención administrada como “sistemas que integran el financiamiento y la provisión de servicios apropiados de atención de la salud a los afiliados....”.

cen exógenamente, la competencia se generará en una combinación de precio y calidad.

El principal asunto conceptual de cualquier modelo basado en la competencia es el hecho de que el sector de la salud de la región tiene un serio problema de información. Los consumidores generalmente no tienen el nivel de información necesario para que un mercado de la salud funcione apropiadamente. Como resultado, los sistemas y mecanismos reguladores adecuados llegan a ser necesarios para minimizar el problema de la información y por lo tanto mejorar las condiciones para crear un entorno apropiado para la competencia. El marco de regulación debe reunir, analizar y diseminar información en áreas tales como las siguientes: (1) calidad, (2) acceso a la atención, (3) población afiliada y cobertura, (4) combinación de casos y datos epidemiológicos, (5) volumen de servicios, (6) precios, y (7) costos. De particular interés para los reguladores es el incentivo que los aseguradores tienen para la selección de riesgo, esto es, para asegurar una población con salud relativamente mejor. Teóricamente, una prima ajustada por el riesgo minimizaría este problema, pero la definición exacta de mecanismos ajustados por el riesgo ha resultado ser muy difícil¹⁵.

Otro asunto complejo a ser resuelto en la práctica es la implementación de cuasi mercados en zonas remotas o escasamente pobladas. La presencia de costos administrativos fijos que son altos en relación con el tamaño del mercado tiende a impedir el establecimiento de un número suficientemente grande de proveedores y aseguradores que permita la competencia.

En resumen, la implementación de cuasi mercados a través de esquemas de competencia administrados puede ser una alternativa efectiva para el sistema totalmente privado o el sistema de monopolio público. Sin embargo, sin los mecanismos apropiados de regulación, puede que las ganancias en eficiencia esperadas del mercado competitivo no se materialicen jamás, y la falta de equidad puede aumentar como resultado de las limitaciones en el acceso por parte de la población rural, los viejos y los enfermos crónicos.

Descentralización

En muchos países el sector de la salud fue pionero en la transferencia de responsabilidades del gobierno central a las administraciones zonales o locales. La descentralización en realidad fue considerada en algunos

¹⁵ El problema de selección de riesgo adverso se minimiza más fácilmente a través de los mecanismos de reaseguro.

lugares de la región como una panacea. Pero existen algunos peligros en la adopción sin reservas de un concepto que, aunque esencialmente correcto, tiene sus problemas y limitaciones.

Los países pequeños comenzaron a descentralizar sus sistemas de salud tomando en consideración que ellos se beneficiarían muy poco, si acaso, de los beneficios especiales derivados de tal medida pero aun así tuvieron que pagar el costo total asociado con la multiplicación de las estructuras administrativas y burocráticas. Además, la capacidad técnica local tiende a ser mucho más limitada y por lo tanto las incompetencias en realidad tienden a incrementarse en vez de disminuir. Por último, si los mecanismos apropiados de control y supervisión por parte de la comunidad no existen o no son efectivos, la probabilidad de asignar mal los recursos o de utilizarlos con propósitos políticos aumenta.

Otros problemas y desafíos

Contexto político

Muchos de los análisis de la reorganización de los sistemas de salud se han concentrado en los aspectos técnicos del proceso y no han logrado reconocer que éste es intrínsecamente político. El profesor Michael Reich de la Universidad de Harvard ha señalado correctamente en repetidas ocasiones que aun documentos tan importantes como el *1993 World Development Report* (Banco Mundial) no han podido hacer un análisis político profundo y que las consideraciones políticas se han restringido principalmente a reconocer la necesidad de una voluntad política.

Pero los sistemas de salud y su reorganización requieren algo más que voluntad política. Exigen además capacidad política, de la misma manera que requieren destrezas administrativas para encarar la resistencia que necesariamente surge frente a cualquier proceso de cambio, y para poder negociar mecanismos de transición financieramente estables. Infortunadamente, estos requerimientos son raramente percibidos. En su discusión sobre gerencia, aun el recientemente publicado *World Health Report 2000* (OMS) parece no haber reconocido apropiadamente la importancia de las habilidades políticas.

La inestabilidad política que tiende a caracterizar la posición de Ministro de Salud en los países de la región ha constituido otro de los obstáculos de implementación encarados por las propuestas dirigidas a la reorganización del sector. Debido a que estos proyectos están a

menudo asociados con partidos o grupos políticos, tienden a ser abandonados o alterados profundamente con los cambios de comando.

En consecuencia, la falla en el reconocimiento de la dimensión política de los procesos de reorganización puede comprometer su éxito o como mínimo incrementar sus costos sociales y económicos.

Percepción de la reforma del “sector de la salud” como panacea

La discusión del sistema de salud en América Latina y el Caribe parece estar constantemente dominada por cierto tipo de tendencia que llega a transformarse en una “moda” o vara mágica. Hace algunas décadas, la planificación coyuntural y estratégica —en particular, la así denominada metodología “CENDES/OPS”— dominó el trabajo de los profesionales de la salud involucrados en el sistema de planificación en la región¹⁶.

La región también ha presenciado la emergencia y desaparición de los sistemas de salud de distritos o locales, de acuerdo con el enfoque prevaleciente de la investigación e intervención.¹⁷ La tendencia hacia la descentralización ya discutida estaba vinculada estrechamente con el concepto de sistemas locales de salud. Y ahora parece que cada país de la región simplemente debe tener su propia “reforma de la salud”¹⁸.

Debido a la existencia de un gran número de problemas complejos en el sector de la salud y a la presión ejercida por las áreas económicas del gobierno y a veces por las agencias internacionales, muchos de los responsables de la política del sector de la salud se han sentido impulsados a proponer cambios importantes en la organización del sistema de salud. Pero cuando esos procesos de cambio se adoptan sin una evaluación crítica previa y sin que se disponga de la capacidad institucional y política necesaria, los resultados son casi siempre frustraciones. La creciente oposición generada por la falta de resultados positivos amenaza no solamente el proceso de reorganización actual sino muy posiblemente cualquier intento de cambio futuro.

¹⁶ Del trabajo original de Carlos Matus 1977.

¹⁷ SILOS fue la sigla española empleada.

¹⁸ El término “reforma de la salud” ha sido utilizado en un sentido tan ambiguo que su significado ya no es tan claro; de allí la renuencia a emplearlo en este estudio.

Enfasis en la atención individual

A pesar de que se sostenga lo contrario, las propuestas para reestructurar el sector de la salud parecen concentrarse casi exclusivamente en asuntos relacionados con la provisión de servicios. Estos son los problemas más visibles y más sentidos por aquellos que pueden ejercer en forma más efectiva presión política y social, y tal énfasis es fácilmente entendible.

Infortunadamente, estas presiones parecen haber desviado los objetivos bien intencionados de muchos reformadores y, por último, haber conducido a una desviación de los recursos financieros, técnicos e institucionales necesarios para tratar los numerosos asuntos de la salud pública que requieren alguna coordinación vertical, tales como el control de vectores de enfermedades y aún de la inmunización. De nuevo, Colombia parece ser el estudio de caso. Datos recientes de Colombia parecen indicar peligros y una declinación sin precedente en la cobertura de la vacunación en ese país.

Queda por verse si tales problemas pondrán en situación de riesgo los avances que pueden lograrse por los esfuerzos que se están llevando a cabo para reorganizar los sistemas de la salud de la región. Está claro en cualquier caso que las diferencias en énfasis pueden conducir a incrementar la falta de equidad en la salud.

Reflexiones finales y conclusiones

Cualquier visión o modelo de la organización/reorganización del sector de la salud refleja en general una concepción del Estado y en particular una concepción de la función de bienestar social dentro del Estado. Las reformas de la salud son medios para alcanzar los objetivos descritos por la función de bienestar social elegida por un país en particular. Como tal, las reformas de la salud deberían ser implementadas sobre la base de su capacidad para alcanzar o maximizar valores y objetivos sociales dados. Infortunadamente, muchas reformas dejan de incorporar un reconocimiento de esta distinción y en cambio son implementadas como si fueran fines en sí mismas. En realidad, la separación entre medios y objetivos es una de las principales razones para las dificultades encaradas por los responsables de la puesta en marcha de estas reformas.

El vínculo entre medios y objetivos implica que cualquier propuesta dirigida a la reforma del sector de la salud no está libre de valor. En este sentido, la asistencia externa técnica y financiera debería limi-

tarse a apoyar al país receptor en la selección de la alternativa que sea técnicamente más apropiada para el logro de lo que es para el país su principal anhelo social.

Las experiencias de la reorganización del sistema de salud en América Latina y el Caribe ha demostrado que realmente no existen fórmulas generales infalibles o soluciones que deben ser seguidas. Aun aquellas medidas para las cuales parece que existiera algún consenso técnico general no son opciones sin riesgos o costos. Quienes trabajan en el sector de la salud deben aceptar que la reorganización del sistema es esencialmente un experimento social en desarrollo, para el cual muchas de las respuestas son simples pero aún no están disponibles.

La comprensión de estas limitaciones ayudará a minimizar las expectativas falsas y por consiguiente ayudará, sin duda, a incrementar la probabilidad de que los principales objetivos de la reorganización del sistema de salud puedan lograrse.

Bibliografía

- Health Insurance Association of America. 1966. *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care*. Health Insurance Association of America. Washington, D.C.
- Matus R., Carlos. 1977a. *Planificación de situaciones*. CENDES. Libros Alfar. Caracas.
- _____. 1977b. *Estrategia de la transformación social*. CENDES. Caracas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1998. *Health Situation in the Americas*. Washington, D.C.
- Savedoff, William D. 1998. *La organización marca la diferencia: educación y salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.

Los desafíos que enfrenta el sector de la salud en Asia y el Pacífico: estrategia del Banco Asiático de Desarrollo

Dr. Indu Bhushan

*Especialista de Proyectos, División de Educación,
Salud y Población (Sección Occidente)
Banco Asiático de Desarrollo*

Este estudio expone el pensamiento del Banco Asiático de Desarrollo (ADB por sus siglas en inglés) sobre los importantes desafíos que encara el sistema de salud en la región de Asia y el Pacífico y bosqueja la estrategia de la institución para afrontar esos retos. También examina algunas de las iniciativas llevadas a la práctica por el Banco en la región. Las estrategias descritas en el documento se basan en el informe sobre el sector de la salud del ADB¹.

Durante el período 1960-1995, las condiciones de la salud en la región del Asia y el Pacífico mejoraron significativamente: la esperanza de vida de los países en desarrollo miembros del Banco aumentó de 46 a 64 años y la tasa de mortalidad de los menores de cinco años se redujo de 225 a 88 por 1.000 nacidos vivos, un ritmo de disminución sin precedentes en la historia de la región. La mejora de la salud durante el período, en particular la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años, estuvo acompañada por una disminución en la fecundidad total, de un promedio de 5,9 niños por mujer a 3,1.

Resta mucho trabajo por hacer en el sector de la salud, pero el éxito inicial de Indonesia, la República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Viet Nam proporciona fundamentos para pensar con optimismo que es posible lograr mejoras ulteriores. Comenzaremos nuestro análisis con una discusión de los principales desafíos que existen en la actualidad en los países en desarrollo miembros del Banco Asiático de Desarrollo.

¹Banco Asiático de Desarrollo. 1999.

Desafíos en salud para grupos de población con necesidades especiales

Salud para los pobres

El pobre en Asia y el Pacífico, como el necesitado en todo el mundo, tiende a tener más mala salud que sus compatriotas más prósperos. Por ejemplo, el quintil de ingresos más bajo en la República Democrática Popular de Laos registra una tasa de mortalidad infantil 2,8 veces superior a la de las familias del quintil más adinerado. En la República Popular China, el cuartil de ingresos más bajos presenta una tasa de mortalidad infantil equivalente a 2,4 veces la del cuartil más acaudalado. Además, el cuartil de más bajos ingresos sufre de una incidencia de enfermedades infecciosas equivalente a 2,9 veces la que se registra entre los de ingresos más altos.

La mayor parte de la diferencia se origina en las tasas más altas de enfermedades infecciosas entre los pobres y su limitado acceso a servicios básicos de salud. La distancia que el pobre viaja para obtener servicios modernos de salud también es mayor. En Pakistán, las personas del quintil de ingresos inferiores viajan en promedio un 39 por ciento más para llegar a un puesto de salud que el ciudadano promedio, y el nivel de cobertura de atención prenatal para la mujer pobre es menos de un tercio del correspondiente a la mujer adinerada.

Como resultado de su mala salud, el pobre no sólo sufre las condiciones adversas de la misma, sino que también enfrenta problemas personales y familiares más serios. Los pobres dependen más de su trabajo físico, poseen escasos ahorros y los efectos económicos de la mala salud sobre ellos son más severos y difundidos. En Bangladesh, el 27 por ciento de las unidades familiares respondieron que habían sufrido crisis financieras el año anterior; en el 47 por ciento de los casos la crisis surgió por la enfermedad de un miembro de la familia y por los gastos resultantes. Asimismo, el Banco Grameen determinó que la mala salud era la causa más importante de morosidad entre sus prestatarios. Sin embargo, las consecuencias económicas de las enfermedades en los pobres pueden evitarse en gran medida, porque las dolencias que tienden a afectarlos mayormente se pueden prevenir o curar a bajo costo.

A pesar de los beneficios a ser obtenidos por la concentración de los gastos públicos en el pobre, la mayor parte de la subvención pública para la salud es en realidad captada por los grupos de ingresos altos en los países en desarrollo miembros del ADB. En Indonesia, por

ejemplo, los quintiles más acomodados y más pobres reciben el 28 y el 10 por ciento respectivamente de todos los subsidios asignados a la salud, y el 41 y 5 por ciento de todas las subvenciones para los hospitales públicos. La crisis económica asiática podría exacerbar este problema en la medida en que el adinerado se transfiera desde la atención en los hospitales privados a los públicos. Como la atención en los hospitales absorbe la mayor parte del presupuesto de salud de los países asiáticos, el aumento de la proporción de subvenciones para los hospitales que debería ser captado por los pobres presenta a la vez un desafío y un objetivo importante.

En la mayoría de los países asiáticos el pobre depende en gran parte de sus pagos en efectivo para satisfacer sus necesidades de atención de la salud, y raramente son cubiertos por esquemas de pagos anticipados. Los mecanismos para proteger al pobre y para exonerarlo de tarifas al usuario aparentemente no han tenido mucho éxito. El costo del uso de los servicios de salud es a menudo prohibitivo para los indigentes y los disuade de usar estas prestaciones hasta el momento en que ya no tienen otra alternativa. En Viet Nam, por ejemplo, el precio del contacto con el proveedor de atención de la salud del quintil de ingresos más bajo equivale al 22 por ciento del gasto anual per cápita en productos no alimenticios. Es fácil inferir por qué el costo constituye el mayor impedimento para que la gente pobre demande los servicios de salud.

Salud para la población indígena

Debido a su aislamiento geográfico y social y a sus precarias condiciones económicas habituales, las minorías étnicas en la región presentan una situación de salud más deteriorada que los otros grupos de individuos. En Viet Nam los grupos indígenas sufren de una tasa de mortalidad infantil entre 1,75 a 2,75 veces superior a la de los grupos étnicos Kinh (vietnamitas). En la República Democrática Popular de Laos, la tasa de mortalidad entre los nativos de Lao Theung y Lao Sung es 30 por ciento mayor que la de las personas de las tierras bajas Lao (Lao Loum), y la mala nutrición crónica es (increíblemente) un 31 por ciento más prevalente entre los nativos.

Parte de la explicación para la triste situación de la salud entre los grupos nativos minoritarios de la región del Asia y el Pacífico es que ellos tienden a vivir en zonas rurales muy remotas con muy limitado acceso físico a los servicios de salud. En la República Democrática

Popular de Laos, los nativos de Lao Theung y Lao Sung tienen que dedicar un 65 por ciento más de tiempo para llegar a un servicio de salud comparado con los pueblos de las tierras bajas Lao Loum.

El acceso a los servicios es también limitado por impedimentos tales como la escasez de trabajadores nativos de la salud que tengan la ventaja de estar familiarizados con su idioma y cultura. Como las minorías étnicas han estado menos expuestas a información sobre la medicina moderna, muestran más confianza en el médico tradicional. El 91 por ciento de las mujeres Lao de las tierras bajas conoce los métodos modernos anticonceptivos, pero solamente el 33 por ciento de las mujeres nativas posee tal conocimiento.

Salud para las mujeres

Las mujeres, en el transcurso de sus vidas, enfrentan serios problemas de salud. Empero, los esfuerzos específicos para mejorar sus condiciones son de origen reciente y han tenido limitado éxito. En los países en desarrollo miembros del ADB, la falta de progreso en el mejoramiento de la salud de la mujer está ilustrada por la ausencia de una tendencia negativa en las tasas de mortalidad materna (MMR). Las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años y las estimaciones de esperanza de vida han mejorado considerablemente, mientras que el cambio en las tasas de mortalidad materna ha sido poco. Por ejemplo en Bangladesh, entre 1972 y 1992 la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años se redujo a la mitad y la tasa de fecundidad total disminuyó en un tercio, pero la tasa de mortalidad materna permaneció virtualmente sin variación. Es en esta misma categoría de la reducción de la tasa de mortalidad materna donde los países en desarrollo del Asia permanecen más rezagados con relación a los países industrializados. Con un promedio de 410 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, los países en desarrollo miembros del ADB tienen una tasa de mortalidad materna equivalente a 32 veces el promedio de los países desarrollados. En comparación, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años para los mismos países, aunque todavía inaceptablemente alta, equivale solamente a 11 veces la de las economías industrializadas.

La situación de la salud de las mujeres está afectada por complejos factores biológicos, sociales y culturales. Algunos problemas son comunes, sin embargo, a la región asiática.

- Primero, las mujeres enfrentan una discriminación generalizada, como lo atestiguan los déficits que emanan de la excesiva mor-

talidad femenina. Se estima que en la República Popular China y en India hay 29 millones y 23 millones de mujeres “desaparecidas” respectivamente². El problema es especialmente evidente en las niñas de Sudasia.

- Segundo, las mujeres tienen menos acceso a los recursos de la familia y en general enfrentan restricciones financieras cuando se enferman seriamente.

- Tercero, las mujeres a menudo encuentran que el sistema público de atención de la salud es indiferente en cuanto a sus necesidades en términos de intimidad, acceso a trabajadoras de la salud y acceso a la disponibilidad de servicios que son de importancia para ellas tales como la planificación familiar y el cuidado materno.

- Cuarto, las mujeres enfrentan distintos problemas de salud a través de sus vidas que requieren respuestas cuidadosamente diseñadas. Por ejemplo, es más probable que las mujeres sean víctimas de enfermedades infecciosas transmitidas sexualmente (EST) y que no muestren síntomas identificables y, de esta manera, más propensas a sufrir consecuencias de largo plazo tales como enfermedades crónicas y esterilidad. Un problema similar surge con la violencia basada en el género. Mientras que los asaltos contra los hombres son usualmente ocasionados por encuentros fortuitos, la violencia contra la mujer es, por lo general, crónica y perpetrada por hombres bien conocidos por las víctimas. Por lo tanto, cuando se está tratando con mujeres víctimas de la violencia, el sistema de atención de la salud tendrá que asegurar un entorno seguro y proveer medios para abordar el problema crónico subyacente. También tendrá que responder a las necesidades de las mujeres que son más vulnerables a problemas tales como la osteoporosis, los cuales limitan su acceso físico a los servicios.

- Quinto, las mujeres en general tienen menos acceso que los hombres a los servicios de salud. Esta situación resulta del hecho de que ellas tienen que proveer atención para otros miembros de la familia porque no disponen de recursos financieros y porque están más restringidas por consideraciones de seguridad personal.

Las consecuencias de la mala salud entre las mujeres afligen no sólo a las personas directamente afectadas sino también a todos los miembros de sus familias. El bienestar y desarrollo apropiado de los niños depende en gran medida de la salud de su madre. En Bangladesh, los niños (especialmente las niñas) tienen una probabilidad mayor de morir si sus madres fallecen que si sus padres expiran o si ninguno de

² Coale. 1991.

los dos muere³. Análogamente, las mujeres en la región son a menudo responsables del cuidado de la salud y el bienestar de los ancianos, y en consecuencia es importante que ellas gocen de buena salud.

La contribución de las mujeres al bienestar económico de la familia es sustancial pero este aporte se refleja solamente en forma parcial en las estadísticas oficiales. Además de llevar a cabo las labores del hogar, las mujeres son a menudo responsables de la producción de alimentos. La pérdida de ingreso resultante de la enfermedad de la mujer puede ser particularmente grave para la familia, debido a que las mujeres se preocupan de gastar una mayor proporción de sus ingresos en consumo de otros miembros dependientes de la familia.

Cambios en las necesidades de la salud en Asia

La región de Asia y el Pacífico, como el resto del mundo, es testigo de importantes tendencias de cambio en el perfil de las enfermedades, las necesidades de atención de la salud, y las tecnologías. Estas transformaciones tienen implicaciones profundas en la forma como se proporcionan y financian los servicios. Los sistemas de salud en la región deben situarse en una posición adecuada para enfrentar efectivamente los futuros desafíos. Examinemos algunas de las áreas de mayores cambios.

La transición epidemiológica

La transición epidemiológica es el cambio en el peso de las enfermedades de las afecciones principalmente transmisibles, como la diarrea, la pulmonía y la tuberculosis, a condiciones no transmisibles tales como los ataques al corazón, la depresión, la parálisis y el cáncer. En la región en la actualidad el peso de las enfermedades resulta principalmente de las enfermedades transmisibles, las condiciones maternas y los desórdenes nutritivos. Para el año 2020, la proporción constituida por las enfermedades no transmisibles prácticamente se duplicará hasta llegar a alrededor del 67 por ciento⁴. Para evitar este tipo de enfermedades (no transmisibles) se requerirá estimular los comportamientos que favorecen la buena salud, tales como evitar el alcohol y las drogas, el consumo de una dieta nutritiva, el ejercicio físico regular y la cesación del consumo de cigarrillos. El consumo de tabaco es alto, sigue creciendo y tendrá resultados devastadores tanto en la salud como

³ Over y otros.1992.

⁴ Murray y López.1996.

en las consecuencias económicas en los países miembros en desarrollo. Uno de cada seis ciudadanos de la República Popular China vivos en la actualidad morirá a consecuencia del tabaquismo. Para la región en conjunto, en el año 2020 el 11 por ciento del peso de las enfermedades será atribuible al consumo de cigarrillos.

A pesar de la importancia de la transición epidemiológica, las enfermedades infecciosas persistirán como amenaza crítica para la salud de todos los asiáticos. Las enfermedades transmisibles continuarán siendo una importante causa de mortalidad y morbilidad especialmente para el pobre. Esto implica que los países en desarrollo miembros del ADB tendrán que confrontar las enfermedades infecciosas y la mala nutrición al mismo tiempo que abordan el desafío de las enfermedades crónicas. La tuberculosis, por ejemplo, no declinará significativamente durante las próximas dos décadas y ya se han registrado casos de la enfermedad resistentes a las medicinas disponibles. La presencia de estos casos aumentará sustancialmente a menos que se produzca una mejora significativa en los esfuerzos para controlar la tuberculosis en los países en desarrollo miembros del Banco. La erupción de la plaga de pulmonía en India en 1994 y el problema de la influenza “avian” en Hong Kong en 1997, son ejemplos del constante riesgo de la salud y de los peligros económicos que las enfermedades infecciosas representan para toda la sociedad asiática.

