

# Innovaciones en la gestión de servicios de salud

VII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD

VIII JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD

# Innovaciones en la gestión de servicios de salud

VII JORNADAS INTERNACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
VIII JORNADAS NACIONALES DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Buenos Aires, Argentina  
10 y 11 de setiembre de 1998

© Ediciones ISALUD

Abril 1999

Venezuela 931

(1095) Buenos Aires. Argentina

Tel.: 4334 7766 — Fax: 4334 0710

[www.isalud.com](http://www.isalud.com)

*Corrección:* Matilde Sellanes, José Acosta

*Transcripción:* Amira L. Santillán y María Evangelina Artigas

*Editor:* Ginés González García

I.S.B.N: 987-99832-9-7

# PROLOGO

Aquí estamos lectores y socios, con nuestras Jornadas Nacionales e Internacionales. Como desde nuestra fundación seguimos intentando optimizar el destino de nuestros pueblos y asignar correctamente nuestro sueños. Con transparencia en nuestros objetivos y procedimientos.

Las innovaciones en la gestión sanitaria han sido un intento de aproximación a unos de los temas sin discusión en el debate internacional tanto desde el campo publico como privado.

La necesidad de mejorar la gestión de los sistemas, de los servicios y de las enfermedades es un desafío permanente y siempre inconcluso.

En tiempos en que los consensos no son tan consensuados y las terapias universales no son terapéuticamente útiles, nuestra misión institucional es continuar tratando de recrear nuestro ámbito de conocimiento, investigación, opinión y debate junto a todos los sectores del campo sanitario nacional e internacional.

Como es intención permanente hemos incluido experiencias y saberes nacionales, Latinoamericanos, de América del Norte y Europeas.

Nuestro agradecimiento a la Asociación de Economía de la Salud de España, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Health Care Financing Administration (HCFA).

Hasta las próximas Jornadas.

DR. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA  
Editor



# APERTURA

## **Ginés González García**

En este acto de apertura nos acompañan Norberto Larroca, Presidente de la Cámara Argentina de Empresas de Salud y Vocal y Miembro Fundador de la AES, el Dr. Carlos Garavelli, responsable regional de la OISS (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, el Dr. Henri Jouval, representante de la Oficina Panamericana de la Salud, quien mucho ha hecho desde lo personal e institucional para que estas Jornadas fueran posible, no sólo ahora sino históricamente y el Dr. Jorge Ochoa, Secretario General de la Confederación Médica Argentina y Secretario General de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, también vocal de la AES y el farmacéutico Mario Castelli, Presidente de la Confederación Farmacéutica de la República Argentina.

El tema de este año fue elegido hace bastante tiempo porque nos pareció que era uno de los desafíos más importantes que tenían las jornadas. Este es el intento de lo que vamos a tratar en estos dos días con la idea de siempre: tratar de buscar un buen conocimiento propio y buen conocimiento ajeno. Tenemos el gusto de tener una importante representación regional, con amigos de distintos países, Uruguay, Paraguay, Brasil, Perú y Chile, que además son integrantes de las Asociaciones de Economía de la Salud respectivas y como siempre contamos también con la presencia de nuestra hermana mayor que es la Asociación de Economía de la Salud de España, con la cual hemos firmado un convenio para continuar realizando actividades en forma conjunta.

En nombre de la Comisión Directiva les agradecemos a todos ustedes en el año de nuestras Séptimas Jornadas Internacionales y Octavas Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Hemos preservado la identidad y característica de origen, o sea mantenernos con el aporte de nuestros socios.

Antes de dar inicio a estas Jornadas, yo le pediría unas palabras al Dr. Henri Jouval

## **Henri Jouval**

Dres. Ginés, Larroca, Garavelli, Ochoa y demás miembros de la Asociación de Economía de la Salud y de otros países. En primer lugar, agradezco la gentileza de invitarme a participar en estas Jornadas y darme la oportunidad de hablar frente a ustedes. Más que comentar aspectos relacionados con el contenido y el desarrollo de las Jornadas, me gustaría hacer una reflexión para quienes como yo, vienen acompañando lo que se va desarrollando en Argentina, teniendo

el privilegio de estar viviendo en una sociedad y en un país que tiene un nivel grande de historia y de preocupación por las cuestiones sociales. Por otro lado tengo el privilegio de estar en la Organización Panamericana de la Salud y de tener una visión más interna de lo que sucede en los procesos nacionales.

En los últimos diez años se han hecho muchos esfuerzos para que el tema de la economía de la salud se desarrolle. Por otro lado, la OPS en Argentina empezó a estimular y apoyar investigaciones y actividades en esta área. Ver que ya estamos en las Séptimas Jornadas es una alegría. A medida que avanzan las Jornadas hay más gente interesada, más interdisciplinariedad y más sistematización de los temas y los conocimientos de base, más interconexión con otros grupos del mundo. En fin, es muy bueno asistir a este crecimiento y tener conciencia de que hay un proceso que viene estructurándose progresivamente. En este sentido, yo quería personalmente y desde la OPS felicitar a Ginés González García que siempre fue autor de todo esto, a los demás miembros de la AES y a todos los que vienen participando de todo esto. Muchas gracias.

# LA POLÍTICA Y LA GESTIÓN SANITARIA: MITOS Y REALIDADES

**Ginés González García\***

---

## **El síndrome de Cristóbal Colón**

### *Política y gestión*

La idea moderna de la gestión, que viene de la economía industrial, se ha incorporado recientemente en los sistemas de salud. En cierto modo se puede decir que no ha sido una presencia conocida en la evolución de los sistemas, pero sí del ser médico. Los médicos como parte de una profesión muy antigua siempre han tenido una buena adaptación a la realidad en la que les tocó vivir. Pero durante un par de miles de años, ser médico era ser un sanador, un mago, un chaman, un sacerdote. Había un pensamiento mágico vinculado con el ejercicio de la medicina y con la medicina misma, acompañado por un enorme respeto moral y técnico hacia el conocimiento de los médicos. La labor de los médicos era entonces acompañar, aliviar y confortar el dolor, impartir normas de higiene y brindar consejos entre otras cosas. Los médicos gestionaban su ejercicio profesional.

En este contexto, la innovación tecnológica era tan escasa que prácticamente no había nunca ningún cambio dentro de la misma generación. Los cambios eran lentos, el ritmo innovativo era lentísimo, de manera que el sistema y el ejercicio de la medicina no tenía incrementos de precios ni de costos. Y esto se daba simplemente en función de que no había ritmo innovativo en cuanto a una secuencia regular y registrable de innovaciones puntuales. Admitiendo la arbitrariedad que tiene clasificar a la historia por períodos, se puede considerar que esta etapa marcada por el chamamismo llega prácticamente hasta finales de la segunda guerra mundial. Es extensa, pero no tan antigua. De alguna manera nuestra generación ha conocido ese tipo de ejercicio, o más concretamente quienes hayan vivido su infancia en pueblos del interior, han visto ese personaje y seguramente forma parte de su historia personal.

Se podrá discutir cómo surgió todo esto, pero seguramente la madre de todo este proceso brutal de innovación tecnológica que se desarrolla fundamentalmente en las ciencias biológicas, en la salud y en la industria de la salud, fue la guerra. La guerra y sus fenomenales complejos industriales así como las alianzas del Estado con la industria, sirvieron para fabricar muchas cosas, entre ellas la tecnología médica. Los medicamentos tomados como sector industrial son hijos de todo esto. Y es entonces cuando comienza la racionalidad científica, la evaluación de los resultados y los estudios de lo que era verdaderamente efectivo para las sociedades, marcan-

\* Médico. Presidente de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina. Director de la Fundación Isalud.



do un punto de inflexión irreversible que determina el pasaje de aquel período mágico al científico, donde los médicos pasan a ser científicos y en otro orden de cosas, también empiezan a incrementarse los costos de la asistencia médica. Paralelamente comienza a haber un ritmo de innovación tecnológica distinto, surgen los cardiotónicos, los antibióticos, todos los años aparece un antibiótico nuevo, y la aparatología médica comienza a cubrir espacios cada vez mayores a nivel prestacional.

Durante el desarrollo de este período los sistemas empiezan a tener una gran organización, más allá de que algunos eran muy antiguos. Empiezan a incrementarse notablemente los costos y la filosofía imperante lleva a que los Estados, los servicios, las organizaciones sanitarias, es decir lo que podría llamarse los sistemas de salud de cada uno de los países, centren su preocupación en ver cómo daban todo el conocimiento disponible a todos los pobladores. Es decir, la idea central del Estado de Bienestar, que es el Estado que surge después de la Segunda Guerra Mundial hasta también arbitrariamente se podría decir fines de los '70 a '80, fue cómo proveer toda la asistencia sanitaria generada en esta etapa científica al conjunto de la población, considerando esto como la mejor solución para la salud de la sociedad. La meta entonces no se adivinaba tan azarosa y aparentemente, lo único que había que hacer era esperar que la ciencia y la organización social lo hicieran posible para todos.

Esta *segunda etapa* tiene como epicentro de la acción a los pacientes, en tanto que la *primera* giró alrededor de los médicos que, revestidos de una autoridad absoluta, eran casi dioses. Y es entonces en esta segunda etapa en la que los pacientes pasan a ser la figura central y se invierte la pirámide. Pasan a primer plano ya no sólo las necesidades, sino los derechos de los pacientes. Y en este sentido, la información pasa a ser un elemento clave, ya que es el resorte que posibilita la participación de los pacientes en las decisiones del proceso médico en lo que atañe a su salud, generando no sólo la participación responsable que desde ya es deseable, sino el consumismo y los reclamos embanderados en la libertad de elección, en el peligroso marco de un mercado tan plagado de fallas como es el de la salud. Empezó entonces una etapa de consumismo de la atención médica y la industria de la salud rápidamente se asentó en esta fuerte tendencia. Por supuesto se empezaron a incrementar los costos sin que en el fondo las sociedades vieran que el aumento paralelo de los gastos les rendía un beneficio social neto e indiscutible, ya que a causa de este incremento inflacionario del gasto en salud, en un entorno de recursos escasos, la consecuencia inevitable era la necesidad de limitar y acotar otros tipos de gastos que las sociedades también consideraban de primera magnitud.

Es entonces alrededor de los '80 cuando empieza la idea que a los sistemas hay que monitorearlos y más aún, hay que gestionarlos. Se toma conciencia que es muy difícil dejar su funcionamiento solamente en manos del binomio médico-paciente y empieza la idea de la gestión en el sentido de ver cómo trabajar en la organización social para proveer estos servicios con algún grado de prioridades, con un criterio de eficiencia social y no sólo individual. La acción se orienta entonces a buscar fórmulas operativas que permitan establecer algún sistema de control sobre necesidades ilimitadas de los pacientes, que se habían transformado en una constante peligrosamente presente, cuando los recursos empezaban a ser acotados o directamente escasos. Así se empieza a trabajar sobre diversas alternativas de gestión, buscando influir sobre la demanda o bien sobre la oferta, con un criterio de control sobre las mismas. Los criterios y estilos de gestión que buscan accionar prioritariamente sobre la oferta, tienen lugar básicamente en escenarios europeos, en tanto que los que buscan algún tipo de control de la demanda con un perfil más propio del seguro privado, se consolidan en diversos intentos norteamericanos.

Se asiste entonces a los comienzos de toda esta ola de gestión que se vive en plenitud al fin del milenio, buscando controlar esa relación tan vieja que describiera Hipócrates, quien caracteriza muy bien a este binomio médico-paciente en la medicina de los hombres libres. Empieza a estudiarse cada vez más el aspecto económico de esa relación, a la luz de distintas teorías y enfoques, observándose que aunque el beneficio marginal sea en muchos casos mínimo, la idea de la relación médico-paciente es maximizar las actividades. Y esto lleva a pensar que hay que gestionar desde afuera. Surgen los distintos modelos y sistemas de gestión, donde en algunos casos se involucra más al médico, dándole un mayor protagonismo, si bien con argumento y guión dados. Y un ejemplo de esto es la aparición de la figura del *gate keeper*, del gestor, del que racionaliza y raciona el consumo. Hay algunas otras formas de racionalización y racionamiento, en algunos casos muy implícitos, como son las colas de espera, las listas, que se operan en general dentro de los sistemas que controlan la oferta, del tipo de los europeos. Otra realidad cada vez más extendida es la búsqueda de sistemas de información orientados a la toma racional de decisiones. O bien todos aquellos modelos que buscan trabajar sobre el consumidor final, llámese ciudadano o paciente.

Estos tres tiempos: el mágico, el científico y el del gestor, en algunos casos todavía superpuestos y en muchos no visualizados o aún comprendidos, complican hoy a los médicos. Creemos que los médicos siguen siendo protagonistas fuertes de este conjunto y por llevarlo a términos económicos, los que más tienen que ver con la mayoría de las transacciones que ocurren en el sector. Pero no podemos dejar de notar que empieza a darse un problema de idiomas, de comunicación. Hoy el médico tiene que aprender el lenguaje científico más el lenguaje de gestor y todas las terminologías y cuestiones que tienen que ver con la gestión de los sistemas, de los enfermos y de las enfermedades. Además empieza a aparecer una exigencia de ser un doble y hasta un triple agente. Tiene que representar lo que era la medicina sanadora, mágica, con todo lo que tiene de arte la medicina, la relación con el paciente y la confianza en los tratamientos como forma de curar y de satisfacer a las comunidades, con todo lo que tiene de científico. Y a esto se agrega que se espera de él una participación activa en la gestión conforme a la estrategia organizativa de los financiadores o prestadores de salud a los cuales se encuentra relacionado de una u otra forma –en los nuevos escenarios laborales del mercado de la salud.

Por otro lado, la medicina tiene un ritmo infernal de avance en el conocimiento biológico, duplicándose cada tres años como pasa ahora, y alcanzando ribetes de ciencia ficción donde se estima que esta duplicación se dará cada 90 días dentro de cuatro o cinco años. Y en este contexto, la necesidad de absorber semejante *big bang* de conocimiento no deja de ser una exigencia descomunadamente fuerte para compaginar exitosamente con un menester cotidiano tan complicado como es el ejercicio profesional.

Y es en este escenario donde se pide al médico que desarrolle este nuevo rol de gestor. No es una situación fácil y en alguna medida es parte de lo que pasa con la gestión misma. Si bien la gestión es una necesidad, cierto es también que es una cosa que no ha prendido ni en los pacientes ni en los médicos. Los sistemas gestionados suelen no tener, más allá de la evaluación de sus resultados sanitarios, una buena opinión ni una buena prensa. Y prueba de ellos es lo que pasa en Estados Unidos y un poco lo que está pasando a nivel nacional con la idea y opiniones que tienen los médicos y los enfermos respecto a todo esto. Creemos que si bien la salud tiene muchos desafíos como todas las cuestiones sociales, el desafío político central está planteado respecto a la gestión, y la intención de este encuentro es realizar aportes para abordarlo exitosamente.

## *Mitos de la gestión*

¿Cuáles son los mitos que hay en la gestión?

- ***La gestión es independiente de la política.*** Si bien es un dicho corriente, creemos que es un mito reforzado por los que buscan estabilidad en los altos cargos. La gestión no es independiente de la política. Si no se tiene una política fuerte, clara y firme de ninguna manera la gestión es posible. No hay gestión posible si no tiene un matrimonio, y en lo posible con amor, con la política.
- ***La gestión industrial es trasladable a la salud.*** Este es un mito alimentado por algunos gestores industriales, los gurúes que vienen frecuentemente a Buenos Aires a dar conferencias donde dicen cómo se gestiona la empresa. Y que además de difundir las recetas personales, han querido trasladar mecánicamente a la salud el conocimiento de la gestión. Creemos que no se puede trasladar mecánicamente por muchas razones. Entre ellas, por las características idiosincráticas de la actividad, porque la actividad en sí misma a veces lleva a un cierto choque, porque el producto no tiene homogeneidad, y ello hace que resulte difícil comparar, complicando bastante uno de los temas centrales que tiene que tener la gestión como es la competencia. ¿Cómo comparar un producto que es no homologable? Porque la competencia y la gestión implican un cierto darwinismo de la ruptura y de la pérdida y del cerrar y abrir, una cosa schumpeteriana que en salud es bastante más difícil de entender cabalmente. Esta situación puede visualizarse en el sector público. Allí surge con claridad que cerrar no es un hecho fácil, sociedades mucho más tranquilas y evolucionadas que nosotros suelen no poder cerrar instituciones de salud justamente por este peso. En resumen, nuestra opinión es que la gestión industrial no es trasladable mecánicamente a la salud. Eso es un mito, el sector salud tiene que tener adecuaciones y reconocimientos de sus particularidades.
- ***La gestión resuelve la escasez.*** Y este es un mito que buscan nuestros amigos economistas, que podría leerse diciendo que la escasez en realidad no existe sino que lo que hay es una mala gestión en los sistemas. Más allá de eso, la escasez existe y es inherente a la propia actividad. Cuando se tiene de un lado un recurso que es limitado, como quedó demostrado aún en épocas de innegable abundancia, y del otro lado la necesidad como hecho cultural, agregado a que circunstancialmente estamos viviendo la revolución de las expectativas en un contexto de consumismo como actitud central de las sociedades, la conclusión es que la escasez en función de lo que es la demanda va a estar siempre presente y que no se puede seguir gastando de manera irreflexiva. El tema es entonces cómo se determinan socialmente las prioridades y cómo se procesa este fenómeno de escasez. O dicho de otro modo, si bien la mala gestión acentúa la escasez, ésta no se debe a la mala gestión.
- ***La gestión privada es más eficiente que la pública.*** Este es un viejo debate y un mito de la ideología liberal: si son mejores los privados o si son mejores los públicos. Fundamentalmente, son distintos. La gestión privada tiene más ventajas evidentes, tiene más flexibilidad, tiene menos burocracia, menos administración, más conciencia del objetivo final, del consumidor y se adecua rápidamente a lo que quiere el consumidor. La gestión pública también tiene ventajas: tiene más clara la cuestión social, tiene otro tipo de objetivos. La gestión privada tiene el objetivo empresarial de lucro. Se puede ser mal gestor

- privado y mal gestor público, de hecho hay innumerables ejemplos de estos dos casos.
- ***La mala gestión es la única causa de los males.*** Este es un mito quizás de los políticos que le echan la culpa a los gestores, que no hacen bien las cosas y por eso no funcionan. Los males tienen otras causas, muchas veces es la ineficiente asignación de recursos, la ineficiente política y no solamente la mala gestión.
  - ***No se puede gestionar por falta de información.*** Este es un hecho que se encuentra casi de rigor cuando se pide más gestión en instituciones, en procesos, en sistemas, a veces hasta en individuos. La respuesta clásica es no. No porque no tenemos información. Creemos que sobra información para tomar decisiones en el sistema, por lo menos en el sistema de salud argentino. Sobra y lo decimos con pleno conocimiento ya que nuestro *metier* diario es producir información, inclusive al afirmarlo estamos acaso yendo un poco en contra de nuestra actividad, pero es una excusa irritante ya que observamos hasta el cansancio instituciones que están llenas de información para tomar decisiones y que no lo hacen.

## *Mitos de la política*

¿Cuáles son los mitos que hay en la política?

- ***La política es independiente de la gestión.*** No es cierto, la política debe ser un buen gobierno, una persona eficiente. El buen gobierno es inherente a la política. No se puede ser un mal gestor y un buen político. Gestionar bien la sociedad, el gobierno y las instituciones sociales es un hecho absolutamente importante. Lo que pasa es que hay fallas del mercado y fallas del Estado, como frecuentemente hemos comentado. Pero también el mercado político tiene fallas como consecuencia de que la asignación de prioridades suele ser cortoplacista. Acaso como consecuencia de los breves intervalos que median en los procesos electorales, no siempre la propuesta política representa al sistema de preferencias. Eso es una de las cuestiones más difíciles: representar las preferencias de los ciudadanos desde el sistema político, porque no el actual no es un buen momento de la política, ni aquí ni en ningún lugar del mundo.
- ***La política es reemplazable por el mercado.*** Este es otro mito. Naturalmente hoy en algunos lugares se ha querido reemplazar la política por el mercado, basándose en el discurso de la potencia y aptitud del mercado como organizador no sólo del funcionamiento social y del sistema de asignaciones por precios, sino como organizador inclusive del sistema social. Creemos que el mundo está asistiendo a una debacle social por haber dejado en manos del mercado determinadas cuestiones, pero además a una debacle del mercado, por haber dejado el mercado en manos del mercado, y esto debería ser tomado como una enseñanza.
- ***La política resuelve la escasez.*** La idea es que sobran recursos y que la escasez se debe a los malos políticos es también un mito. Es cierto que a veces no se establecen bien las prioridades, pero es también una forma fácil de salir por una atajo que en algunos países latinoamericanos nos consta que ha sido el prólogo a actitudes y situaciones por demás peligrosas. De ninguna manera acá lo que sobran son los recursos y lo que hay son malos políticos. Si hubieran mejores políticos y mejor gestión seguramente tendríamos

mejores los recursos, pero eso no habilita la simplicidad de atribuir la escasez a esa sola causa.