La amenaza de las enfermedades infecciosas para la salud de la región está mejor ilustrada por el VIH/SIDA. Su ocurrencia está incrementándose significativamente, y algunos de los países en desarrollo miembros del Banco, tales como Cambodia, India, Myanmar, Tailandia y Viet Nam, están en el centro de grandes epidemias de VIH/SIDA. Aún los países con baja incidencia del VIH tendrán que promover prácticas de seguridad sexual a través de una educación intensiva en la salud orientada a cambios tangibles en el comportamiento de las personas. Una alta prioridad para todos los países en desarrollo será el tratamiento agresivo de las infecciones transmitidas sexualmente para ayudar a prevenir la espectacular expansión de la enfermedad. La transmisión del VIH/SIDA a través del uso intravenoso de drogas también necesita ser controlada si se desea contenerla. Como otras enfermedades infecciosas, el VIH/SIDA afecta a un gran número de víctimas entre los grupos más vulnerables. Los pobres tienen menos acceso a la información, menos capacidad para afrontar los costos de prevención, limitado acceso al diagnóstico y tratamiento, y son financieramente más vulnerables cuando se enferman. Las mujeres parecen tener un riesgo biológico mayor que los hombres, en términos de contraer la enfermedad, y en muchos ambientes culturales las mujeres tienen me-

nos capacidad de negociación con sus parejas para exigir más seguridad sexual.

La transición demográfica

Mejoras en la salud (con los consecuentes aumentos en la esperanza de vida) y la declinación de la fecundidad en todos los países en desarrollo miembros del Banco significa que la proporción de personas de avanzada edad aumentará rápidamente en los años próximos. La proporción de personas de más de 60 años se habrá incrementado de un 7,5 por ciento en 1990 a aproximadamente el 12 por ciento para el año 2020 y, durante el mismo período, el número absoluto de personas mayores de 60 años se habrá acrecentado de 200 a 455 millones.

Este rápido incremento tendrá importantes implicaciones en las políticas de la salud del ADB y sus países miembros en desarrollo. La mayor parte del peso de las enfermedades de las personas de edad avanzada resulta de enfermedades crónicas no transmisibles que son de tratamiento complicado y costoso. En efecto, el cambio hacia enfermedades no transmisibles que se espera entre los años 1990 y 2020 emanará casi completamente de los cambios demográficos. Debido a que la persona de edad necesita cuidados cada vez más onerosos, la demanda por servicios de salud aumentará y su costo se incrementará enormemente con la edad de la población.

Además, el incremento en el tamaño de la población de mayor edad está siendo acompañado por la desintegración de la familia y de los sistemas de apoyo para los ancianos como resultado de la rápida urbanización y la disminución de la razón entre trabajadores y dependientes de edad avanzada, entre otros factores. Con menos sistemas de apoyo tradicionales disponibles, los gobiernos de los países miembros en desarrollo tendrán que empezar a difundir mecanismos para financiar la atención de la salud de los ancianos. El desafío consistirá en asegurar que estos mecanismos nuevos no reduzcan los recursos disponibles para otras prioridades tales como la atención preventiva y los servicios de atención de la salud materna e infantil.

Urbanización

Se espera que durante las tres próximas décadas la población urbana de la región aumente significativamente de 1.220 millones en 1995 a 2.500 millones en 2025, con más de 400 millones residiendo en ciuda-

des de 10 millones o más habitantes⁵. Datos disponibles de encuestas a las familias indican que, en promedio, las poblaciones urbanas disfrutan de mejor salud que las poblaciones de las zonas rurales. Por ejemplo, en Papua Nueva Guinea, la tasa de mortalidad infantil es de 34 por 1.000 nacidos vivos en las ciudades, pero de 87 en el ámbito rural, un patrón observado en todos los países de la región. Pero este tipo de análisis simple no revela las grandes disparidades que existen entre los diferentes niveles de ingreso tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Un estudio en Manila mostró que la mortalidad infantil era 2,8 veces mayor en un tugurio urbano que en una zona urbana no precaria. Por lo tanto, el residente urbano pobre sufre de condiciones de salud que son significativamente peores que lo que las simples comparaciones rural/urbano sugieren.

Muchas de las diferencias en la situación de la salud entre los pobres de las zonas urbanas y los otros sectores de la sociedad resultan frecuentemente de enfermedades infecciosas derivadas de la gran densidad de población, la ventilación inadecuada y la nutrición insuficiente. La tuberculosis prevalece entre la población urbana pobre debido a que la ventilación inadecuada y la falta de luz permiten que la bacteria de la tuberculosis sobreviva más tiempo en el aire y propague la enfermedad. Las vacunas para las enfermedades evitables tales como la polio y el sarampión también son más frecuentes en ciudades más pobladas, y los esfuerzos para controlar estas enfermedades tendrán tropiezos si los tugurios urbanos se mantienen como grandes depósitos de infección.

El entorno urbano por sí mismo también contribuye significativamente a los problemas de salud del residente urbano pobre. La falta de agua potable y la ausencia de servicios sanitarios adecuados probablemente influye en la frecuencia de la diarrea. En las barriadas de Dhaka, Bangladesh, por ejemplo, la diarrea es dos veces más común que en las zonas rurales del mismo país⁶. Además el envenenamiento por plomo y el aire contaminado son amenazas más serias para los habitantes urbanos que para los residentes rurales.

En las zonas urbanas, la gente tiene acceso a una amplia variedad de proveedores de atención de salud, incluyendo los hospitales modernos de carácter lucrativo, los profesionales privados, las farmacias, las ONG, los servicios de salud del sector público y los curanderos tradicionales. Esta amalgama de proveedores obliga al gobierno a examinar cuál debería ser su papel óptimo en el sector de la salud.

⁵ Banco Asiático de Desarrollo. 1996.

⁶ UNICEF. 1996.

Dada la extensa red de proveedores, hay una necesidad menos obvia de que el sector público se vincule a la provisión directa de atención de la salud, en particular para la clase media emergente. Pero el sector público aun tendrá que asegurar: (1) que el pobre tenga capacidad de acceso a servicios adecuados, (2) que se disponga de la distribución de bienes públicos tales como la educación para la salud y las vacunas, y (3) que exista coordinación, apoyo y regulación de las actividades privadas en el sector de la salud, incluyendo la coacción de las regulaciones sobre el medio ambiente en el sector de la salud.

Tendencias tecnológicas en la atención de la salud

Los avances tecnológicos en los últimos años y los interesantes temas que se proyectan sobre el horizonte proporcionan grandes oportunidades para mejorar significativamente la salud de las poblaciones de los países miembros en desarrollo. Uno de los éxitos sobresalientes en la salud pública en los países en desarrollo en los últimos 20 años ha sido el advenimiento muy difundido de la inmunización de la madre y el niño. En la región como un todo, la inmunización contra el sarampión alcanzó una cobertura del 84 por ciento de los niños en 1995, y esto resultó en un ahorro anual de casi 500.000 vidas. Hasta ahora los esfuerzos de inmunización se han concentrado en solamente seis enfermedades para las cuales se dispone de vacunas de bajo costo: sarampión, polio, tuberculosis, difteria, tos convulsiva y tétano. Pero con los avances biotecnológicos, los próximos 10 a 15 años serán testigos de la introducción de poderosas vacunas nuevas contra las enfermedades infecciosas más importantes que afectan a los habitantes de la región. Una de las evoluciones más provocativas está ocurriendo en las vacunas contra el "rotavirus" (una importante causa de muertes por diarrea en los niños) y el neumocócico (la principal causa de la pulmonía que incide significativamente en la muerte de los niños menores de cinco años).

Otras dos áreas auspiciosas del avance tecnológico en la próxima década serán: (1) el diagnóstico más fácil de importantes enfermedades y (2) mejor acceso a la información. Los descubrimientos recientes proveen medios más precisos, más baratos y muy prácticos para el diagnóstico de las enfermedades, particularmente de las infecciosas. Un nuevo test desarrollado que se basa en una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el dedo permite hacer un diagnóstico preciso de la forma más peligrosa de malaria⁷. Esta prueba será de gran utilidad

⁷C. Beadle y otros. 1994.

en lugares sin acceso a personal altamente capacitado, sin laboratorios bien equipados y carentes de electricidad. Las tecnologías de información pueden incrementar también el acceso de los responsables de la política a información de buena calidad. La internet incrementa el acceso físico a la información y a los análisis sistemáticos de los estudios de investigación que mejorarán la calidad de la información disponible. Los investigadores han formado la Colaboración Cochrane (*Cochrane Collaboration*)⁸, por ejemplo, para resumir y disseminar a través de la internet los resultados de los experimentos en medicina clínica y salud pública. Estos resúmenes proporcionan un poderoso instrumento de análisis al permitir a los oficiales de la salud mirar y entender los resultados de todos los estudios pertinentes.

La participación del Banco Asiático de Desarrollo en el sector de la salud

Tendencias en los préstamos del Banco Asiático de Desarrollo

El primer préstamo del Banco Asiático de Desarrollo para el sector de la salud fue aprobado en 1978 y hasta el año 1999, había prestado US\$1.300 millones para proyectos de población y salud. En términos reales, si bien las asignaciones anuales del ADB para salud y población se duplicaron con creces entre 1978 y 1998, como proporción del total de préstamos del ADB el promedio de 1,5 por ciento durante los últimos 10 años no ha cambiado. Esta proporción es significativamente menor que la de otros bancos multilaterales de desarrollo. La diferencia no puede ser explicada simplemente por la ausencia de préstamos concesionarios a India y a la República Popular China. En 1996, los préstamos del Banco Mundial para salud y población representaron el 7,3 por ciento del total de su cartera de préstamos para esa región, aproximadamente cuatro veces la proporción del Banco Asiático de Desarrollo. Además, no existe una tendencia positiva obvia en la proporción de préstamos para salud del ADB.

El Banco Asiático de Desarrollo no ha incrementado la proporción de sus préstamos asignados a la salud durante los últimos 20 años, pero la naturaleza de sus empréstitos en este sector se ha modificado significativamente. Entre 1978 y 1991 la atención primaria de salud alcanzaba solamente al 36 por ciento, pero a partir de la publicación del estudio del ADB en 1991 sobre Salud, Población y Desarrollo

⁸ <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/cdsr.htm>,

en Asia y el Pacífico (*Health, Population, and Development in Asia and the Pacific*) la atención primaria de la salud ha absorbido casi el 66 por ciento. Mientras tanto, la inversión en los hospitales de distritos y de atención terciaria ha disminuido del 55 al 4 por ciento. De igual manera, la inversión en actividades de la población ha aumentado del 2 por ciento a casi un 20 por ciento.

Se ha registrado un cambio perceptible en el tipo de gastos en salud financiados por el ADB. El financiamiento para capacitación y actividades administrativas tales como supervisión, control de enfermedades y gestión de sistemas de información ha aumentado del 27 al 47 por ciento de los préstamos otorgados para el sector salud. Asimismo, el financiamiento de obras civiles relacionadas con la salud, que representaban el 47 por ciento del total de préstamos entre 1978 y 1991, disminuyó al 19 por ciento entre 1992 y 1997. Esencialmente, el Banco Asiático de Desarrollo se ha alejado del financiamiento de equipos de computadoras y está invirtiendo más en los aspectos de programación del desarrollo de sistemas de salud. Esta tendencia se ha reforzado con el uso de programas sectoriales de desarrollo que comprenden tanto préstamos de política como de inversión.

La política del Banco Asiático de Desarrollo en el sector de la salud

La orientación general del Banco Asiático de Desarrollo en el sector salud es la de asistir a los países miembros en desarrollo para asegurar que sus ciudadanos tengan un acceso amplio a servicios básicos de prevención, promoción de la salud y curación que sean eficaces en función de los costos, eficientes y financieramente asequibles. El aumento en el acceso a estos servicios básicos tendrá un impacto significativo en la reducción de la morbilidad y mortalidad a mediano plazo y proveerá las bases para servicios de salud más amplios en el largo plazo.

Los préstamos del ADB para el sector de la salud aún representan una proporción relativamente pequeña de la cartera total de préstamos del Banco. En la actualidad, las necesidades de salud de la población pobre de la región están aumentando significativamente como resultado de la crisis económica y de las crecientes amenazas a la salud de enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA, la malaria y el tabaquismo. Para satisfacer estas necesidades de salud, el Banco está esforzándose por incrementar sus préstamos al sector. En vista del estancamiento en el nivel de asistencia oficial para el desarrollo del sector de la salud durante la última década, el ADB debe fortalecer aún más su colaboración con instituciones similares en el sector, incluyen-

do las entidades multilaterales y bilaterales. El Banco continúa colaborando estrechamente con agencias de la Naciones Unidas comprometidas en temas de la salud, incluyendo el FNUAP, UNICEF y la OMS, haciendo uso de la gran experiencia técnica de estas instituciones. Las actividades del ADB en el sector de la salud se orientan de acuerdo a las siguientes consideraciones estratégicas:

- concentración persistente en la mejora de la salud del pobre, de los pueblos indígenas, y de la mujer y el niño,
- inversiones que logren resultados tangibles y mensurables,
- apoyo a las pruebas rigurosas de métodos novedosos para la administración y el financiamiento del sector de la salud y para el desarrollo oportuno de tecnologías nuevas y efectivas,
- apoyo a las reformas de política de los gobiernos de los países miembros en desarrollo alentándolos para que cumplan un papel apropiado y activo en el sector de la salud mediante el aumento de la inversión pública en atención preventiva de la salud, facilitando la participación del sector privado e incrementando la atención en los bienes públicos, y
- mejora de la eficiencia de las inversiones del ADB en el sector de la salud a través del apoyo a los gobiernos de los países miembros en desarrollo para fortalecer la capacidad administrativa del sector de la salud, mejorar sus labores económicas y sectoriales, y fortalecer sus vínculos con otros sectores.

Estrategias para satisfacer los desafíos actuales

Protección de la salud de los grupos vulnerables

Los pobres

Los proyectos del Banco Asiático en Cambodia, la República Democrática Popular de Laos, Pakistán, Viet Nam y otros países de la región han empleado estrategias muy diferentes para mejorar la situación de la salud de los pobres. Procedamos a enumerar algunos de los métodos más significativos:

Aumento del acceso físico de la población de bajos ingresos a los servicios: A pesar de la mejora significativa en este aspecto durante los últimos 35 años, muchos pobres en la región todavía carecen de acceso físico a los servicios de salud. Una de las alternativas para sub-

sanar este problema es la de establecer más centros y pequeños puestos de salud, particularmente de estos últimos, en las zonas rurales. Otra táctica a menudo olvidada es el uso de actividades de extensión. Hacer que trabajadores de la salud viajen regularmente a aldeas distantes para proveer y promover atención preventiva de la salud, un medio simple pero efectivo para incrementar la cobertura de los servicios para los pobres. La provisión de estipendios adecuados para viajes puede actuar como incentivo poderoso para que los trabajadores de la salud visiten regularmente las zonas remotas.

Concentración en los problemas de salud de los pobres: Gran parte de la diferencia entre las tasas de mortalidad de pobres y no pobres es atribuible a las enfermedades infecciosas. La tuberculosis, por ejemplo, es casi exclusivamente una enfermedad del pobre, debido en parte al hacinamiento y a la falta de tratamiento efectivo de los casos activos. Los esfuerzos de control directo de la tuberculosis, la malaria y la diarrea tienen enormes beneficios para el pobre porque éste soporta un peso mayor de tales enfermedades.

Aumento de los recursos disponibles para los centros y los puestos de salud: Los subsidios para los centros y puestos de salud son captados mucho más equitativamente que los subsidios públicos para los hospitales. Por lo tanto, el aumento de los recursos disponibles para los centros y puestos de salud tendrá mayores efectos benéficos en los pobres. El aumento en la disponibilidad de suministros, y la mejora en la calidad de la atención y en las condiciones de trabajo para los empleados de los centros y puestos de salud son acciones eficientes para mejorar la salud del pobre.

Medición del uso de los servicios que benefician al pobre: Un medio importante para mejorar la salud de los pobres es la medición regular del grado en que éstos se benefician de servicios de salud específicos. Hasta ahora, en raras ocasiones las estadísticas de salud han sido desagregadas por categorías de ingreso o por otras clases de indicadores de carencias. Los datos reunidos en los servicios de salud difícilmente pueden ser desagregados por categorías de ingreso, pero es posible clasificar esta información durante las encuestas a las familias. Si los países miembros en desarrollo llevan a cabo habitualmente el seguimiento de datos de ingreso desagregados sobre la cobertura de los beneficios como parte de sus sistemas de manejo de la información, las discrepancias de cobertura entre el pobre y el más acomodado pueden ser identificadas y abordadas.

Empleo de métodos de participación: El empleo de métodos de participación en el terreno, tales como la información sobre la salud a nivel de los comités de las aldeas y el establecimiento de un sistema de voluntarios comunitarios, pueden ayudar a aumentar el grado de sensibilidad del sistema de atención de la salud a las necesidades de sus clientes, particularmente del pobre. Infortunadamente, la puesta en marcha de estos métodos de participación en gran escala ha demostrado ser difícil, aunque las ONG han tenido éxito en programas de menor amplitud.

Orientación de los servicios de salud: La orientación de los servicios de salud hacia grupos específicos es un intento por mejorar la eficiencia del sistema a través de la retención de los subsidios de los no pobres para destinarlos a favorecer los segmentos más necesitados de la sociedad. Pero hay escasas razones para creer que esta orientación por sí misma incrementará el acceso a los servicios de salud de los segmentos sociales más carenciados, además de que presenta numerosas dificultades. Difícilmente se puede establecer con exactitud la forma en que la mala salud y la pobreza se concentran en diferentes lugares geográficos o entre grupos susceptibles de ser identificados. La información sobre Indonesia, por ejemplo, indica que concentrándose en el 30 por ciento de las aldeas más pobres se llegará solamente al 56 por ciento de los pobres. La orientación hacia grupos específicos podría por lo tanto excluir a una gran proporción de los pobres. Además, la orientación de los servicios se asocia con costos de programación y administración potencialmente sustanciales. Los datos empleados en la orientación pueden ser inexactos y resultar en clasificaciones deficientes. La recolección de datos específicos para propósitos de orientación hacia grupos particulares puede conllevar costos significativos. La autofocalización —a través de una concentración en los problemas de salud de los pobres y en los servicios más frecuentemente utilizados por ellos— es a menudo un modelo mejor y menos costoso.

Asegurar el financiamiento equitativo: La principal restricción para el pobre relacionada con la posibilidad de utilizar los servicios de salud es su falta de capacidad de pago por la atención. Por consiguiente, un sistema de pago pro pobre es crítico para mejorar sus condiciones de salud. Este financiamiento debe ser equitativo tanto a nivel macro como a nivel micro. En una provincia o distrito, la incidencia de la pobreza (en vez de la población solamente) debería ser un factor importante para decidir la asignación de recursos. A nivel micro, deberían establecerse mecanismos efectivos para exceptuar al pobre de cargos

al usuario. Además, como en Tailandia y Viet Nam, los programas de financiamiento focalizados mediante la provisión libre de tarjetas de seguro para el pobre puede aumentar el uso de los servicios por este segmento de la población.

Pueblos indígenas

La mejora de la salud de los pueblos indígenas requerirá un mejor conocimiento básico de su situación actual de la salud y de sus necesidades relacionadas. El empleo de estudios sociológicos y antropológicos puede desempeñar un papel importante para aumentar la comprensión acerca de los puntos de vista de la población indígena sobre la salud y sobre cómo responder con sensibilidad a sus necesidades más sentidas. Con base en la información disponible en la actualidad, los esfuerzos para mejorar la salud de los pueblos indígenas deberían concentrarse en lo siguiente:

- establecer más centros y puestos de salud en las zonas pobladas por nativos para mejorar su acceso físico a la atención;
- aumentar el acceso financiero de los pueblos autóctonos mediante la reducción o exención de cargos;
- identificar, capacitar y contratar trabajadores de la salud entre la minoría étnica para proveer servicios en sus mismas comunidades;
- incentivar el uso de prácticas tradicionales junto con las prácticas de servicios de salud modernas; y
- emplear métodos basados en la comunidad que incluyan líderes y curanderos tradicionales.

Mujeres

Los gobiernos de los países miembros en desarrollo pueden realizar un conjunto de acciones específicas en el sector de la salud para mejorar el bienestar de la mujer. Primero que todo pueden asegurar que la mujer tenga acceso a un paquete de servicios básicos que incluya lo siguiente:

- planificación familiar con una amplia selección de métodos anticonceptivos;
- inmunización contra el tétano “toxoides”;

- suplementos alimenticios con vitamina A, hierro, ácido fólico, yodo y, en casos apropiados, proteínas;
- esfuerzos intensivos para controlar las infecciones del conducto reproductivo;
- tratamiento sistemático de la tuberculosis (hay más mujeres en edad de procrear que mueren cada año de tuberculosis que de causas maternas); y
- servicios de salud materna de buena calidad.

Segundo, los gobiernos de los países miembros en desarrollo pueden aumentar el acceso de las mujeres a los servicios de salud mejorando: (1) el acceso físico al reducir el tiempo que las mujeres deben viajar para obtener los servicios, ya sea a través de una mayor disponibilidad de los servicios a su alcance o mediante la creación de centros y puestos de salud adicionales, (2) el acceso financiero, eximiendo o reduciendo los cargos al usuario para las mujeres, y (3) los servicios de acceso “cultural”, aumentando la intimidad en las instalaciones de salud, contratando y desplegando más trabajadoras de salud y estableciendo como objetivo específico mayores esfuerzos de educación sobre la salud para las mujeres. Por ejemplo, Indonesia y Malasia han comenzado a otorgar orientación individual a las mujeres sobre planificación familiar y otros aspectos de la salud reproductiva.

Tercero, los gobiernos de los países miembros en desarrollo pueden garantizar que el sistema de atención de la salud, las comunidades y las mujeres mismas sean más sensibles al género. Es importante capacitar a los trabajadores de la salud y a los encargados de las políticas acerca de las necesidades especiales de la mujer y alertarlos sobre el papel especial que pueden desempeñar para ayudar a mejorar su situación. Este esfuerzo debería incluir capacitación para reconocer y tratar la violencia contra la mujer. Además, las estadísticas de salud deberían, de manera habitual, desagregarse según género cuando sea apropiado, de manera que las disparidades allí originadas puedan identificarse y abordarse.

Movilización de los recursos

El nivel de financiamiento público de las actividades de la salud en casi todos los países miembros en desarrollo es insuficiente para abordar los problemas principales o para lograr mejoras sustanciales en la salud de la población. Gran parte del problema se origina en el bajo nivel de inversión en salud realizado por el gobierno. Aun antes de que

comenzaran las dificultades económicas y financieras actuales, el gasto del gobierno en salud entre 1990 y 1996 fue inferior en la región de Asia y el Pacífico que en cualquier otra zona del mundo. Expresadas como porcentaje de los presupuestos del gobierno, las asignaciones para la salud en los países miembros en desarrollo era solamente la mitad del promedio de todos los países en desarrollo⁹. La falta de recursos financieros es evidente en: (1) la escasez de productos y equipos farmacéuticos en los servicios públicos de salud, (2) los desmoralizadores bajos salarios pagados (a menudo tarde) a los trabajadores de la salud, (3) el inadecuado mantenimiento de los edificios y equipos, y (4) el fracaso en la entrega de muchos servicios viables de bajo costo y gran impacto. Probablemente, con los avances tecnológicos se ampliará la brecha entre lo que se está consiguiendo y lo que podría lograrse (y a bajo costo).

Los responsables de la política en un país tienen a su disposición una gama de opciones entre los mecanismos que emplean para aumentar los fondos disponibles para los servicios públicos de salud. Estos mecanismos requieren ser evaluados en función de la capacidad para movilizar fondos sustanciales, de la facilidad para llevarlos a la práctica y de los aspectos de equidad tales como el riesgo potencial de uso común de los recursos. Los gobiernos pueden generar recursos financieros adicionales para actividades de la salud a través de: (1) asignaciones presupuestarias crecientes, (2) préstamos y donaciones externas, (3) seguro social y (4) cargos al usuario. Además, los gobiernos pueden incentivar o imponer aumentos de los gastos privados en servicios de salud.

Desarrollo de la capacidad administrativa

Aun con prioridades cuidadosamente seleccionadas y suficientes recursos financieros, el logro de los resultados deseados en los sectores de la salud de los países requerirá una administración fuerte. Se asevera que la falta de capacidad administrativa dentro de los ministerios de salud de los países miembros en desarrollo ha impedido la expansión de sistemas efectivos y eficientes de salud.

Los esfuerzos para desarrollar la capacidad gerencial deben distinguir entre dos funciones amplias dentro del ámbito general de atención de los países, es decir, la provisión de servicios por un lado, y el desarrollo de la política, el financiamiento, la regulación, la fiscali-

⁹ UNICEF. 1998.

zación y la evaluación por el otro. El análisis de la capacidad de las instituciones del gobierno para llevar a cabo estas funciones será esencial para el éxito de los esfuerzos destinados a fortalecer las actividades gerenciales.

Prestación de servicios

Las actividades anteriores destinadas a la creación de capacidad administrativa en los ministerios de salud se han concentrado principalmente en la prestación de servicios y se han limitado generalmente a la capacitación administrativa. En realidad, esta actividad puede ser vital, pero a menudo su efectividad no ha sido evaluada. Más aún, las actividades de capacitación no abordan un problema fundamental, cual es que los ministerios de salud de la región y los administradores individuales son considerados responsables de los resultados de sus esfuerzos tan sólo en situaciones excepcionales. Se otorgan pocas recompensas por el éxito, casi no se imponen sanciones por el desempeño deficiente y existen escasos incentivos para que los administradores mejoren su eficiencia. En este contexto, los gobiernos de la región necesitan responder preguntas fundamentales acerca de cómo podrían mejorar las estructuras de los incentivos pertinentes.

La mejora en la administración de los sistemas de provisión de servicios financiados con recursos públicos requerirá métodos que permitan aumentar la responsabilidad, técnicas de administración modernas para funciones particulares tales como supervisión y logística, y un seguimiento cuidadoso de la cantidad y calidad de los servicios suministrados. El progreso en el grado de responsabilidad y sensibilidad en el sistema de salud requiere nuevas disposiciones y métodos para los administradores.

La adquisición de servicios de salud o de prestaciones auxiliares en el sector privado a través de la contratación y otros mecanismos, puede proporcionar a los gobiernos de los países miembros en desarrollo medios para acrecentar la eficiencia que deberían explorarse más ampliamente. También mejorarán los servicios otorgando mayor autonomía administrativa al personal más próximo a los lugares de provisión de los mismos, siempre y cuando se garantice la responsabilidad para lograr resultados. Otra posibilidad de enfocar la mejora administrativa es el uso más amplio de los incentivos novedosos basados en el desempeño que se están probando en la actualidad. Mientras tanto, un conjunto de técnicas administrativas requeridas en la periferia ya ha probado su efectividad. Por ejemplo, un estudio en las Filipinas ha demostrado los grandes beneficios derivados de una supervisión regu-

lar y sistemática. Logísticas modernas de técnicas administrativas ya han demostrado su capacidad para mejorar la disponibilidad de productos farmacéuticos y de suministros. El resultado final de las actividades diseñadas para fortalecer la capacidad administrativa del sector es la provisión adecuada de servicios en la periferia, independientemente de quién es el responsable de la prestación. Por lo tanto la evaluación de la cantidad y calidad de los servicios de salud es vital. La evaluación puede llevarse a cabo fortaleciendo los sistemas de información administrativa a través del seguimiento de la enfermedad, encuestas a los servicios de salud, encuestas pequeñas a las familias y consulta a los clientes acerca de sus niveles de satisfacción.

Se requiere hacer el seguimiento de las enfermedades para proporcionar a los responsables de la política con información aprovechable acerca de las características e incidencia de la enfermedad. Las encuestas a los servicios de salud implican el muestreo de un número relativamente pequeño de unidades periféricas de servicios (generalmente entre 40 y 100) y recolección de información sobre disponibilidad de personal especializado, productos farmacéuticos, fondos de operación, registros adecuados, supervisión regular y otros aspectos de la calidad de la atención. Encuestas a pequeños conglomerados de unidades familiares, típicamente unos pocos cientos de entrevistados, proveen datos cruciales sobre la cantidad (cobertura) de los servicios que se están prestando. Las encuestas sobre la satisfacción de los clientes y grupos seleccionados de discusión son vitales para garantizar que los servicios responden adecuadamente a las necesidades comunitarias.

Desarrollo de política, financiamiento, regulación, seguimiento y evaluación

Los ministerios de salud deben fortalecer su capacidad para llevar a cabo sus funciones de “dirección”. A pesar de los esfuerzos recientes para mejorar la formulación de políticas, muchos ministerios no poseen recursos adecuados para analizar las necesidades del sector. No se han estudiado todavía problemas tales como la descentralización o la racionalización del sistema público de atención de la salud. Un problema conexo es que muchos ministerios de salud en la región de Asia y el Pacífico hacen un trabajo inadecuado de evaluación de los gastos en el sector y dejan a los administradores, a todos los niveles, con escasa información fiable acerca de los costos y de la disponibilidad de recursos. La evaluación del desempeño del sistema de atención de la salud es otro papel que ha presentado dificultades para los gobiernos de los países miembros en desarrollo.

La razón para el deslucido desempeño de estas funciones varía de país a país, pero a menudo incluye la falta de atención de los altos funcionarios, la escasez de personal especializado en estas áreas (muchos administradores son médicos que sólo poseen capacitación clínica) y sistemas y estructuras inadecuados para llevar a cabo estas funciones.

Tecnología nueva financieramente asequible

La implementación de tecnologías nuevas efectivas y financieramente asequibles en diversos sectores provee a los países miembros en desarrollo muchas oportunidades para obviar algunos de los problemas que afligieron a los países más avanzados durante su propio desarrollo. Infortunadamente, la región de Asia y el Pacífico ha mostrado mucha lentitud para adoptar tales avances tecnológicos, especialmente en el sector público. La vacuna contra el sarampión fue autorizada a principios de la década de 1960, pero tomó casi 30 años antes que los niños de la región se beneficiaran de manera habitual de esta vacuna segura, barata y eficaz en función de los costos.

Esta historia parece repetirse con dos vacunas relativamente nuevas: la hepatitis B y la *hemophilus influenza B* (Hib). Ambas han demostrado ser efectivas y tienen un uso difundido en los países desarrollados pero han sido escasamente introducidas en los países en desarrollo miembros del ADB. La vacuna contra la hepatitis B previene una enfermedad que está ampliamente difundida en la región. Es de bajo costo y fácil de ser incluida en las actividades de inmunización en progreso. Pero aún no está disponible para el 80 por ciento de los niños menores de la región.

Con los continuos avances en la biotecnología se dispondrá de muchas tecnologías nuevas en los próximos diez años que pueden ser de gran beneficio para los países miembros en desarrollo. Aprovechar las oportunidades que estas tecnologías ofrecerán requerirá apoyo político y financiamiento adecuado. El Banco Asiático de Desarrollo puede desempeñar un papel de líder mediante la ayuda a sus países miembros en desarrollo para que hagan inversiones oportunas en la difusión de estos avances tecnológicos.

Concentración en los bienes públicos

En el pasado, los gobiernos DMC no han puesto énfasis en las funciones que son de su exclusiva responsabilidad y que constituyen bienes

públicos, tales como: (i) la investigación y recolección de información, (ii) la modificación del comportamiento relacionado con la salud y la higiene, y (iii) la regulación de las actividades del sector privado que causan impacto en la salud. Sin la participación del gobierno, muchas de estas actividades críticas simplemente no se llevarán a la práctica y los efectos sobre la salud de la población podrían ser radicales.

Inversión en investigación

Durante los últimos 50 años se ha logrado un enorme progreso en el perfeccionamiento de tecnologías de la salud. Esta capacidad para prevenir o tratar enfermedades ha resultado de la inversión en investigación tanto del gobierno como del sector privado. Pero se ha hecho relativamente escasa inversión en los problemas de la salud que afectan al pobre en los países en desarrollo. Por ejemplo, la pulmonía, la diarrea y la tuberculosis constituían en conjunto el 18 por ciento del peso global de las enfermedades en 1990, aunque la investigación en estas áreas recibía tan sólo el 0,2 por ciento de los US\$56.000 millones asignados ese año a la investigación mundial. Aún más, los recursos dedicados a la investigación de las enfermedades del pobre parecen estar declinando. Entre 1998 y 1993, la ayuda bilateral oficial para investigación en la salud y desarrollo disminuyó 37 por ciento¹⁰.

Esta inversión pequeña y cada vez menor en investigación y desarrollo en enfermedades de los pobres del mundo es todavía más trágica si se considera el hecho de que cualquier monto pequeño en investigación en estas áreas está registrando retornos realmente espectaculares. Toda la investigación sobre la efectividad de la vitamina A en la reducción de la mortalidad infantil costó menos de US\$10 millones, aunque tiene el potencial de ahorrar más de 650 mil vidas al año en Bangladesh, Indonesia, India y las Filipinas solamente¹¹.

Desde 1978, el Banco Asiático de Desarrollo ha invertido menos de US\$5 millones en investigación en salud (menos del 0,5 por ciento del total de los préstamos para el sector y la mayor parte de esto ha ocurrido en los últimos años). La OMS ha llevado a cabo análisis cuidadosos de las prioridades de investigación en los países en desarrollo y está ayudando a coordinar esfuerzos internacionales para aumentar los fondos disponibles para investigación y desarrollo¹². Además, para ayudar a financiar esta investigación, los países miembros

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. 1996.

¹¹ Humphrey y otros. 1992.

¹² Organización Mundial de la Salud. 1996.

en desarrollo deberían asegurar que los resultados sean ampliamente difundidos. Entre los criterios útiles para el ADB y sus países miembros en desarrollo en la priorización de sus inversiones en investigación y desarrollo figuran los siguientes:

- Estos estudios deberían relacionarse con intervenciones prácticas aplicables en los países miembros en desarrollo, esto es, intentos de investigación fuera de las corrientes en boga, en campos tales como nuevos ensayos en las intervenciones y servicios médicos.
- Los temas deberían ser de escaso interés para el sector privado debido a la naturaleza no económica de la intervención.
- La investigación debería relacionarse con enfermedades o condiciones que afectan de manera desproporcionada a los pobres.
- Los tópicos deberían ser aquellos que no se están investigando en la actualidad.

Modificación de los comportamientos relacionados con la salud

Los esfuerzos exitosos para reducir el peso de las enfermedades dependen a menudo de que se logre influir en las opciones de comportamiento de la gente. Esto se hace a través de programas efectivos para reducir el tabaquismo, limitar la propagación del VIH/SIDA, mejorar la higiene personal, reducir el uso de drogas ilícitas, y promover la buena nutrición, los cuales dependen, en gran medida, de la influencia en el comportamiento a través de educación sobre la salud, el mercado social, y la movilización comunitaria.

Estos programas son claramente bienes públicos y merecen ser financiados con fondos públicos, pues el sector privado simplemente no invertirá en los esfuerzos para promover comportamientos saludables que no incluyen la venta de algún producto en particular. Lo cierto es que a veces el sector privado promueve productos tales como los cigarrillos, sustitutos de la leche materna y alcohol que en realidad pueden ser dañinos para la salud.

A pesar de que por su naturaleza los bienes públicos modifican el comportamiento relacionado con la salud, los gobiernos de los países miembros en desarrollo asignan en la actualidad sólo una pequeña porción de sus presupuestos a ellos. Existen pocos estimados confiables del gasto público en educación sobre la salud, pero difícilmente es más del 1 por ciento del presupuesto público para el sector, aun en la era del VIH/SIDA.

Parte de la razón para esta falta de inversión parece ser la dificultad para modificar el comportamiento de los individuos. En América del Norte tomó más de 30 años y miles de millones de dólares cambiar la actitud de la gente en relación con el consumo de cigarrillos. En los países en desarrollo esta dificultad se acentúa por la falta de estudios rigurosos que puedan explorar métodos efectivos en función de los costos que afecten el comportamiento. Sin embargo, el cambio del comportamiento nocivo es una necesidad tan apremiante que el ADB y sus países miembros en desarrollo necesitan invertir en el descubrimiento de medios efectivos y eficientes de lograrlo en el entorno cultural asiático.

Regulación

Uno de los problemas más difíciles para los gobiernos de los países miembros en desarrollo es el desafío de la regulación del sector privado en actividades relacionadas con la salud, y el hacerlo efectiva, eficiente y transparentemente. El gobierno está singularmente bien ubicado para fiscalizar al sector privado en estas actividades, y aunque debería trabajar con otras partes interesadas, debe ser él quien en última instancia adopte la responsabilidad.

La función de regulación del gobierno es crítica. Sin ella, la salud de la población puede exponerse a riesgos graves. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio del ADB en la República Democrática Popular de Laos, alrededor del 47 por ciento de las medicinas adquiridas en farmacias privadas eran de calidad inferior a lo establecido y alrededor del 30 por ciento eran falsas. Los gobiernos de los países miembros en desarrollo todavía no han dedicado muchos recursos a la regulación, y las leyes y reglamentaciones que existen son raras veces cumplidas, y además con poca regularidad.

Además de normar el vasto y floreciente mercado farmacéutico, los gobiernos necesitarán reglamentar la industria de la oferta alimenticia, el manejo de riesgos del medio ambiente sobre la salud, la educación y la licenciatura de los trabajadores de la salud, y la provisión de atención curativa. La obligación de regular estas actividades no debería considerarse como una obligación inoportuna para el gobierno sino más bien como una oportunidad útil para mejorar la salud de la población. Por ejemplo, hacer cumplir las regulaciones para remover el plomo del medio ambiente puede ser un medio extremadamente efectivo en función del costo para impulsar el desarrollo intelectual de los niños. Asimismo, el asegurar que la sal contenga yodo, que

la harina para el pan esté fortificada con hierro y vitamina A, y que los sustitutos de la leche materna se vendan en forma apropiada en el mercado puede ofrecer beneficios espectaculares en la salud de los niños.

El área más importante para el esfuerzo de regulación del gobierno estará en el control del tabaco. Basada en un análisis cuidadoso de la experiencia global con esfuerzos para reducir el consumo de tabaco, la OMS¹³ ha recomendado que los gobiernos: (1) aumenten los impuestos sobre el tabaco de manera que los precios se incrementen más rápidamente que la inflación y que el crecimiento del PIB (las elasticidades de precio en los países en desarrollo se sitúan alrededor de -0,6, indicando que un incremento en los impuestos al tabaco eleva los ingresos del gobierno y disminuye el consumo, particularmente del pobre); (2) impongan una prohibición total a la divulgación y promoción de los productos del tabaco; (3) coloquen grandes advertencias en cada paquete de cigarrillos en el lenguaje local; (4) prohíban fumar en los lugares públicos y en los lugares de trabajo (como lo hace el Banco Asiático de Desarrollo), y (5) divulguen la legislación sobre el control del tabaco.

La regulación de las actividades del sector privado relacionadas con la salud es un papel apropiado para los gobiernos y proporciona oportunidades para mejorar la salud de la población, pero también puede crear serios problemas. Los principales peligros potenciales son: (1) los impedimentos burocráticos que pueden sofocar la acción y (2) la corrupción, que incrementa los costos a través del sistema. Aunque se tiene poca experiencia hasta ahora con regulaciones exitosas en los países miembros en desarrollo, se debería explorar más ampliamente un conjunto de alternativas posibles.

Acrecentar la colaboración entre los sectores público y privado

El sector de atención privada de la salud está creciendo rápidamente en la región y ya representa la mayor parte del total de gastos en atención de la salud. Sin embargo, a pesar del considerable tamaño alcanzado por el sector privado, muchos gobiernos de los países miembros en desarrollo han evitado trabajar con él, debido en parte a la falta de familiaridad con los mecanismos para tal cooperación. La colaboración entre los sectores público y privado puede tomar muchas formas incluyendo las siguientes:

¹³ Organización Mundial de la Salud. 1998.

- dar en contrato la prestación de servicios a proveedores privados u ONG;
- contratar servicios conexos tales como equipos y mantenimiento, servicios de alimentos, o servicios de lavandería a firmas con fines de lucro;
- capacitar a operadores de farmacias para el manejo apropiado de importantes enfermedades tales como la tuberculosis;
- trabajar con curanderos tradicionales, tales como comadronas de parto; y
- emplear métodos de administración del sector privado en los hospitales del sector público tales como el establecimiento de consejos locales autónomos de directores para fiscalizar la operación de dichas instituciones.

Los esfuerzos para la colaboración público-privada pueden tener consecuencias positivas de gran trascendencia. Existen muchas posibilidades de sinergias intersectoriales y métodos cooperativos que pueden beneficiar a los consumidores. Sin embargo, a pesar del potencial de asociación público-privado, la evidencia de su efectividad es hasta ahora esencialmente anecdótica o de origen reciente. Este gran potencial aún espera ser convertido en realidad.

Organizaciones no gubernamentales

Las organizaciones no gubernamentales domésticas o internacionales, u ONG, proveen una proporción significativa de los servicios de salud en los países en desarrollo. Por ejemplo proporcionan más del 10 por ciento de los servicios clínicos en India e Indonesia. La colaboración entre los gobiernos y las ONG en el sector de la salud se ha expandido durante la década pasada y existen muchas oportunidades para la acción coordinada.

Debido a que las ONG están ya activamente comprometidas en la provisión de servicios a las comunidades pobres, es natural que el gobierno las tenga en cuenta para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Esto puede tomar la forma de un contrato gubernamental con las ONG para la entrega de servicios de salud, un método que el Banco Asiático de Desarrollo está probando formalmente.

Pero las ONG no deberían verse sólo como un proveedor sustituto de los servicios del gobierno. Dada su experiencia en la prestación de servicios y su proximidad a la comunidad, las ONG, junto con las organizaciones comunitarias, pueden desempeñar un papel vital en el

área de la regulación de las actividades del sector privado, la organización y operación de programas de financiamiento, el desarrollo de actividades innovadoras de la salud y la formulación de políticas.

Proveedores privados de productos farmacéuticos

Los gastos en productos farmacéuticos en los países en desarrollo miembros del Banco Asiático de Desarrollo son muy elevados, y en algunos países las ventas están creciendo rápidamente. En Cambodia y las Filipinas, los productos farmacéuticos representan aproximadamente el 80 por ciento del total de gastos en atención de la salud. A través de la región, a menudo la gente evita a los proveedores de servicios curativos y van directamente a las farmacias. De esta manera, los operadores privados de farmacias, muchos de los cuales no están ni capacitados ni licenciados, constituyen la primera línea de atención de la salud para buena parte de la población.

Esta situación conlleva riesgos y oportunidades. El principal riesgo es que el manejo de enfermedades tales como la tuberculosis o enfermedades transmitidas sexualmente pueden ser tratadas desafortunadamente y provocar la evolución de organismos resistentes a las drogas disponibles. Por su parte, los farmacéuticos pueden servir como un medio efectivo de control de las enfermedades, pues están apropiadamente capacitados y alertados sobre enfermedades de importancia pública. Las extensas y dinámicas redes de ventas del sector privado pueden ser usadas también para la venta de bienes importantes como anticonceptivos, sales orales de rehidratación para el tratamiento de la diarrea y similares.

Proveedores privados

Los proveedores privados de atención de salud y los hospitales privados responden por la mayor parte del crecimiento del sector en la región de Asia y el Pacífico. A pesar del tamaño del sector privado moderno de atención de salud, se ha producido una escasa colaboración entre éste y los gobiernos de la región. Los asuntos que deben ser explorados incluyen los siguientes:

- el método para mejorar la calidad de la atención, que está estrechamente relacionado con la regulación y el otorgamiento de licencias;
- los incentivos para el establecimiento de servicios privados en las áreas servidas a medias;

- la compra por parte del gobierno de servicios del sector privado; y
- el uso de los hospitales privados como instalaciones de enseñanza en la capacitación de profesionales de la salud.

Curanderos tradicionales

La medicina tradicional permanece como componente principal del sistema de atención de la salud en los países en desarrollo miembros del ADB. El número de proveedores tradicionales de atención de la salud —incluyendo acupunturistas, *bonsetters*, *ayurvedic*, doctores homeopáticos y parteras— es típicamente muchas veces mayor que el número de médicos capacitados profesionalmente, en particular en las zonas rurales.

Estos proveedores tradicionales pueden constituir una oportunidad importante para los gobiernos en la provisión de ciertos servicios esenciales de salud. Ejemplos provenientes de los países miembros en desarrollo incluyen la capacitación y el apoyo a las parteras tradicionales para mejorar los resultados del embarazo en Indonesia y las Filipinas; y el uso de curanderos tradicionales para detectar los casos de malaria y distribuir remedios contra esta enfermedad en Tailandia. Estos programas parecen ser efectivos y de bajo costo.

Bibliografía

- Asian Development Bank. 1991. *Health, Population, and Development in Asia and the Pacific*. Hong Kong.
- . 1996. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Hong Kong.
- . 1999. *Policy for the Health Sector*. Hong Kong.
- Beadle, C. y otros. 1994. “Diagnosis of Malaria by Detection of Plasmodium Falciparum hrp-2 Antigen with a Rapid Dipstick Antigen-Capture Assay”. *Lancet* 343: 564-8
- Coale, Ansley J. 1991. *Population and Economic Development*. Princeton University Press. Princeton, Nueva Jersey.
- Humphrey, J. H. y otros. 1992. “Vitamin A Deficiency and Attributable Mortality among Under-5-Year Olds”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 70(2): 225-32.
- Murray, C.J. y A.D. López. 1996. *The Global Burden of Disease*. Harvard University Press. Cambridge, MA.

- Organización Mundial de la Salud. 1996. "Investing in Health Research and Development." Informe del Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options, Ginebra.
- _____. 1998. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Ginebra.
- Over, Mead y otros. 1992. "The Consequence of Adult Ill Health". En R.G. Feachem. ed. *The Health of Adults in the Developing World*. Oxford University Press para el Banco Mundial. Nueva York.
- UNICEF. 1996. "Achieving the Mid-Decade Goals for Children in Bangladesh." Bangladesh Bureau of Statistics. Ministry of Planning. Bangladesh.
- _____. 1998. *The State of the World's Children*. Oxford University Press. Nueva York.