- **La mala política es la única causa de los males.** Creemos que no es la única sino que es una de las causas, pero no se puede caer en la tentación de aprovecharla coyunturalmente y echarle la culpa a los políticos de toda situación negativa.
- **No se puede hacer política por falta de poder.** Acaso esto se escuche frecuentemente cuando se habla con personas de muy elevado rango en la jerarquía orgánica del Estado. Hay un exceso de discurso en el que se deplora no tener poder o no poder hacer, como si en realidad se tuviera un Dios encima que no sólo tiene sino que retiene el poder. Creemos que esto no es así, muchos de los funcionarios que están en distintos lugares tienen el poder suficiente delegado por la sociedad. Y si no es así, tienen que construirlo porque finalmente el poder no sólo se gana con los votos sino con el consenso social de todos los días. De manera tal que esa construcción del poder es parte de la obligación política, muchas veces incumplida, y este mito no pasa de ser otra excusa, una forma paralizante de no decidir y de no hacer.

MITOS	
Gestión	Política
◆ La gestión es independiente de la política	◆ La política es independiente de la gestión.
◆ La gestión industrial es trasladable a la salud	◆ La política es reemplazable por el mercado
◆ La gestión resuelve la escasez	◆ La política resuelve la escasez.
◆ La mala gestión es la única causa de los males.	◆ La mala política es la única causa de los males.
◆ No se puede gestionar por falta de información.	◆ No se puede hacer política por falta de poder

Fuente: Elaboración propia.

## Realidades de la gestión

¿Cuáles son las realidades que hay en la gestión?

Hemos hablado de los mitos, pasemos ahora a las realidades, pese a que se dice que en política no hay que hablar de realidades sino de ilusiones. Pero justamente eso es otra falla del mercado político, el no hablar a veces de realidades.

- **La gestión mejora la eficiencia técnica.** La gestión mejora la eficiencia, sobre todo la eficiencia técnica. No sólo hay que mirar el proceso productivo, la administración, los costos y la productividad que es lo que habitualmente se mira, sino mirar afuera, mirar el entorno, el ritmo innovativo. En salud los cambios sociales y el ritmo innovativo son elementos claves. El que no mira lo que pasa afuera y mira solamente dentro de su organización paradójicamente, se queda afuera. Y por más que su organización sea un chiche termina teniendo un conflicto muy serio.
- **La gestión contiene los gastos.** Es cierto, los sistemas gestionados en el mundo están teniendo resultados. Algunos dicen que son resultados efímeros y no deja de ser una cues-

ción muy controvertida. El sistema más inflacionario en el mundo, que era el sistema estadounidense que estaba con una inflación anual entre el 10% y el 14%, además que se llevaba el 14% del PBI, ha contenido claramente sus gastos desde el '94 al '97 haciendo una gestión fuerte, con una medicina gestionada que trabaja sobre la demanda, probablemente con más ímpetu a nivel mundial. Hay detractores, quienes dicen que son fenómenos efímeros y que la contención de costos dura sólo los primeros años. Otros que dicen que esto se ha hecho en desmedro de la calidad. o bien que es un fenómeno de competencia, a pérdida con mucha destrucción, tomando por ejemplo los dichos de Saltzman, o por caso la quiebra de Columbia, una de las empresas americanas más grandes que estaba trabajando a pérdida simplemente para hacer concentración de mercado, con mil millones de dólares de pérdidas estimadas. Otros dicen que ésta es la revolución más importante que tiene la atención médica y que lo verdaderamente importante es la batalla política por ganar la opinión pública, que es lo que todavía les falta. Han ganado la opinión política, hoy los gobiernos en general están implementando esto. Mirando hacia Europa, es cierto también que con sus matices, nunca compra ninguna moda, ni ninguna ideología tan rápido como otros países, pero dentro de esos matices Europa también está gestionando con modelos bastante más fáciles de gestionar porque son modelos que buscan accionar desde la oferta.

- **La gestión es un puente entre la economía y la medicina.** Es cierto. Creemos que la gestión es un verdadero puente entre la economía y la medicina. Hoy es muy difícil el ejercicio de la medicina sin tener en cuenta las razones de la economía y también es difícil tener en cuenta las razones de la economía sin tener en cuenta las razones de la medicina. La gestión desempeña este papel de puente porque tiene conocimientos teóricos de ambas disciplinas, porque para ser un buen gestor hay que conocer clínica, porque la clínica sobre el paciente tiene que ver con los rumbos a seguir y porque los conocimientos de la gestión y la economía son útiles para todo esto.
- **La gestión hace a las organizaciones más inteligentes.** Esto es evidente. En general muchas de las organizaciones no actúan de modo inteligente, captando adecuadamente la realidad y a la vez, adecuándose a la misma de modo eficaz. No han tomado en cuenta la innovación ni el ritmo de la misma, no han hecho el cambio organizacional, entonces el motor de la renovación son la competencia y el ritmo innovativo. Creemos que la mayoría de nuestras entidades se han quedado muy atrás en el cambio organizativo con respecto a los cambios tanto sociales como tecnológicos que han ocurrido en el sector salud.

## *Realidades de la política*

¿Cuáles son las realidades que hay en la política?

- **La política mejora la eficiencia asignativa.** La gestión hace que se usen mejor los recursos, pero cuando se busca establecer prioridades, vale decir qué hacer para obtener un mejor rendimiento, la política resulta un mejor reasignador de recursos en cuanto a la eficiencia asignativa. La política es finalmente eso, determinar qué va primero y qué va después y a veces aunque no se diga explícitamente, qué es lo que no va. Suele ser un suicidio político decir en salud qué no va, pero todas las sociedades están tomando im-

plícitamente decisiones de este tipo todos los días, y hay cosas que no van, que deben excluirse, que no se proveen.

- **La política es un puente entre la economía, la medicina y la sociedad.** Pensamos que hoy hay que amigar más a las organizaciones de los sistemas de salud y a la economía con los ciudadanos. Estos tienen una controversia, una dualidad muy fuerte. Por un lado se sienten contribuyente y entonces no quieren pagar más, muy por el contrario les gustaría pagar menos. Por otro lado se sienten pacientes y entonces quieren y exigen más servicios. Es decir están en una ambivalencia donde a veces están más cerca de ser el ciudadano contribuyente que quiere pagar menos o ser el paciente usuario que quiere tener más servicios. Esto es uno de los temas donde la política puede actuar, porque justamente constituye su territorio natural de acción.
- **La política hace a las sociedades más inteligentes.** Lejos de considerar que este sea un momento de optimismo político del mundo, creemos que esa renovación de las ideas y de las causas es uno de los insumos que tiene la política para actuar en forma prioritaria.

REALIDADES	
Gestión	Política
◆ La gestión mejora la eficiencia técnica.	◆ La política mejora la eficiencia asignativa.
◆ Contiene gastos.	
◆ Es un puente entre la Economía y la Medicina.	◆ Es un puente entre la Economía, la Medicina y la Sociedad.
◆ Hace organizaciones inteligentes.	◆ Hace sociedades inteligentes.

Fuente: Elaboración propia

## ¿Cómo será el futuro?

Creemos que el futuro es lo que podemos modelar, lo que podemos hacer, lo que podemos fabricar, en realidad es lo que estamos haciendo ahora en estas Jornadas.

¿CÓMO SERÁ EL FUTURO?	
Gestión	Política
◆ De la enfermedad	◆ Ciudadanos
◆ De las instituciones	◆ Sistema de Salud
◆ De los sistemas	◆ Sociedades
◆ Gestionar el futuro	

Fuente: Elaboración propia

## La gestión

En el caso de la *gestión de la enfermedad*, la idea pasa por seguir la enfermedad de principio al fin, no sólo el diagnóstico y el tratamiento sino sus consecuencias, sus árboles de decisión, buscando siempre soportarse en sistemas de información o directamente informáticos que permitan determinar cursos de acción eficaces, eficientes y efectivos. Hay algunos estudios que muestran que la gestión de la enfermedad está dando resultados, produciendo no sólo mejorías a nivel de la enfermedad, por ejemplo el caso del asma, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, sino que además está reduciendo los costos y está variando el modelo de atención. Por un lado está implicando más atención ambulatoria y por el otro está generando complementariamente menos internación. Es decir tomar antes las enfermedades, manejar los medicamentos de otra manera, seguir a través de los medicamentos la evolución de las enfermedades y seguir las consecuencias de los medicamentos. En esto hay que decir claramente que mucho de lo que se está haciendo lo está llevando a cabo la industria farmacéutica, que empezó a actuar en la gestión médica en un primer momento buscando una palanca facilitadora para movilizar el resto de sus negocios.

Todo el seguimiento de los pacientes y además de sus enfermedades, desde la cuna hasta el cementerio implica una sociedad con mucha estructura y potencialidad informática. Durante un tiempo convivirán en el mercado vendedores de sistemas informáticos escasamente aptos, por ejemplo sistemas contables que no son sistemas prospectivos para poder manejar la enfermedad. Es decir, en esto hay mucha mezcla todavía, pero sin intención de endiosar a la informática, es cierto que la historia clínica informatizada y el seguimiento de las personas o gestión de la enfermedad, es un tema que ya está instalado y va a tener una simpleza y cotidianeidad total en el futuro próximo.

En cuanto a las instituciones, deben ser gestionadas. En Argentina están todas sobre administradas y sub gestionadas. En general en Argentina se puede tomar como una constante que haciendo noventa y nueve cosas bien y una mal, como lo usual es que ese único error o desacierto sea suficiente para ser acusado, exonerado o despedido, el resultado no buscado o no querido termina siendo una suerte de parálisis en la que se trabaja simplemente tratando de cumplir la norma, vale decir, administrando y no gestionando, limitándose a hacer que se cumplan los objetivos, sin mirar hacia los costados a ver cómo cambia todo y adecuar tu organización a los cambios. Este enorme cambio pendiente es cultural. Y los cambios culturales no son nada fáciles. El caso de los hospitales es un caso concreto porque en general los que están adentro están feudalizados, creen que en realidad lo que viene es un enemigo, que nada de lo que viene es para mejor y adoptan una actitud defensiva. En segundo lugar porque no se sabe mostrar y demostrar que ese cambio es parte de un proceso que los contiene y los expande, no se los involucra efectivamente en el cambio. El cambio cultural es uno de los desafíos más importantes que tiene hoy el sistema de salud, orientado al cambio de las instituciones. No es simple y es a largo plazo. Esta es otra de las obligaciones que tiene la política porque no se pueden hacer políticas cortoplacistas como suelen ser las políticas que van con los tiempos electorales cuando se tiene un horizonte de varios años de cambio institucional con la obligación de decir la verdad, aunque frecuentemente contenga cosas que no les gustarán a todos, e incluso disgustarán a muchos.

Y por supuesto el cambio de los sistemas. Los sistemas están teniendo muchos inconvenientes. Tienen una creciente insatisfacción. Si los paga el mercado, sus consumidores están descontentos. Si los paga el Estado, sus ciudadanos están descontentos. Todos votan. Unos con



dinero, otros con votos. En verdad, además de la receta y dónde se hace el punto de apoyo para este cambio de la gestión institucional, lo que tiene que haber es un acuerdo político a mediano plazo como mínimo.

## La política

Los ciudadanos en esa triple situación de sentirse ciudadanos, contribuyentes y pacientes conviven con casi una esquizofrenia cotidiana. En el debate educativo que se está desarrollando en nuestro país se ve claramente esta situación. Todos piden más educación pero cuando se habla de los impuestos, o más concretamente de la necesidad de su aumento, se arma un lío terrible donde no parece ser la sociedad y sobre todo los sectores que más reclamaban, que son los sectores medios, los que estén de acuerdo con este nuevo impuesto. Esta contradicción es parte de una realidad cotidiana donde la expectativa supera mucho a la responsabilidad. Es justamente una sociedad más inteligente y un sistema de salud más inteligentes los que tienen la obligación política de hacer todo esto.

Los sistemas se han fragmentado. La Argentina ha perdido mucha solidaridad, ha perdido muchas ideas históricas que había tenido fundacional e históricamente su sistema. Creemos que esto se está recomponiendo ahora porque pasó una primera oleada y viene una segunda, porque algunas de las acciones políticas que hemos hecho no nos han gustado, y porque además se supone que se ha logrado un cierto consenso en cosas mucho más complicadas como son los rumbos económicos y las políticas económicas, donde la Argentina de hoy tiene pocas diferencias. De tal manera que la Argentina social y la Argentina sanitaria tienen que encontrar, faltando tan poco tiempo para las elecciones presidenciales, un debate inteligente desde la sociedad sobre toda la reforma del sistema de salud. Extender el debate a partir de las reformas parciales que están en marcha, pero que muchos consideran que son insuficientes tanto en su ritmo como en sus objetivos sociales. Justamente desde estos encuentros, buscamos participar en el debate con aportes efectivos, tratando de soportar esta discusión con mejor información en cantidad y calidad.

Finalmente creemos que en realidad lo que deberíamos hacer es gobernar el futuro porque es verdaderamente lo único que podemos cambiar, modelar, hacer. No hay que mirar al futuro como un sufrimiento o como una amenaza sino como un recurso. La gestión tiene que ver con la idea de lo global y el ser humano quizás más globalizador que tuvo la historia de la época moderna, de hecho la inauguró, fue Colón. Más globalizador que Colón acaso no hubo ninguna otra persona. Globalizó una cultura, una economía, un continente y sin embargo murió sin saberlo. A los que trabajamos en el sistema de salud no nos tiene que pasar el síndrome de Colón. Tenemos que saber dónde estamos, qué es lo que estamos haciendo y para qué lo hacemos.

# LA GESTIÓN EN AMÉRICA LATINA

**Conferencista: Alexandre Abrantes**

**Panel de referencia: Jorge Remes Lenicov, Arturo Schweiger**

**Coordinador: Mónica Levcovich**

---

## **Mónica Levcovich\***

El título de la conferencia del Dr. Alexandre Abrantes, que es Jefe Sectorialista de Desarrollo Humano del Banco Mundial para América Latina es “*La gestión de servicios de salud en América Latina: Mitos y realidades*”, en coincidencia con la conferencia de Ginés González García, lo que va a dar para alguna reflexión acerca de por qué este tema de la gestión está generando o ha generado tantos mitos que hace falta revertirlos en acciones concretas.

El Banco Mundial ha estado acompañando los procesos de reforma en varios países para América Latina, y por lo tanto cuenta con una experiencia muy rica acerca de cuál es estado de situación de los sistemas de salud y hacia dónde están caminando. Posteriormente intervendrán como panelistas el Dr. Arturo Schweiger, miembro de la Asociación de Economía de la Salud y docente de Economía de la Salud en varias organizaciones y el Dr. Remes Lenicov, que durante muchos años fue Ministro de Economía de la Provincia de Buenos Aires y actualmente es Diputado Nacional y Vicepresidente de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina (AES).

## **La gestión de servicios de salud en América Latina: Mitos y realidades**

---

**Alexandre Abrantes\*\***

### *Introducción*

La hipótesis y a la vez el hilo conductor de esta presentación hace eje en tres cuestiones. La primera es que si bien es cierto que el Banco Mundial está involucrado en muchas reformas en Latinoamérica, realmente muchas de las reformas tienen objetivos y estrategias relativamente contradictorias, lo que dificulta la concreción de los objetivos y metas trazadas.

El segundo punto a tener en cuenta es que los diferentes planes de reforma que el Banco está apoyando en muchos lugares, la mayoría de las veces están basados en ideologías, en lógica

\* Lic. en Economía. Secretaria Científica de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

\*\* Médico. Jefe Sectorial de Desarrollo Humano. Banco Mundial.

económica, en principios fundamentales de economía, pero realmente muchas de las bases conceptuales que actualmente se están sosteniendo, carecen de soporte empírico.

Finalmente cabe considerar que el plan de las reformas en general es demasiado macro, se hace mucho desde el ministerio central, pero esto no está acompañado y complementado con una atención suficiente a su aplicación a nivel micro, a nivel del hospital, red de atención primaria u otras instancias operativas.

<b>HIPÓTESIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de reformas con objetivos y estrategias contradictorias.</li> <li>• Plan de reformas basado en ideología y lógica económica, sin suficiente soporte empírico.</li> <li>• Plan de reformas demasiado macro y centralista, sin atención suficiente a la aplicación micro, o a la economía política de la implantación.</li> </ul>

### *Apoyo del Banco Mundial al sector salud*

Al Banco no se le puede imputar que no está comprometido con este tema. Entre los diez clientes principales del Banco en el tema de reforma de salud, Latinoamérica ocupa cuatro lugares. Argentina tiene casi 600 millones, Brasil 1.000 millones, México 500 millones, Venezuela 248 millones. En resumen, se ronda un promedio de 500 millones por año de inversión del banco en apoyo a gobiernos latinoamericanos en el área de salud y para darles una idea entre los años 1997 y 1999 están previstos más de 600 millones. El Banco no está en este negocio como un consejero distante, está realmente comprometido, incluso con sus finanzas en el proceso de los sistemas de salud en América Latina.

<b>Apoyo del Banco al sector salud</b>	
➤ Argentina	➤ US\$ 576 millones
➤ Brasil	➤ US\$ 995 millones
➤ Mexico	➤ US\$ 490 millones
➤ Venezuela	➤ US\$ 248 millones
➤ Promedio de US\$ 504 millones anuales	
➤ 1997-1999: Más de US\$593 millones	

### *Desafíos para los servicios de salud en América Latina*

Actualmente se hacen no solamente préstamos sino también estudios sectoriales. Cada vez que se prepara un proyecto se hacen asimismo diagnósticos de situación. El primer tema que surge de los mismos es que en Latinoamérica hay una brecha de salud. El Dr. Londoño, antiguo Ministro de Salud de Colombia y nuestro economista regional Norman Hicks, confirmaron que aún en los países de Latinoamérica que parecen tener buenos indicadores de salud, hay una *brecha entre los indicadores que existen y los que deberían existir* si hiciéramos una proyección

basada en el nivel de ingreso, en la población, edad y sexo. Incluso en Argentina, que tiene buenos indicadores, si se comparan con los que deberían mostrar un país con *su* nivel de educación y de ingresos, la conclusión es que éstos deberían ser mejores.

El segundo tema es la *equidad*. Esto se puede observar en el caso de Chile con la reformas de las ISAPRES. Recién están saliendo los datos que demuestran que tanto la equidad como el acceso empeoraron significativamente en los últimos años.

El tercer tema que surge de los diagnósticos es la *calidad*. El país más ejemplar en esto es Brasil, donde realmente se hizo un esfuerzo enorme para asegurar el acceso de todos los ciudadanos no sólo a la atención primaria sino también el acceso a hospitales y a otros niveles de atención. El punto débil es que, si bien hay una oferta bastante grande, la calidad de los servicios brindados es relativamente escasa.

El cuarto tema es *el gasto* pero no vale la pena en este ítem mencionar uno u otro país, porque es común a todos. Alta tecnología sin que lo básico esté cubierto, camas y ambulatorios vacíos, médicos solamente por la mañana, equipos sofisticados de quirófanos que funcionan unas pocas horas por día. Este es un diagnóstico que no lleva el rótulo de ningún país porque es común a todos los de la región.

Finalmente, *la espiral de costos*. Algunas fuentes dicen que Argentina gasta entre un 7% y un 8% de su producto en salud. El Banco piensa que gasta mucho más, que gasta más que el 10%, pero más allá de que sea un 7% o un 10% esto es una cifra alta que ha ido aumentando en los últimos años. Otro caso ejemplar es el de Chile que duplicó el gasto en pocos años sin que esto se traduzca en una mejora de oferta, productividad, eficiencia o calidad.

#### Desafíos para los servicios de salud en América Latina

- Brecha en los indicadores de salud.
- Equidad y acceso a los servicios.
  - \* Calidad de las prestaciones.
- Eficiencia en el gasto.
  - \* En qué se gasta
  - \* Cómo se gasta
  - \* Espiral de costos.

#### Brecha en los indicadores de salud

Si bien se señala la *brecha de los indicadores* existente en los países de la región, no se abordará la manera en que el Banco la está tratando, porque no hace estrictamente a los temas de administración de servicios o seguros de salud. Pero sí vale la pena destacar que más allá del mito que existe que el Banco tiene una receta que aplica indiscriminadamente en todos los países, podemos con toda honestidad asegurarles que no es así. El Banco no tiene una receta, tiene principios generales de racionalidad económica, intenta hacer un trabajo educativo con los gobiernos, con los ministerios de salud y hacer análisis económicos y financieros para encontrar soluciones que sean económicamente más racionales, respetando y ajustándose a las diversas realidades nacionales.

## Propuestas para promover la equidad

En lo que respecta al tema de *promover la equidad*, el Banco presentó diferentes maneras de abordar el problema. El primer abordaje es de *cobertura universal con un plan de salud obligatorio*. Ejemplo de ello es el apoyo que el Banco está preparado para brindar a provincias argentinas (Río Negro, Salta, etc.), que están intentando crear un seguro provincial de salud que asegure una cobertura universal para un plan de seguro de salud obligatorio. Este es un ejemplo del tipo de intervención que el Banco apoya con la idea de promover la equidad.

Un segundo tema que no les gusta tanto a los políticos es que para el Banco *la equidad tiene que ver con un plan financiero sostenible*. Si no es sostenible el plan o la política, en el momento en que falta la plata, falta para los pobres. Entonces es importante que el plan que se instale sea sostenible.