Página en blanco a propósito

CAPITULO VIII

LA SALUD PUBLICA EN JAPON SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Asociación de Salud Pública de Japón

Página en blanco a propósito

La salud pública en Japón: Sistemas de servicios de salud¹

Historia general de la administración de la salud en Japón

1945-1954

La primera mitad del período 1945 - 1954 fue testigo de la expansión de la administración pública japonesa y del crecimiento de las actividades del sector de la salud, principalmente en lo relativo a la forma en que se hizo frente al surgimiento de enfermedades agudas y los persistentes problemas en la oferta de alimentos en el país. Como parte de un esfuerzo de reforma social completa de Japón, se perfeccionaron las instituciones de administración de la salud en los niveles nacional y local, y se simplificaron las leyes y ordenanzas pertinentes. La administración pública de la salud empezó a guiarse progresivamente por consideraciones técnicas, en contraste con la política anterior adoptada durante la Era Meiji de asignar prioridad a sus funciones de control administrativo. En particular, una revisión integral de la Ley de Centros de Salud Pública de 1947 condujo al desarrollo y a la reconstitución de una red nacional de centros de salud pública, un cambio significativo para el desarrollo de la salud pública de la postguerra.

La fundación de la República Popular China (1949), el comienzo de la guerra de Corea (1950) y la puesta en marcha del tratado de paz de San Francisco (1952), contribuyeron a un repentino cambio en la situación del lejano oriente durante la segunda mitad del período 1945-1954 y aparecieron signos de rehabilitación industrial en Japón. La tarea esencial en la atención de la salud de la población del país se trasladó hacia las áreas de salud de la madre y el niño, sanidad urbana y medidas contra la tuberculosis. Digna de consideración fue la promulgación, en 1951, de la ley de prevención de la tuberculosis, que conduciría a un considerable progreso en la implementación de medidas para combatir esa enfermedad.

¹ Este capítulo ha sido extraído y editado, para el propósito de este libro, del documento “*Public Health in Japan, Health Service Systems 1995*” supervisado por Eiichi Nakamura, Sadayoshi Kitagawa, Keiji Furuichi, y Fumio Iriyama, editado por Toshitaka Nakahara y Tokuaki Shobayashi, y publicado por la Asociación de Salud Pública de Japón. El contenido del capítulo fue posible gracias al permiso otorgado por los supervisores y editores.

1955-1964

En 1955, el promedio del estándar de vida de Japón retornó virtualmente al mismo nivel de los años de la preguerra. En la primera mitad del período 1955-1964, la continuación de la urbanización e industrialización del país intensificó la necesidad por emprender esfuerzos de higiene ambiental para proveer a los habitantes de la ciudad y a las nuevas industrias con un abastecimiento adecuado de agua y sistemas de drenaje. Al mismo tiempo empezaron a manifestarse los primeros signos de los serios problemas de contaminación que luego se materializarían.

Una declinación en la tasa de mortalidad trajo cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad, y en la agenda de las autoridades administrativas aparecieron medidas para enfrentarse con las enfermedades degenerativas. El Ministerio de Salud y Asistencia Social definió las alteraciones cardiovasculares, el cáncer y las afecciones del corazón como las tres principales enfermedades degenerativas peculiares de los adultos y las designó como las “tres principales enfermedades de la edad adulta”. Mientras tanto, la rápida anexión de las municipalidades y la adopción de un sistema de seguro de salud con cobertura para toda la población originaron cambios positivos significativos en las condiciones para el seguimiento de las actividades relacionadas con la salud.

Con la puesta en práctica, en 1960, del Programa de Duplicación del Ingreso Nacional, la promoción del crecimiento económico rápido del país y el desarrollo regional produjo un profundo cambio social tanto en las zonas urbanas como rurales. Las principales tareas bajo el esquema de seguro nacional de salud empezaron a incluir medidas para la salud mental y esfuerzos para combatir la contaminación y las enfermedades crónicas degenerativas. En 1963 se promulgó la Ley de control del hollín y humo, para hacer frente al empeoramiento de la contaminación en el país, y en 1964 se estableció una División de Contaminación Ambiental dentro del Ministerio de Salud y Asistencia Social. Además, se llevó a cabo una encuesta de indagación para recolectar información sobre las enfermedades degenerativas crónicas y sobre programas de salud municipal en conjunto.

1965-1974

La política que favorecía el crecimiento económico rápido y el desarrollo industrial se mantuvo sin cambios hasta la primera parte del período 1965-1974, y el PIB continuó creciendo. Sin embargo, coinci-

diendo con el crecimiento industrial, se produjeron trágicos accidentes, uno tras otro, relacionados con la contaminación. En 1967 se promulgó la Ley Básica para el Control de la Contaminación Ambiental y se estableció, un año más tarde, la Agencia del Ambiente. El sector de la salud comenzó a concentrarse más en las enfermedades intratables (*nanbyo*) y las relacionadas con la salud de los adultos, y se hicieron presentes las contradicciones propias de la atención y de la educación médica. Así, en medio de estos trastornos del ambiente social, el gobierno fue forzado a implantar políticas de rectificación. Junto a la primera conmoción del petróleo de 1973 se produjo un cambio abrupto en las circunstancias bajo las cuales Japón había estado trabajando hacia el crecimiento económico rápido.

1975-2000

En 1973, la crisis del petróleo desató una recesión mundial y agravó la inflación. En Japón, la falta de dinamismo y el deterioro de las finanzas nacionales y locales colocó el cuidado de la salud, la atención médica y la asistencia social en un plan de austeridad. Las finanzas nacionales se mantuvieron en una condición crítica por un largo tiempo, parcialmente porque la acumulación del déficit cubierto con bonos nacionales obligó al gobierno central a implementar severas medidas de racionalización.

A partir de 1973, al liberar de pago la atención médica para las personas de edad avanzada, las erogaciones de atención médica aumentaron desmesuradamente, creando un problema serio para la administración de la salud y la asistencia social del país. En 1982 se promulgó la Ley del Servicio de Salud para las Personas de Edad Avanzada, y posteriormente se hicieron esfuerzos para racionalizar los gastos de la atención médica. En 1975, Japón se unió al grupo de naciones de niveles altos en términos de esperanza de vida al nacer y baja mortalidad infantil. Mientras tanto, con la expansión del número de personas de edad avanzada se produjo un aumento en la preocupación social acerca de los problemas de salud de los ancianos y los postrados en cama.

Dados esos acontecimientos, las autoridades administrativas del cuidado de la salud, la atención médica y la asistencia social se vieron forzadas a proponer cambios que pudieran abordar los nuevos problemas. En el sector de atención de la salud, el Ministerio de Salud y Asistencia Social publicó sus Medidas de Promoción de la Salud en 1978, y se iniciaron intentos para establecer centros municipales de

salud y preparar una clasificación más apropiada de la condición social de las enfermeras.

La ley sobre el Servicio de Salud para las Personas de Edad Avanzada (adoptada en 1982 y promulgada en 1983) se diseñó para asegurar una ejecución amplia de proyectos de salud, tales como la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación comunitaria, y para mantener la salud de los ancianos y proporcionarles la atención médica apropiada. Bajo esta ley se asignó a las municipalidades la responsabilidad por la implementación de las medidas para tratar las enfermedades crónicas degenerativas. Bajo la Ley de Salud Comunitaria de 1994 se definieron formalmente las relaciones entre las municipalidades y los centros públicos de salud.

En el sector de atención médica, la Ley de Servicios Médicos (reformada en 1985 y 1993) preparó el camino para la formulación de los programas de atención médica y para la reforma del sistema de cuidado médico. En 1989, la Estrategia de Diez Años para la Promoción de la Salud y los Servicios Sociales para las Personas de Edad Avanzada fue descrita y aceptada por los ministros encargados de la salud y los servicios sociales, de los asuntos internos y de las finanzas. Esta estrategia estableció los objetivos para la atención domiciliaria y en los servicios de salud, y otras medidas para las personas de edad avanzada. En 1990 se reformaron ocho leyes relacionadas con los servicios sociales a fin de acelerar la formulación de los programas de salud y asistencia social para los ancianos.

En la actualidad, la reorganización del cuidado de la salud, la atención médica y los servicios sociales está en proceso en Japón, debido a las circunstancias creadas por el envejecimiento de la población, el deterioro de las finanzas nacionales y la descentralización en curso del poder gubernamental. Ahora es sin duda, el momento para que los gobiernos locales independientes propongan medidas para enfrentar el proceso de envejecimiento de la sociedad.

La Ley de Centros de Salud Pública

La Ley original de Centros de Salud Pública fue promulgada en 1937 en respuesta a pedidos específicos para mejorar la situación de la salud de la población y las condiciones sanitarias generales. Al año siguiente, los centros de salud hicieron su debut como instituciones que se encargarían de la salud y las condiciones sanitarias de vecindarios específicos, proporcionando consultas, orientación y servicios preventivos a los habitantes de las vecindades, en todos los aspectos de la salud

pública, incluyendo la difusión de conocimiento acerca de la higiene, atención de la salud de las madres y los niños, mejoras en la nutrición, prevención y tratamiento de la tuberculosis, enfermedades contagiosas agudas y afecciones parasitarias.

La Segunda Guerra Mundial devastó la operación de estos primeros centros de salud pública, y poco después de que terminara la guerra, se decidió volver a desarrollarlos y organizarlos. En 1947 se revisó y enmendó completamente la Ley de Centros de Salud Pública de 1937. La Ley enmendada definió los centros de salud pública como instituciones para llevar a la práctica medidas preventivas y realizar funciones administrativas, dentro de sus respectivas jurisdicciones, abriendo así el camino para la evolución de los centros de salud pública actuales.

En cada centro de salud pública se estableció un consejo de administración para asegurar que la gestión reflejara con exactitud las condiciones locales. Se adoptó una política para facilitar el desarrollo del personal requerido y de las instalaciones, de manera que, idealmente, un centro de salud pública pudiese atender aproximadamente 100.000 personas. Desde luego, hubiera sido imposible desarrollar una red completa de centros de salud pública en todo el país de una sola vez, de manera que al principio fueron desarrollados empíricamente de acuerdo con la escala de las necesidades de la población local.

Con el empeoramiento de la contaminación ambiental y la modificación de la problemática social a mediados de la década de 1950, comenzaron a surgir demandas por niveles técnicos más altos en asuntos relacionados con la satisfacción de las necesidades de atención de la salud de la población. En respuesta, en 1957 la Agencia de Gerencia Administrativa solicitó la definición de nuevas directrices para los centros de salud pública existentes, y la creación de otros nuevos. Los centros se dividieron en cinco tipos —U (urbano), RF (rural), UR (intermedio), L (grande) y S (sucursales)—y se determinaron los estándares para los servicios, el equipo y los recursos humanos para cada división. Se esperaba que sus funcionarios coordinaran su operación y cooperaran con el trabajo de otras instituciones y organizaciones relacionadas. Tomando la jurisdicción de cada municipalidad como unidad básica, el centro de salud pública, la municipalidad y las otras instituciones y organizaciones tenían la obligación de formular programas de salud amplios para los habitantes de la municipalidad, y los centros mismos tenían que proporcionar asistencia técnica y orientación en la formulación de estos programas integrales de atención de la salud, en la ejecución de estudios y en la evaluación de los resultados obtenidos con los programas.

Mientras tanto, los rápidos cambios epidemiológicos y sociales del período continuaron alentando la diversificación e intensificación de la demanda de los ciudadanos por servicios públicos de atención de la salud. El Consejo de Salud Pública (establecido en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) y otras organizaciones relacionadas llevaron adelante un debate fundamental sobre la forma óptima esencial que deberían adoptar los servicios de salud pública de la nación. Por ejemplo, en 1968 el Ministerio de Salud y Asistencia Social propuso la creación de centros de salud “clave”. En 1972, un comité establecido por el Ministerio publicó un informe de gran extensión sobre los centros de salud pública de la nación. Y en 1987 se convocó el Taller sobre el Concepto Futuro de la Salud Comunitaria para esclarecer los conceptos futuros de la salud comunitaria y definir la estructura ideal de los centros de salud pública. Después de dos años de estudio, este taller produjo un informe sobre la forma futura del sistema de salud comunitaria concentrado en el centro de salud pública. Dados los cambios que ocurrían en las condiciones sociales, tales como el surgimiento de una sociedad “sobreenviejecida” y dada la diversificación y sofisticación de la demanda de la gente por servicios de salud, el informe del taller sugirió que el tipo de servicios de salud personal debería ofrecerse básicamente al nivel municipal que está próximo a los residentes comunitarios y es así potencialmente más sensible a sus necesidades específicas. Con respecto al papel del centro de salud pública, el informe sugirió que el tipo de servicios de salud personal que la municipalidad no puede proporcionar rápida o eficientemente debería ofrecerse al nivel más alto, basado en la multi-municipalidad y con la capacidad de proveer respuestas especializadas tales como la atención a pacientes hospitalizados y la promoción de la salud mental. El informe exigió además el establecimiento de centros de consulta general, la formulación y promoción de programas concretos de salud comunitaria y de atención médica, y el fortalecimiento de los servicios de información sobre la salud y el cuidado médico bajo sistemas de seguro médico. No todas las ideas del informe alcanzaron cumplimiento efectivo o implementación total, pero cumplieron el propósito de crear las condiciones fundamentales para la eventual adopción de la Ley de Salud Comunitaria de Japón, del año 1994.

Acontecimientos recientes en la salud comunitaria

En el pasado, la Ley de los Centros de Salud Pública existía como parte de la legislación general sobre salud pública. En 1994, con la

revisión total de la atención de la salud comunitaria por el Ministerio de Salud y Asistencia Social, la ley fue enmendada en todas sus categorías por primera vez en aproximadamente medio siglo, desde 1947, con la revisión minuciosa de 45 regulaciones relacionadas sobre salud comunitaria y con la adopción de disposiciones para modernizar y fortalecer las numerosas medidas de salud comunitaria existentes en el país. Además de las revisiones de la antigua Ley de Centros de Salud Pública, la ley enmendada contiene disposiciones sobre la asignación de poder dentro del sector de la salud. Las cláusulas sobre transferencia de poder y sobre los centros de salud pública debían entrar en vigor en el año fiscal de 1997. La Ley de los Centros de Salud Pública de 1947 fue redefinida como la Ley de Salud Comunitaria en 1994, y las disposiciones de la antigua ley con respecto a los objetivos, los ideales y los papeles de los gobiernos nacional y local en el sector de la salud fueron revisadas y racionalizadas. Se decidió que el Ministerio de Salud y Asistencia Social debería formular las directrices básicas para el sector, que deberían cubrir los siguientes aspectos:

- promoción de medidas de salud comunitaria
- desarrollo y administración de los centros de salud pública y de los centros de salud municipal
- desarrollo de los recursos humanos y de las habilidades profesionales requeridas
- realización de encuestas e investigación sobre salud comunitaria
- coordinación con otras actividades relacionadas con la salud, tales como la asistencia social

La nueva ley consta esencialmente de dos elementos principales. El primero es la estructuración de un sistema comunitario revisado de centros comunitarios de la salud pública que responda localmente al rápido envejecimiento de la población, al cambio de la estructura de las enfermedades del país, y a las necesidades particulares de atención de la salud de los habitantes de cada municipalidad, en el sentido de que son los habitantes mismos quienes en realidad recibirán los servicios a ser proporcionados por los centros de atención de la salud basados en la municipalidad.

El segundo elemento de la nueva ley es la redefinición de la distribución del poder administrativo y la responsabilidad dentro del sector de atención de la salud del país. La ley revisa los papeles que corresponden a las prefecturas y las municipalidades, y dentro de un marco de creciente descentralización de poder, encomienda a las mu-

nicipalidades la responsabilidad de proporcionar servicios frecuentes y fácilmente accesibles relacionados con la salud para las madres y niños y para el desarrollo de un sistema de promoción de la salud vitalicio integrado con los servicios de cuidado de la salud de las personas de edad avanzada ofrecidos en la actualidad por las municipalidades. Los párrafos en la nueva ley relacionados con la transferencia de poder contienen partes de la Ley de Salud Materna y de Niño y sobre la “transferencia de poder de las prefecturas a las municipalidades” y sobre la “transferencia de poder de la nación a las prefecturas y a las ciudades con centros de salud pública”.

Cambios en los centros de salud pública

Además de las prefecturas y ciudades designadas por la ordenanza administrativa para la creación de los centros de salud pública, la nueva ley también contiene disposiciones que indican que las ciudades principales y los barrios especiales, también estipulados en la Ley de Autonomía Local, deben establecer tales centros. Cuando una prefectura establece un centro de salud pública, la zona de jurisdicción debe definirse considerando el área de cuidado médico secundario (existen 344 áreas de cuidado médico secundario) y al área respectiva de servicios de salud para las personas de edad avanzada, para asegurar la coordinación orgánica entre los servicios de promoción de la salud, los de atención médica y los de asistencia social.

La nueva ley cubre la planificación y la coordinación de las funciones administrativas llevadas a cabo por los centros de salud pública, así como ciertos asuntos médicos y farmacéuticos administrados por los centros.

Aún se tienen que establecer los parámetros definitivos para la distribución de servicios de salud a las personas que requieren atención médica o terapia de largo plazo y para la atención de las personas con enfermedades específicas tales como el SIDA, aunque en la actualidad los centros de salud pública son responsables por la entrega de atención médica en muchos de estos casos. Y con la revisión de la Ley de Asistencia Social del Niño en conjunción con la transferencia de poder, también se ha encomendado a los centros la prestación de servicios para los niños que requieren tratamiento de largo plazo.

Los centros de salud pública pueden llevar a cabo encuestas de salud comunitaria e investigación, y pueden recolectar, seleccionar, analizar y utilizar dicha información libremente. Los centros de salud pública establecidos por las prefecturas tienen que promover los

vínculos y la coordinación entre las municipalidades, proporcionar asistencia técnica y capacitar a los funcionarios de las municipalidades y, en respuesta a solicitudes de éstas, ofrecer asistencia sobre la implementación de las medidas de salud comunitaria en las zonas de su jurisdicción. Si así se desea, se pueden establecer consejos administrativos de los centros de salud pública. El Ministerio de Salud y Asistencia Social provee asesoría técnica apropiada y recomendaciones sobre el establecimiento y administración de centros de salud pública a los gobiernos locales que están estableciendo tales centros. Ya no se aplican las antiguas disposiciones con relación a subsidios para cubrir los gastos de administración de los centros.

Se han definido los centros de salud municipal como establecimientos que ofrecen a los residentes consultas, asesoramiento sobre la salud y exámenes médicos, y que ejecutan otros proyectos y funciones necesarios de salud establecidos por las municipalidades. Se pueden recibir subsidios para estas actividades del Tesoro Nacional. En municipalidades específicas, las prefecturas formulan programas de apoyo para fortalecer las capacidades de trabajo necesarias de los centros de salud pública mediante la preparación de un personal calificado y de otros recursos humanos requeridos, estos últimos con apoyo financiero y técnico del gobierno nacional.

Redistribución del poder administrativo dentro del sector de atención de la salud

Con relación al sistema de administración de la salud en Japón, la línea que se extiende desde el gobierno nacional (Ministerio de Salud y Asistencia Social) al gobierno prefectural (departamento a cargo de la salud) y a la municipalidad (división a cargo de la salud) ya estaba establecida, pero la nueva ley modificó algunos aspectos de esa relación.

Anteriormente, los centros de salud pública eran establecidos principalmente por la prefectura, pero con la nueva ley ciertos criterios poblacionales nuevos permiten, y en realidad requieren, que las así llamadas ciudades principales también establezcan centros de salud pública. Por consiguiente, el número de ciudades con centros de salud pública aumentará (33 ciudades y 23 barrios especiales al 1ro. de enero de 1995). En el año fiscal de 1997, como resultado de la transferencia de poder de las prefecturas a las ciudades con centros de salud pública, ocurrió un traslado adicional en el poder diferencial entre los centros de salud pública de las prefecturas y los centros de salud pública en las ciudades designadas bajo la ordenanza administrativa para la creación

de centros de salud pública. Con relación a las áreas de administración de la salud en el futuro, ambos casos —aquéllos en que las municipalidades llevan a cabo las decisiones sobre la base en una respuesta multijurisdiccional y los casos en que las decisiones todavía las adoptan las prefecturas, como en el pasado— ocurrirán, particularmente en aquellas prefecturas que contienen ciudades con una población superior a las 300.000 personas.

El papel de las municipalidades continuará creciendo como resultado de los factores poblacionales mencionados anteriormente, la transferencia de poder a las municipalidades, el intenso desarrollo actual de los centros prefecturales de salud pública para la atención médica secundaria y el establecimiento de nudos centrales de facetas múltiples. Entre éstos figuran centros amplios de salud y asistencia social, de acuerdo con la reforma organizativa orientada hacia la distribución de servicios de salud amplios, la atención médica y los servicios de asistencia social, y hacia la formulación de políticas que se armonizan en los niveles nacional, prefectural y municipal.

Con respecto al nivel nacional, el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Japón fue establecido bajo la Ley de Organización Nacional con el propósito de diseñar e implementar los elementos administrativos de la legislación de la salud y la asistencia social del país. La Ley para la fundación del Ministerio de Salud y Asistencia Social define la misión y autoridad del Ministerio y el flujo de poder administrativo entre sus agencias internas y departamentos. La organización de las divisiones dentro de las diferentes oficinas del Ministerio está esbozada en la Ordenanza para la Organización del Ministerio de Salud y Asistencia Social. Las oficinas y departamentos con vínculos particularmente estrechos con la administración actual del sector en el país son las siguientes: la Oficina de Política de la Salud; la Oficina de Servicios de la Salud; la Oficina de la Salud Ambiental; la Oficina de Salud y Bienestar para las Personas de Edad Avanzada; la Oficina del Niño y las Familias; la Secretaría del Ministerio; el Departamento de Estadísticas e Información; y desde antes, la Oficina de Asistencia Social y Auxilio para las Víctimas de la Guerra. La tendencia actual es hacia la integración del cuidado de la salud, la atención médica y la asistencia social.

Con relación al nivel prefectural, existen usualmente de cinco a ocho divisiones que cubren la administración de asuntos médicos, atención de la salud y prevención de enfermedades, higiene ambiental, sanidad alimentaria, y otros asuntos según se requiera. La denominación específica de cada división difiere de prefectura a prefectura, mostrando una variedad de alrededor de 60 nombres diferentes. El trabajo

de los centros de salud pública prefecturales está vinculado a cada una de estas divisiones y, de este modo, la oficina responsable de la gerencia y coordinación del trabajo en el departamento de administración prefectural de salud (la división de asuntos médicos, en muchas instancias) se responsabiliza de estos centros de salud pública como un todo. Además, los centros prefecturales de salud pública y las instituciones prefecturales de salud relacionadas con la administración controlan las pruebas de higiene, contaminación y otras, así como las instituciones de investigación, los centros de salud mental y bienestar y los centros de promoción de la salud, para nombrar unos pocos.

Con respecto al nivel de las ciudades/municipalidades y barrios especiales designados por la creación de los centros de salud pública, la Ley de Salud Comunitaria de 1994 determina el establecimiento de centros públicos de salud en: (1) las prefecturas, (2) los barrios especiales en el área metropolitana de Tokio, y (3) las ciudades principales designadas por la ordenanza administrativa, es decir, en aquellas ciudades con una población de 300.000 o más habitantes, como lo establece la ley, basada en la noción de que una población de ese tamaño es suficiente para permitir el establecimiento y la administración de centros de salud pública sin dificultades, y de que deberían transformarse en la unidad de administración local de salud. Bajo este sistema, una ciudad principal designada puede dar servicios de salud pública a su población siempre y cuando esté dispuesta y sea capaz de hacerlo. Se espera que este sistema se expanda significativamente en los próximos años.