Entendemos que los elementos claves son la presencia de *fuentes de ingresos diversificadas y franquicias y copagos, con excepciones para los pobres*. En este tema pensamos que el grado de las contribuciones individuales en el paquete financiador de la salud debe ser más bajo, que se podrían aplicar algunos impuestos (sobre el alcohol, cigarrillos, etc.) a ese tema y que debería haber más recuperación de costos. Acá se está empezando ya a reducir un poco la contribución que viene directamente del aporte laboral (empleados y empleadores). En este momento está empezando una reforma en México, donde tenían una seguridad social un poco parecida a un sistema de seguro social, pero con contribuciones muy fuerte que estaban dificultando el mercado de trabajo. Actualmente en México se está trabajando con el gobierno para bajar esas contribuciones y aumentar el aporte presupuestario y el aporte de recuperación de costos y otros impuestos para tener un paquete de financiación sostenible y que no fluctúe tanto con las variaciones del empleo y del ciclo económico.

Otra cuestión que puede mejorar la equidad es *fortalecer el marco regulador*, sea a través de un ente regulador del sistema de salud o al menos a nivel del seguro de salud. Nuestra intención al apoyar la creación de la Superintendencia del Seguro de Salud en Argentina opera en el sentido de crear un ente regulador de las imperfecciones del mercado, que permita asegurar niveles de equidad y que además sea un recurso de defensa del consumidor, algo que todavía no existe en muchos países.

Finalmente, un problema importante es el tema de los *reaseguros contra gastos catastróficos*. Lo que se está viendo es que hay mucha dificultad para que los diferentes sistemas de seguro social aseguren contra gastos catastróficos. Y lo que sucede es que la gente termina recurriendo al gobierno para cubrir gastos catastróficos. Estamos trabajando en Chile sobre este tema ya que fue el primero en plantearlo, pero también se da embrionariamente en la Argentina o en Uruguay y Brasil. Es el caso de los programas especiales que cubren transplantes, cardiología de alto nivel, etc. Pero estos fondos especiales no son realmente de reaseguros, básicamente son más bien fruto del *lobby*, que es muy fuerte en el sector corporativo y que quiere asegurar un nivel de ingreso para su especialidad y logran crear una separación presupuestaria para que en definitiva, su paga no les falte nunca. Esta no es la función de un reaseguro y creemos que sería muy positivo cambiar ese sistema por uno en el que funcione verdaderamente como un reaseguro.

<b>Propuestas para promover la equidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cobertura universal con un plan de salud obligatorio           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Financiación sostenible               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fuentes diversificadas</li> <li>* Franquicias y copagos, incentivos para los pobres</li> </ul> </li> <li>* Plan de salud obligatorio</li> <li>* Ente regulador del sistema de salud único</li> <li>* Fondo de redistribución para ingresos y riesgos</li> <li>* Reaseguro contra gastos catastróficos</li> </ul> </li> </ul>

### Propuestas para mejorar la eficiencia externa

En términos de propuestas para mejorar la eficiencia externa, para elegir mejor *dónde se aplica la inversión pública*, hemos intentado diferentes propuestas.

Una es la *reserva presupuestaria para intervenciones que son claramente del tipo de bien público con gran externalidad económica*. En este caso se podría considerar el presupuesto por programa. Si dentro de cada programa se logra reservar plata para algunas intervenciones que son fundamentales y no se deja consumir los fondos por otras intervenciones que dan menos el perfil de bienes públicos, entonces se está haciendo una reserva presupuestaria.

Otra intervención que se intentó en Brasil es *aumentar la participación del sector público en la financiación de las actividades más efectivas o más costo efectivas*. En Brasil han diseñado e implementado un plan médico obligatorio que es bastante extenso e insostenible desde el punto de vista de la plata que ponen. Entonces la retórica política es que se tiene este plan médico obligatorio que tiene 200 intervenciones, pero realmente la plata alcanza para pagar la mitad. Lo que hicimos fue dividir las intervenciones en tres grupos. Un grupo que acordamos era el más costo efectivo, otro grupo que acordamos que eran las menos interesantes y no discutimos las otras. Quedaron conformados tres grupos: el A, el B y el C. El Gobierno se comprometió en co-participar en la financiación del 100% del grupo A, el 75% del grupo B y el 50% del grupo C. Esto constituye un ejemplo de asignación incremental progresiva donde se está asignando más del presupuesto público a intervenciones que son más costo efectivas sin dejar de financiar otras, por lo menos parcialmente. La reforma de Colombia también hizo el ejercicio de calcular la costo efectividad de las intervenciones y crearon su Paquete Médico Obligatorio basado en este estudio.

<b>Propuestas para mejorar la eficiencia externa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la proporción de la inversión pública en intervenciones que:           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Son bienes públicos</li> <li>➤ Producen grandes externalidades económicas</li> <li>➤ Son más efectivas o costo efectivas               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Plan Médico Obligatorio y Presupuesto por Programa (Argentina, Brasil, Colombia)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## Propuestas para mejorar la eficiencia interna - Nivel macro -

En términos de propuestas para mejorar la eficiencia interna a nivel macro, cómo mejorar la utilización de la inversión pública a nivel de los servicios, una propuesta que intentamos con diferentes éxitos es la *separación de la financiación de la provisión de los servicios*. El país que tiene más experiencia y buena provisión es Brasil, donde un 70% de la financiación es pública pero el 65% aproximadamente de la provisión es privada. Que sea privada no necesariamente significa que sea lucrativa, dado que la mitad de la provisión de la atención es hecha por el sector social, ONGs, Misericordias, la sociedad civil, etc. Esto en Argentina recién se está intentando en diferentes provincias, Mendoza quizás es el caso más adelantado en cuanto a separar la provisión de la financiación, pero creemos que en este momento todavía es más retórica que realidad.

Otra cosa que realmente intentamos es *aumentar la diversidad de la oferta y hacer mejor aprovechamiento del parque de proveedores privados lucrativos o no lucrativos*. No es que el Banco tenga ninguna intención de privatizar o de forzar la privatización de los servicios públicos de salud. La idea es que se puede aprovechar mejor la capacidad y la iniciativa del sector privado. En este sentido, Brasil es el mejor ejemplo de que el sector público puede realmente aprovechar la capacidad del sector privado.

Un punto que digamos que sí es casi una receta del Banco, es que de alguna manera, la *libre opción y la libre competencia* pueden mejorar el nivel de satisfacción y la eficiencia en la utilización de recursos.

En este tema puede resultar beneficiosa una subdivisión en dos variantes. Una es *competencia y libre opción entre aseguradoras de salud* y otro es *competencia y libre opción entre proveedores de salud*. Vale aclarar que el Banco jamás propuso a ningún país crear un sistema de seguros de salud competitivo tipo mercado. El Banco tiene idea que el mercado de seguros de salud es muy imperfecto, es muy difícil de regular, es muy difícil de controlar. Tomando por caso un país como Argentina, en que su sistema histórico está basado en la diversidad de aseguradoras de salud de naturaleza social con un pequeño sector de 25% o 30% seguros complementarios privados, esa es la esencia del sistema Argentino y no sería lógico que el banco en este caso viniera a proponer un seguro de salud del tipo nacional. Lo lógico y conveniente es dentro del sistema vigente, encontrar el mecanismo para mejorar la regulación y la equidad del sistema, a la vez que mejorar la competencia real entre las diferentes aseguradoras.

Por otro lado, si hablamos de proveedores de salud, ahí el Banco tiene una opinión general que debería haber más competencia entre los proveedores. *Competencia dentro del sector social, sector público, lo que se llama el cuasi-mercado, el mercado interno, un poco al modo de la competencia del Servicio Nacional de Salud Inglés*. Tampoco sería desdeñable que se hiciera un poco más de competencia bien reglamentada y fiscalizada entre el sector público y el privado.

Finalmente otro tipo de propuesta que hacemos es la *financiación de la demanda* reemplazando la financiación de los hospitales públicos que tradicionalmente se hace por presupuesto, cambiándola por una financiación por demanda, por utilización, por diagnóstico, etc., o sea que la plata siga al paciente y no que la plata siga al proveedor.

Propuestas para mejorar la eficiencia interna - NIVEL MACRO -
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Separación de la financiación de la provisión de los servicios de salud</li> <li>&gt; Diversidad de oferta pública y privada</li> <li>&gt; Libre opción y competencia entre aseguradores y/o proveedores               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuasi-mercado interno: público</li> <li>• Mercado abierto a las O. Sociales y sector privado lucrativo</li> <li>• Financiación de la demanda</li> </ul> </li> </ul>

### Propuestas para mejorar la eficiencia interna - Nivel micro

Además de la eficiencia interna a nivel macro también trabajamos con los países a nivel micro, a nivel del hospital, de la redes, etc. De alguna manera, creemos que la administración hospitalaria no debería caer sobre los Ministerios de Salud, sino que los hospitales y las redes ambulatorias deberían tener algún grado de autonomía administrativa y financiera. Y al respecto no quisiéramos usar la palabra autogestión, porque podríamos hacer una encuesta para que cada uno diga qué es autogestión en Argentina y el resultado serían al menos cien respuestas diferentes. Acaso sea entonces preferible hablar de *autonomía administrativa y financiera*. Entre el extremo del espectro donde no hay ninguna autonomía, donde el gerente hospitalario maneja un porcentaje del presupuesto y el otro extremo en el que el gerente hospitalario gerencia un 100% del presupuesto, hay toda una amplitud de opciones que se deberían encarar. El Banco no tiene ninguna receta, pero se puede estimar que un gerente hospitalario que maneja menos de un 20% o 30% del presupuesto, no es un gerente, es un administrador.

Otro tema que estamos introduciendo con alguna dificultad es el concepto de *red o de managed care como alternativa a los conceptos de atención primaria por un lado, secundaria por el otro y la famosa red de referencia y contra referencia*. Hace veinte años que escuchamos hablar de las redes de referencia y contrareferencia pero nunca funcionaron porque no existen incentivos para que las derivaciones se produzcan de esta manera.

Otro tema son los sistemas de *médicos de cabecera*. En Brasil tuvimos un enorme cuidado de no financiar ningún sistema de médico de cabecera que no fuera una extensión de un hospital o que no estuviera afiliado a ningún hospital. Esto para terminar con la brecha entre atención primaria y el hospital. Propusimos bastantes *cambios de los sistemas de pago*, básicamente reducir los sistemas de pago de los servicios, que todavía sigue. Hace veinte años que se dice que no funciona, que causa la espiral del gasto, pero todavía sigue como una forma dominante de forma de pago de servicios, incluso en Argentina.

Nos gusta mover los sistemas en el sentido de tener pagos prospectivos, pagos en que la capitación tiene un peso mayor, mover un poco por pago por diagnóstico aunque sabemos que este último tampoco es una solución a largo plazo. A corto plazo puede tener resultados, a largo plazo los médicos y los administradores saben muy bien como manipular el diagnóstico para maximizar el ingreso, pero la resultante es que puede tener algunos beneficios.

El tema de *recuperación de costos* empezó hace diez años con una oposición de la mayoría



ideológica del sector salud durante muchos años. Hoy incluso en Argentina hay algún consenso que al que tiene alguna cobertura de salud se le debe cobrar en el hospital público. Actualmente Argentina, Chile, incluso Brasil están dispuestos a hacer recuperación de costos de los que tienen cualquier forma de seguro.

Otro tema es el de la *flexibilización laboral, control de licencias, subcontrataciones, etc.* Es un tema muy difícil pero si uno quiere introducir gerencia y 80% del presupuesto son sueldos, no hay posibilidad de gerencia si no se puede actuar en este sentido. Si los funcionarios son todos públicos, no hay gerencia porque la función de producción de salud, el médico, la enfermera y el personal es una gran parte y si no se puede manejar ese insumo, lo que hay realmente no es gerencia, hay administración.

<b>Propuestas para mejorar la eficiencia interna</b> <b>- Nivel micro -</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogestión/autonomía administrativa/financiera</li> <li>• Concepto de redes y <i>managed care</i></li> <li>• Cambios de sistemas de pago e incentivos</li> <li>• Recuperación de costos</li> <li>• Flexibilización laboral y control de licencias</li> <li>• Subcontrataciones</li> <li>• 5 % para manutención, depreciación e innovación</li> <li>* Control social y penalización por déficits</li> </ul>

Una digresión breve pero de interés puede ser describir una experiencia interesante desde el punto de vista ideológico aunque no está funcionando tan bien en la actualidad. El Municipio de San Pablo, que tiene 18 millones de personas, resolvió hace dos o tres años deshacerse de alguna manera de todo su parque de hospitales y centros de salud. Lo que hizo fue crear 14 zonas en la ciudad e invitar a los médicos a que se inscribieran en 14 cooperativas. Se comprometió a ceder en régimen de comodato las instalaciones de cada una de las regiones. Entre el 40% y 50% de los médicos adhirieron voluntariamente al programa. Los médicos se dividieron en 14 cooperativas y el gobierno de la ciudad contrató con esas cooperativas la provisión de los servicios y les cedió las instalaciones por región, además les dijo que les daría este contrato con una condición: que cada una de estas cooperativas contratara los servicios de una empresa de gestión. De este modo se creó un sistema donde las instalaciones son públicas, la financiación es pública y la provisión es organizada por los médicos en cooperativas y contratada por el Estado. Este es un ejemplo bastante interesante de flexibilización de la relación entre el médico y el Estado en la provisión de servicios de salud.

#### Propuestas para controlar los gastos

En el control de gastos tenemos diferentes propuestas. Ya hemos hablado del control de la oferta En cuanto al control de la demanda y control de precios, es interesante el caso de Brasil que es similar al de Alemania. Tienen una Cámara de discusión de precios entre el gobierno y

los proveedores, tienen un presupuesto total y tienen que manejar el volumen y el precio de manera que cierren las cuentas.

<b>Propuestas para controlar los gastos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la oferta de médicos, camas hospitalarias, equipamiento médico y productos farmacéuticos</li> <li>• Control de la demanda de servicios               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Control de precios</li> <li>* Presupuestos globales, pago por grupos diagnósticos, por cápita</li> <li>* Monitoreo de gastos, evaluaciones tecnológicas</li> </ul> </li> </ul>

### Propuestas para aumentar la satisfacción de los usuarios

En cuanto a las propuestas que estamos haciendo para intentar mejorar la situación del usuario, la *libre opción* es la que más agrada a este último. En Argentina se hicieron encuestas por el tema de la reconversión de las Obras Sociales, en Chile por las ISAPRES y realmente algo que el público aprecia es la capacidad de libre opción.

Al mismo tiempo que creemos que debe haber más competencia, más reglas de mercado en el sector salud, creemos que se puede hacer con un Estado mejor, más fuerte. De no ser así se crean problemas con la equidad y con el abuso. El Estado tiene que mejorar la focalización de la inversión pública, *la regulación del mercado*, asumir el papel de monitoreo, fiscalización, control. No basta con tener reglas sino que además es necesario imponerlas. Finalmente, el Estado tiene que *asumir la responsabilidad de información al público y defensa del consumidor*. El Ministerio de Salud aunque tenga la información no la quiere divulgar y mucho menos divulgar al público.

<b>Propuestas para aumentar la satisfacción de los usuarios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libre opción</li> <li>• Ente regulador</li> <li>• Más y mejor información al usuario</li> <li>• Mejor defensa del usuario</li> <li>• Incentivación de franquicias y copagos para los más pobres</li> <li>• Participación comunitaria en la gestión de salud</li> </ul>

### Propuestas para el fortalecimiento del Estado

Intentamos con estas propuestas, aportar algunas bases para la agenda de investigación de los economistas de la salud en la Argentina. Y lo hacemos a partir de algunas ideas o reflexiones que nos surgen de la observación de lo que está pasando con las reformas puestas en marcha a nivel local. Se podría decir que con la reforma aquí en Argentina lo que se está haciendo está perjudicando la equidad. Por ejemplo, el hecho que tengamos recuperación de costos pero que

haya alrededor de un 30% de la gente sin ningún tipo de seguro médico. Entonces cuando se va a un hospital público hay dos tipos de clientes: los que pagan y los que no pagan. Y en esta situación, cualquier gerente hospitalario haría una segmentación del mercado. Tendería una alfombra roja para los que pagan y ninguna para los otros. La conclusión obvia es que hay realmente incentivos negativos para el tema de la equidad en el sistema argentino.

Creo que la satisfacción podrá haber aumentado con el tema de la opción, incluso en la encuesta de La Nación dice que solamente el 22% de los argentinos se preocupan por el tema salud. En Brasil hubo un aumento de la eficiencia externa con esta lista de D y C, en tanto que en Chile se perjudicó la equidad. Pero a lo que apunta la presente reflexión no es a hacer un diagnóstico, sino dar un poco la idea de una agenda de investigación.

Hay que hacerse las siguientes preguntas :

\* ¿Estas reformas están aumentando la equidad, están mejorando la equidad, están mejorando la eficiencia, están mejorando la satisfacción o no?

Propuestas para el fortalecimiento del Estado
<p>MEJOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización de la inversión pública</li> <li>• Regulación de las debilidades del mercado</li> <li>• Monitoreo, fiscalización, evaluación y control</li> <li>• Otorgamiento de licencias, acreditación</li> <li>• Información al público y defensa del consumidor</li> </ul> <p>* MENOS PROVISION DIRECTA</p>

### Contradicciones en las reformas

Para terminar la presentación veamos las contradicciones. Las reformas vienen en momentos de ajuste económico, de restricciones presupuestarias. Los ingleses en esto son muy inteligentes, cuando hicieron las reformas al final de la guerra, la prensa le preguntó al ministro cómo pensaba hacerlas, y él respondió: *la voy a hacer llenando la boca de los médicos con oro*. Así lo hizo en 1950. Tiempo después, la Sra. Thatcher que es tan liberal puso un 1•% de aumento en el presupuesto inglés para que su reforma fuera exitosa. Nosotros *en Latinoamérica estamos en reformas en el momento en que hacemos ajustes presupuestarios y hacemos cortes, es una tarea bastante compleja y de éxito dudoso*.

El segundo tema es el que *se está proponiendo que haya una reducción de los aportes de los trabajadores y empleadores y libre opción. Pero se bajan las contribuciones de los empleados y empleadores y se deberían aumentar paralelamente las contribuciones que vienen del presupuesto nacional*. Pero, ¿cuál fue el país de Latinoamérica que realmente hizo esto? En verdad, cortaron las contribuciones pero no se aumentó la contribución de una manera paralela de parte del presupuesto. Chile y México son los ejemplos de este tipo de situación.

*Las reformas propuestas e implementadas realmente dificultan el control de los gastos*. Si el objetivo es controlar los gastos, descentralización, autogestión, libre opción configuran un

menú que no es más barato sino más caro. Son objetivos contradictorios de alguna manera. Finalmente se habla de autogestión, pero de cambio laboral del estatuto del personal de salud no se habla, y eso es otra contradicción.

Otra contradicción es que se habla de libre opción. Quienes están en el sector privado saben que una manera de reducir la capacidad de elección y forzar a la gente a comprar los productos más caros es inundar el mercado con muchos productos. Si hay 700 productos yo no voy a saber cuál elegir. En Chile hay como 700 planes diferentes que se pueden elegir. Ahora si miran el espectro de las obras sociales y las prepagas, está empezando lo mismo. Hay tanta opción sin información que haga una evaluación comparativa de los diferentes planes. ***Libre opción sin la función de un organismo de defensa del consumidor que evalúe y ponga en paralelo las diferentes opciones, es una libre opción que no es muy libre.***

Otro tema es la reforma de los seguros privados, no es el caso de Argentina sino de Chile. Los seguros privados de salud están basados en el riesgo individual, no en el *pool* de riesgo, lo que hace que los costos de administración, los costos actuariales, son del 20% en el sistema chileno. Si se compara esto con los costos de un seguro de riesgo en *pool*, como por ejemplo los del FONASA, éste resulta ser el 2% la administración. No es un cambio nada menor.

Y no podemos dejar de hacer notar que los planes médicos obligatorios en Argentina, Brasil y Colombia, no tienen ninguna relación con los ingresos. Son políticos, nadie se tomó el tiempo para verificar si son sostenibles.

Finalmente, hay mucha dificultad en implementar la financiación de la demanda y la producción. Cambiar de un presupuesto 100% histórico de la financiación de la oferta por un presupuesto de demanda, es difícil. Esto se vio en Portugal durante los diez a quince años que tomó, fue fácil subir hasta 30% del presupuesto financiado por la demanda pero pasar de eso para arriba no fue fácil. Y probablemente esa sea la situación que se dé en Argentina. Se va a empezar a hacer, se va a llegar a un 30 a 40% de financiación por el lado de la demanda pero pasar esto al 100% va a ser un problema técnico y político bastante difícil.

CONTRADICCION EN LAS REFORMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformas en tiempos de ajuste económico y restricciones presupuestaria, Argentina, Chile, Colombia, México</li> <li>• La reducción de los aportes de trabajadores y empleadores, y la libre opción han empeorado la equidad: Chile, México?</li> <li>• Las reformas propuestas o implementadas dificultan el control de los gastos de salud</li> <li>• Autogestión no funciona sin cambio del estatuto laboral del personal de salud, CH., CR.</li> </ul>
MAS CONTRADICCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo ejercer libre opción entre más de 700 seguros diferentes?: Argentina, Chile</li> <li>• Seguros privados menos eficientes que los seguros sociales: riesgo individual y gastos administrativos elevados (CH &gt; 20 %)</li> <li>• Planes Médicos Obligatorios no relacionados con los ingresos: Ar, Br, Col.</li> <li>• Dificultad en implementar la financiación de la demanda y producción: Ar., CH., CO., CR.</li> </ul>

## *Conclusiones*

Como conclusión regresamos a lo que comentáramos al iniciar esta presentación:

- Plan de reformas con objetivos y estrategias contradictorias.
- Plan de reformas basado en ideología y lógica económica, sin suficiente soporte empírico.
- Plan de reformas demasiado macro y centralista, sin atención suficiente a la aplicación micro, o a la economía política de la *implantación*.

El plan tiene objetivos y estrategias contradictorias, está muy vaciado de ideologías si bien tiene buenos principios económicos pero el soporte empírico aún debe concretarse. Finalmente es muy macro y para concretar su aplicación a nivel micro existe una gran brecha, cuya superación tampoco se prevee sencilla.

---

## **La gestión de servicios de salud en América Latina: Análisis político y macroeconómico**

---

**Jorge Remes Lenicov\***

### *La perspectiva histórica*

Si observamos que ha pasado en los últimos 50 años en el mundo, una hecho saliente es que a partir de la finalización de la Segunda Guerra Mundial los grandes países elaboraron nuevas reglas de juego para el conjunto del mundo. Así, se crearon las instituciones internacionales que ya conocemos, como las Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el GATT. Paralelamente, los países implementaron, mediante distintos mecanismos, políticas de distribución de ingresos. Es lo que se dio en llamar el Estado de Bienestar. Esto duró 30 años aproximadamente, desde 1945 hasta 1973/75. Argentina hizo exactamente lo mismo que hicieron los grandes países y aprovechó bastante bien el crecimiento mundial. En esos años Argentina creció en promedio algo más del 4% por año. Ciertamente hubo países como Brasil o México que crecieron más, pero la tasa de crecimiento nacional fue aceptable.

A partir de la crisis del petróleo y del fuerte aumento de los déficit fiscales y de las tasas de interés, los países centrales comienzan a modificar sus políticas de Estado, con diversos modelos y variantes operativas.

En países como Australia, Nueva Zelanda o los escandinavos, gobernados por socialdemócratas, socialistas, etc., se comienza a desmontar algunos aspectos del Estado de Bienestar, a

\* Economista. Diputado Nacional (PJ), Vicepresidente de AES y Profesor Titular de la UNLP e ISALUD.

desregular y a abrir la economía. El proceso alcanza su punto máximo con Thatcher y Reagan.

Luego de la crisis de la deuda externa del año 1982 en México, la ola de apertura, privatizaciones, desregulaciones, reformas de los Estados, es prácticamente universal y llega también a los países emergentes o en vías de desarrollo.

Argentina, sin embargo, demoró en sumarse a tal movimiento. Recién lo hace a partir de 1989. Nuestro país fue el único en el mundo que entre los años 1975 y 1989 no sólo no creció, sino que retrocedió. Su final, como todos recordamos, fue el año 1989, en medio de la hiperinflación y más que alejados de toda noción de crecimiento y equidad.

Precisamente, en ese año Argentina lleva adelante lo que se da en llamar las reformas de primera generación inspiradas en el consenso de Washington: apertura de la economía, desregulaciones, privatizaciones e inicio de la reforma del Estado, o mejor dicho ordenamiento fiscal del Estado. Esto se concretó con políticas de *shock*, muy aceleradas, muy intensivas en legislación. Nuestro país en estos últimos 8 años ha crecido más de 50%, expandió su frontera productiva, aumentó la inversión física en bienes de capital e infraestructura, produciéndose en consecuencia una fuerte acumulación de riquezas.

Es decir, a partir de las reformas económicas, Argentina ha resuelto muchos problemas. No obstante, ello no significa que no tengamos otros problemas o dificultades.

### *Los nuevos problemas económicos*

Podríamos decir que hay dos problemas centrales:

- *Uno es la competitividad de nuestra economía*, que tiene que ver con la productividad del sector público y privado pero también con la buena asignación de factores y recursos y con la capacidad de exportar.
- *El otro problema es la distribución del ingreso*. Si bien estamos mejor que hace diez años, estamos peor que hace tres. Todavía no hemos recuperado el nivel, absoluto y relativo, que los sectores más bajos de la población tenían antes del Tequila (1994).

El gran desafío que se enfrenta ahora consiste en resolver tales dificultades, pero de una manera distinta a como se solucionaron los problemas que tenía la economía en el año 1989, porque la naturaleza de estos últimos era diferente y era otra la etapa del desarrollo económico.

En particular, todo lo que hagamos de ahora en más no va a ser por política de shock como se hizo entonces, sino que va a ser por política gradual. Concretamente, se inicia una etapa muy intensiva en gestión, en administración y no tanto en legislación.

Así, hace 6 u 8 años por una Ley privatizábamos o desregulábamos. Si embargo, hoy no podemos establecer por ley que los hospitales atiendan bien y eficientemente a los pacientes y que la educación sea buena y este en función de la demanda. Para ello es preciso modificar la organización, lo cual exige concentrarse en la gestión.

Tenemos una gran ventaja en la tarea que se tiene por delante. Hemos alcanzado un consenso en torno a algunas cuestiones básicas. Así como hace algunos años nos pusimos de acuerdo en que la democracia era mejor que la dictadura, ahora coincidimos en que esta organización económica, con sus más y con sus menos, es mejor que otros sistemas económicos.

Dicho acuerdo es esencial, ya que constituye la piedra angular sobre la cual deben asentarse las respuestas a los retos que plantean el desarrollo de la competitividad y una mayor equidad.

## *Los nuevos desafíos. ¿Qué cosas hay que hacer?*

En primer término, resulta indispensable sostener lo que hicimos, que es lo que se llama reformas de primera generación: convertibilidad, apertura, privatizaciones, desregulaciones. Pero además, en este momento aún es preciso fortalecer los logros alcanzados a partir de la consolidación del sector público.

El Estado todavía tiene algunos problemas en el orden macroeconómico que hacen al déficit fiscal y a la presión tributaria. Argentina, para completar las reformas de primera generación, debe acordar una suerte de pacto fiscal con un determinado nivel de gasto (en % del PBI). De esta manera, podemos imponer un cierto nivel de presión tributaria y de una vez por todas bajar impuestos que castigan a los más pobres y a los desempleados. En concreto, proponemos bajar el impuesto al valor agregado (un IVA del 21% es incobrable) y bajar además los impuestos al trabajo, que son de un 30%, lo cual parece un contrasentido en un país como Argentina, que tiene una tasa de desocupación muy elevada. Al mismo tiempo se debe reformular la relación entre la Nación y las Provincias, pues son éstas donde recae buena parte del peso de las políticas sociales.

Ahora bien, la corrección de la situación fiscal, que supone una tarea de sintonía fina, implica cumplir con una condición necesaria pero que per se no es suficiente para lograr aumentar la competitividad y mejorar la distribución de los ingresos. La consecución de estos dos objetivos requiere la implementación de lo que en la jerga técnica se llaman reformas de segunda generación, básicamente la reforma microeconómica del Estado (en sus tres niveles). Sin lugar a dudas, se trata de un tema muy complicado, donde no hay recetas únicas, donde no hay libros con las medidas escritas, donde se sabe cuándo se empieza pero no cuando termina y se va aprendiendo en la marcha.

Dicha reforma tiene dos vías: la administración tributaria y el gasto público. Si no mejoramos la administración para poder bajar impuestos y no incrementamos la calidad del gasto a través de reformas que lleven a cambios en la organización y la introducción de mecanismos de premios y castigos en el Estado es muy difícil, por no decir imposible, hablar de la redistribución de los ingresos.

## *Precisiones y reflexiones macroeconómicas para el ámbito de la salud*

¿Por qué ponemos tanto énfasis en la baja de los impuestos y no en el aumento del gasto? Porque entendemos que el gasto público argentino (consolidado), que es del orden del 25% del PBI, es un gasto razonable por el nivel de desarrollo de nuestro país.

A este respecto, es posible observar que la importancia del gasto público crece con el grado de desarrollo del país. Así, las naciones europeas tienen un nivel de gasto del orden del 40%. Brasil y Chile tienen un gasto similar al nuestro, del orden del 25% al 27% de su PBI. Mientras que los países pobres gastan aproximadamente 15% del PBI.

Por su parte, en materia tributaria, para quien paga todo lo que corresponde (el que está absolutamente en "blanco"), la presión resulta ya elevada, por que lo que no se puede pensar en aumentarla.

Por otro lado, el gasto en salud y en educación creció un 70% en el período 1991-1997, pero la sensación de la gente es que no aumentó la calidad. En ese sentido, pensamos que se deben poner topes al crecimiento de las erogaciones, que apunten a lograr un mayor grado de

autodisciplina, tal como se le impuso al resto de la sociedad mediante la apertura y la desregulación, y promover un incremento de la calidad.

Resulta evidente que para llevar adelante una reforma del Estado se necesita mucha voluntad política, toda la voluntad política que implica tomar la decisión y asignar recursos, pero si esto no se lo hace con alto nivel técnico, el fracaso es la regla.

Si nosotros iniciamos la reforma del Estado pendiente y mantenemos los equilibrios macroeconómicos, podemos hablar de otros objetivos de políticas, que superen los postulados del Consenso de Washington; de hecho las reformas de segunda generación trascienden el mencionado consenso. Pero sería poco serio decir que vamos a aumentar la competitividad, que vamos a mejorar la distribución del ingreso si solamente mantenemos los equilibrios macroeconómicos.

En consecuencia, si podemos sostener una razonable tasa de crecimiento a partir de los equilibrios macroeconómicos y avanzamos en la reforma del Estado (en la Nación, las Provincias y en los Municipios), entonces sí claramente podemos centrar la atención en la implementación de políticas activas para favorecer a las Pymes y las exportaciones y de políticas sociales compensatorias que den igualdad de oportunidades a todos los argentinos y se convierta, a su vez, en retroalimentadora del aumento de la competitividad.

### *La distribución del ingreso en el contexto mundial*

La redistribución de ingresos se puede llevar a cabo mediante diversos mecanismos.

Una alternativa es mediante la política y la administración tributaria. Bajar el IVA o los impuestos al trabajo y mejorar la cobrabilidad de ganancias es un avance importante en la mejora de la distribución.

Asimismo, podemos hacer mucho por los más pobres y los sectores medios si tenemos buenas regulaciones de los servicios públicos privatizados, mejoramos la competencia de la economía, reducimos el desempleo y posibilitamos el desarrollo de las Pymes.

Sin embargo, el instrumento más potente opera a través del gasto público. En particular, un eje central para mejorar la distribución del ingreso e incluso elevar la competitividad, es la calidad del gasto. Esto exige mejorar la educación, la salud, los programas de lucha contra la pobreza, la eliminación de la burocracia, etc.

Mejor y mas eficiente inversión en educación y salud es una formula que todos los países avanzados y los que han sido exitosos la han seguido.

### *Consideraciones finales*

Como conclusión, deseo recalcar que los equilibrios generales macroeconómicos son una condición necesaria pero no suficiente. Es imprescindible la reforma del Estado para poder implementar políticas activas en el campo social y en el productivo orientadas a incrementar la equidad y la competitividad.



---

## **La gestión de servicios de salud en América Latina: Reflexiones desde la microeconomía**

---

**Arturo Schweiger\***

### *Reflexiones para el análisis*

Nuestra propuesta es complementar este análisis de la gestión de los servicios de salud en América Latina, bajando un poco a lo microeconómico después de todo este contexto macro y de esta muy completa presentación del tema que hizo Abrantes. Esto guarda relación con los temas que hemos tratado predominantemente en la Asociación de Economía de la Salud durante este año, y con la preocupación por desarrollar e incorporar instrumentos, innovaciones que nos permitan mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de las políticas en salud.

Cuando escuchamos esta presentación la pregunta que nos surge es si básicamente, la misma es una enumeración de las reformas o instrumentos que con distinto grado de profundidad ha promovido el Banco Mundial en los distintos países de la región. Vemos que se han incorporado instrumentos novedosos pero quizás nos parece que hay algunos comentarios y algunos puntos a destacar como asignaturas pendientes.

Esto se da también en el contexto macroeconómico de una crisis general a nivel mundial, con el agregado de situaciones concretas y movilizantes como la perspectiva de elecciones políticas para el año próximo en Argentina y Uruguay, en tanto que otros países vecinos como Paraguay, están recién saliendo de sus nuevas elecciones. Y las preguntas que surgen específicamente sobre los programas son, como se señalaba recién, que han presentado deficiencias, no han logrado mejoras en la calidad de la gestión, en la eficiencia.. En cuanto al modelo de autogestión hay claramente una limitante. Se habla que vamos a darle más autonomía de autogestión al hospital y estamos pensando que vamos a descentralizar el gasto del hospital. En contraste y como mencionó Abrantes, el 70% del gasto son recursos humanos. Aquí hay claramente una piedra, un obstáculo en la gestión. ¿Cómo logramos que el nivel central descentralice ese gasto y le dé la posibilidad de nombrar o contratar personal al hospital?

En este sentido nos parece que las herramientas de la microeconomía tradicional con las que estamos trabajando ahora no resultan lo suficientemente aptas o potentes. La sensación es que de mínima, estamos un poco trabados. Y en relación a esto, creemos que hay que empezar a rescatar los temas de incentivos dentro del sector público. ¿Qué incentivos tiene el nivel central para descentralizar, en el caso del hospital de autogestión? ¿Qué nivel de información le estamos dando al hospital para motivar a un secretario de salud de una provincia o de una municipalidad para que descentralice la contratación de personal en el hospital o en el nivel local?

Esto quiere decir que tendríamos que empezar a mirar en profundidad estas reformas que se han hecho hasta ahora, ser muy críticos en cuanto a los resultados y tratar de incorporar to-

\* Lic. en Economía. Vocal de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

das las herramientas técnicas que tenemos a mano para ver si no aparecen nuevos factores que son los que están trabando la profundización de algunas de estas reformas. Esto reviste particular interés en lo tocante al tema de manejo de hospitales, que a nivel provincial siempre representa una parte muy sustantiva del gasto.

Otro aspecto que en general tendemos a mirar, por formación, es el tema de la equidad. ¿Estas reformas han tenido un impacto en la equidad en la población o han generado problemas de acceso, han retrasado el acceso? Aquí nos están faltando estudios. La percepción es que con las reformas no ha mejorado la accesibilidad de la población a los servicios de salud sino muy por el contrario ha empezado a haber toda una puja entre los seguros, obras sociales y los prepagos y el hospital público sigue siendo un poco la rueda de auxilio y recibiendo a los que no tienen ningún poder adquisitivo. A nivel de equidad y muy a trazo grueso se podría decir que no se ha conseguido una mejora.

En cuanto a lo instrumental, otra pregunta es si el Banco Mundial y otros organismos internacionales como el BID están diseñando sus proyectos como para construir indicadores de impacto.<sup>1</sup> ¿Estamos haciendo todos los esfuerzos como para evaluar realmente el impacto de las reformas? Quizás uno de los grandes déficits que tenemos en evaluación de proyectos cuando hablamos de proyectos de infraestructura es que formulamos el proyecto y la etapa de prefactibilidad, de factibilidad, etc., pero después en las etapas de seguimiento y de evaluación de impacto, más aun en proyectos sociales, es donde tenemos asignaturas pendientes. Pensando hacia adelante y viendo qué es lo que van a hacer el Banco Mundial y otros organismos de cooperación técnica, nos parece importante empezar a incorporar instrumentos de evaluación de impacto, ya sea el sistema de diagnóstico institucional que utiliza el Banco, ya sea una técnica al estilo de marco lógico que utiliza el BID, u otros. Pero nos parece fundamental incorporar técnicas de evaluación de estos criterios de eficiencia, calidad, equidad y satisfacción del usuario.

<sup>1</sup> En una intervención posterior, el Dr. Abrantes aclaró respecto de si el Banco tiene indicadores para medir el impacto, que se estaba haciendo un esfuerzo en esa dirección, ya que para hacer análisis de impacto había que hacerlo desde el principio. Agregó que actualmente ningún proyecto avanzaba sin pasar los análisis. Ya se concluyó el trabajo de establecer la base line, lo que posibilitaría dentro de algunos mirar a posteriori. También se realizaron algunas evaluaciones ex post, aunque se carecía en el momento de preparación del proyecto una base line. Se comenzó con lo que es más fácil, que fue hacer análisis de costo efectividad, incluso costo beneficio de proyectos de control de enfermedades infecciosas, de malaria, de enfermedades endémicas, etc. La conclusión fue positiva porque no sólo se pudo demostrar que fueron buenos los proyectos sino que además las intervenciones en que se incursionara fueron altamente costo efectivas, hubo un muy buen retorno del capital sobre la inversión, etc. Se intentó lo mismo con el proyecto de reforma en Chile. Terminó el primer proyecto del Banco en Chile y se solicitó un análisis *ex post*, pero desafortunadamente, quizás porque no se contaba con la *base line*, o los datos necesarios, no fue posible demostrar que con la intervención hubiera una mejora significativa con el proyecto comparando antes y después, y comparando las áreas de intervención versus las que no tenían intervención. Pueden darse dos explicaciones: o que no hubo impacto del proyecto o que realmente como no se tenía *base line*, y no se montaron los sistemas de información necesarios, los datos que se tenían no permitieron registrar un efecto que quizás existía.

Finalmente se aclaró que actualmente todos los proyectos tienen que tener una tabla de medición de impacto detallando incluso cómo se va a medir, fuentes, etc., esperándose mejoras sustantivas en dos o tres años.

# GESTION Y SALUD EN ARGENTINA

**Alberto Mazza\***

---

## *Introducción*

Realmente el tema de gestión en el sector salud es fundamental. Básicamente porque cualquier servicio, cualquier producción que se haga en la actividad humana necesita de una gestión eficiente. Pero a medida que una actividad se va tornando más compleja y va encontrando nuevas dificultades, o está sometida a procesos de cambio muy rápidos como le ocurre hoy al sector salud, es cuando el proceso de gestión adquiere una mayor importancia.

Se puede afirmar que actualmente el área donde la gestión está siendo encarada como crítica dentro del sector salud, es fundamentalmente el rubro de la atención médica, porque es el área clave en lo que hace a la eficiencia. Esto es algo que venimos viendo desde hace ya muchos años, no solamente a nivel nacional sino internacional. Los modelos de organización y financiamiento que en definitiva dieron origen a los procesos de gestión del sector, no se han acomodado a los procesos de transformación que el sector mismo venía sufriendo. Evidentemente desde la década del '50 lentamente, desde la década del '70 más aceleradamente y desde la década del '80 a una velocidad muy intensa, se ha ido produciendo una transformación de todo este sector en el área de la atención médica que plantea o genera nuevos problemas, problemas a los cuales los modelos que manejamos no han resultado capaces de dar respuesta.

Dentro de este esquema, el análisis de la gestión resulta casi imprescindible si pretendemos que la atención médica pueda brindarse con un supuesto de calidad y cobertura adecuadas. Esta fue una de las razones por las cuales cuando elaboramos las políticas de salud en el año '92, advirtiendo que en un contexto de déficit internacional de eficiencia la Argentina tenía factores propios que generaban a su vez mayor ineficiencia, se colocara a la salud como una de las cuatro políticas sustantivas, siendo a su vez una de las dos que se encararan con mayor celeridad.

Sin duda el proceso de cambio para recuperar eficiencia en el sector resulta muy lento y muy difícil. Esto está en gran parte relacionado a las modificaciones que genera en los modelos de organización y financiamiento, las modificaciones en la estructura gerencial de los servicios y porque fundamentalmente configura también una necesidad de cambios culturales, de transformaciones de la cultura institucional de muy difícil logro. A todo esto es preciso sumarle en este caso la relación tan intensa que este servicio tiene con la comunidad, así como la participación de la misma en el proceso.

\* Médico. Ministro de Salud y Acción Social de la Nación. Vocal de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

## *El cambio en los recursos humanos*

Antes que nada, debe quedar en claro que no basta con el cambio del modelo de organización y financiamiento ni con los cambios culturales a los que hicieramos referencia, sino que además resulta necesario encarar uno de los temas claves, que es la modificación del recurso humano que trabaja dentro del sector.

En el planteo que se formuló en Argentina en el año 1992 se tomó una opción. Había que optar entre el cambio global, de *shock* o por un cambio paso a paso, gradual, para tratar de lograr esta modificación. En este caso, la opción que eligió el equipo que formulaba las políticas, luego sus ejes prioritarios y finalmente los programas que iban a concurrir a conformar estos ejes prioritarios fue la de *la gradualidad*.

Los factores por los que se eligió este camino fueron dos principalmente:

- Un factor es el de las *resistencias políticas* que hay habitualmente frente a los cambios. Ejemplos muy típicos podrían ser algunos cambios que se intentaron en Argentina durante distintas etapas de nuestra historia y otros podrían ser algunos cambios que se intentaron en otros países, inclusive países de alto nivel de desarrollo y que han exhibido en otras áreas celeridad de cambio, sin embargo las resistencias políticas hicieron imposible producir este cambio en el sector salud. Ejemplo de esto es Estados Unidos en el 93 cuando el presidente Clinton inicia su proceso de transformación del sector salud. Otro caso típico sería el de Inglaterra donde el gobierno conservador de Margaret Thacher intenta también un cambio global que no puede ser llevado adelante. En ambos casos después se adopta un camino de gradualidad, donde se empiezan a producir cambios estructurales, muchos de ellos de fondo. En el caso inglés algunos de los cambios son realmente de fondo y estos comienzan a ejecutarse en un camino de gradualidad, que continua con el actual gobierno.
- Por otro lado aunque se producen cambios normativos para que el cambio sea efectivo tiene que producir el cambio real, que como decíamos al principio este cambio real tiene que ver con el *cambio de la cultura de las instituciones*. En este cambio de cultura institucional hay alteraciones, transformaciones de los hábitos de quienes están trabajando en el sector y además hay una necesidad de cambio del recurso humano en lo que hace a su capacitación y actualización.