Los centros de salud pública de hoy día

Hasta 1995 existían 847 centros de salud pública en Japón. Desagregados por tipo de unidad de base para su establecimiento, éstos incluían 625 en gobiernos prefecturales, 169 en ciudades designadas para la creación de centros de salud pública, y en 53 barrios especiales. En el cuadro 1 se describen las principales líneas de trabajo llevadas a cabo por los centros de salud pública. Las disposiciones de la Ley de Salud Comunitaria sobre tales centros entraron en vigencia el 1º de abril de 1997. Sus funciones se definen en los artículos 6, 7 y 8 de la mencionada ley.

El Artículo 6 cubre las funciones básicas comunes de todos los centros de salud pública y estipula que éstos llevarán a cabo la planificación, coordinación, orientación y otras funciones con relación a lo siguiente:

- la difusión y ampliación de las ideas acerca de la salud comunitaria
- la recolección y análisis de estadísticas vitales y de otros datos relacionados con la salud comunitaria
- la mejora de las condiciones nutricionales de la población
- la mejora de las condiciones de sanidad ambiental de la población cubierta con respecto a habitación, aguas servidas, sistemas de agua, sistemas de alcantarillado, eliminación de residuos, limpieza y similares
- la administración de temas mencionados por médicos y farmacéuticos
- la administración de servicios y asuntos del trabajo relacionados con las enfermeras y otros trabajadores de la salud pública
- la ampliación y promoción de proyectos públicos de atención médica
- la provisión de servicios de salud para madres, niños y personas de edad avanzada
- la administración de los estándares de atención dental y servicios dentro del área
- la administración de servicios de salud mental y otros servicios dentro del área
- la administración de los servicios de salud para personas que necesitan atención médica de largo plazo debido a enfermedades para las cuales no se han establecido terapias u otras dolencias específicas
- la prevención del SIDA, la tuberculosis, las ETS y otras enfermedades contagiosas y no contagiosas
- la realización de inspecciones en los servicios de atención de la salud, encuestas e investigación
- la puesta en práctica de otras funciones relacionadas con el mantenimiento y la promoción de la salud de los residentes comunitarios.

El Artículo 7 cubre proyectos opcionales basados en las características de la jurisdicción de cada centro de salud pública. El artículo exige que los centros lleven a cabo una evaluación exacta de las necesidades relacionadas con la salud de los residentes y fortifiquen los proyectos de servicios de salud que respondan a estas necesidades a fin de asegurar que las medidas apropiadas de salud comunitaria evolucionen y que el centro de salud pública pueda cumplir efectivamente su nuevo papel. Además del tratamiento de las enfermedades, pruebas

Cuadro I. Principales actividades de los centros de salud pública, 1993

<i>Actividad</i>	<i>Volumen del proyecto</i>	<i>Promedio por centro de salud pública</i>
Frecuencia de exámenes médicos masivos	319.473	377
Actividades de los funcionarios para vigilancia de la higiene ambiental, etc.		
Total de instalaciones para encuestas, vigilancia y asesoramiento	839.499	754
Total de instalaciones para la vigilancia de los establecimientos que necesitan permiso para la sanidad de los alimentos	3.484.858	4.088
Total de instalaciones para la vigilancia de los establecimientos que no necesitan permiso para la sanidad de los alimentos	1.907.937	2.324
Total de funcionarios de vigilancia trasladados a orientar la sanidad de los alimentos (persona t x unidad comercial)	818.021	728
Cantidad de muestras recolectadas y retiradas para la sanidad de los alimentos	217.911	257
Total de personas que recibieron inoculación preventiva	2.373.173	2.799
Número real de personas que recibieron orientación sobre niños prematuros en sus hogares	37.595	44
Frecuencia real de la orientación sanitaria prestada a madres embarazadas y lactantes	370.787	437
Total de madres embarazadas y lactantes que recibieron orientación sanitaria	434.159	512
Número real de personas que recibieron orientación sobre lactantes y niños	2.494.008	2.941
Total de personas que recibieron orientación sanitaria sobre lactantes y niños	2.895.780	3.415
Número real de personas que recibieron orientación sanitaria sobre niños discapacitados	58.203	88
Número real de mujeres que recibieron orientación sobre la toxemia del embarazo en visitas domiciliarias	9.328	11
Número real de personas que recibieron orientación sobre neonatos	221.090	281
Total de personas que recibieron examen dental y orientación sanitaria	2.833.025	3.341
Orientación sobre mejoras nutricionales	4.470.798	5.272
Total de servicios de almuerzo para escolares que recibieron orientación	130.893	154
Frecuencia de las clases sobre educación sanitaria	294.503	347
Total de establecimientos con enfermeras de salud pública de los centros de salud pública	980.538	1.133
Frecuencia de las actividades realizadas además de las visitas a los hogares	554.109	853
Total de entrevistas y visitas a los hogares como parte de proyectos de atención médica y social	310.025	388
Cantidad de muestras para pruebas e inspecciones	32.782.484	38.859
Cantidad de casos para consulta sobre SIDA (comenzadas nuevamente en 1993)	233.830	278
Cantidad de casos con pruebas sanguíneas para el SIDA (comenzadas nuevamente en 1993)	117.334	138

Nota: El promedio por centro de salud pública se obtiene al dividir por el número de centros de salud pública, 848, desde fines de 1993.

Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Informe sobre la Administración de los Centros de Salud Pública.

e inspecciones como se prescriben en la Ley de Centros de Salud Pública anterior, los centros deberán realizar otras encuestas y proyectos de investigación, además de seleccionar, analizar y utilizar efectivamente la información obtenida. El artículo 7 estipula que el centro de salud pública debe llevar a la práctica las actividades siguientes para mantener y promover la salud de los residentes de las comunidades:

- reunir, clasificar y analizar datos sobre la salud comunitaria
- realizar encuestas y proyectos de investigación
- tratar enfermedades dentales y otras especificadas por el Ministerio de Salud y Asistencia Social
- realizar pruebas e inspecciones y permitir que los médicos, dentistas, farmacéuticos y otros profesionales utilicen las instalaciones del centro para realizar pruebas e inspecciones cuando sea necesario.

De acuerdo con el Artículo 8, los centros de salud pública creados por las prefecturas tienen que promover vínculos y coordinación para la implementación de medidas de salud comunitaria por parte de las municipalidades en su jurisdicción. Además, en respuesta a solicitudes de las municipalidades, los centros de salud pública prefecturales tienen que ofrecer asistencia técnica, capacitar a los funcionarios de las municipalidades y prestar otra asistencia solicitada.

Cada centro de salud pública cuenta con un director y funcionarios. El director del centro debe ser un médico que ha tenido experiencia en el trabajo práctico de salud pública por más de tres años, o una persona que ha terminado el curso de capacitación del Instituto de Salud Pública, o una persona que tiene capacidades y experiencia comparables. Los centros de salud pública tienen que emplear médicos, dentistas, farmacéuticos, veterinarios, técnicos clínicos de rayos X, técnicos de laboratorio clínico, dietistas, enfermeras de salud pública y otros miembros del personal necesarios para llevar a cabo el trabajo administrativo requerido, tal como se enumera en el cuadro 2.

Hasta 1984, los gastos del personal de los centros de salud pública se pagaban con subsidios provenientes del Tesoro Nacional, pero después se decidió que para cubrir los costos del personal y otros gastos relacionados con la administración de los centros de salud pública, las subvenciones deberían en cambio otorgarse de acuerdo con los criterios establecidos en las ordenanzas administrativas. En los años fiscales de 1987, 1990 y 1993, una parte de los subsidios para la administración de los centros de salud pública que correspondía a gastos del personal se incorporó en la categoría de recursos financieros genera-

les. En la actualidad, los subsidios nacionales para la operación de los centros de salud pública incluyen subvenciones para los costos del trabajo administrativo de los centros, así como subsidios para proyectos piloto especiales para la promoción de la salud comunitaria y otros proyectos del servicio de salud.

En cuanto al establecimiento de centros de salud pública con nuevas funciones, se están realizando estudios con respecto a la posibilidad de establecer algunos de mayor escala que los convencionales. En el futuro, el fortalecimiento funcional de los centros de salud pública debe acelerarse, como se señala en las directrices básicas establecidas por el Ministerio de Salud y Asistencia Social en 1994.

Institutos locales de ciencias de la salud

Se han establecido setenta institutos locales de ciencias en prefecturas y ciudades especificadas (incluyendo algunas de las calificadas como ciudades principales) y en distritos especiales en toda la nación para servir como instituciones centrales para la investigación y las pruebas del sector de la salud. Junto con todas las innovaciones técnicas recientes y otros acontecimientos nuevos en las ciencias médicas, también se han producido desarrollos notables en cada aspecto de la administración de la salud y, en consecuencia, el papel de los institutos locales de ciencias de la salud ha llegado a ser tanto o más importante que la fuente técnica para la información sobre la administración óptima local de la salud. En casi todos los casos, la denominación de los institutos es “institutos locales de ciencias de la salud”, pero en algunas prefecturas se emplean en cambio nombres tales como “institutos de investigación sobre higiene y contaminación”, para enfatizar la función de los institutos como fuente de ideas sobre medidas para enfrentar la contaminación.

La principal línea de trabajo administrativo para los institutos locales de ciencias de la salud consiste en: (1) encuestas e investigación, (2) pruebas e inspección, (3) capacitación y guía para los funcionarios del personal de los centros de atención de la salud pública y de los gobiernos municipales, y (4) análisis y provisión de información sobre la salud pública en la forma requerida por los componentes científicos y tecnológicos de la administración de la salud.

Los exámenes virales y *rickettsia*, las pruebas patológicas y bioquímicas, las pruebas asociadas con la sanidad alimentaria y la contaminación, y otras pruebas de alta tecnología aparentemente están aumentando, concentrándose alrededor del incremento de los exámenes

Cuadro 2. Funcionarios del cuerpo administrativo de los centros de salud pública, 1992

Función	Ordenanza administrativa			Total
	Prefectura	Ciudad designada	Barrio especial	
Médico	830	323	135	1.288
Dentista	44	22	6	72
Subtotal	874	345	141	1.360
Farmacéutico	1.094	93	0	1.187
Veterinario	797	59	0	858
Técnico radiológico	785	276	134	1.195
Técnico clínico de rayos X	54	6	2	62
Técnico de laboratorio clínico	880	191	92	1.163
Técnico sanitario	261	42	67	370
Supervisor de nutrición	723	262	130	1.115
Dietista	144	37	7	188
Higienista dental	140	114	95	349
Terapeuta físico	4	10	4	18
Terapeuta ocupacional	5	2	3	10
Subtotal	4.887	1.092	534	6.513
Enfermera de salud pública	5.244	2.325	839	8.408
Partera	21	58	0	79
Enfermera registrada	37	241	0	278
Subtotal	5.302	2.624	839	8.765
Trabajador para proyectos médicos y sociales	36	98	3	137
Consejero de salud mental	272	162	19	453
Educador de la salud	405	121	39	565
Instructor en ingeniería sanitaria	8	0	0	8
Estadístico de la salud	545	174	37	756
Encargado del archivo	128	51	58	237
Funcionario responsable del trabajo preventivo	668	370	148	1.186
Funcionario responsable de la prevención de la tuberculosis	588	318	106	1.012
Funcionario responsable del trabajo administrativo para la coordinación	2.780	1.033	607	4.420
Funcionario responsable de la contaminación	426	136	30	592
Subtotal	5.856	2.463	1.047	9.366
Inspector de sanidad alimenticia	2.916	1.724	640	5.280
Otros funcionarios responsables de trabajo de oficina y conductores	986	338	60	1.384
Inspector de matadero	616	152	8	776
Otros	724	240	55	1.109
Subtotal	5.242	2.454	763	8.459
Total general	22.161	8.978	3.324	34.463

Fuente: Encuesta de la División de Planificación, Oficina de Política de la Salud, Ministerio de Salud y Asistencia Social.

asociados con las medidas de conservación ambiental. Los institutos locales de ciencias de la salud han demostrado total capacidad para manejar las pruebas de seguridad para la manipulación de alimentos y utensilios, la vigilancia de la tuberculosis, las pruebas sobre anomalías metabólicas congénitas y las medidas contra el SIDA. Probablemente el papel de los institutos será aún más significativo en el futuro. Alrededor de 35.000 funcionarios del personal están asignados a institutos de ciencias de la salud en toda la nación; el 75 por ciento de ellos son médicos, veterinarios, técnicos en química aplicada y agronomía, técnicos en laboratorios clínicos y otros técnicos.

Centros municipales de atención de la salud

Las actividades de la salud pública en Japón se han intensificado y los centros de salud pública desempeñan un papel central. Junto con los cambios epidemiológicos y otros, el interés de la población japonesa por los asuntos de la salud también se ha incrementado, y para servir en forma más amplia a esta demanda, el trabajo de los centros de salud pública es a menudo compartido por otro tipo de servicio público: el centro municipal de atención de la salud. El Ministerio de Salud y Asistencia Social comenzó a promover en 1978 el desarrollo de los primeros centros de atención de la salud municipales como nuevos servicios públicos para reforzar los de atención de la salud personal al nivel municipal. A fines del año fiscal de 1993 existían 1.212 centros municipales en la nación. Estos están allí para fomentar la salud y la asistencia social de largo plazo de los habitantes, ofreciendo atención de la salud y otros servicios que sean fácilmente accesibles y de uso inmediato.

De acuerdo con la Ley de Salud Comunitaria de 1994, las municipalidades son elegibles para obtener subsidios del Tesoro Nacional para el funcionamiento de sus centros de atención de la salud. Se autorizan diversas alternativas para la formación de estos centros y es legalmente posible que las municipalidades se unan para crear un centro o más en una ciudad (o ciudad principal). Es también posible remodelar los centros municipales de atención de la salud existentes. En las municipalidades en las cuales se han desarrollado servicios públicos similares, se espera que los centros coordinen sus esfuerzos para ofrecer una amplia gama de servicios para los usuarios de la manera más eficiente y eficaz en función de los costos.

Las municipalidades implementarán proyectos sistemáticos en sus centros de atención de la salud o en otros lugares en respuesta a las

necesidades de los residentes mediante la formulación de programas para la salud comunitaria y otros relacionados. Se proyecta que los centros municipales de atención de la salud se transformarán en centros de amplia base que ofrecerán un conjunto variado de servicios de salud y asistencia social. Se espera que eventualmente establezcan un sistema de coordinación y cooperación con los centros de apoyo a la atención de la salud en el hogar, con otros servicios de bienestar social, con la red de proveedores de consulta “sin receta médica” en diversas instalaciones en la municipalidad, con asociaciones de médicos locales y con otras organizaciones relacionadas.

Para la administración de los centros municipales de atención de la salud se buscará asistencia y cooperación especializada de los centros de salud pública existentes. Asimismo, bajo la Ley de Salud Comunitaria, las prefecturas formularán programas para apoyar los centros de atención municipal de la salud con el fin de obtener recursos humanos calificados y llevarán a cabo los proyectos necesarios en respuesta a las solicitudes de esas municipalidades para asegurarles tal personal. Para transferir a las municipalidades la responsabilidad y la autoridad para la provisión de atención de la salud, como lo ordena la Ley de Salud de la Madre y el Niño, es necesario que las municipalidades obtengan personal calificado en salud. A mediados de la década de 1990 quedaban 73 municipalidades (aproximadamente el 2,3 por ciento del total) que todavía tenían que contratar enfermeras de los centros de salud pública, obligando al gobierno nacional a exigir que se duplicara el número de enfermeras del servicio público que trabajaban en los centros municipales de atención de la salud para fines de la década.

Recursos para la administración de la salud

Presupuesto nacional para la administración de la salud y la asistencia social

El presupuesto anual de cuentas generales de la nación a mediados de la década de 1990 excedió los 71.000.000 millones de yenes, tanto ingresos como gastos anuales. Este presupuesto de cuentas generales constituye casi el total de las asignaciones nacionales para la administración de la salud que abarca la agencia ambiental del país, los ministerios responsables de la salud y la asistencia social, la educación (salud escolar), el trabajo (higiene del trabajo) y obras públicas (los sistemas de desagüe y alcantarillado).

El presupuesto de administración de la salud cubre los gastos en recursos humanos, suministros, instalaciones y similares, tal como lo requiere el gobierno nacional mismo para llevar a cabo las actividades administrativas de su sector de la salud.

La administración del presupuesto también cubre las consignaciones, donaciones, subsidios y similares canalizados hacia las operaciones de los gobiernos locales relacionadas con la salud. Las consignaciones presupuestarias para los gobiernos locales se destinan a cubrir los gastos necesarios cuando se les encomienda cualquier trabajo administrativo relacionado exclusivamente con el interés de la nación. Las subvenciones son fondos canalizados a los gobiernos locales por el gobierno nacional para incentivar y desarrollar proyectos específicos relacionados con la salud o los servicios, o para propósitos de financiamiento generales, y que son además clasificados como subsidios y asignaciones oficiales del gobierno dependiendo de la obligatoriedad de la transferencia.

La porción del presupuesto general de la nación destinada al Ministerio de Salud y Asistencia Social (que en el año fiscal de 1995 ascendió a 14.011.475 millones de yenes, o aproximadamente el 19,7 por ciento del presupuesto de cuentas generales) es empleada por el Ministerio para una variedad de trabajos administrativos para la seguridad social, la asistencia social y la salud (véase el cuadro 3). Del presupuesto propio del Ministerio, en 1995 la asignación presupuestaria para la administración de la salud fue de 994.900 millones de yenes (monto total de gasto público para salud pública y medidas de higiene y para el desarrollo de instalaciones sanitarias y similares), es decir, el 7,1 por ciento del presupuesto del Ministerio. Entre 1980 y 1997 la participación del Ministerio en el presupuesto de las cuentas generales de la nación se incrementó 1,7 veces. Dentro de éste, el gasto para bienestar social se incrementó 2,5 veces, para la seguridad social 1,6 veces, para la mejora de las condiciones ambientales y de la vida 1,7 veces, y para salud pública e higiene 1,6 veces.

También se pueden obtener fondos para el desarrollo de los servicios de mejoramiento de las condiciones ambientales y de vida a través del programa de inversión financiera y de préstamos del país, cuyas fuentes son el ahorro postal, la asistencia social y otras pensiones, y otros fondos del gobierno. Los recursos en este programa nacional de financiamiento se utilizan para la compra de bonos locales (bonos públicos) vendidos por las municipalidades y otros gobiernos para financiar el desarrollo de servicios destinados a la mejora de la salud ambiental y las condiciones de vida.

Administración del presupuesto de los gobiernos locales

El presupuesto de las cuentas generales del gobierno local provee casi la totalidad de los recursos relacionados con la salud para esa zona. Estos gastos en salud cubren el trabajo administrativo llevado a cabo por los gobiernos locales, tanto en sus propios proyectos relacionados con la salud como en proyectos originados en la implementación de leyes y ordenanzas, así como en las solicitudes presentadas por varias instituciones locales y organizaciones relacionadas con la salud. Casi el total del presupuesto de cuentas generales del gobierno nacional deriva de los impuestos al ingreso, los gravámenes a las corporaciones y similares; paralelamente, casi todo el presupuesto de cuentas generales del gobierno local se obtiene de impuestos locales (gravámenes residenciales, tributos a las donaciones locales y otros), de los gastos del Tesoro Nacional y de la venta de bonos locales.

El sistema tributario para las donaciones locales establece que el 32 por ciento del monto recaudado de tres impuestos nacionales (ingreso, corporación y gravámenes a los licores) sea distribuido de acuerdo con una escala móvil para los gobiernos locales que están experimentando una escasez de recursos financieros. Esta política constituye un intento por disminuir las diferencias en la capacidad financiera entre los gobiernos locales y una vía para mantener un nivel estándar de administración. Los gobiernos locales beneficiarios tienen libertad para utilizar estas asignaciones presupuestarias de la misma manera en que ellos podrían emplear las recaudaciones provenientes de los impuestos locales.

El gasto para salud del Tesoro Nacional tiene como propósito cubrir las erogaciones incurridas por el gobierno local en llevar a cabo el trabajo administrativo que les ha asignado el gobierno nacional en beneficio de todo el país (consignaciones). Esta erogación comprende también las donaciones antes mencionadas, las asignaciones y los subsidios concedidos por el gobierno local para el estímulo y desarrollo de proyectos específicos relacionados con la salud o con servicios públicos o para propósitos de financiamiento general.

Los gastos totales de las cuentas generales de los gobiernos locales para el año fiscal de 1993 representaron aproximadamente 100.000.000 millones de yenes de los cuales más de 6.000.000 millones de yenes se destinaron a erogaciones relacionadas con la salud (un promedio de aproximadamente 7 por ciento ó 4,1 por ciento en las prefecturas y 9,0 por ciento en las municipalidades). Desagregado por objetivos, en 1993 el total de los gastos relacionados con la salud de los gobiernos locales fue como sigue: 49,5 por ciento en salud pública

Cuadro 3. Tendencias en los montos presupuestarios de los gastos de las cuentas generales bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Asistencia Social

(en millones de yenes)

	Año fiscal 1994	Año fiscal 1995
Gastos para protección de la vida	1.052.382	1.053.179
Gastos para bienestar social	3.187.471	3.472.811
Gastos para seguro social	8.135.920	8.312.698
Gastos para medidas de salud pública e higiene	659.939	634.187
Gastos para tratamiento de la tuberculosis	27.409	16.134
Gastos para higiene mental	41.472	31.771
Gastos para medidas destinadas al tratamiento de trastornos como resultado de bombas atómicas	139.470	145.601
Gastos varios para salud pública e higiene	110.599	109.619
Gastos para la creación de instalaciones destinadas a la salud pública y la higiene	34.221	34.921
Gastos varios para la administración de hospitales nacionales	258.797	248.604
Gastos para establecimientos nacionales para el tratamiento de la lepra	39.193	39.702
Gastos para estaciones de cuarentena	8.772	7.798
Gastos para la promoción de la ciencia y la tecnología	54.171	54.920
Gastos para ayudar a familias de escasos recursos con miembros que aún deben repatriarse, etc.	118.037	119.714
Gastos para el desarrollo de servicios, incluyendo instalaciones de saneamiento como el alcantarillado	302.441	264.283
Otros	97.304	99.489
Total del presupuesto de cuentas generales bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Asistencia Social	13.610.880	14.011.475
Total del presupuesto de cuentas generales	73.081.669	70.987.120

Nota: El total puede no sumar exacto debido a los redondeos en los gastos.

Fuente: Encuesta realizada por la División de Contabilidad del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

(cantidad traspasada al año siguiente para salud pública y proyectos contables de hospitales cuya consignación no se ha especificado en otra parte); 44,6 por ciento para aseo, higiene y sanidad; 4,9 por ciento para los centros de salud pública; y 1,0 por ciento para prevención de la tuberculosis (gastos para autoexploración y tratamientos, entre otros, bajo la ley de prevención de la tuberculosis).

Las prefecturas muestran que una proporción relativamente alta de sus gastos totales en salud se destina a los centros de salud pública (69 por ciento), principalmente porque son las prefecturas las que hacen la mayor parte del trabajo administrativo para la atención médica local, siendo éste el caso de la salud mental. En cuanto a las municipa-

lidades, el gasto para limpieza, higiene y sanidad es relativamente alto (55 por ciento) puesto que las municipalidades se comprometen principalmente con la limpieza y los proyectos de sanidad ambiental. A propósito, casi todos los gastos relacionados con el aseo hechos por las prefecturas se atribuyen a Tokio, que lleva a cabo los proyectos de limpieza en sus distritos especiales.