## *El cambio en la gestión dentro del sector público*

### El Hospital de Autogestión

A esta altura, estamos en condiciones de evaluar progresivamente cómo se produce o avanza este cambio en la gestión. Si miramos a nuestro país, la transformación está compuesta por programas: el hospital de autogestión, el programa de garantía de calidad, el programa de atención primaria, el programa de reforma de salud, que en realidad es un programa de fortalecimiento, de apoyo a todos estos mecanismos de transformación y los programas de equipamiento desarrollados sobre el sector.

Si a su vez tomamos como eje del análisis al hospital público, hoy podríamos ver que a nivel nacional puede darse una variedad de respuestas según las diferentes provincias. Este es el otro tema que Argentina tiene que considerar en un proceso de transformación, en particular

cuando éste está vinculado al sector público, y es el hecho de que la estructura federal del país genera diferentes respuestas en este proceso de gestión.

***Tomemos el programa básico que es el hospital de autogestión.*** Veremos que hoy está muy avanzado el aspecto referido al cambio del financiamiento. Este cambio es sin duda una palanca para el cambio de la gestión global del sector, pero no es ni debe ser el único elemento de transformación. Es un elemento de transformación esencial porque no solamente implica la posibilidad de disponer de más recursos sino que además implica la posibilidad de darle equidad al sistema, ya que involucra a aquellas entidades, en este caso las obras sociales que son las que tienen el grueso de la población que asiste al hospital libremente, o a entidades de medicina prepaga, o bien nuevos actores como las actuales ART u otras entidades vinculadas al sector como pueden ser compañías de seguro, etc.

Decimos que es un elemento esencial no solamente porque implica un mayor aporte sino porque es un elemento de equidad. A veces se desvaloriza el aporte de este aspecto del financiamiento o de la nueva forma del financiamiento pensando que sólo está referido a dar estas dos respuestas: más recursos y mayor equidad. Pero simultáneamente, por sí sólo este elemento del hospital de autogestión que significa facturarle a aquellas entidades que cobran, implica la necesidad de introducción de modificaciones en la gestión administrativa y en la gestión asistencial porque obliga a documentar una serie de cosas que habitualmente nuestro hospital, en general nuestra atención médica, tiene tendencia a documentar poco o a documentar mal. Este proceso ha avanzado de acuerdo con las expectativas. La inscripción en los hospitales de autogestión de las provincias y municipios ha sido un fenómeno reciente porque devino de todo un proceso de convicción de quienes debían tomar la decisión. Hoy ya se ha superado el 83% de hospitales incluidos.

### El cambio del modelo de administración

Resulta indispensable operar otra modificación: el cambio del modelo de administración, el cambio del modelo de atención médica que hace en sí de manera fundamental a la reforma, a la adecuada gestión del subsector público. Este cambio no sigue el mismo ritmo y allí es donde se advierte la diversidad en cada una de las áreas. Cabe destacar que afortunadamente tenemos algunas áreas que están muy adelantadas en incorporar nuevos modelos de atención médica, estructurados a partir de la atención primaria, racionalizando el uso de la mediana y alta complejidad, donde en definitiva se haga una verdadera atención integral incorporando la prevención también dentro del proceso. Más adelante trataremos de marcar donde por el contrario, creemos que está el principal déficit en el cambio del modelo de atención médica

De todas maneras ha habido otros programas y no sólo el estímulo que el hospital de autogestión lleva en sí mismo. Estos programas han sido: el Programa de Reforma de Salud que tiene fundamentalmente a lograr un fortalecimiento institucional en el sector de conducción, primero del nivel central y segundo del propio hospital. Además de este programa incide en esto el Programa de Garantía de Calidad que está en pleno desarrollo, donde la gradualidad es muy característica.

El déficit principal puede identificarse en el hecho de que no acompañan a los sectores provinciales donde en general la conducción con diversas respuestas ha asumido la necesidad de producir este cambio en la gestión de la atención médica. No está siendo acompañado de forma debida por las entidades de formación de los recursos humanos que deberían acompañar este

proceso en la capacitación permanente del sector, en lo que sería la educación continuada.

¿Cuáles son las debilidades detectadas en el modelo del hospital público de autogestión? Estamos en este momento auditando la norma y haciendo o previendo hacer una actualización. En general es más una actualización que incorpore nuevos elementos o que corrija algunos de los anteriores. No le encontramos déficit al modelo como está presentado, pero acaso porque el modelo es más un marco regulatorio donde las decisiones tienen que ser tomadas fundamentalmente en el nivel provincial. La norma en muchos casos, como se observa leyendo el decreto que generó el hospital de autogestión, no baja al detalle en la definición. No lo hace porque creemos que esto corresponde a cada una de las jurisdicciones. Lo que nosotros hemos establecido son una especie de condicionalidades que deben cumplirse como mínimo. En este sentido consideramos que estas condicionalidades son adecuadas. Probablemente habrá que agregar algunas y complementar otras.

El déficit que sí advertimos es que en algunas provincias es todavía muy lento el proceso de transformación del modelo de atención médica, del modelo de gestión administrativa. Es decir, el problema lo vemos más en el ritmo que en el fondo de las normas.

En los inicios de este programa se rompió un viejo divorcio entre el sector formador del recurso con el sector utilizador de los recursos. Pero al margen de que haya conseguido abrir este diálogo e incorporar de alguna manera a los formadores de recursos al proceso de cambio, la incorporación y el cambio interno que estos sectores deben producir no está acompañando el cambio con la misma celeridad. En la reunión de septiembre del año pasado, promovida por el PRESSAL donde se reunió a autoridades provinciales y nacionales - inclusive con técnicos del sector, para discutir el grado de avance de este proceso, no sólo se advertía que muchas provincias ya habían incorporado transformaciones fundamentales en su modelo, sino que además se advertía que algunas provincias comenzaban ya a adelantarse en la proposición y análisis de nuevos modelos de gestión. Estos modelos excedían el sector público e incorporaban o tendían a incorporar definitivamente a los otros subsectores en un proceso de integración provincial.

Por ejemplo Mendoza es una de las provincias que ha llevado más adelante el proceso de transformación de sus hospitales. Aunque no es de las que está formulando más rápidamente estructuras de futuro, es la que ha llevado el proceso más activo de transformación interna del hospital. En materia de formulaciones podríamos citar por ejemplo a Salta y a Río Negro, que están tratando de avanzar para llegar efectivamente a manejarse con la demanda y no con la oferta, estableciendo un sistema de cobertura de la totalidad de sus poblaciones, tendiendo a dejar este mecanismo de la cobertura presupuestaria que genera la oferta para pasar a una cobertura personal incluso dentro del propio hospital público.

Todo esto nos lleva a replantearnos la necesidad de programar una segunda reforma, al margen de que algunos no hayan alcanzado todavía los niveles de la primera, para fijar objetivos comunes entre todos los que hoy se adelantan dentro del proceso.

Centrando el análisis en los sectores de baja densidad poblacional, se pueden identificar propuestas para vincular el modelo del hospital de autogestión con un modelo de complejidad creciente. Sin duda, la clave o la respuesta es no generar nuevos o más establecimientos de atención médica o de mayor complejidad sino que el tema es establecer una adecuada red de derivación. Esto implica tener bien evaluadas las complejidades de los diversos elementos que constituyen el sistema. Esto en realidad Argentina lo tenía muy bien definido en la gestión de 1970 de los Dres. Holberg y Mondet. Esto tuvo una definición tanto teórica como práctica muy adecuada. Se establecieron los niveles de complejidad primero y después las redes de derivación.

En un momento en el cual era más factible coordinar al conjunto provincial, esto estaba alcanzando o prometía alcanzar un nivel de segura eficiencia para obtener un rendimiento efectivo de recursos. Lamentablemente esto después fue abandonado y Argentina no dispuso durante muchos años de adecuadas redes de derivación. Dentro del PRESSAL, uno de los aportes al fortalecimiento institucional está precisamente en brindarle asistencia técnica a las provincias para que puedan establecer este mecanismo de redes.

Este mecanismo de redes tiene algunas resistencias, que a veces son administrativas pero fundamentalmente son políticas. Algunas de estas resistencias están dentro del sistema y otras están afuera. Las resistencias que están afuera tienen que ver fundamentalmente con el requerimiento de la comunidad, que permanentemente quiere disponer del servicio asistencial, del centro de salud, del hospital, del hospital de mayor complejidad, etc. Quiere tenerlos allí en su propia comunidad. Esto a veces está relacionado con satisfacciones por razones políticas y da como consecuencia redes de derivación inadecuadas. Hoy creemos que la mayoría de las provincias en este sentido son conscientes de la necesidad de ir haciendo la adecuación y los gobiernos provinciales están acompañando firmemente esta política.

Hay una resistencia interna generada muchas veces por el propio cuerpo médico, que por un mecanismo natural tiende a desarrollar o a incrementar la complejidad de los sectores. En esto tiene una gran importancia el Programa de Garantía de Calidad. Cuando estén vigentes las normas de categorización fijando qué riesgos de salud pueden atenderse o no en cada servicio, se convierte en la norma fundamental de calidad. Esto está relacionado con el hecho que hemos visto muchas veces en Argentina, en los tres subsectores, cuando establecimientos que no están en condiciones de encarar la atención de determinados riesgos lo hacen de todos modos, con lo cual la utilización del recurso se torna por un lado riesgosa, desde el punto de vista del paciente, y por otro lado ineficiente

### El cambio en los sectores formadores

Precisamente en los sectores formadores no se advierte una reacción global importante de cambio. Consideramos estos sectores como abarcando tres aspectos o áreas:

- La primera, la del *formador de pregrado* de nuestro médico general que si uno mira la composición curricular y al margen que vamos a encontrarnos con diferentes respuestas en cada una de las diferentes facultades, tiene en general un perfil algo dispar. Es de observar que actualmente hay algunas facultades que han incorporado la atención primaria, uno de los elementos más ausentes históricamente en nuestra formación y lo han tomado tanto en la composición o en el peso horario atribuido, con la seriedad de introducirlo efectivamente en la prestación. Pero esta situación no es homogénea en el país, principalmente en las entidades de mayor volumen de capacitación.
- Se ha dialogado con las distintas facultades de medicina buscando aunar criterios en la formación por un lado y de regular esa formación por el otro. Hay un trabajo permanente del Ministerio con la Asociación de las Facultades de Medicina que ha dado diversos resultados en cada una de las diferentes universidades tanto privadas como públicas a nivel nacional. Pero en cuanto a la regulación, según la Ley Federal de Educación, corresponde en realidad al Ministerio de Educación que es la que hace el establecimiento de currículas y corresponde a un Consejo que integran los directores de las universidades nacionales en lo que hace a la evaluación. Nosotros en este momento estamos traba-

- jando con el Ministerio de Educación en la preparación de un instrumento legal que haga que la declaración que dicte el Ministerio de Educación sea anterior a la declaración que haga el Ministerio de Salud, porque consideramos que debe ser el Ministerio de Salud quien establezca cuáles deben ser los contenidos y cuál debe ser el peso de los mismos.
- El segundo aspecto está en el *postgrado*, donde hemos avanzado un poco más porque buena parte de la formación en el postgrado depende de recursos que son provistos por el gobierno nacional o por los gobiernos provinciales. Esto ha permitido establecer las prioridades para aquellas áreas en las cuales necesitamos formar o capacitar. Seguimos teniendo algún déficit porque su entronque con las estructuras universitarias no se da en todos los casos de una manera equivalente. Tenemos algunos modelos muy interesantes, como el de la Universidad de Tucumán a través de su convenio con las provincias del NOA, que prácticamente está entre la capacitación de pregrado y de postgrado porque se incorpora inmediatamente después de concluidos los estudios como elemento obligatorio de formación del médico. Lamentablemente, este convenio que ha planteado un modelo de activa participación, no se repite en otras entidades. Con preocupación, lo que veo en general es que los cambios en la capacitación son solamente formales, no abarcan al conjunto de la capacitación, quedan reducidas a la incorporación de algunas materias.
  - Finalmente el tercer aspecto es *la capacitación de quienes van a tener a su cargo la conducción, la gestión del hospital, del sector público*. Aquí advertimos la incorporación de nuevas entidades en este proceso de capacitación, que también ocurre en el postgrado, a través del interés que van mostrando entidades representativas de los médicos. Hoy gran parte de las entidades gremiales médicas así como las científicas advierten la necesidad de capacitar para la conducción y algunas de ellas han incorporado contribuciones de importancia. La aparición de entidades no gubernamentales, institutos, fundaciones, etc., algunas de ellas encaminadas ya hacia ser institutos universitarios, han incorporado la capacitación vista con un criterio sustancialmente diferente para gerenciar los servicios de la atención médica. Aquí estamos hablando fundamentalmente del subsector público, pero esto mismo vale para servicios de la seguridad social o del sector privado. Esta es una de las áreas críticas en este proceso, fundamentalmente referido a la conducción y gestión del modelo de la atención médica. Déficit similares tenemos en la gestión de la propia administración del sector, donde también es indispensable una modificación del modelo y la incorporación activa de quienes están capacitados para hacer esta transformación.

En este contexto de formación y capacitación de los recursos, la Asociación de Economía de la salud (AES), es una de las entidades que sin duda puede contribuir a la investigación, a la capacitación, a la actualización y a la motivación en temas vinculados de manera muy sustancial a la reforma del sistema de salud. Cuanto mayor participación tengamos de entidades que están fuera de la acción del gobierno, tendremos mejores resultados por dos razones. Una, porque esto implica una participación voluntaria y por consiguiente muy activa. Dos, porque esto implica continuidad. Las entidades de este tipo se continúan más allá de la persona de un ministro, de un secretario de salud e inclusive de la gestión de todo un gobierno. De manera que las entidades como la AES son muy importantes.

Nosotros hemos aportado algunos elementos a nivel fundamentalmente de la tercer área de acción, vale decir para la capacitación de quienes van a tener a su cargo la conducción o la gestión del hospital, dentro del sector público. Para esto, hemos generado un conjunto de cur-



Los primeros de nivel regional y después de nivel provincial, creados entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría de la Función Pública pero por un problema de recursos, en realidad han sido más seminarios de motivación que verdaderos cursos de capacitación. No obstante, a través del Programa de Reforma de Salud se incorporan los cursos de capacitación de mediano y largo plazo que el país necesita. Inclusive es necesaria la capacitación a nivel de los mismos docentes que van a capacitar en el futuro a su grupo gerencial.

### *El cambio de la gestión en la seguridad social*

La otra gran área de prestación, que es la de la Seguridad Social representada en Argentina por nuestras Obras Sociales, presenta a su vez sus propios problemas de gestión. Inclusive aquí la variedad del modelo de gestión es todavía mayor que en el subsector público y sin ninguna duda que en el subsector privado. Tiene una extraordinaria gama de modelos diferentes de atención, o tenía históricamente una gama de modelos prestacionales diferentes complementada con un extraordinario rango entre sus capacidades de gerenciamiento en cada una de estas áreas. Aquí son muchos los pasos dados a esta altura en el proceso de transformación. Pero este proceso no alcanza a verse suficientemente porque para una gran parte del sector el atraso en la gestión era excesivamente marcado.

Un eje prioritario de acción es la reconversión del sistema de Obras Sociales, que incluye también cambios en el modelo de atención médica y en los modelos de administración. Se genera un Programa Médico Obligatorio, estableciendo definitivamente el conjunto de prestaciones que la Obra Social debe brindar. Y al jugar esto con el Programa de Calidad, sin duda, comienza a cerrar el tema de cantidad y calidad de las prestaciones.

*El Programa Médico Obligatorio* ha sido establecido con una sanción. Va a haber una sanción para aquellas Obras Sociales que no lo cumplan, o que no estén en condiciones de cumplirlo. Cuando una Obra Social no tiene viabilidad, automáticamente tiene un plazo para fusionarse con otras o puede ser liquidada a través de la Superintendencia de Servicios de Salud. Estos son los mecanismos de control. La Superintendencia de Servicios de Salud es la heredera del ex ANSAL, el que tenía un organismo de auditoría pero que no estaba lo suficientemente estructurado para ejercer un efectivo control de este sistema con tantas obras sociales, a pesar que por este mecanismo anterior el número ha descendido casi en 25%. A partir de principios de este año se ha instrumentado la Sindicatura Colegiada en todas las Obras Sociales establecida por la Superintendencia y este es el primer sistema de control que va a funcionar. Sin perjuicio de esto, en la Superintendencia se ha creado un área de atención al usuario para que pueda llegar de manera directa al sistema con cualquier queja o problema que lleve al no cumplimiento del PMO. Supongo que antes de fin de año estas sindicaturas que han venido estableciéndose en los primeros meses del año van a producir ya las primeras consecuencias inmediatas de su actuación en aquellos casos donde efectivamente no se cumpla el PMO o las normas del Programa de Garantía de Calidad.

El Programa de Garantía de Calidad a pesar que no ha sido completado, tiene las normas que ya han sido aprobadas y son de exigencia obligatoria dentro del sistema de Obras Sociales. Actualmente están trabajando en este tema 180 entidades de profesionales y de técnicos. En este momento lo hacen aproximadamente unas 58 comisiones que son las que producen el material. Aquí cabría agregar que los llamados Consejos de Certificación, Recertificación y de Acreditación en materia de establecimientos van a tener a su cargo la categorización, habilitación y acre-

ditación desde el punto de vista normativo y están a punto de dictar las primeras normas que van a ser también de aplicación obligatoria dentro del sistema de Obras Sociales.

*El tema de la libre elección* merece a su vez un comentario. El Gobierno Nacional a partir del decreto 9/93 incorporó un mecanismo de opción entre las Obras Sociales sindicales que en realidad se efectivizó realmente recién en 1997, en virtud de que debían cumplirse primero determinados mecanismos de cambio de las propias Obras Sociales. Esto tiene que ver con ciertas necesidades del programa de reconversión, como la de disponer al menos de un padrón de afiliados. Si bien éste se dispuso con anterioridad, fue en noviembre del 97 cuando recién se consigue el padrón global de beneficiarios. Pero sí se disponía desde hacía un poco más de un año de un padrón de afiliados obligatorios, es decir de trabajadores, del cual tampoco se disponía antes. Esto permitió la efectiva implementación de esta opción.

El mecanismo de la opción tiene como objetivo estimular una mayor eficiencia entre las Obras Sociales y garantizar además de la atención médica la satisfacción del usuario, que es uno de los elementos importantes del sistema. Sin duda, esto tiene también algunos déficits. El déficit principal es la posibilidad que se produzca cierto desfinanciamiento de algunas Obras Sociales en perjuicio de otras por el traslado de los salarios mayores, creando en realidad bolsas de pobreza, es decir bolsas de afiliados con menor capacidad económica. Esta fue la razón por la cual el gobierno no optó por la incorporación de las entidades de la medicina prepaga.

Seguimos en esto muy de cerca la experiencia chilena, que en el año 81 abrió el sistema y permitió que el afiliado llevara su aporte al sector público o privado. Cuando habían pasado 16 años de la apertura del sistema, habían optado sólo el 27% de la población y el 73% restante había quedado dentro de una bolsa desfinanciada en este caso en manos del Estado, como es el FONASA. El sistema chileno no tiene un sistema de Obras Sociales como el nuestro.

Por eso no se abrió junto a las Obras Sociales Sindicales a la opción, a la medicina prepaga. Tampoco se abrió la opción a las Obras Sociales de Personal Directivo. Sí se permitió el cambio entre Obras Sociales de Personal Directivo y en el proyecto de ley que en este momento está en el Senado, se incorporó la necesidad de que las entidades de la medicina prepaga compitan con la Obras Sociales de Personal Directivo. ¿Por qué a ese nivel sí? Porque en estas Obras Sociales de Personal Directivo el desfinanciamiento ya ha sido producido. Ya la ley argentina desde hace más de 30 años ha colocado a estas Obras Sociales de Personal Directivo aisladas, con lo cual ha hecho un verdadero descremado del sistema llevando los salarios más altos a Obras Sociales propias. Estas Obras Sociales estarían en condiciones de competir con las entidades de la medicina prepaga porque no se correría el riesgo que queden grupos desfinanciados por debajo.

Ahora bien, ¿qué ocurre cuando la opción empieza efectivamente? Nos hemos encontrado con que buscando diversos vericuetos legales hay varios sistemas que han desvirtuado los principios con los cuales se genera la opción. Esto motivó una sucesión de normas cuya tendencia es a evitar que sea desvirtuado el sistema. Por eso en enero de este año se dictó una norma que eliminó la opción a un inciso, aquel inciso que eran las Obras Sociales de Empresa porque no tenía sentido que esas estuvieran dentro del mecanismo de opción. Se habían deslizado erróneamente en este grupo. Por eso en mayo del 98 se dictó el decreto 50• creando una forma diferente de cambio. En lugar de hacerlo a través del ANSES se hace a través de la Obra Social que lo recibe, que tiene la obligación de notificar a los individuos de toda la información sobre la cobertura que se le va a brindar. Es decir, se tiende a que haya mayor transparencia en el mecanismo de opción y evitar que se produzca un desfinanciamiento tramposo en alguna medida dentro del sistema. De todas maneras, seguimos advirtiendo que se siguen escapando a través de

resquicios menores y produciendo algunos de estos procesos de desfinanciamiento o creando el riesgo que se generen.