Como se ilustra en el cuadro 4, las fuentes para las erogaciones en salud de los gobiernos locales consisten principalmente de recursos financieros generales (principalmente de los impuestos sobre las residencias locales, otros tributos y los impuestos sobre las donaciones), los fondos del Tesoro Nacional, y los bonos locales. Ahora que la administración de la salud es una parte básica de la administración de los gobiernos locales, la porción (65,1 por ciento) de los gastos relacionados con la salud cubierta por los recursos financieros generales es sustancial.

El sistema de distribución de la atención médica

La Ley de Servicios Médicos de 1948 se diseñó para asegurar un buen estándar de atención médica para la población y para servir de código básico a las instituciones médicas de Japón. La ley contiene regulaciones sobre la asignación de cargos apropiada, el empleo, la estructura y la administración de las instituciones médicas del sector público y establece la supervisión oficial y el control sobre muchas otras organizaciones médicas de atención de la salud.

La Ley de Servicios Médicos define un hospital como una institución de atención de la salud que tiene veinte o más camas para enfermos y que satisface estándares institucionales específicos, empleo y estándares de equipos. Se define como clínica una institución de atención de la salud que tiene diecinueve camas de enfermos o menos (aun cero) que puede ser establecida por un médico notificando al centro de salud pública apropiado.

La Ley de Servicios Médicos define también “los hospitales con funciones especiales” (acepción para los hospitales universitarios y centros nacionales), hospitales con un “grupo de camas para pacientes de atención de largo plazo” y “hogares para personas de edad avanzada”. En los cuadros 5, 6 y 7 se proporciona información adicional sobre los hospitales y clínicas del país.

En 1985 se aprobó un proyecto de ley para la revisión de dos áreas importantes de la Ley de Servicios Médicos de 1948: la planificación y la administración. Con relación a la planificación, la medicina comunitaria se incentivaría, en cada prefectura, a través de la formula-

Cuadro 4. Clasificación de las fuentes de financiamiento por gastos para la salud y la asistencia social en las prefecturas y municipalidades

(en millones de yenes, %, año fiscal 1993)

<i>Clasificación</i>	<i>Prefectura</i>	<i>%</i>	<i>Municipalidad</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Erogación del Tesoro Nacional	199.661	9,8	247.361	5,6	444.022	7,1
Erogación de las prefecturas	-	-	114.045	2,6	-	-
Cargos por uso, honorarios por comisión	73.490	3,6	182.514	4,1	256.004	4,1
Cargo asignado, participación, contribución	4.913	0,2	71.428	1,6	55.308	0,9
Bono local	306.138	15,2	729.324	16,6	1.018.825	16,3
Otras fuentes específicas de financiamiento	190.596	9,5	226.069	5,2	412.248	6,5
Fuentes generales de financiamiento, etc.	1.243.017	61,7	2.830.892	64,3	4.081.044	65,1
Total	2.014.815	100	4.401.633	100	6.267.451	100

Fuente: Ministerio del Interior: Situación de las Finanzas Locales, 1995.

Cuadro 5. Tipo específico de instituciones médicas, 1993

<i>Instituciones médicas</i>	<i>Número</i>
Total	149.878
Hospitales	9.844
Hospitales mentales	1.059
Hospitales para enfermedades contagiosas	7
Sanatorios de TB	11
Leprosarios	15
Hospitales generales	8.752
Clínicas generales	84.128
con camas	22.383
sin camas	61.745
Clínicas dentales	55.906
con camas	49
sin camas	55.857

Fuente: Departamento de Información Estadística, Ministerio de Salud y Asistencia Social. Informe sobre la Encuesta de Instituciones Médicas.

Cuadro 6. Hospitales y camas de hospital por tipo de socio fundador, 1993

	<i>Hospitales</i>	<i>Camas de hospital</i>
Total	9.844	1.680.952
Nación	394	157.526
Ministerio de Salud y Asistencia Social	247	102.886
Ministerio de Educación	66	33.319
Corporación de Asistencia Social	39	15.470
Otros	42	5.851
Instituciones Públicas de Atención Médica	1.378	354.420
Prefectura	310	87.910
Municipalidad	773	165.682
Sociedad de la Cruz Roja Japonesa	97	40.083
Otros	208	60.745
Organizaciones asociadas con el Seguro Social	137	38.977
Corporaciones sin fines de lucro	404	95.484
Cuerpos corporativos para la atención médica	4.550	696.346
Corporaciones de educación	94	50.110
Compañías	84	16.966
Otros cuerpos corporativos	273	49.770
Individuos	2.530	221.353

Fuente: Departamento de Información Estadística del Ministerio de Salud y Asistencia Social. Informe de la Encuesta de Instituciones Médicas.

Cuadro 7. Número y tipo de camas de enfermos por 100.000 habitantes, 1993

<i>Tipo</i>	<i>Número</i>	<i>Número por 100.000 habitantes</i>
Total	1.946.255	1.559,9
Hospital	1.680.952	1.347,3
Camas de enfermos con afecciones psiquiátricas	362.436	290,5
Camas de enfermos con afecciones contagiosas	11.061	8,9
Camas para enfermos de tuberculosis	37.043	29,7
Camas para enfermos de lepra	8.833	7,1
Camas para enfermos generales	1.261.579	1.011,2
Hospital en general (enumerados una vez más)	1.405.568	1.126,6
Clínica general	265.083	212,5
Clínica dental	220	0,2

Fuente: Departamento de Información Estadística del Ministerio de Salud y Asistencia Social. Informe de la Encuesta de Instituciones Médicas.

Cuadro 8. Trabajadores de la atención médica por tipo de trabajo, 1992

<i>Trabajadores de la atención médica</i>	<i>Número</i>
Médico	219.704
Dentista	77.416
Farmacéutico	162.021
Enfermera de salud pública	29.345
Partera	23.263
Enfermera	827.608
Terapeuta físico	12.039
Terapeuta ocupacional	5.826
Ortóptico	2.060
Higienista dental	44.219
Técnico dental	32.629
Técnico en radiología	25.060
Técnico en laboratorio clínico	41.344
Técnico en laboratorio de la salud	704
Práctico de Anma-Massage-Acupressure	94.150
Acupuntura	63.543
Práctico en moxibustión	62.428
Terapeuta de Judo	24.776

Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social.

ción de un plan de atención médica bien definido para asegurar la coordinación eficiente de las funciones entre las instituciones médicas, el desarrollo sistemático de otras funciones necesarias del sector médico, y la puesta en práctica de control sobre el número y la ubicación de nuevas camas para enfermos en los hospitales. Con respecto a la administración, para mostrar más exactamente la situación y las necesidades de las poblaciones que se están sirviendo, la administración de las organizaciones de atención de la salud debería ser más eficiente y efectiva.

Trabajadores de la atención médica

Las calificaciones exigidas por la ley para las personas empleadas en el trabajo de atención médica son muy diversificadas, como se muestra en el cuadro 8. Los profesionales de Anma-Massage-Acupressure, moxibustión y terapia de judo no están comprendidos en la categoría de trabajadores de atención de la salud y están definidos en cambio como profesionales de “actividades similares a la prestación de atención de la salud”.

El seguro médico

En 1923, después de la Primera Guerra Mundial se promulgó la Ley del Seguro de Salud y en 1938, se estableció el Plan de Seguro Nacional de Salud para las personas de las zonas rurales, las pequeñas empresas y la industria. Después de la Segunda Guerra Mundial, cada sistema fue racionalizado y surgieron crecientes clamores por un seguro médico para toda la población. La ampliación de la base del seguro, como lo establecía la Ley de Seguro Nacional de Salud, facilitó la senda para la creación, en 1961, de un sistema de seguro para todos los habitantes. La esfera de acción del pago de seguro de atención médica se amplió, se aumentó el monto del pago, se creó un sistema para el pago de atención médica costosa y se hicieron esfuerzos para reducir el peso de las erogaciones de los usuarios de la atención médica.

Junto con el envejecimiento de la población, la tecnología médica avanzó y los niveles de beneficios se elevaron, pero el financiamiento de los seguros también se hizo más difícil, elevando el monto de las primas y la proporción del pago de los usuarios. Se produjo un punto crítico con la adopción de las medidas contenidas en la Ley de Asistencia Social para las Personas de Edad Avanzada promulgada en 1973 y diseñada para proporcionar atención médica sin costo para los ancianos. Las erogaciones para la atención médica de las personas de edad avanzada sobrepasaron rápida y significativamente el incremento antes mencionado en los gastos del seguro médico de la población, debido en parte a la concentración de las necesidades de atención médica y a los costos en la edad avanzada, cuando el trayecto de la vida humana llega a su término.

De esta manera, la Ley de Servicios de Salud para las Personas de Edad Avanzada, que fue aprobada por la Dieta en 1982, se adoptó para distribuir el peso de los gastos de atención médica de las personas de edad avanzada en forma más equitativa entre los diferentes sistemas de seguro médico y para impulsar los sistemas de atención médica, especialmente para los ancianos, poniendo el énfasis en la atención médica versus la atención preventiva. Una característica de este sistema de seguro médico es que los costos por la distribución de la atención médica a las personas de 70 o más años ahora están cubiertos por los gobiernos nacional, prefectural y municipal, y por los suscriptores asegurados de cada sistema de seguro de atención médica. Con esto, la fuerte presión de los gastos de atención médica para las personas de edad avanzada bajo el Plan de Seguro Nacional de Salud de 1938 se igualó con los otros sistemas, incrementando de esta manera la equi-

Cuadro 9. Tipo y contenido de los beneficios

Clasificación		Tipo de beneficios	
		Persona asegurada	Dependiente
Cuando una persona se ha enfermado o lesionado	Cuando una persona se ha sometido a tratamiento con el certificado de seguro	Prestación de asistencia médica Gastos en alimentación durante la hospitalización Gastos de atención médica específica Gastos de atención médica y enfermería en visita domiciliaria	Gastos para la atención médica del miembro de la familia Gastos de atención médica específica Gastos de atención médica y enfermería en visita domiciliaria
	Ausencia del trabajo para recibir asistencia médica	Gastos de atención médica Gastos de asistencia médica de alto costo Asignación por enfermedad/lesión	Gastos de atención médica Gastos de asistencia médica de alto costo
Cuando una mujer tiene un hijo		Asignación única por nacimiento y lactancia Asignación por nacimiento	Asignación única por lactancia de la esposa
Cuando una persona ha fallecido		Gastos de entierro	Gastos de entierro de un miembro de la familia
Cuando se transporta un paciente		Gastos de transporte	Gasto de transporte
Cuando una persona renuncia al trabajo (beneficios, continuos o durante un período determinado)		Beneficios para atención médica continua Asignación por enfermedad/lesión Asignación única por nacimiento y lactancia Asignación por nacimiento Gastos de entierro Gastos de transporte	Pago de gastos por cuidado médico continuo

dad de compartir el peso entre los distintos programas de seguro de atención médica.

Sin embargo, junto con el envejecimiento de la población y los continuos cambios epidemiológicos, supuestamente los gastos en atención médica continuarán aumentando a un ritmo rápido. En particular, el peso sobre el Tesoro Nacional, que aporta aproximadamente un cuarto del total de los gastos para la atención médica del país, se mantendrá como un problema serio en la medida que las finanzas nacionales se vean afectadas.

Los beneficios del seguro médico se pagan cuando una persona asegurada se enferma, sufre lesiones por causas no relacionadas con el trabajo, cuando tiene un hijo o cuando muere de una enfermedad o lesiones no ocupacionales. También se pagan los beneficios cuando un dependiente de la persona asegurada se enferma, sufre lesiones, tiene un hijo o muere. Los tipos y contenido de los beneficios se muestran en el cuadro 9. Las principales prestaciones bajo el sistema de atención médica comprenden las consultas médicas, los medicamentos u otras necesidades materiales, la cirugía y otros tratamientos, y la atención médica incluyendo estadía en hospitales o clínicas.

Bajo el sistema de seguro médico, las instituciones de atención médica aprobadas por el seguro y otras similares prestan la atención a los asegurados. Las instituciones califican como entidades de atención del seguro aprobadas, cuando sus fundadores han llenado una solicitud en la oficina del gobernador prefectural y se ha hecho la correspondiente designación por dicha oficina. Los médicos proveedores que trabajan en las instituciones de atención médica aprobadas deben ser los mismos cuyos nombres han sido registrados en la oficina del gobernador prefectural. De otra manera no habrá cobertura del seguro, tal como se establece en las Regulaciones para la Prestación de Atención Médica por el Seguro de Instituciones Médicas y Médicos Aprobados.

Los gastos de atención médica a ser desembolsados por el seguro se computan de acuerdo a un sistema de clasificación numérica para la remuneración de la atención médica determinado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social. Los precios que se pagarán por los medicamentos administrados por los programas de seguro son de la misma manera computados de acuerdo a los estándares de precios de los medicamentos determinados por el Ministerio, y estos estándares de precios para los fármacos se hacen coincidir, tanto como sea posible, con los precios de mercado sobre la base de una encuesta sobre los precios corrientes de las medicinas.

La Ley de Seguro de Salud proporciona un sistema de tasas fijas para las prestaciones. Con un beneficio para el asegurado equivalente al 90 por ciento del gasto médico incurrido, éste por su parte responde por el 10 por ciento restante. La tasa de beneficio para los dependientes de la parte asegurada es del 70 por ciento para los pacientes ambulatorios y del 80 por ciento para los pacientes hospitalizados. (Bajo el Plan Nacional de Seguro de Salud, la tasa es del 70 por ciento tanto para los pacientes ambulatorios como para los hospitalizados). Existen sistemas distintos del Plan Nacional de Seguro de Salud para los trabajadores asalariados, los campesinos, los empresarios indepen-

dientes y otros; tal es el caso de las Asociaciones de Ayuda Mutua para servidores públicos nacionales y locales y del Programa de Seguro de los Marineros para los marineros, todos con beneficios similares a aquellos proporcionados por el Plan Nacional de Seguro de Salud.

Ciertos beneficios se pagan en efectivo; cuando el monto de los pagos por parte de los pacientes por la atención médica recibida bajo un sistema de seguro excede un nivel especificado, el excedente se cubre como “desembolso para el alto costo de la atención médica”; cuando una persona asegurada está incapacitada para ir a trabajar y tiene que recibir atención médica, la asignación parcial o total de su salario por enfermedad/herida comienza el cuarto día en que dicha persona está alejada de su trabajo y hasta por una año y medio por la misma enfermedad o herida. Además, los cargos para entierro, una asignación por única vez por el nacimiento de un hijo, y algunos otros beneficios son pagados en efectivo.

Financiamiento de la atención médica para las personas de edad avanzada

Los sujetos de la atención médica bajo la Ley sobre Servicios de Salud para las Personas de Edad Avanzada son individuos que se suscriben a una póliza de seguro bajo alguna ley de seguro médico y cuya edad es de 70 años o más (o entre 65 y 70, si la persona ha sido reconocida por la oficina del alcalde municipal como afectada por alguna enfermedad específica). La atención médica para el anciano se proporciona a nombre del alcalde municipal, y la persona que recibirá tal atención debe producir en el mostrador de la institución médica: (1) el “libro de bolsillo de la salud” prescrito en la Ley sobre Servicios de Salud para las Personas de Edad Avanzada” y (2) la “certificación de la persona asegurada” emitida por el sistema de seguro médico al cual ella o él se suscribe.

Las erogaciones médicas para la persona de edad avanzada cubiertas se computan de acuerdo con un sistema numérico específico de clasificación establecido por el Ministerio de Salud y Asistencia Social, y los precios cubiertos de las medicinas para estas personas son los mismos del Plan de Seguro Nacional de Salud. Los pacientes son responsables de pagar el resto.

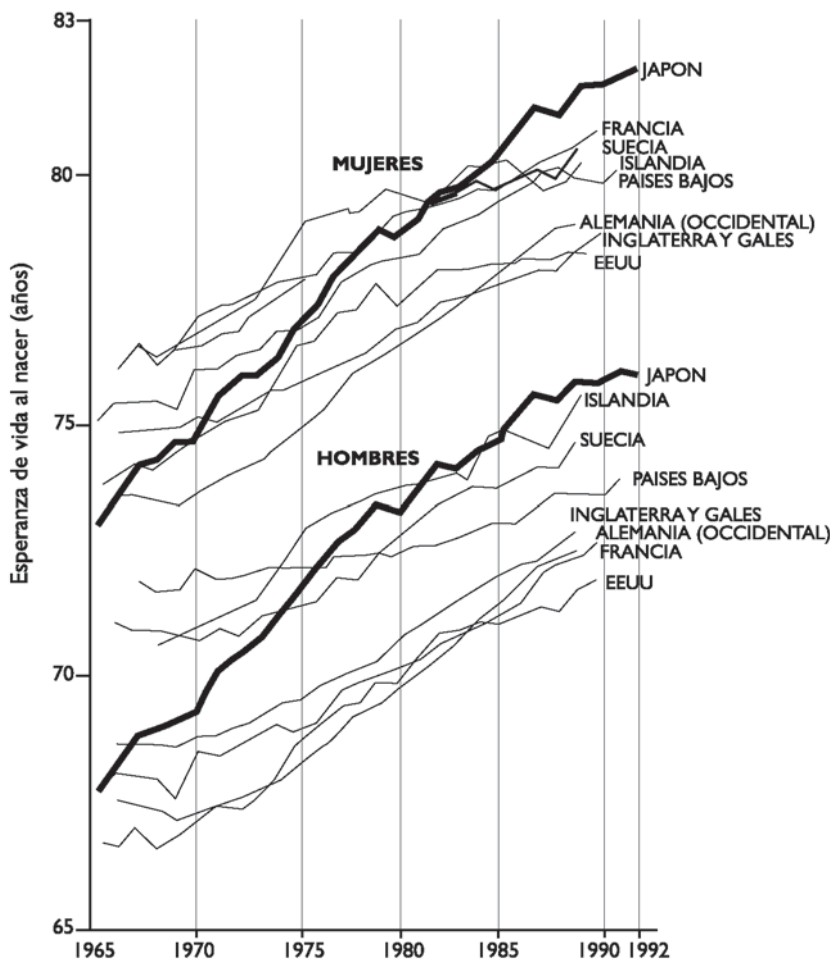
Junto con el envejecimiento de la población, los cambios en el perfil epidemiológico del país y la propagación de la tecnología de alto costo para la atención médica, los gastos de esta última continúan creciendo más rápidamente que el ingreso nacional, con un gravoso peso

sobre la economía. Existe una seria preocupación acerca de que estos costos tarde o temprano excedan la capacidad de pago de la nación.

Para contener los costos de la atención médica dentro de un intervalo razonable y aun mantener el elevado estándar de atención necesario para la población, el Ministerio de Salud y Asistencia Social está promoviendo medidas generales de contención de costos y garantías de calidad en el sector. En el lado de la demanda, los costos pueden controlarse a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, los médicos de familia y un sentido realista del costo por parte del asegurado. En el lado de la oferta, los costos pueden controlarse a través del desarrollo de sistemas efectivos de entrega de los servicios de atención médica, la racionalización cooperativa y la simplificación de los servicios de salud proporcionados en el sector. Y las instituciones de cada prefectura pueden pedir los informes detallados de remuneración por atención médica presentados por los médicos para pago, a fin de asegurar la equidad de las solicitudes de pago.

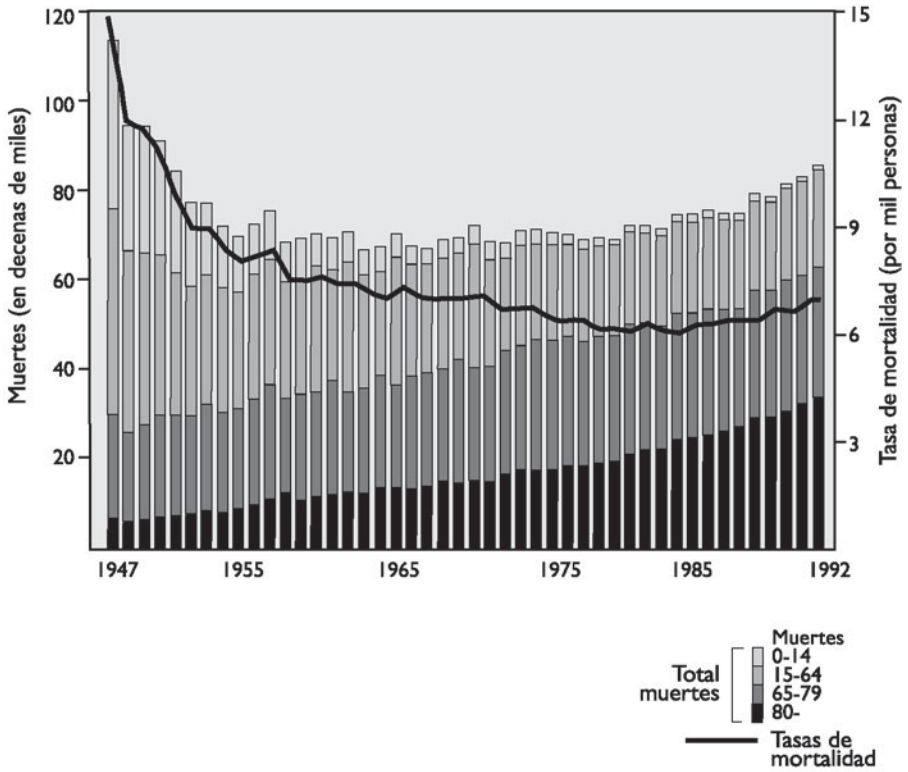
Anexo al capítulo ocho

Gráfico I. Tendencias en la esperanza de vida al nacer en países seleccionados, 1965-1992



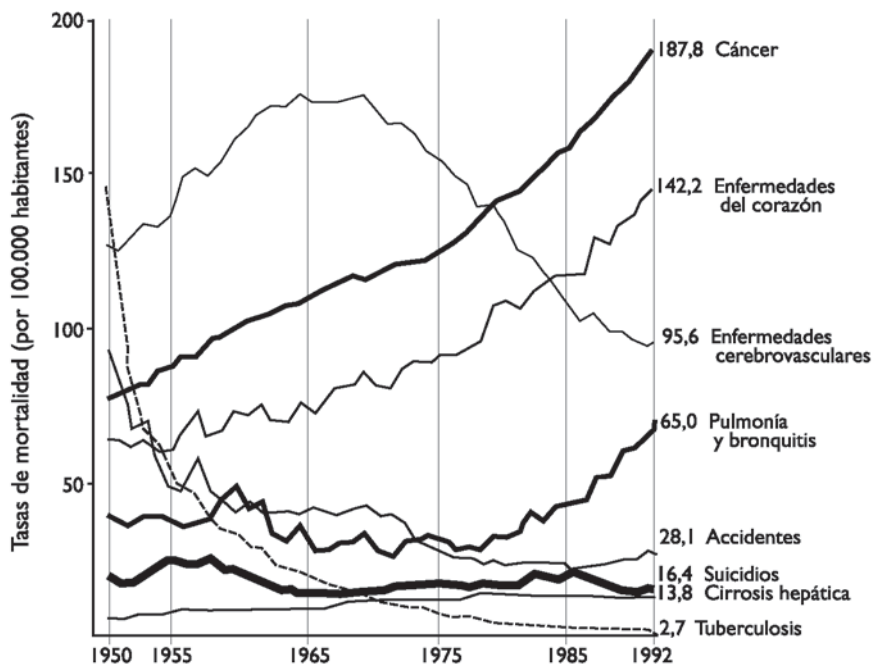
Fuentes: Ministerio de Salud y Asistencia Social, tabla completa de vida, tabla simplificada de vida, y Naciones Unidas, Demographic Yearbook.

Gráfico 2. Tendencias en mortalidad y tasas de mortalidad, 1947-1992



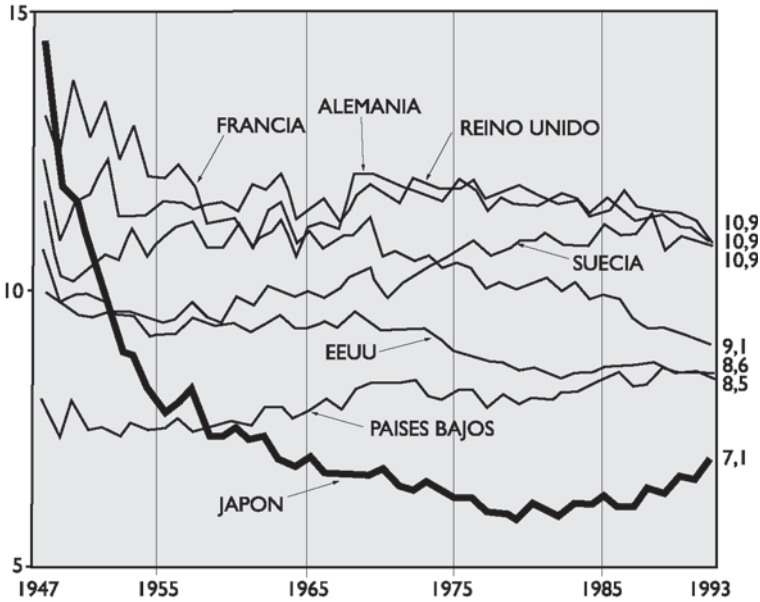
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

Gráfico 3. Tendencias en las tasas de mortalidad por causas principales de muerte, 1950-1992



Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

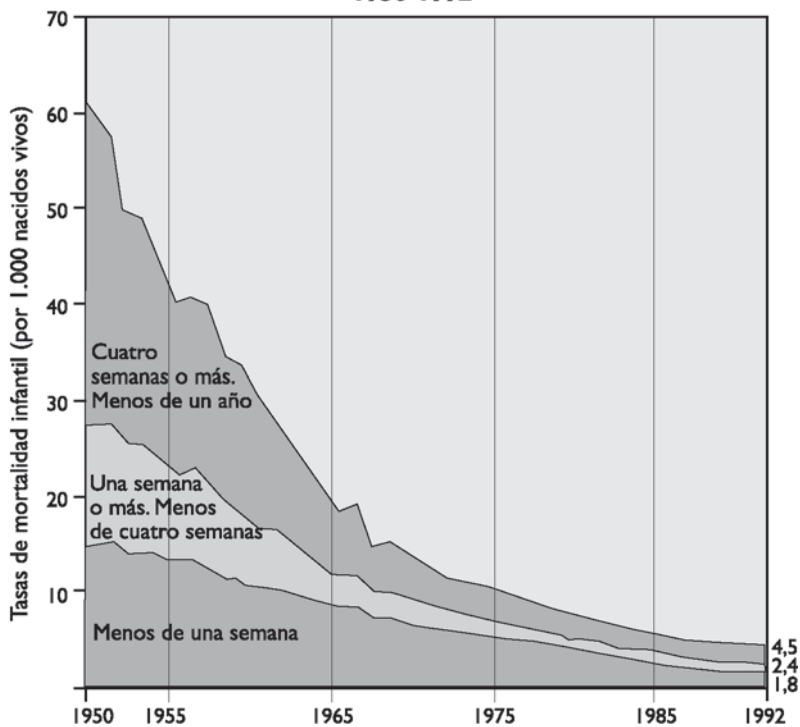
Gráfico 4. Tasas de mortalidad en países seleccionados, 1947-1993



Nota: Las tasas para Estados Unidos en 1990 y 1991, para Suecia, Francia, y para la antigua Alemania Occidental y los Países Bajos en 1991 no son datos finales. La tasa para Japón en 1993 es un estimado anual con base en Estadísticas Vitales.

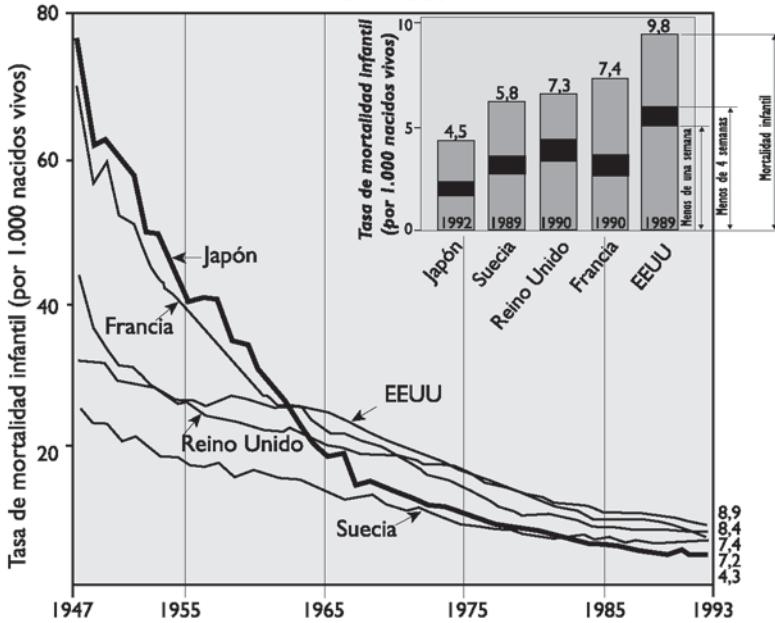
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales. OMS, World Health Statistics Annual, y NU, Demographic Yearbook for the Western Nations.

Gráfico 5. Tendencias en las tasas de mortalidad infantil por edad, 1950-1992



Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

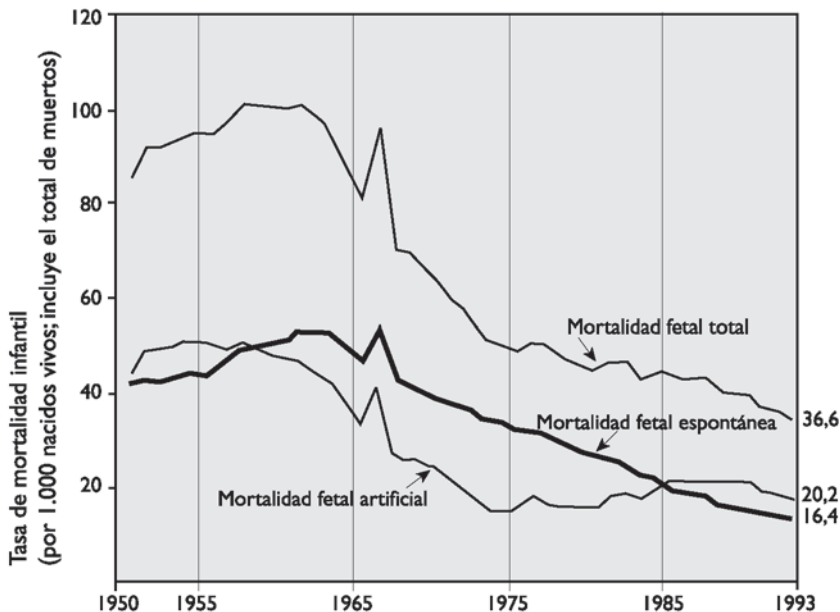
Gráfico 6. Tasas de mortalidad infantil en países seleccionados, 1947-1993



Nota: Las tasas para Estados Unidos en 1990 y 1991, y Francia, Reino Unido y Suecia en 1991, no son datos finales. La tasa para Japón en 1993 es un estimado anual con base en Estadísticas Vitales.

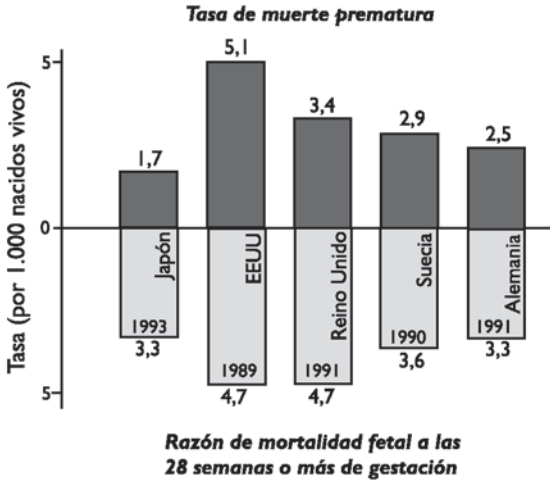
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales. OMS, World Health Statistics Annual, y NU, Demographic Yearbook for the Western Nations.

Gráfico 7. Tendencias en la mortalidad fetal por tipo de extracción, 1950-1993



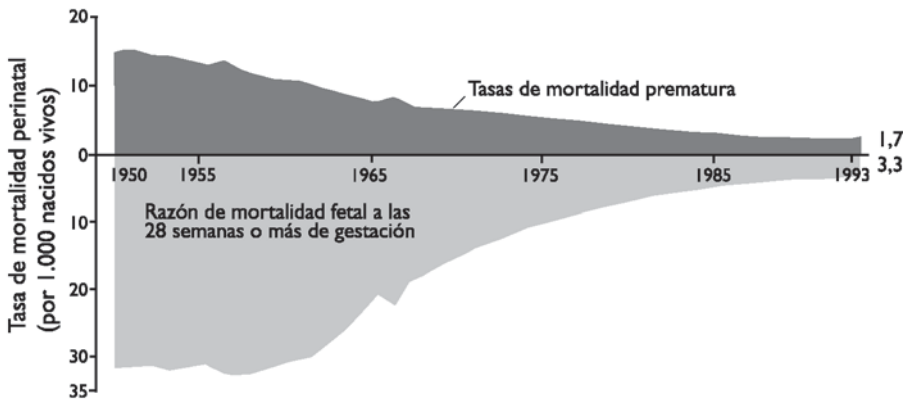
*Nota: La tasa para 1993 es un estimado basado en Estadísticas Vitales.
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.*

Gráfico 8. Comparación de las tasas de mortalidad perinatal en países seleccionados



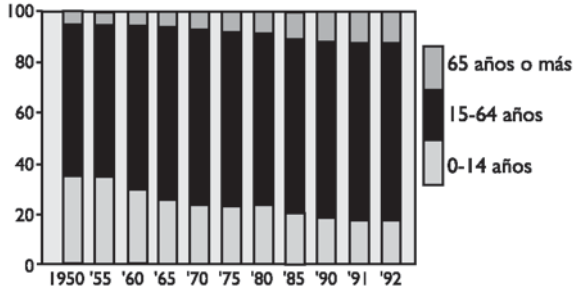
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales. OMS, World Health Statistics Annual, y NU, Demographic Yearbook for the Western Nations.

Gráfico 9. Tendencias en las tasas perinatales, 1950-1993



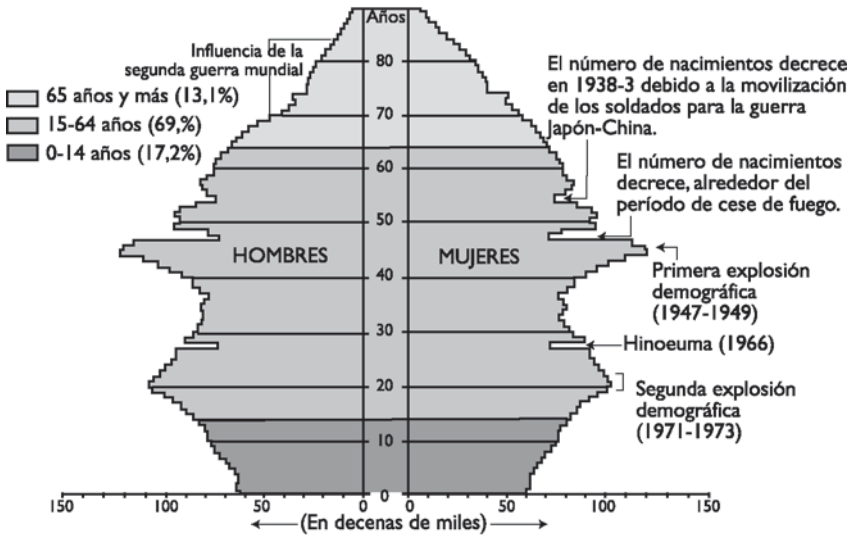
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

Gráfico 10. Tendencias en la distribución porcentual de la población en tres grupos de edad, 1950-1992



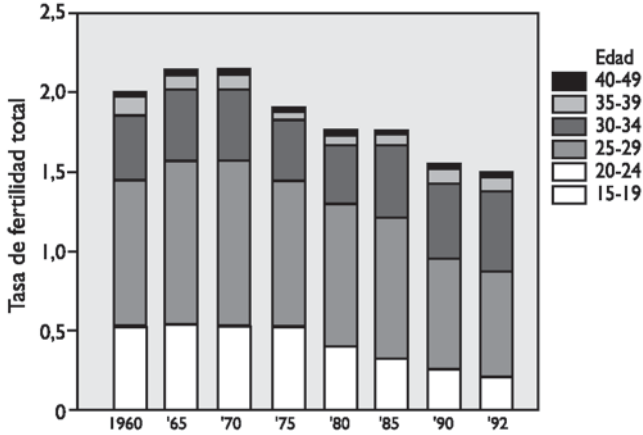
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

Gráfico 11. Pirámide poblacional en octubre 1992



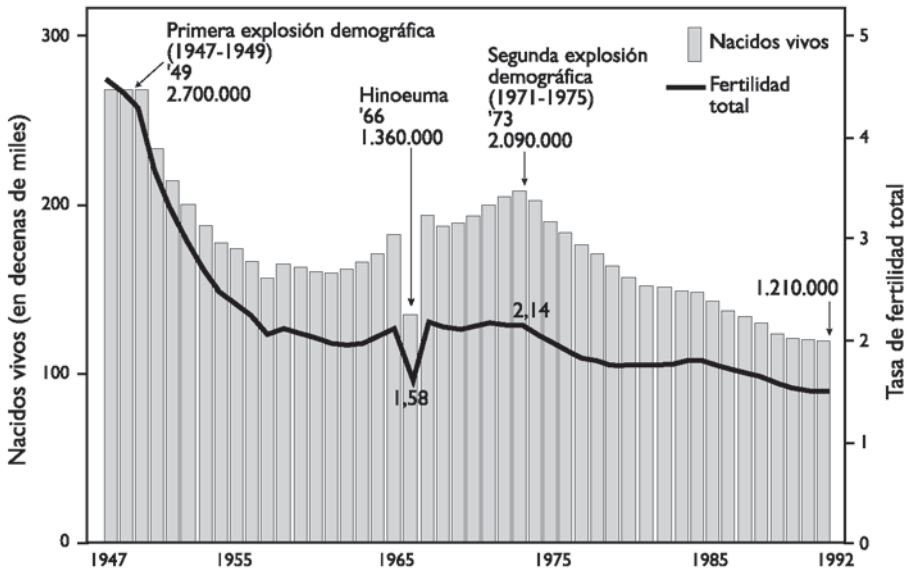
Nota: La cifra de población representa la población total.
Fuente: Oficina de Estadísticas, Agencia de Administración y Gerencia, población estimada a octubre 1 de 1992.

Gráfico 12. Tendencias en las tasas de fertilidad totales por grupos de edad, 1960-1992



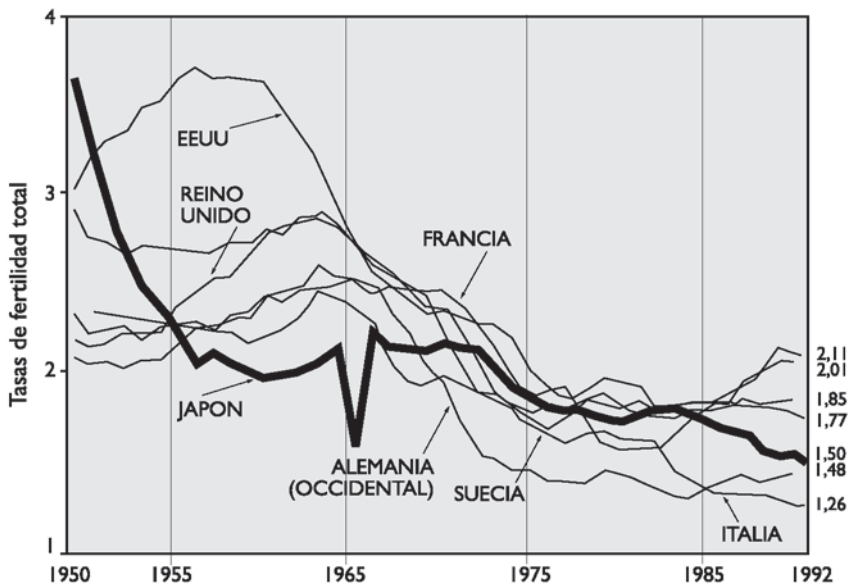
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

Gráfico 13. Tendencias en la tasa de nacidos vivos y en la tasa de fertilidad total, 1947-1992



Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales.

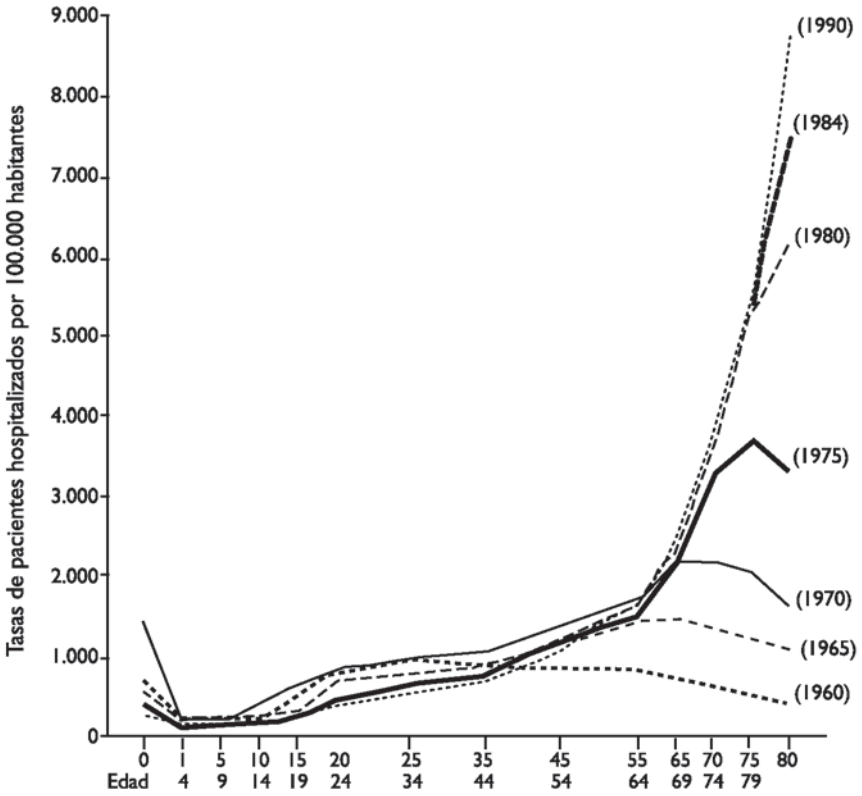
Gráfico 14. Tasas de fertilidad total en países seleccionados, 1950-1992



Nota: El Reino Unido descrito aquí comprende Inglaterra y Gales hasta 1985.

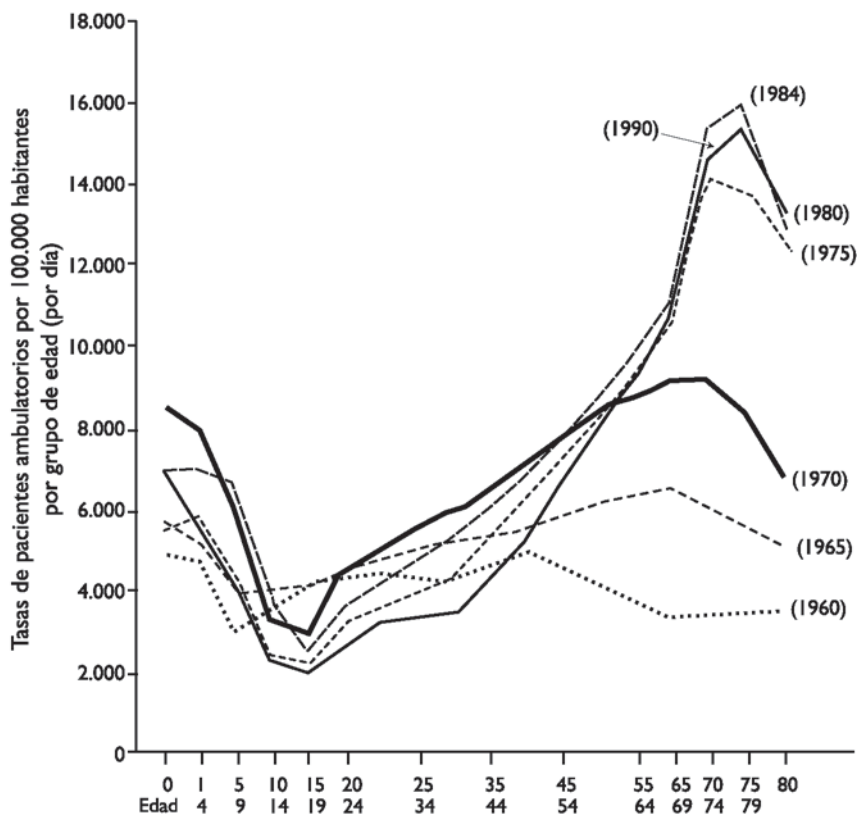
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Estadísticas Vitales. ONU, Demographic Yearbook for the Western Nations.

Gráfico 15. Tendencias en las tasas de pacientes hospitalizados por 100.000 habitantes por grupo de edad (por día)



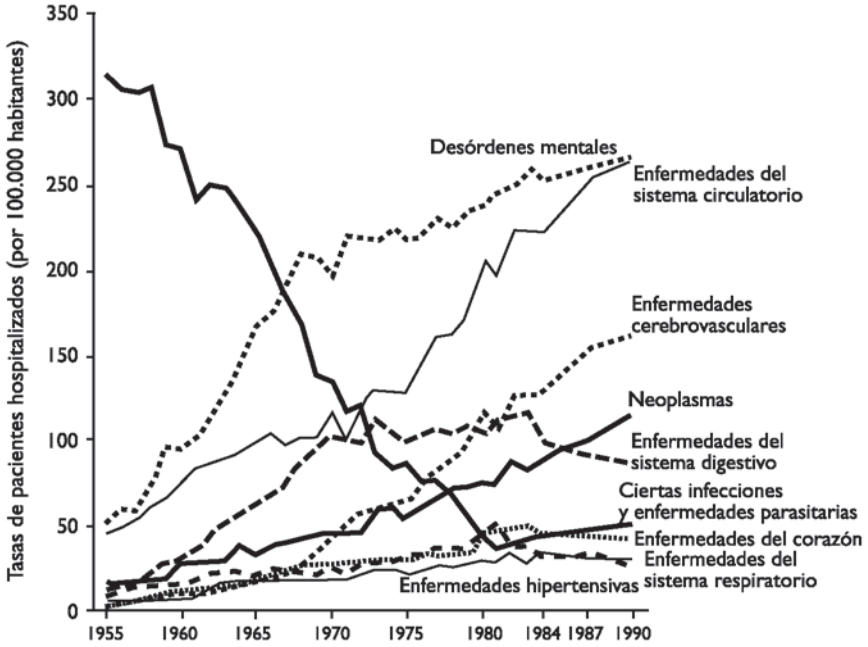
Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Encuesta de Pacientes.