En otro orden de cosas, debemos reconocer que las Obras Sociales no estaban en condiciones de responder a esta exigencia, y menos todavía estaban en condiciones de responder a una exigencia posterior que es la de la opción cuando se incorpora la posibilidad de cambio para estimular una mayor eficiencia y sobre todo una mayor satisfacción para el usuario. Esto nos lleva a la necesidad de incorporar un programa, el Programa de Reconversión de las Obras Sociales que tiene financiamiento del Banco Mundial y está básicamente financiado por el propio fondo de redistribución del sistema de seguridad social argentino que está destinado a apoyar, a posibilitar el fortalecimiento institucional, la capacitación, e inclusive la asistencia financiera necesaria, para que se produzca el verdadero cambio.

Este proceso ha tenido dificultades en función de la diversidad y también de poder lograr algunos elementos que parecían básicos y de los que sin embargo el sector no disponía. Por ejemplo el de un padrón de beneficiarios, del cual recién se pudo contar a partir de noviembre del año pasado y todavía se está revisando para tener el 100% de seguridad y confiabilidad. Es un sistema que ha funcionado desde el año 70 hasta la actualidad con el volumen que le conocemos, otras prácticamente llevan 50 años en funcionamiento, y sin embargo cuando se quiere iniciar este proceso, el sector no disponía de un padrón y hubo severas dificultades para poder acceder a los beneficiarios.

Sin duda, aquí la transformación y capacitación del recurso humano juega un rol clave similar al del hospital público y al subsector privado, involucrando tanto a quienes integran toda la atención médica como quienes tienen a su cargo el gerenciamiento del sector.

### ***Fortalezas y debilidades en la reforma del sector. El avance hacia una mayor cobertura y equidad***

La fortaleza es quizás el hecho que todas estas políticas, estos ejes prioritarios y estos programas se hayan hecho por consenso. Yo creo que acá se produce el fenómeno que le da una cierta fortaleza a la transformación y que está más allá de la gestión de quienes generan un proceso de cambio. A esto me refería cuando hablé de las ONGs, de las entidades como la AES.

Uno de los elementos quizás más positivos es que desde diciembre de 1991 el Consejo Federal de Salud, integrado por todos los ministros provinciales ha seguido con consenso el conjunto de normas. Excepcionalmente aparecen algunas diferencias pero hay un consenso en lo central del proceso de transformación que para algunas provincias está por adelante y para otras está por detrás. Es decir, algunas ya habían hecho buena parte de este camino y otras tienen mucho camino a recorrer. Pero esto es una de las fortalezas junto con la participación de las entidades de profesionales y técnicos que trae como consecuencia una posible durabilidad o continuidad del proceso de cambio más allá de las personas

Las debilidades están relacionadas con las deficiencias operativas del hospital de autogestión, ese es uno de los elementos. Con respecto a lo que mencionaba del déficit en materia de recursos humanos, es decir la demora en la transformación del recurso humano constituye una de las debilidades más serias. Sin duda que estos elementos en conjunto son las debilidades del sector.

Vemos con optimismo que se sigue un proceso de cambio donde el incremento o la mejora es constante, pero donde sin dudas el camino por recorrer es todavía muy largo. Y esto es buena parte de la debilidad, pero deja un amplio resquicio para el optimismo y la esperanza.

# EL ESTADO DE LAS REFORMAS EN AMERICA LATINA

**Conferencista: Henry Jouval\***

**Panelistas: Ana Rita Díaz Muñoz, Jorge Ochoa**

**Coordinador: Mario Rosenfeld\*\***

---

## **El estado de las reformas en América Latina: su impacto en la salud**

**Henry Jouval**

### *Introducción*

En primer lugar buscaremos establecer un análisis a partir de nuestra organización, entendiendo que bajo esa óptica se puede llegar a obtener una visión institucional de la cuestión del acompañamiento de las reformas. A grandes rasgos se puede decir que la O.P.S. históricamente, desde hace muchos años busca y tiene como uno de sus mandatos principales hacer el seguimiento y análisis de tendencias, con una especial dedicación a toda el área de los grandes indicadores socio sanitarios. Esta labor se traduce en una publicación, que es una de las principales de la región en temas de salud y que seguramente es la mayor serie histórica de datos que existe en la región que tiene más de cuarenta años. Además, con una periodicidad de cuatro en cuatro años, la OPS publica un libro llamado Condiciones de salud de las Américas, donde se da una visión evolutiva y global del tema.

En resumen, este tipo de trabajo, podríamos decir de monitoreo, que desde ya contribuye a la planificación en salud siempre fue mucho más dedicado a la cuestión de los grandes indicadores socio económicos y sanitarios. A partir de ello y durante los '90 o acaso un poco antes, se empiezan a ver tanto la necesidad como las demandas de hacer una especie de acompañamiento y monitoreo de los procesos de reforma que se estaban dando en la región.

Dentro de este marco vamos a tratar de señalar primero el contexto general y las grandes tendencias que nosotros estamos viendo, es decir cuál es el bosque y no el árbol en la región en relación a lo que se está dando en los procesos de reforma.

\* Representante de la Organización Panamericana de la Salud. Argentina.

\*\* Médico. Tesorero de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina

## *Principales tendencias y características de las reformas del sector en la región*

Relacionadas con la organización de los sistemas y servicios de salud

Hay un gran bloque de tendencias que se están dando en la región dentro de los procesos de reformas que están relacionados con cambios en la organización de los sistemas y servicios de salud, que simplemente enunciaremos pues han sido motivo de exposiciones anteriores en este encuentro:

- Ampliación de la cobertura de los servicios
- Reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos de atención focalizada
- Cambio en la organización y gestión de instituciones del sector
- Descentralización y participación social

Relacionadas con el financiamiento del sector salud

Hay otro gran conjunto de tendencias relacionadas con la financiación y la provisión de los servicios que también están subcategorizadas como grandes tendencias.

- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud
- Modificación de la mezcla público-privada. Nuevas modalidades de financiación de los servicios
- Nuevas formas de remuneración de los prestadores
- Nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial

Objetivos de la reforma del sector

Otra gran tendencia que estamos observando está relacionada con los objetivos de las reformas. Si efectuamos una somera revisión del discurso normativo que existe referido a los procesos de reformas en la región, se da lo que podría definirse como un elenco de objetivos, que en cierto modo configuran grandes categorías.

Es de destacar que los objetivos explícitos de las reformas no contienen solamente propuestas racionalizadoras de contención de costos. En su interior y por lo menos a nivel de propuestas y discurso normativo, llevan implícitos varios otros cambios que tienen que ver con mejorar la equidad, el acceso y las condiciones de salud de las poblaciones. Esto es importante para la Organización porque significa que todos estos procesos de reformas admiten desde su interior una cuestión valorativa, donde se contempla el porqué y para qué de las reformas.

Dentro de este concepto, se pueden enumerar las grandes tendencias en cuanto a objetivos de la reforma del sector salud que se registran dentro de Latinoamérica, con distinto énfasis y jerarquización de acuerdo con las diversas realidades y contextos históricos y socioeconómicos regionales.

- Mejorar las condiciones de salud y de vida de las Américas
- Ser uno de los pilares de la reforma social en la región

- Reducir las desigualdades del estado de salud
- Mejorar el acceso a servicios de salud de buena calidad
- Fomentar que las instituciones, los individuos y las comunidades compartan responsabilidades
- Modernizar y descentralizar la organización y el funcionamiento de las instituciones públicas que prestan servicios de salud
- Lograr el equilibrio entre los subsectores público, sin fines de lucro y comercial del sector de la salud, con miras a conseguir que sus esfuerzos se complementen
- Velar porque el sector cuente con recursos financieros razonables y a un nivel sostenible para que pueda lograr sus objetivos

### *El panorama de las reformas en la región*

¿Qué pasa con ese panorama o con ese tipo de movimiento en la región de Latinoamérica. En 1994 hubo una reunión que fue una de las Cumbres de las Américas, en Miami, y dentro de esta reunión de presidentes quedó explicitado, delegado a la Organización empezar efectivamente y de manera formal o institucional, a coordinar y establecer un proceso de monitoreo de esas reformas. Esto que nosotros veníamos acompañando de una forma empírica, acumulando datos y confeccionando registros de lo que estaba sucediendo, pasó a ser una atribución formal de la OPS a fin de estructurar un proceso de monitoreo de esas reformas.

En virtud entonces del mandato de la Cumbre de las Américas que delega esta función a la organización, la OPS asumió el desafío de estructurar y llevar adelante un proceso de monitoreo y acompañamiento.

#### EL MANDATO

Punto 17 del Plan de Acción de la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, señala la necesidad del monitoreo del progreso de las reformas del sector salud en los países del Hemisferio y decreta que la OPS coordine los esfuerzos hacia ese fin.

### Midiendo el progreso de la reforma

Es entonces cuando se empieza a ver la dificultad que existe en relación a organizar o enfatizar ese proceso de monitoreo. Desde entonces, desde 1994, la organización viene buscando a nivel técnico, interno, con contratación de otras áreas académicas, de otras instituciones de investigación, juntar *expertise* para poder formular un especie de estructura mínima consensuada, categorizada y que pueda después funcionar como un sistema de indicación. Además mejorar el tipo de publicaciones y de entrega de los datos y tendencias, buscando un perfil menos empírico y más consistente, extendiéndolo a la comunidad en general.

Para la construcción de esa estructura de medida en la organización, no como burocracia sino como *expertise*, se están haciendo *dos grandes bloques o categorías de monitoreo de las reformas*. Uno es el *seguimiento de los procesos*, es decir tanto lo que se da en la *dinámica* de los procesos de reformas, formas de negociación, cuestiones de estrategias, cuestiones de metas posibles o no en cada país. En segundo lugar, se busca medir y evaluar los *contenidos* de los mismos.

La otra gran categoría es la *evaluación de resultados*, es decir: se reformó, se mejoró y cuál es el resultado de equidad, de eficiencia, de eficacia, cuál es el resultado real en términos de respuesta social de esa reforma.

#### MIDIENDO EL PROGRESO DE LA REFORMA

- Seguimientos de los procesos
  - \* a) Dinámica
  - \* b) Contenidos
- Evaluación de resultados

De una manera amplia, en relación con la parte de la *dinámica* se está buscando identificar, sistematizar el diseño de las reformas. Cómo se dan los procesos de negociación entre los actores, cómo se da el proceso de implementación y cómo se arma un proceso de evaluación interno de una determinada reforma. Por ejemplo, para ser más específicos, creemos que el Ministro Mazza presentó claramente el tema de los procesos de negociación, pero no está escrito o sistematizado cuál es el diseño o cuál es el proceso de evaluación del proceso de reforma que está teniendo lugar en Argentina. Entendemos que es necesario montar sistemas indicadores y acompañar cada una de esas categorías.

#### MIDIENDO EL PROGRESO DE LA REFORMA

- Dinámicas
  - \* 1. Diseño
  - \* 2. Negociación
  - \* 3. Implementación
  - \* 4. Evaluación

En relación a *contenidos*, cabe preguntarse qué pasa con los marcos legales de las reformas, qué pasa con la cuestión de los aseguramientos, con el rol de los Ministerios, cómo se están preparando o cambiando su rol, cómo es la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, cómo se dan los procesos de descentralización, de participación social y control. Cada uno de esos capítulos merece ser monitoreado en los casos de reformas que se están dando en la región.

Existe otro grupo de *contenidos* relacionados a temas como financiamiento y gasto, calidad de atención, recursos humanos, tecnología.

#### MIDIENDO EL PROGRESO DE LA REFORMA

- Contenido
  - 1- Financiamiento y gasto
  - 2- Provisión de servicios
  - 3- Modelos de gestión
  - 4- Recursos humanos
  - 5- Calidad de atención y evaluación de tecnologías en salud

## MIDIENDO EL PROGRESO DE LA REFORMA

- Contenido
  - 1- Marco legal
  - 2- Derecho a la salud (mecanismos de seguros)
  - 3- Rol rector
  - 4- Separación de funciones
  - 5- Desconcentración y descentralización
  - 6- Participación social y control

A grandes rasgos se puede decir que dentro del conjunto de estas categorías de contenidos, algunas son naturales del sector salud, a veces de forma más o menos eficiente, más desarrollada o menos desarrollada, pero tienen una cierta tradición. Otras en cambio son completamente nuevas y son desafíos que tienen que ser identificados y desarrollados para poder llevar adelante y monitorear, sea a nivel regional o del país.

En el caso concreto de las provincias argentinas ¿cuál sería el monitoreo que el nivel nacional tendría del proceso de reforma de las provincias? Para eso es necesario desarrollar esa metodología, esas estructuras de las que hemos estado hablando, y formar, contratar o capacitar los recursos humanos necesarios.

Finalmente en cuanto a la medición de resultados, ello implica medir equidad, eficiencia y calidad, control social de ese sistema, sostenibilidad financiera y desde ya participación social.

## MIDIENDO EL PROGRESO DE LA REFORMA

- Evaluación de resultados
  - \* 1- Equidad
  - \* 2- Eficacia y calidad
  - \* 3- Eficiencia
  - \* 4- Sostenibilidad financiera
  - \* 5- Participación social

## Ambito de ejercicio

A medida que se va desarrollando, el desafío se extiende en forma conjunta no sólo a la OPS, sino a todos los países participantes en las reformas regionales. La organización está intentando desarrollar ese cuerpo, esa metodología de comparabilidad. La importancia de hacer esto y de delimitar el ámbito del ejercicio obedece entre otros motivos a la necesidad de efectuar análisis comparados, establecer sistemas de conversiones, dar instrumentos más nítidos para los tomadores de decisiones, etc. Dominar este tipo de cosas es importante en relación con un espectro de posibilidades de acompañamiento.



#### AMBITO DE EJERCICIO

- Marco común que permite análisis entre países
- Apuntado a proveer retroalimentación a quienes desarrollan políticas y normas y quienes las implementan
- Pragmático más bien que exhaustivo
- Muestra representativa periódica que le permita a los "*stakeholders*" observar el progreso y los efectos
- Factible y sostenible

#### Las mayores restricciones

Hablar de reforma, se habla, se describe, hay muchas publicaciones pero cuando se comienza efectivamente a empezar intentar sistematizar y crear un sistema comparable, y diseñar e implementar un sistema de indicadores y tener el poder efectivo de monitorear sin ser una cosa totalmente empírica, se ve la dificultad que existe.

Hay una heterogeneidad de los procesos de reforma del sector salud, que es importante, porque durante mucho tiempo se hablaba de "la reforma" como si fuera una sola reforma o como si existiese la reforma que era buena y que tenía modelo. No es así. La verdad es que son varios procesos, situaciones y las reformas y dependen de las situaciones culturales de cada país. Es muy heterogéneo el proceso. Basta comparar en América Latina donde existen desde el sistema cubano al sistema Americano y Canadiense. Es decir existen y coexisten un modelo neoliberal total, de mercado total, el socialista cubano, el modelo alemán argentino brasileño de obras sociales, lo que sucede es que cada una de esas coyunturas está a su vez en proceso de reforma y buscando mejorías, ya que ninguno de ellos se da como satisfecho.

#### MAYORES RESTRICCIONES

- Heterogeneidad de los procesos de la reforma del sector salud
- Falta de marcos, indicadores, sistemas de información y capacidad institucional para medir el desempeño de los sistemas de salud de los países.

#### Los límites de la atributabilidad

Hay una primera identificación del intento de hacer esto que son los límites de atributabilidad que está relacionada en primer lugar con la dificultad para establecer una relación válida de causa y efecto entre lo que se tuvo como resultado en función de la reforma. Esta dificultad es mayor cuando se trata de medir impacto y resultados, que es una tarea de gran complejidad y falta concretar.

## LOS LÍMITES DE LA ATRIBUTABILIDAD

- Difícil establecer relaciones causales entre cambios estructurales y/o funcionales introducidos por las agendas de reforma, y los cambios en general del desempeño de los sistemas de salud
- Aún más difícil atribuirles resultados específicos o impactos en términos de consecuencias en salud

### *La iniciativa de la reforma del sector salud de Latinoamérica*

En cuestión del desafío, del mandato que hubo para la OPS y de la atribución que la organización tiene ahora, lo fundamental estuvo referido tanto a dar una respuesta efectiva al mandato recibido, como de movilizar la construcción de una metodología de monitoreo. Ante las dificultades con que se encontró en ese primer momento, la organización creó un sistema que se llama *Iniciativa de la Reforma del Sector Salud en América Latina*.

Esto se está haciendo mediante una articulación con apoyo del USAID, que colocó para este proceso 7 millones de dólares, en tanto que la OPS está poniendo 2.5 millones. Esto redondea unos 10,2 millones de dólares, con instituciones que son académicas o de investigación de punta en determinadas áreas de la región para estimular a partir de la investigación, la formación y la capacitación, dar capacidad de financiamiento y expandir el *expertise* a los países, a través de un proceso que tiene que ser de negociación, para ayudar y estimular cada vez más la definición, categorización y sistematización de ese proceso, a fin que dentro de algún tiempo de una forma consensuada se pueda llegar a tener un modelo capaz de acompañar.

## LA INICIATIVA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD DE LATINO-AMÉRICA

- Un esfuerzo conjunto entre USAID y la OPS de 10.2 millones de dólares sobre un período de 5 años para el desarrollo de mecanismos de apoyo regional para los procesos de Reforma del Sector Salud en los países de las Américas
- Sociedad entre la OPS, PHR, DDM y FPMD para llevar a cabo las actividades de la Iniciativa

Finalmente, deseamos destacar la importancia de tener ese tipo de monitoreo, de comparabilidad, ya que no sólo permite un mejor análisis social y científico, sino que también permite construir agendas de debates en relación con temas de las reformas, para la construcción de las reformas en cada uno de los países.

---

## **Reflexiones sobre la participación social en las reformas en América Latina**

---

**Ana Rita Díaz Muñoz\***

### *El consenso social en las reformas*

Sin lugar a dudas el lugar de la OPS en el monitoreo de los procesos de reforma es un espacio privilegiado, y pensamos que vale la pena plantear algunos temas a modo de reflexión de la presentación del Dr. Jouval.

En primer lugar conviene hacer una distinción que creemos fundamentada en la práctica, entre lo que llamamos reformas o procesos de reformas. Esto en función de los tiempos en que se juegan los cambios y el grado de consolidación de los consensos que llevan a legitimar estos cambios. Creemos además que hay diferencias y que cuando se habla de reformas no hablamos de una sola cosa ni de un solo tema.

En la mayoría de los casos observados en América Latina, si efectuamos el análisis desde una mirada o una perspectiva global y estratégica del sector salud, solamente unos pocos reúnen las condiciones necesarias para que se pueda hablar adecuadamente de reformas como procesos concluidos, como innovaciones o como transformaciones centrales en la organización de los sistemas de salud de los países.

Hablar de reforma en general, en el sector salud, supone una redefinición de roles típicamente en la relación público privado. Y en este sentido la dificultad local de visualizar nuestro propio proceso de cambio como un proceso de reforma, no es un dato menor.

Las voluntades no aparecen ni tan claras ni tan legitimadas socialmente y la experiencia parece darse como un proceso de hecho. El Dr. Jorge Remes Lenicov hacía referencia a que el sector salud era uno de los sectores sociales rezagados en relación a la reforma del Estado, y ubicaba esta reforma como parte de las reformas de segunda generación. Esto coincide con la impresión que tenemos los analistas de este tema. Muchas veces al analizar este proceso tenemos la impresión que los cambios van ocurriendo sin planificación o a pesar de la voluntad planificadora y no siempre en el sentido mentado por esta voluntad. Al respecto resulta interesante, ya sea como anécdota o como un indicador, el hecho de que en la página de Internet de OPS, en el ítem de reformas del sector salud, Argentina no tiene un documento propio. Esto contrasta con el caso de Chile, Brasil o Bolivia, entre otros países que sí lo tienen y pueden mirarse a sí mismos, observar, estudiar y analizar sus procesos como procesos de reforma, y pueden dar cuenta de ello.

\* Lic. en Sociología. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

## *Los instrumentos*

A partir de esta mirada general de la OPS, queremos profundizar el análisis del rol de la participación social en este proceso. Podemos señalar que los sistemas son lo suficientemente variados en la práctica, como para ameritar la afirmación que no es posible identificar un rol adecuado para cada uno de los actores. Del conjunto de los instrumentos a través de los cuales el Estado incide en las reformas del sector, la experiencia muestra que se suele operar fundamentalmente con tres:

- *la regulación de la actividad privada*
- *el financiamiento de los servicios*
- *la provisión de servicios a través de personal y servicios públicos.*

De tal manera se traduce en definitiva el replanteo de qué actividades y qué responsabilidades deben ser dejadas en manos del sector privado y cuáles otras actividades se ajustan más adecuadamente a la intervención estatal.

### Los objetivos

Se puede identificar un conjunto de objetivos reconocidos de todas las reformas:

- *mejorar las condiciones de salud*
- *reducir los costos*
- *satisfacer a los consumidores y a los proveedores*

Agreguemos que en forma sintética estos objetivos son expresados en función de lograr eficiencia, efectividad y sustentabilidad de los procesos.