Gráfico 16. Tendencias en las tasas de pacientes ambulatorios por 100.000 habitantes por grupo de edad (por día)



Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Encuesta de Pacientes.

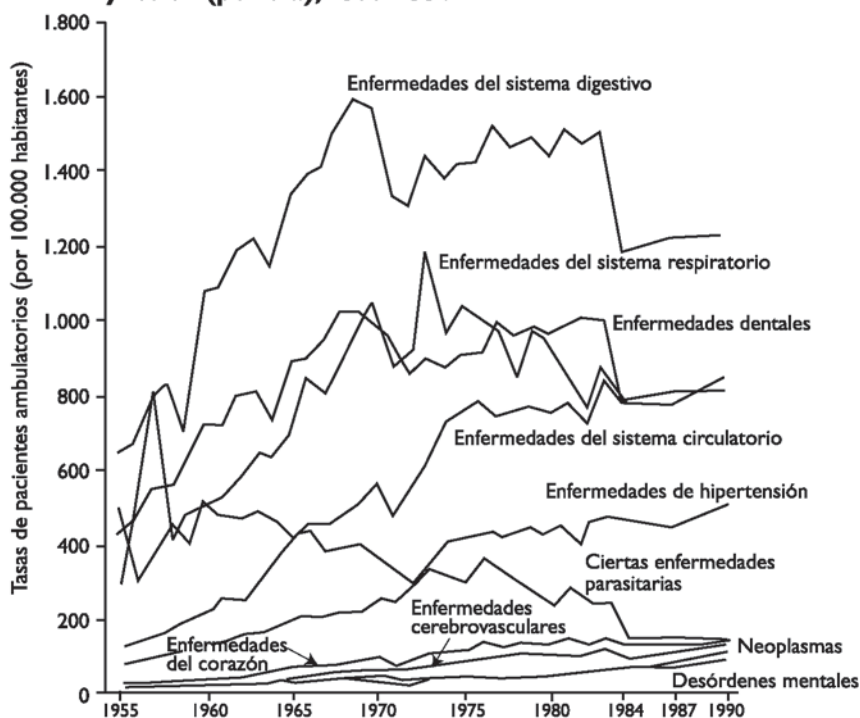
Gráfico 17. Tendencias en las tasas de pacientes hospitalizados por 100.000 habitantes por enfermedad y lesión (por día), 1955-1990



Notas: Enfermedades del corazón (ICD-9=390-398, 410-414, 415-429);
 enfermedades cerebrovasculares (ICD-0=430-438); enfermedades hipertensivas
 (ICD-9=401-405); enfermedades del sistema circulatorio.

Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Encuesta de Pacientes.

Gráfico 18. Tendencias en las tasas de pacientes ambulatorios por 100.000 habitantes por enfermedad y lesión (por día), 1955-1990



Nota: Enfermedades dentales (ICD-9=520-525) son enfermedades del sistema digestivo.

Fuente: Ministerio de Salud y Asistencia Social, Encuesta de Pacientes.

Página en blanco a propósito

ANEXO ESTADISTICO

Página en blanco a propósito

Cuadro A1. Población total en países seleccionados de América Latina y Asia

(millones)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Bolivia	5	6	7	7	8	8
Brasil	122	135	148	159	162	164
Chile	11	12	13	14	14	15
Colombia	28	32	35	39	39	40
El Salvador	5	5	5	6	6	6
China	981	1.051	1.135	1.203	1.215	1.227
Filipinas	48	55	63	70	72	74
Japón	117	121	124	125	126	126
Malasia	14	16	18	21	21	22
Tailandia	47	51	56	59	60	61
Viet Nam	54	59	66	74	75	77

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A2. Tasa de crecimiento anual de la población en países de América Latina y Asia

(% anual)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	2,28	1,99	1,67	1,36	1,35	1,34
Bolivia	2,16	1,96	2,31	2,42	2,32	2,33
Chile	1,50	1,60	1,73	1,53	1,46	1,40
Colombia	2,22	2,07	1,97	1,95	1,91	1,91
El Salvador	1,53	0,82	1,76	2,29	2,25	2,21
China	1,25	1,36	1,47	1,04	1,00	0,96
Filipinas	2,10	2,64	2,58	2,31	2,30	2,24
Japón	0,78	0,61	0,34	0,38	0,26	0,26
Malasia	2,35	2,76	2,97	2,49	2,49	2,51
Tailandia	2,18	1,51	1,77	1,16	1,01	0,99
Viet Nam	2,12	2,02	2,23	1,98	1,87	1,78

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A3. Población urbana*(% del total)*

	<i>1970-1975</i>	<i>1980-1985</i>	<i>1992-1997</i>
Brasil	61,2	70,7	79,5
Bolivia	41,5	50,5	62,2
Chile	78,4	82,6	84,2
Colombia	60,7	67	73,5
El Salvador	40,4	42,7	45,6
China	17,3	22,6	31,8
Filipinas	35,6	43	55,8
Japón	75,7	76,7	78,4
Malasia	37,7	45,9	55,1
Tailandia	15,1	17,9	20,6
Viet Nam	18,8	19,6	19,5

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A4. PIB a precios del mercado*(millones de dólares constantes de 1995)*

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Bolivia	5.442	4.924	5.494	6.716	6.991	7.284
Brasil	517.477	546.175	603.319	703.912	723.622	746.778
Chile	27.034	28.256	39.130	59.348	63.720	68.220
Colombia	45.979	51.377	64.140	80.533	82.179	84.695
El Salvador	7.319	6.357	7.040	9.501	9.674	10.058
China	166.662	272.278	397.602	700.219	767.448	834.973
Filipinas	56.370	52.868	66.624	74.162	78.497	82.555
Japón	3.231.639	3.814.444	4.782.491	5.137.385	5.338.923	5.384.154
Malasia	32.313	41.446	57.588	87.337	94.828	102.258
Tailandia	52.375	68.283	111.508	168.129	177.407	176.648
Viet Nam	..	10.802	13.645	20.240	22.130	24.081

Fuente: 1999, *Indicadores del desarrollo mundial*, Banco Mundial**Cuadro A5. PIB per cápita, paridad de poder adquisitivo (PPP)***(dólares corrientes internacionales)*

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	3.680	4.170	5.020	6.170	6.360	6.480
Bolivia	..	..	2.220	2.770	2.840	2.880
Chile	3.920	4.540	7.230	11.340	12.160	12.730
Colombia	2.980	3.570	5.100	6.700	6.770	6.810
El Salvador	1.550	1.550	2.020	2.830	2.850	2.880
China	450	810	1.390	2.660	2.910	3.130
Filipinas	2.090	2.070	2.880	3.290	3.440	3.520
Japón	8.860	12.070	18.700	22.790	23.860	24.070
Malasia	2.340	3.130	4.760	7.290	7.780	8.140
Tailandia	1.480	2.090	3.970	6.470	6.840	6.690
Viet Nam	..	..	..	1.450	1.570	1.630

Fuente: 1999, *Indicadores del desarrollo mundial*, Banco Mundial

Cuadro A6. Inflación, precios al consumidor
(% anual)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	..	225,99	2.947,7	66,01	15,76	6,93
Bolivia	47,24	11.749,61	17,1	10,19	12,43	4,71
Chile	35,14	30,70	26,0	8,23	7,39	6,10
Colombia	26,54	24,04	29,1	20,96	20,24	18,52
El Salvador	17,37	22,33	24,0	10,03	9,79	4,49
China	..	..	3,06	16,90	8,32	2,81
Filipinas	18,20	23,10	14,14	8,09	8,41	5,05
Japón	7,78	2,04	3,06	-0,09	0,13	1,71
Malasia	6,67	0,35	2,62	5,30	3,49	2,66
Tailandia	19,70	2,43	5,98	5,80	5,81	5,61

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A7. Desempleo, total
(% del total de la fuerza de trabajo)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	..	3,4	3,7	6,1	6,9	..
Bolivia	..	..	7,3	3,6	4,2	..
Chile	10,4	12,1	5,6	4,7	5,4	5,3
Colombia	9,1	14	10,2	8,7	11,9	12,1
El Salvador	12,9	16,9	10	7,7	7,7	8,0
China	4,9	1,8	2,5	2,9	3,0	3,0
Filipinas	4,8	6,1	8,1	8,4	7,4	7,9
Japón	2,0	2,6	2,1	3,2	3,4	3,2
Malasia	..	6,9	5,1	2,8	2,5	2,5
Tailandia	0,8	3,7	2,2	1,1	1,1	0,9

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A8. Impuestos a la seguridad social
(% del ingreso corriente)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	25,00	20,55	22,36	..	..	..
Bolivia	..	9,63	8,80	6,52	13,24	14,25
Chile	16,94	7,26	8,32	6,07	6,08	6,10
Colombia	11,25	9,53	..	..	..	..
China	..	..	0	0	0	..
Filipinas	0	0	0	0	0	0
Japón	0	0	0	..	..	..
Malasia	0,39	0,53	0,76	1,24	1,12	1,23
Tailandia	0,16	0,16	0,11	1,27	1,37	1,50

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A9. Gasto en salud por región y nivel de ingreso, 1994

	Gasto en salud per cápita (US\$)	Gasto en salud como porcentaje del PIB	Participación del gasto público en el gasto total en salud
Región			
Asia Oriental y Pacífico	38	4,1	52
Europa y Asia Central	154	7,2	72
América Latina y el Caribe	200	6,1	49
Oriente Medio y Nordáfrica	116	5,2	50
Sudasia	12	3,7	39
Africa Subsahariana	38	4,0	54
Ingreso			
Bajo	16	4,3	47
Medio	168	5,3	57
Alto	1.468	6,9	67

Fuente: Informing and Reforming Jan/Jun 1999 #10/11

Cuadro A10. Gasto público en salud
(% del PIB)

	1990	1995	1996	1997
Brasil	3,01	..	..	..
Bolivia	1,18	..	..	..
Chile	1,96	2,30	..	..
Colombia	2,50	..	..	..
El Salvador	1,40	..	..	..
China	2,15	..	..	..
Filipinas	..	..	..	..
Japón	4,68	5,58	5,68	5,67
Malasia	1,53	1,26	1,38	..
Tailandia	0,95	..	..	..
Viet Nam	0,87	..	..	..

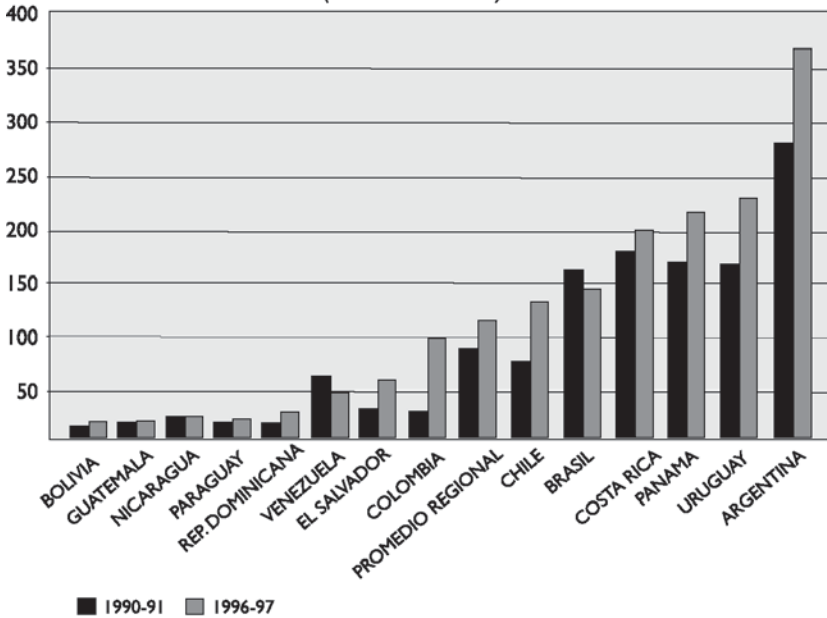
Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A11. Gasto total en salud
(% del PIB)

	1990	1995	1996	1997
Brasil	7	..	..	..
Bolivia	4,3	..	..	..
Chile	6,2	..	..	..
Colombia	6,9	..	..	..
El Salvador	5,1	..	..	..
China	3,5	..	..	..
Filipinas	..	..	..	..
Japón	6,1	7,2	7,2	7,3
Malasia	..	..	2,9	..
Tailandia	..	..	..	..
Viet Nam	2,8	..	..	..

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

**Gráfico A1. Gasto público per cápita: salud y nutrición
en algunos países de América Latina, 1990-1991 y 1996-1997
(dólares de 1997)**



Fuente: CEPAL, 1998.

**Cuadro A12. Gasto público total en educación
(% del PNB)**

	1980	1985	1990	1995	1996
Brasil	3,6	3,8	..	5,5	..
Bolivia	4,4	2,1	2,7	6,6	5,6
Chile	4,6	4,4	2,7	3,0	3,1
Colombia	2,4	2,8	2,6	4,0	4,4
El Salvador	3,9	..	2,0	2,2	..
China	2,5	2,5	2,3	2,3	2,3
Filipinas	1,7	1,4	2,9	2,2	..
Japón	5,8	5,0	..	..	..
Malasia	6	6,6	5,4	..	5,2
Tailandia	3,4	3,7	3,6	4,1	..
Viet Nam	..	..	..	..	..

Fuente: UNESCO, 1999

Cuadro A13. Tasa de fecundidad total
(nacimientos por mujer)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	3,9	..	2,7	..	..	2,2
Bolivia	5,5	..	4,9	..	..	4,4
Chile	2,8	..	2,6	..	..	2,4
Colombia	4,0	..	3,1	..	..	2,8
El Salvador	5,0	..	3,7	..	..	3,2
China	2,5	..	2,1	..	..	1,9
Filipinas	4,8	..	4,1	..	..	3,6
Japón	1,8	1,8	1,5	1,4	1,4	1,4
Malasia	4,2	..	3,8	..	..	3,2
Tailandia	3,5	..	2,2	..	..	1,7
Viet Nam	5,0	..	3,6	..	2,7	2,4

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A14. Tasa bruta de natalidad
(por mil personas)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	30,7	..	23,6	..	..	20,6
Bolivia	39,3	..	36,0	..	..	33,2
Chile	22,8	21,6	23,5	19,7	19,3	19,6
Colombia	31,0	..	27,3	..	..	24,5
El Salvador	36,2	..	30,0	..	..	27,8
China	18,2	17,8	20,2	17,1	..	16,8
Filipinas	35,3	..	31,1	..	..	28,6
Japón	13,5	11,9	10,0	9,5	9,6	9,5
Malasia	31,4	..	28,9	27,0	26,8	25,8
Tailandia	27,7	..	20,1	..	..	16,7
Viet Nam	36,1	..	28,8	..	..	20,8

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A15. Esperanza de vida al nacer
(años)

	1970-1975	1980-1985	1992-1997
Brasil	60	63	67
Bolivia	47	54	61
Chile	64	71	75
Colombia	62	67	70
El Salvador	58	57	69
China	64	68	70
Filipinas	58	62	68
Japón	74	78	80
Malasia	63	68	72
Tailandia	60	65	69
Viet Nam	58	64	68

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo

Cuadro A16. Tasa bruta de mortalidad
(por mil personas)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Brasil	8,7	..	7,5	..	..	7,3
Bolivia	14,5	..	10,7	..	..	9,1
Chile	6,6	6,1	6,0	5,5	5,5	5,5
Colombia	7,1	..	6,4	..	..	5,8
El Salvador	11,2	..	7,2	..	..	6,01
China	6,3	6,6	7,0	6,6	..	7,5
Filipinas	8,5	..	7,2	..	..	5,8
Japón	6,1	6,2	6,7	7,4	7,1	7,3
Malasia	6,5	..	4,8	4,6	4,5	4,5
Tailandia	7,5	..	6,2	..	..	6,7
Viet Nam	8,4	..	7,3	..	..	6,5

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A17. Acceso a agua potable
(% de la población)

	1970-1975	1980-1985	1992-1997
Brasil	55	75	69
Bolivia	34	53	70
Chile	70	86	91
Colombia	64	91	75
El Salvador	53	51	53
China			83
Filipinas	50	65	83
Japón		99	96
Malasia	34	71	89
Tailandia	25	66	89
Viet Nam			47

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo

**Cuadro A18. Tasa de inmunización
contra el sarampión**
(% de menores de 12 meses)

	1980-1985	1992-1997
Brasil	67	99
Bolivia	21	98
Chile	92	92
Colombia	53	89
El Salvador	71	97
China	88	96
Filipinas	49	83
Japón	73	94
Malasia	20	83
Tailandia	22	92
Viet Nam	19	96

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

**Cuadro A19. Tasa de
inmunización contra la DPT**
(% de menores de 12 meses)

	1980-1985	1992-1997
Brasil	65	79
Bolivia	33	82
Chile	91	91
Colombia	60	81
El Salvador	54	97
China	78	96
Filipinas	59	83
Japón	83	100
Malasia	59	91
Tailandia	47	96
Viet Nam	42	95

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A20. Matrícula en escuelas primarias
(% cobertura neta)

	1980	1985	1990	1995	1996
Brasil	80,0	81,2	86,4	..	..
Bolivia	78,9	..	90,6	..	..
Chile	..	..	87,7	85,8	88,0
Colombia	..	65,5	..	80,7	84,7
El Salvador	..	..	..	78,1	..
China	..	..	97,4	97,9	101,5,
Filipinas	93,6	96,2	..	100,6	..
Japón	101,1	101,7	100,0	..	..
Malasia	..	..	..	..	..
Tailandia	..	..	..	..	..
Viet Nam	94,9	..	..	..	..

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A21. Matrícula en escuelas secundarias					
<i>(% cobertura neta)</i>					
	1980	1985	1990	1995	1996
Brasil	14	14	16	..	..
Bolivia	16		29	..	..
Chile	..	..	55	55	58
Colombia	..	..		50	..
El Salvador	..	..	..	21	..
China					
Filipinas	45	50		60	
Japón	93	95	97		
Malasia					
Tailandia					
Viet Nam					

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

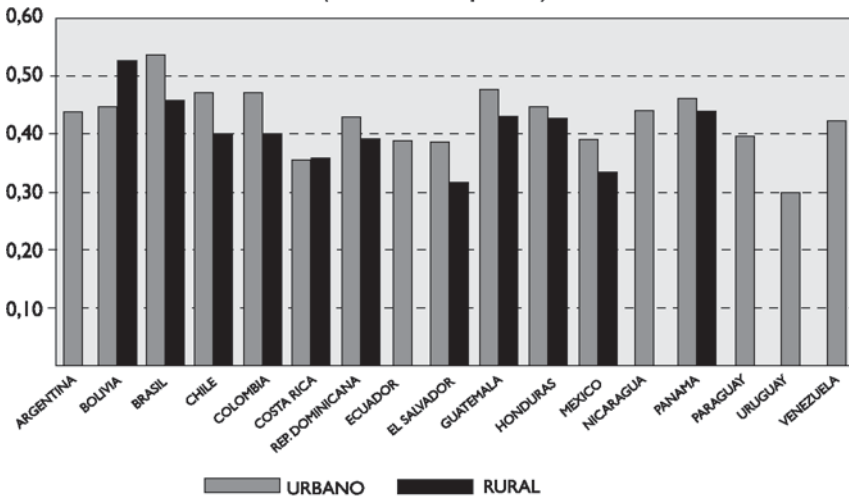
Cuadro A22. Pobreza y distribución del ingreso				
1992-1997	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	EL SALVADOR
Población bajo línea de pobreza (% hogares)		20,5	17,7	48,3
Coefficiente de Gini	60,1	56,5	57,2	49,9
1992-1997	CHINA	VIET NAM	FILIPINAS	TAILANDIA
Población bajo línea de pobreza (% hogares)	6	50,9	37,5	13,1
Coefficiente de Gini	41,5	35,7	42,9	46,2

Fuente: 1999, Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial

Cuadro A23. Índice de desarrollo humano, 1999

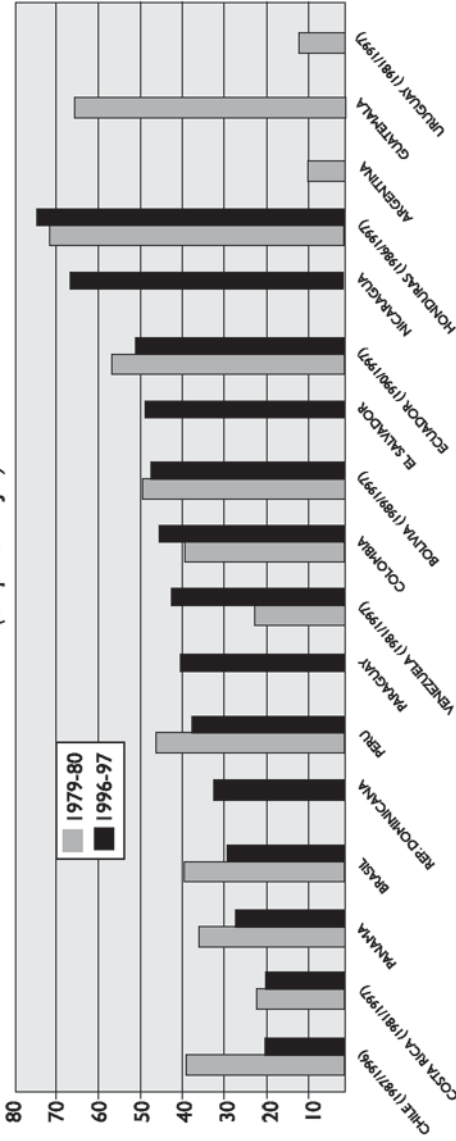
<i>País</i>	<i>Valor de IDH</i>	<i>Ordenamiento</i>
Japón	0,924	4
Chile	0,844	34
Malasia	0,768	56
Colombia	0,768	57
Tailandia	0,753	67
Filipinas	0,740	77
Brasil	0,739	79
China	0,701	98
El Salvador	0,674	107
Viet Nam	0,664	110
Bolivia	0,652	112

Fuente: PNUD, Informe de Desarrollo Humano, 1999

Gráfico A2. Coeficiente de Gini en algunos países de América Latina (último año disponible)

Fuente: CEPAL, Panorama Social en América Latina, 1998

Gráfico A3. Familias por debajo de la línea de pobreza en algunos países de América Latina
(en porcentajes)



Fuente: CEPAL, 1998.

SALUD/ECONOMIA

Ya sea que nos interese por los desafíos de las reformas de la salud en Colombia o en Filipinas, por el impacto de los mecanismos de mercado sobre la salud en Viet Nam, o por el éxito de los programas de inmunización en América Central, esta obra ofrece claves para comprenderlos mejor a través del análisis comparativo de experiencias relevantes.

En el libro **Servicios de salud en América Latina y Asia** se examinan problemas en dos regiones del mundo en desarrollo. A través del análisis de estudios de caso se discuten cambios en la equidad y la eficacia de los servicios básicos, los desafíos del seguro social de salud, y las modificaciones en los papeles que cumplen los sectores público y privado en la atención de la salud. Basado en una abundante diversidad de experiencias que a menudo surgen en respuesta a problemas semejantes, este libro ofrece una oportunidad para aprender de los errores cometidos y de los éxitos alcanzados.



Banco Interamericano de Desarrollo

1300 New York Ave., N.W.

Washington, D.C. 20577

www.iadb.org/pub

ISBN 1-931003-41-6



9 781931 003414 >