### El rol crucial del Estado

Si bien señalábamos que no se puede identificar en general un rol adecuado para cada uno de los actores, se puede estar de acuerdo en que existe un conjunto relativamente acotado de actividades que deben dejarse en manos del Estado, ya sea en cuanto a su financiación o su provisión. Y estas son las actividades que en definitiva dan cuenta en gran medida de los términos o condiciones de vida y de salud como resultados de las mismas.

Esas actividades son realmente importantes para las poblaciones de bajo nivel económico tanto desde el punto de vista epidemiológico como económico, por ello en los casos donde hay alta incidencia de condiciones de pobreza la intervención estatal, a nivel de provisión y de financiamiento resulta crucial. Al respecto resulta muy oportuno el análisis que hace de la reforma sectorial la OPS, enfatizando o contextualizando el marco de las reformas del Estado de modo general y amplio, ya que estos procesos más generales le otorgan un valor particular o específico a lo que ocurre en el campo de la salud. En este marco también aparece como pertinente el análisis que se hace de las políticas de salud, o las reformas del sector salud, en el conjunto de la reforma de la política social del Estado en cada país. Este resulta un tema que en el campo de la salud solemos soslayar, en función de focalizar nuestro análisis en los aspectos sectoriales más específicos. Una de las consecuencias de este enfoque restrictivo, es que se pierde a veces la oportunidad de comprender más acabadamente el proceso de cambio del sector como un proceso de cambio político y social.

Volviendo al rol crucial del Estado en países con alta incidencia de pobreza, en el marco signado por restricciones presupuestarias y por la búsqueda de modelos de gestión más eficientes, aparecen resignificadas alternativas o herramientas propias de las reformas, tales como la privatización y la descentralización. Se enfatiza ahora en el caso particular de la descentralización, la inserción de estos procesos de democratización y ampliación de la participación y el involucramiento de la comunidad, propio de las sociedades pluralistas. Esto lleva a enmarcar la reforma del Estado más en general y a revalorizar la esfera social.

Si bien se pueden entender que estas estrategias permiten disminuir la brecha en la ejecución de la política social que tiene el Estado, debe quedar claro que como estrategias restrictivas, al eliminar ciertas actividades del Estado, imponen a su vez la asunción de otros roles u otros compromisos. La privatización restringe el rol proveedor, pero demanda para el logro de la estabilidad macroeconómica y la estabilidad, el incremento de la función reguladora.

La descentralización, entendida en este marco, adquiere un nuevo significado como estrategia de revalorización de lo social. Exige para que el proceso sea exitoso, el desarrollo de nuevas modalidades de gestión que involucren fuertemente la participación. Creemos que esta dimensión ha sido poco destacada en el análisis y en la práctica local.

Finalmente, en este sentido y dado que la OPS ha indagado bastante este tema, entendiendo que a través de las reformas se busca modificar la forma de operar las funciones de rectoría, organización, provisión y financiamiento de los servicios dentro de los sistemas de salud y que con relación a la función rectora se trata de establecer el liderazgo y la capacidad normativa de los gobiernos para regular las nuevas modalidades de participación social en el financiamiento y provisión de servicios, creemos que sería de interés recabar un comentario final del Dr Jouval respecto *al papel que le están asignando a la participación social en la práctica, y cuál estiman que es su incidencia en los resultados que se observan.*

---

## La participación social en los procesos de reforma

---

**Henry Jouval\***

Creemos que en el proceso de reforma de la Argentina se están dando cambios profundos. Se han tomado medidas estructurales, algunas de ellas muy fuertes que están rediseñando el sistema.

No obstante, tal como vemos la situación, ese proceso no está debidamente registrado ni sistematizado, es decir si bien es cierto que las personas que están viviendo dentro del sector probablemente tengan una visión cercana muy clara, esto no se acompaña de una toma de distancia para hacer una foto dinámica de lo que está pasando, sistematizar más la experiencia en sus puntos vitales y reunir elementos para poder llevar un registro y crear agendas de debate para afuera del sector. Entonces son procesos internos, experiencias que se dan dentro de las áreas técnicas, pero que no están suficientemente categorizadas en grandes capítulos o en grandes disyuntivas para poder pensar y construir un debate más allá del propio sector, o de la propia área técnica.

A veces, no sólo en Argentina sino también en otros lugares, se dice que para tener mejor gestión y mejor gerencia es necesario cambiar el modelo. Creemos que tener mejor gerencia o mejor gestión no implica necesariamente tener que cambiar el modelo. La cuestión del financiamiento es un debate que tiene que darse, tiene que estructurarse porque el problema del financiamiento en cuanto a cómo es la estructura del mismo, es llevar a definir la equidad del sistema más que las medidas de racionalidad. Entendemos que hay falta de ese tipo de análisis. Existen más descripciones de la parte organizativa, de la parte de la dinámica, de la administración, de la gestión, pero la cuestión del financiamiento no está suficientemente analizada y desarrollada.

En lo referente a la participación, pensamos que no se están haciendo estrategias para una participación en el sentido de control social, y en ese aspecto vemos que hay una diferencia grande con el proceso que se da en Brasil. Esto debe contextualizarse con una historia totalmente distinta en cada país, pero es cierto que allí se observa una mayor definición, una preocupación clara de construir un proceso de participación social y control social muy grande desde el nivel central hasta el sistema municipal. Creemos que en la cuestión del control social, uno de los elementos que se podrían utilizar y movilizar más es la cuestión de la defensa del consumidor. Esto implica buscar mecanismos, estrategias, formas para que exista mayor participación movilizadas a través de los mecanismos de defensa del consumidor. Es otra alternativa de control social importante, principalmente en la cuestión de prestación de servicios.

La propia OPS no está realizando esta tipo de estrategias pero para quien trabaja con sistemas de regulación de mercados, mercados que claramente tienen que ser regulados, como el de los medicamentos, esa práctica ya es una práctica legitimada y consolidada en cuanto a su necesidad e importancia. En definitiva, creemos que es un elemento interesante, un elemento a incorporar sobre todo para modular y optimizar la relación público privado, que puede perfeccionarse, pero no está siendo utilizado en la regulación y la aplicación de la gestión de los servicios, desaprovechándose la potencialidad del mismo.

\* Representante de la Organización Panamericana de la Salud Argentina

---

## Jorge Ochoa

---

### *Introducción*

Consideramos que dado el tema del panel, el estado de las reformas, y su repercusión en salud, seguramente en este congreso íbamos a tener la visión de los funcionarios, de los técnicos, de representantes de organismos nacionales e internacionales sobre este tema. Nuestra inquietud fue entonces recabar algo íntimamente relacionado al impacto de las reformas en la salud: la opinión de los médicos. Con esta idea, mandamos notas a entidades médicas de América Latina, que tienen una muy importante historia en lo social, lo sanitario y lo político que corresponde al gremialismo. Habitualmente tenemos contacto fluido con la mayoría de estas entidades, ya que estamos recreando la Confederación Médica Latinoamericana.

Concretamente nos comunicamos con el Colegio Médico de Chile, que es una entidad que agrupa a todos los médicos de ese país, porque es de afiliación obligatoria, con el Colegio Médico de Perú y la Asociación Médica del Perú, con la Asociación Médica de Colombia, la de Venezuela y el Colegio Médico de Bolivia, con una respuesta muy positiva por parte de todos.

### *Las situaciones de la reforma*

#### Venezuela

La situación más conflictiva se da en Venezuela, donde entre el Instituto Venezolano de Seguridad Social, y la Federación Médica de Venezuela hay una convención colectiva de trabajo desde hace muchos años y que en este momento el gobierno quiere dejar de lado. Es una convención colectiva que está vigente y eso determinó que el 6 de agosto de 1998 tuviera lugar un paro por tiempo indefinido en toda Venezuela, con el agravante que según la federación médica venezolana el gobierno en vez de tratar de atemperar la situación, la está excitando y profundizando cada vez más. Tenemos entendido que hay desplazamientos masivos de médicos y los quieren llevar a lo que ellos llaman la hora cero, que es que se interrumpan los servicios de emergencia., como consta en las proclamas que enviaron los compañeros de Venezuela.

#### Colombia

La situación de Colombia es muy interesante y del abundante material que se nos hizo llegar, conteniendo un estudio muy detallado y profundo, muchas hojas, extractamos sólo algunos títulos y un párrafo para dar una visión general de la situación:

- La ley 100 de 1993: "*El fracaso de otra utopía*", "*Contradicciones filosóficas*", "*Injusticia profesional, problemas económicos, incumplimiento gubernamental*", "*Quiebra hospitalaria, alguna propuesta de solución.*"
- "*Cuando existen diferencias éticas sustanciales entre los actores de un macro proyecto que involucra áreas tan importantes como la salud y el bienestar humano, la posibilidad de éxito de una empresa está llamada a bordear el fracaso en cualquier momento. Pues una*

\* Médico. Secretario General de la Confederación Médica de Argentina. Vocal de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

*cosa es unificar la diversidad en aras de un objetivo común de nobles fundamentos y otro muy diferente partir de la famosa base: exijo el cumplimiento de tus obligaciones en nombre de tus principios y te niego tus derechos esenciales en nombre de los míos.”*

Perú

Una situación muy especial está ocurriendo en Perú, donde en los primeros días del mes de octubre vamos a hacer una reunión en la cual una de las propuestas que hay es tratar la posibilidad que se haga un paro de todos los médicos de América Latina en defensa de la seguridad social de sus respectivos países.

Veamos los indicadores en salud de Perú

- Esperanza de vida al nacer: 67.4 años.
- Tasa de mortalidad infantil: 43 por mil.
- Tasa de mortalidad materna: 261 por cien mil.
- TBC: 210 casos por 10.000 habitantes.
- Partos institucionales: 50%.
- Control prenatal, dos controles: 67%.
- Niños que ha recibido todas las vacunas: 63%.
- Médicos por habitante: 1 médico cada 950 habitantes.
- Camas por habitante 17.9 camas por 10.000 habitantes.
- Número de consultas médicas por habitante: 1.3
- Casos de SIDA por 100.000 habitantes: 3.8.
- Gasto público en salud como porcentaje del PBI 4%.
- Gasto público en salud como porcentaje del presupuesto 8%.
- Porcentaje de la población cubierta por el Instituto Peruano de la Seguridad Social: 22%.
- Porcentaje de la población atendida por el sector privado 0.6%
- Porcentaje de la población atendida por el Ministerio de Salud 60%.
- Fuentes de financiamiento del gasto en salud:
  - \* Contribución de bolsillo: 40%.
  - \* Empresas: 37%.
  - \* Gobierno: 27%.

Pero probablemente sea más significativo leer otras cosas relacionadas a la economía y la salud:

- Desempleo: 9%.
- Sub empleo: 52%.
- Empleo adecuado: 39%.
- pobreza: 46%.
- Extrema pobreza: 17%.
- Distribución del ingreso: el 5% de la población retiene 50% del ingreso nacional.

Del análisis de los indicadores expuestos, surge como primera cuestión el decidir sobre qué temas hay que encarar una política, si sobre estándares en salud o bien sobre estándares de la composición económico - social de la población.

Evidentemente en Perú parece que lo hicieron sobre la situación en salud, donde evidentemente se lleva a cabo una campaña de desmantelamiento de la seguridad social, situaciones tan



peculiares como por ejemplo trasladarles la responsabilidad incluso financiera, a la demanda. No estamos diciendo financiar la demanda, sino trasladarles la responsabilidad financiera de la cobertura a la demanda que no es lo mismo. Hicieron un sistema de salud por el cual las EPS, Entidades Prestadoras de Salud, que son las que van a tener de aquí en más algún parecido a lo que son las ISAPRES en Chile, tendrán una financiación real muy característica porque se ha decretado que el 25% de los recursos que los afiliados aportan al sistema de seguridad social de sus sueldos, pase a financiar estas entidades prestadoras de salud. Con lo cual los trabajadores están financiando las entidades y no tienen ninguna participación en el trabajo que hacen estas entidades. Bueno, además están decapitando la seguridad social porque permiten que el 10% de los afiliados que son los que realmente tienen mayores recursos se vayan del sistema y organicen otro y esto representa una desfinanciación de alrededor del 50% del sistema de seguridad social.

### Chile

Vamos a ver lo que dice Chile. Es interesante porque se dice que este modelo resulta exitoso en lo macro. Se refiere al modelo económico social imperante en Chile, que fue hecho a partir del gobierno de la dictadura militar y presenta graves deficiencias en términos de equidad. Así por ejemplo la diferencia de ingresos entre los más ricos y los más pobres del país ha aumentado en al menos tres veces, mientras que la diferencia entre el salario más bajo y el más alto supera las 40 veces. Esto coloca a Chile en una de las peores condiciones de América Latina.

El sistema de salud hoy vigente en Chile no tiene ninguna posibilidad, con su diseño estructural, de colaborar en la solución de estos problemas. El sistema público de salud otorga asistencia integral de salud incluyendo prevención, fomento y asistencia a todos sus beneficiarios. Esto está explicitado con toda claridad, el Estado cubre el 100% de las prestaciones porque cubre las prestaciones de asistencia médica y prevención en tanto que las ISAPRES están liberadas de todo lo que signifique la atención de las condiciones de educación en la salud, prevención, etc.

En resumen, el modelo económico vigente si bien representa una imagen macro económica exitosa esconde una profunda inequidad que ha determinado un agravamiento relativo de la situación de los pobres. La salud en Chile refleja esta situación con un perfil epidemiológico que muestra la existencia de severas diferencias según la situación económica. El sistema de salud perpetúa la inequidad con una asignación de recursos inversamente proporcional a las necesidades, se debate entre sus dos efectos extremos: la demora de la atención en el sistema público y el costo exagerado y la ineficiencia en el sector privado.

### *Reflexiones finales*

Hemos escuchado con mucha atención que ya se está reconociendo que nuestros indicadores de salud están muy por debajo de las expectativas de la OPS y de los recursos que empleamos en los mismos. Esto es un claro llamado a hacer algo al respecto, pero antes de focalizarnos directamente en el tema salud, entendemos que habría que ver cómo son los otros indicadores, sobre todo los atinentes a problemas sociales, económicos y políticos de la población.

Con respecto a esta implementación del nuevo sistema de salud, pensamos que en todos los campos se hizo por mecanismos que en el mejor de los casos son irritantes para el sector, por lo menos irritantes para el sector de aquellos que no nos queremos convertir, y que es una po-

lítica equivocada. De alguna manera, dejar afuera la opinión de sectores importantes con mucha gravitación en lo social y en lo político, como pueden ser las entidades médicas, mínimamente es un error estratégico, nos deja con las manos libres y nos induce a ir a la vereda de enfrente en donde incluso se pueden encontrar una serie de elementos como para arrojar impunemente, porque de alguna forma directa o indirecta nos han quitado la responsabilidad en lo que pasa en este momento. Esto se entronca con lo que sucede en Perú y la posibilidad de que intentemos hacer un paro de toda América para la defensa de la seguridad social, y significa incluso que nos están dejando la posibilidad que sean las entidades médicas las que realmente lleven adelante una política de defensa de los intereses de la gente porque somos los que realmente creemos que si no hay una seguridad social con los conceptos básicos de aportes de terceros, etc. etc., no hay accesibilidad de la atención médica en nuestra América, y no podemos hablar de calidad sino hablamos antes de tener una accesibilidad por lo menos satisfactoria.



# LA GESTION SANITARIA EN EUROPA

**Conferencista: Jaime Ginestal**

**Panelistas: Laura Lima Quintana, Manuel Alvarez**

**Coordinador: Mario Castelli**

---

## **La gestión en las reformas sanitarias en Europa**

**Jaime Ginestal\***

### *Introducción*

Europa son muchos mundos diferentes particularmente si se hace referencia a los antiguos países soviéticos. Nos concentraremos más en los quince países de la Unión Europea, aunque con algunas referencias a otros, y fundamentalmente y a modo de ejemplo, nos referiremos a los dos sistemas que conocemos mucho mejor que son el Español y el Británico, buscando extraer alguna lección de las experiencias en las transformaciones que han surgido en todos estos sistemas.

Una advertencia: muchas de las cosas que mencionaremos son, como decimos en España, perogrulladas. El Dr. Perogrullo es un personaje que tendría que tener un papel mucho más relevante, debería haber uno en cada Consejo de Ministros y en todo consejo de administración de empresas. Lo obvio, por su propia obviedad muchas veces se nos escapa. El resultado es que los árboles no nos dejan ver el bosque y nos empeñamos en diseñar sistemas complejos y muy afinados de gestión, olvidándonos de cosas muy importante y obvias. Bajo esta premisa, intentaremos ver los distintos bloques de actuación entre los diferentes agentes que ha producido la reforma, paso por paso buscando, ver las relaciones entre todos los agentes y dilucidando qué ha ocurrido.

Hay dos efectos que ocurren en todos los sistemas y no solamente en los sanitarios: el primero es el *efecto del gato de Chesire*, maravilloso personaje de Alicia en el País de las Maravillas, que tenía la facultad de hacerse desaparecer a sí mismo hasta dejar solamente la sonrisa colgando de algún sitio.

Cuando en los sistemas sanitarios se dice que las cosas tienen que mejorar y que todos tenemos que ser más eficientes y que todo el mundo va a ganar, las multitudes aplauden. En cuanto empiezan a decirse qué medidas hay que implementar y qué sectores tienen que mejorar,

\* Doctor en Económicas. Profesor y Vice Decano de la Facultad de Económicas del País Vasco. Miembro de la Junta Directiva de la AES España

porque obviamente si se puede mejorar es que alguien lo está haciendo mal, el aplauso va a ser menos unánime, porque aquellos afectados ya no aplauden.

Entonces en la medida que más gente tenga que cambiar sus hábitos para el cambio, el aplauso ya es muy reducido. Muchos de los cambios de los sistemas adolecen del efecto del gato de *Cheshire*, sólo enseñan la sonrisa de la reforma pero no enseñan ni las uñas ni todo el resto del gato porque generan mucha oposición, por lo tanto casi todos los sistemas tienden a decir que todo se va a hacer mejor pero sin decir cómo, porque esto último ya es bastante más difícil.

El segundo gran efecto que se produce en los sistemas, es otro efecto de inmovilidad es el que se llama *efecto QWERTY*, que son las primera letras que aparecen en el teclado de cualquier computadora. ¿Por qué esta disposición de las teclas? Pues la razón es que las teclas más usadas están hacia los bordes del teclado y las menos usadas están en el centro, porque antiguamente con las máquinas de escribir de varillas las letras más usadas hacían que las varillas se trabaran en el centro.

Hoy en día con las computadoras esto no tiene ningún sentido, es más este teclado no es ergonómico y es mucho menos eficiente que otro teclado, sin embargo ninguna computadora ha cambiado el teclado porque hay una resistencia feroz al cambio. Ni los fabricantes de teclados, ni sus usuarios, aún reconociendo que el cambio sería bueno, están dispuestos a cambiar.

Casi todos los sistemas tienen estos dos tipos de efectos muy bien delimitados y muy potentes. Hay una resistencia al cambio mientras nos afecte y hay una resistencia al cambio incluso aunque no nos afecte, porque la costumbre es muy importante. Trajimos este concepto en la introducción, porque en cierto modo es el marco donde se inscribe la mayor parte de los temas que trataremos a continuación.

#### PROBLEMAS INICIALES

- EFECTO GATO DE CHESIRE: Ninguna reforma es percibida como buena por un grupo si ese grupo ha de "mejorar" su rendimiento.
- EFECTO QWERTY: Toda reforma tiene oposición aún si es percibida como buena.

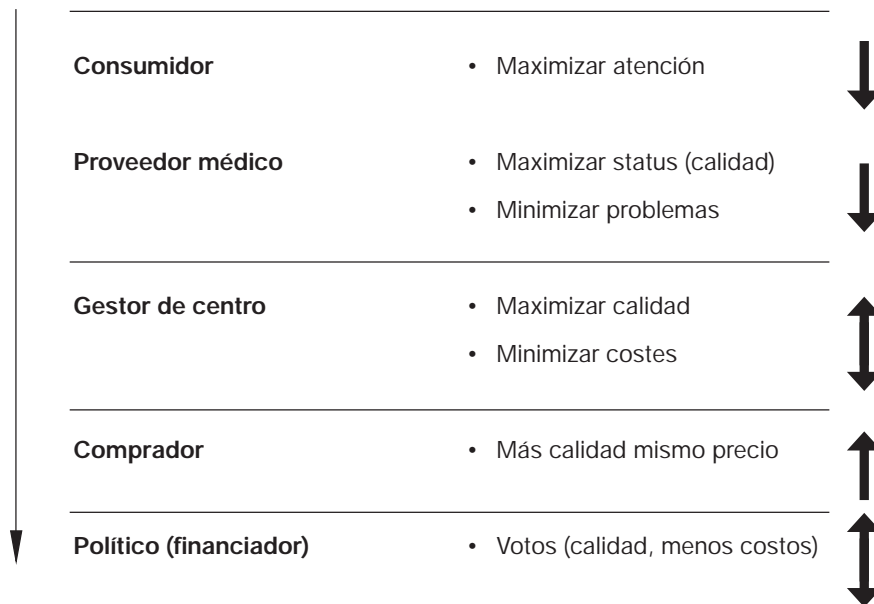
### *¿En qué se han basado las reformas?*

Las reformas se han basado en lo que se han llamado los *cuasi mercados*, que se atribuyen a los ingleses pero es un invento de un profesor americano que se llama Einthoven y el planteamiento es muy sencillo:

- Los consumidores intentan maximizar la atención que reciben y por lo tanto presionan al nivel superior que es el proveedor médico a aumentar el gasto.
- El proveedor médico quiere maximizar su status, que haya más calidad en su centro y minimizar problemas, como todo profesional y por lo tanto presiona el gasto hacia arriba.
- El gestor del centro, por un lado quiere maximizar la calidad de su centro y por lo tanto presiona el gasto hacia arriba pero tiene un componente para bajar los costos, y éste es el primero de la cadena, a frenar un poco el gasto y a poner un poco de orden porque quiere minimizar costos y porque quiere desarrollar su labor de gestor.

- El comprador quiere más calidad por el mismo precio, y es el que más empuja los costos hacia abajo.
- El político como el gestor del centro es un poco esquizofrénico, por un lado los votantes lo empujan a que gaste más y por otro lado sabe que por su política económica no puede hacerlo.

#### CUASI MERCADOS Y TENSIONES



La idea de la reforma es cómo podemos separar estos componentes de tal manera que aprovechemos las inercias y las contraposiciones, para introducir eficiencia en la gestión y pueda controlar el gasto. Porque si todo esto forma un bloque conjunto hasta el consumidor, como sucede en casi todos los países de sanidad pública, entonces el político, el comprador, el gestor y el proveedor médico formarán parte de un mismo aparato, presionados por los consumidores. El efecto era siempre aumentar los costos, es decir nos dice la experiencia que las flechitas que tienden a anularlo desaparecían siempre, dentro del sistema. La consecuencia es que había que separarlo.

### *Relaciones que en la reforma se pretenden entre los agentes del sistema sanitario*

Uno de los pocos rasgos comunes que ha habido en la sanidad de Europa de los quince, de los muy pocos que podemos decir que han ocurrido, es la *descentralización*, es decir se ha ido descentralizando hacia gobiernos locales. Porque la jerarquía pública diluye mucho las responsabilidades, cuando hay mucha jerarquía se dispara el gasto, como vimos antes, por lo tanto la primera medida es descentralizar.

Se dice que la descentralización es buena y de hecho ha tenido efectos bastante buenos en casi todos los sitios porque se ajusta más a las preferencias locales, esto es fundamental. No hace una sanidad homogénea sino que atiende a la particularidad, es un control mucho más directo,

se sigue mejor y sobre todo recibe una presión más directa de los usuarios. Sin embargo no todas han sido ventajas en la descentralización del sector público. Primero porque ha habido muchos problemas en qué descentralizar, los ingresos, la planificación, la financiación. Poco más adelante, cuando esté terminando veremos que la decisión de descentralización que se tome, lejos de ser baladí, lo que hace es tener repercusiones importantísimas sobre todo el resto del sistema.

#### DESCENTRALIZACION – ESTADO

Uno de los pocos rasgos comunes es la descentralización del Estado

Descentralización: ventajas

- La jerarquía pública diluye responsabilidades y tiende a disparar el gasto.
- La descentralización de un bien local es más eficiente en teoría.
  - \* Más ajuste a preferencias locales
  - \* Control más directo
  - \* Mejor seguimiento
  - \* Presión más directa del usuario

Veamos luego qué inconvenientes nos puede plantear la descentralización:

#### DESCENTRALIZACION – ESTADO

Descentralización: inconvenientes

- ¿Qué descentralización?
  - \* Recaudar ingresos
  - \* Planificación
  - \* Financiación
- Necesita una estructura previa.
- Puede producir diferencias entre regiones
- La financiación puede marcar parte de la estructura e incluso (caso de Noruega y España) disparar el gasto.

En primer lugar, vemos que puede introducir diferencias y las diferencias nunca están bien vistas entre regiones a pesar que sea una de las ventajas. En segundo lugar en España y en Noruega ha ocurrido que había una historia previa en la que los gobiernos locales tuvieron tendencia a decirle a sus ciudadanos: *“Tenéis mucha menos sanidad de la que os merecéis, pero como esto no lo controlo yo, lo controla Madrid (u Oslo), pues realmente ya luego vamos a gastar más.”* Y en consecuencia se han abierto déficits muy importantes cuando se ha descentralizado.

Es decir que en la descentralización hay que tener mucho cuidado en dos cosas: primero tener las estructuras necesarias, es decir un Estado no se puede convertir de centralista a federalista de un día al otro, pero sobre todo atender el tema de la financiación, introducir, cuando se descentraliza la sanidad lo que se llama corresponsabilidad fiscal, es decir que uno le tenga que

explicar a los ciudadanos que si quieren más sanidad están en su derecho, pero tendrán menos carreteras.

### *¿Qué relaciones tiene el Estado con la aseguradora?*

Básicamente había dos sistemas en todo Europa. Uno era el modelo Bismark de aseguradoras y otro el modelo de Servicio Nacional de Salud financiado por impuestos y en el que el Estado es en sí mismo el asegurador. Es una aseguradora pública, única pero no del todo y los otros son modelos de seguros cuasi privados.

#### **Estado – Asegurador**

Dos sistemas básicos

- **Modelo Bismark**

\* Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda y Luxemburgo

- **Modelo servicio nacional de salud**

\* Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia

En la práctica se parecen mucho, pero podemos hacer diferencias a efectos taxonómicos: Austria, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Luxemburgo obedecen al primer grupo y Dinamarca, Reino Unido, Suecia, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Portugal, Italia al segundo.

¿Qué relaciones hay del Estado con el asegurador?

Incluso en los países Bismark, es decir donde las aseguradoras compiten, el seguro ha llegado a ser casi público porque se ha llegado a regular y a subvencionar tanto este tipo de seguros que al final las diferencias con un seguro público único no son tan relevantes. Existen pero no son definitivas.

Para hacer un poco más de descripción de los fenómenos que están ocurriendo, excepto en Alemania y Holanda, los seguros son obligatorios. Es decir todo ciudadano tiene obligación de estar asegurado. En Alemania, por encima de cierta renta pueden tomar un seguro privado pero de nuevo es obligatorio tomar ese seguro privado. Y sólo en Holanda pueden optar por asegurarse o no según quieran y ésta es quizás una de las pocas excepciones. Para hacernos una idea de los países tipo Bismark, en Bélgica hay 6 aseguradoras distintas compitiendo, 11 en Luxemburgo, 16 en Francia y 53 en Holanda.

¿Cuál es el problema que han encontrado estos sistemas? O bien que ha habido una selección adversa, es decir que había aseguradoras que se quedaban con los riesgos malos y tenían problemas de subsistencia financiera o bien que para evitar este tipo de cosas lo que hacían las aseguradoras era intentar llevarse los riesgos malos fuera de sus aseguradoras.

¿Qué es lo que ha ocurrido? Que se ha llegado a regular mucho, por ejemplo en Alemania puede cambiarse de aseguradora. La aseguradora no puede rechazarlo, es obligatorio que acepte a cualquiera quien quiera ingresar, y por otro lado se ha inventado un sistema de subvenciones cruzadas entre las aseguradoras con riesgos buenos y las aseguradoras con riesgos malos.

¿Qué quiere decir esto? Que la intervención estatal está siendo tan fuerte que están desapareciendo muchas de las diferencias entre los modelos Bismark y los modelos de Servicio



Nacional de Salud. El único rasgo básico que podemos encontrar es que asegurarse es obligatorio con alguna excepción poco relevante. La conclusión mayor que podemos sacar es que la solidaridad ha prevalecido sobre la competencia. Entonces allí donde la competencia entre las aseguradoras podía llevar a lo que nos dicen los mercados que va a ocurrir, vale decir, gente con riesgos malos que debería pagar más primas, y si no podían ser identificados tendrían que salir de los seguros, y que las primas se ajustarían a los riesgos, etc. etc. A pesar de la imposibilidad que esto ocurra, cuando ha ocurrido por ejemplo por falta de información, entonces ha habido una intervención estatal para que primara la solidaridad sobre la competencia.

#### ESTADO - ASEGURADOR

- Incluso en los países con sistemas de aseguradoras en "competencia" el seguro es cuasi público (regulación y subvención)
- Excepto en Alemania y Holanda el Seguro es obligatorio. En Alemania por encima de cierta renta deben tomar un seguro privado (20%) y en Holanda pueden optar por no asegurarse (40%)
- ASEGURADORAS
  - \* 6 en Bélgica, 11 en Luxemburgo, 16 en Francia, 24 en Austria, 53 en Holanda, 1.100 en Alemania.
- "DESCREMADOS" - SELECCIÓN ADVERSA
  - \* Regulación, subvenciones a compañías con riesgos "malos", posibilidad de cambiar de aseguradora sin que la compañía pueda rechazar.

¿Esto implica un seguro público?


Creemos que no, pero lo que sí implica es una intervención y una regulación muy fuerte, como de hecho ha ocurrido en Europa en todos los sistemas donde las aseguradoras compiten entre sí. Es decir: la competencia sí pero menos, muy descremada, tal es como se está dejando actuar a la competencia entre aseguradoras.

¿Cuál es el papel del sector público?

El papel del sector público es fundamental y lo que es más importante, como se suele decir la sombra del Estado es muy alargada y dada esta opción, se va a alargar toda la sombra, sobre todo el sistema de incentivos, como vamos a ver luego, en los contratos con hospitales y en los contratos con los médicos de atención primaria.

Este hecho es fundamental y clave en todo el sistema. Es una decisión política, no es una decisión que dicte el mercado, pero que una vez tomada afecta absolutamente a todo lo demás que vayamos a hacer.

## ¿CONCLUSION?

- LA SOLIDARIDAD PREVALECE SOBRE LA COMPETENCIA
- \* ¿  ? Seguro público
- PAPEL DEL SECTOR PÚBLICO
- \* Se arrastrará sobre todas las relaciones entre los diversos agentes

***Relaciones entre los compradores y los proveedores***

Pasamos a la relación que existe entre el comprador que puede ser la aseguradora privada o cuasi pública, o bien la autoridad local, o bien el médico de atención primaria que es el depositario de los fondos como en Gran Bretaña, el comprador, al que ahora podemos llamar el comprador y los proveedores.

¿Cuál es la relación entre esos dos bloques que veíamos en el primer diagrama, es decir entre los compradores y los proveedores? ¿Cuál es la teoría? Esta es la base, desde luego de la reforma, la contratación entre compradores y proveedores *busca responsabilidad separada*, esta palabra es clave. Si tenemos responsabilidades separadas fomentaremos cierta competencia porque *estimula la competencia* y por lo tanto se *contendrá el gasto* y habrá una *mayor eficiencia*. ¿Por qué? Porque si ya hemos asegurado la solidaridad vía seguro, es decir no pagar más porque se tenga menos salud, sino porque se es más rico, pues ahora nos encontramos con la segunda parte de la reforma, la búsqueda de eficiencia.

¿Con qué nos encontramos? Con problemas graves de definición y medición de los resultados. No sabemos muy bien cómo medirlos, como luego veremos.

**Comprador (autoridad o seguro) y proveedores**

- La contratación entre compradores y proveedores busca responsabilidades separadas, de manera que se fomente mediante la competencia la contención del gasto y una mayor eficacia y eficiencia (La solidaridad se garantiza mediante la financiación).
- \* Definición de los resultados (medición).
- Incentivos implícitos y explícitos (implementación del contrato).

Y va a depender sobre todo de qué incentivos, bien implícitos o bien explícitos, se establezcan en los contratos. Cada contrato genera un tipo de *incentivos* en cada uno de los agentes y lo que vamos a intentar ver qué tipos de incentivos se están generando mediante estos contratos.

El modelo Bismark ya tenía incluida la competencia entre proveedores y aseguradores, por lo tanto no ha habido reforma. ¿En realidad no ha habido una reforma en los sistemas Bismark? Pues sí, ha habido una reforma muy fuerte. Todo el mundo está de acuerdo con que a pesar que el modelo de los sistemas Bismark se parecía bastante al modelo de competencia de Einthoven, la cultura de la eficiencia era algo auténticamente ajeno al mundo sanitario, incluso en estos sistemas. A una aseguradora alemana o a un médico alemán hablarle de eficiencia o de contención

del gasto era algo que le sonaba tan extraordinariamente raro como a cualquier médico o cualquier hospital de un sistema perfectamente público, por lo tanto esto ha sido una revolución incluso en sistemas que ya tenían esa estructura que parecía de mercado.

En casi todos los otros países, en los que no son Bismark, sobre todo en Finlandia, Reino Unido y Suecia, se han puesto en marcha procesos de contratación, es decir procesos en los que se intenta hacer competir a los proveedores con mayor o menor éxito. El primer resultado, aunque no es muy fuerte, es que los contratos que hacen las aseguradoras públicas, las aseguradoras únicas públicas pueden ser menos detallados, con la excepción del Reino Unido.

***Fundamental, los médicos al final son los que llevan todo esto a la práctica desde el puesto donde se ejerce la atención sanitaria, por lo tanto qué incentivos se creen a los agentes siempre se reconoce como uno de los aspectos claves de la reforma.***

#### COMPRADOR (AUTORIDAD O SEGURO) Y PROVEEDORES

- En teoría es el modelo Bismark no S.N.S. (Sin embargo no había cultura de eficiencia ni de contención del gasto).
- Finlandia, R.U. y Suecia (sobre todo) han puesto en marcha procesos de contratación, pero casi todos los países tipo SNS están experimentando en mayor o menor grado con ella.
- Un primer resultado es que los contratos de las aseguradoras únicas públicas suelen tener menor contenido (sin embargo UK)

No abundaremos con respecto a la ***taxonomía de los pagos***: pagos por acto, salario o capitación. Solamente dos tipos de reflexiones. El pago por acto es una de las pocas cosas que se ha podido demostrar que genera muchas más actividad. Un estudio muy nombrado es que las tasas quirúrgicas en el Reino Unido, USA y Canadá difieren muchísimo para prevalencia de incidencia de enfermedades que son muy parecidas y hay tasas quirúrgicas mucho más altas en Estados Unidos, donde el pago es por acto. Por lo tanto es una de las pocas cosas que parece están claras.

La capitación que es lo que más se acerca al sistema confuciano que paga a los médicos por los pacientes sanos y no por los enfermos, pero vamos a ver cómo se engarza todo esto en la reforma. En primer lugar hay dos sentimientos muy generalizados: la contención de costos se lleva bastante mal con el pago por acto. Y otra sensación muy generalizada es que la eficiencia se lleva bastante mal con los salarios y la capitación, es decir con los sistemas prospectivos por más confucianos y metafísicamente interesantes que nos parezcan.

#### MÉDICOS

- Pago por acto
  - \* tasa quirúrgicas U.K. y U.S.A. para prevalencias e incidencias parecidas
- Salario
- Capacitación (Confuciano)

CONTENCIÓN COSTES VS. PAGO POR ACTO  
EFICIENCIA VS. SALARIO Y CAPACITACIÓN (PROSPECTIVOS)

Por lo tanto, los incentivos que se generan son fundamentalmente para que funcione todo lo anterior. Pero siempre que se hable de incentivos tenemos que recordar que los incentivos están puestos en una organización para que se cumplan los objetivos de la organización, ésta es la misión. Y los objetivos pueden ser muy perversos. Siempre recordamos una historia bastante graciosa acerca de un pescador que estaba en una barca pescando, cuando vio pasar una serpiente nadando con una rana en la boca, que obviamente había cazado y se iba a comer. Al pescador le dio mucha pena esa rana y le ofreció a la serpiente comida a cambio de que soltara a la pobre rana. La serpiente accedió y el pescador se quedó muy contento porque había hecho una buena acción, y le había enseñado a la serpiente no cazar ranas y ser buena merecía una recompensa. ¿Qué había pasado? Que mientras tanto la serpiente había ido a su madriguera y había dicho a otras serpientes: *“Escuchadme!! Que ahí hay un imbécil que por cada rana que cacéis os va a dar comida....Por lo tanto vamos a salir a cazar cuantas ranas podamos....”*

Esto es un ejemplo metafórico de situaciones que se suelen producir a menudo en la realidad, y es que se están incentivando cosas que pueden salir por cualquier lado si uno no tiene mucho cuidado en el *diseño de los incentivos*.

## Incentivos

Primero los incentivos hay que asociarlos a los objetivos finales y nunca a los intermedios. Un ejemplo práctico: en España se incentivó pagando muy bien a los cirujanos por la tarde para que se redujeran las listas de espera quirúrgicas. Las listas de espera han bajado pero no han desaparecido. ¿Por qué? Porque los cirujanos captaron que en realidad la lista de espera les da mucho dinero, entonces es imposible que se acaba la lista de espera, están viviendo muy bien a cuenta de ella. Y estamos hablando de comportamientos honestos, quiero decir que no hace falta que uno se lo plantee y piense cómo engañar a la gente todos funcionamos con este tipo de mecanismo, en la medida en que se me acabe el tajo, se me acaba el dinero y por lo tanto es muy importante el diseño de este tipo de incentivos.

Por otro lado los incentivos monetarios son los más importantes, no nos cabe ninguna duda, pero no hay que olvidar que con ningún trabajador por bajo que sea el desarrollo de su empleo, no digamos ya de profesionales muy altamente calificados como son los médicos, no se puede hacer un uso único y exclusivo de incentivos monetarios, porque puede llevar a todo tipo de problemas. La mayoría de los sistemas cuando no había ningún tipo de control, ni había ningún incentivo se mantenían por el prurito profesional de los médicos, y eso es muy importante mantenerlo y eso no se mantiene sólo con dinero. Y repito que los incentivos monetarios son fundamentales, pero que en exclusiva pueden ser realmente peligrosos.

## MÉDICOS

### Incentivos:

- Pueden ser perversos
- Hay que asociarlos, en la medida de lo posible, a objetivos finales, no intermedios (problemas de información para ambos tipos)
- Listas de espera
- Los incentivos no son ni pueden consistir sólo en mecanismos de pago

En definitiva, lo que es importante saber es que los sujetos tienen un incentivo muy importante con el trabajo bien hecho. Agradecer a alguien el trabajo bien hecho es un incentivo que es fundamental, conseguir que la gente se sienta a gusto dentro de la organización es un objetivo fundamental que no se nos debe olvidar.

¿Qué ocurre con los incentivos a los médicos?

Alemania y Francia son los más significativos. Allí es donde se ha pagado por acto. Qué es lo que ha ocurrido?. Se está empezando a regular precios, es decir la competencia es competencia, pero como nuestro objetivo es de solidaridad se empieza a alargar la sombra del Estado y se empiezan a regular los precios de la competencia con lo cual volvemos a que es competencia, pero menos. Y en segundo lugar se están haciendo restricciones al gasto total allí donde hay listas. Una vez que un médico tiene una lista tiene una restricción de gasto global, una restricción de precios. Volvemos a descafeinar bastante la competencia y sobre todo, y esta es una de las pocas revoluciones de las que hablaremos más adelante, creemos que se van a producir, se están introduciendo protocolos de referencia para evitar la demanda inducida, es decir el protocolo habitual en el caso de una enfermedad cualquiera es tal o cual. No quiere decir que sea exactamente que se tenga que hacer pero aquí tiene un protocolo de referencia. Y desde luego hay cosas que no se pueden hacer cuando el proceso es de este tipo.

En los países con sistemas prospectivos lo que se está haciendo es seguir el camino inverso, es decir desde los países con pago por acto se está yendo a que haya una parte que sea más fija, más prospectiva y desde los países que tienen elementos prospectivos se está yendo a que se introduzcan de alguna manera incentivos por objetivos.

En la introducción ¿qué ha ocurrido?. En Gran Bretaña no hay evidencia ninguna, o hay evidencia de que no ha ocurrido nada, en aquellos objetivos que se han incentivado de manera especial. Un ejemplo es la citología de cérvix, pero no ha cambiado la cantidad de servicios prestados. No creemos que esto sea un fracaso, vale remitirse de nuevo a la inmovilidad de los sistemas y a que las cosas no pueden ocurrir de una manera rápida.

Creemos que este es un cambio importante, el no caer en un exceso en un sitio ni en el otro, pero la lección más importante es quizás que no se puede pasar de un sistema a otro. Se puede querer ir a un sistema pero los lastres históricos hacen que para ir desde un punto hacia el otro, el camino más corto no sea siempre la línea recta, y desde luego el camino más corto es siempre despacio. Eso es una de las pocas cosas que hemos aprendido bien.

## MEDICOS

- PAÍSES CON PAGO POR ACTO (Alemania y Francia los más significativos)
- Regulación de precios.
- Restricción al gasto total.
- Introducción de protocolos de referencia (Demanda inducida)

#### PAÍSES CON SISTEMA PROSPECTIVO

- Están introduciendo en mayor o menor medida incentivos por objetivos.
- Introducción de incentivos por objetivos.
  - \* En Gran Bretaña no hay evidencia donde se ha estudiado (Citologías de cérvix) que hayan cambiado los servicios prestados.
  - \* En los países escandinavos los estudios sobre los sistemas de pago mixto no son concluyentes.

¿Qué es lo que ha ocurrido en los países escandinavos que han introducido también bastantes incentivos?. Bueno, que los estudios que han hecho no son concluyentes, no sabemos muy bien a qué atenernos, y la explicación que he dado antes es también válida para ahora. No es que no haya pasado nada, sino que aún está pasando.

¿Qué ocurre con los incentivos a los hospitales?

Vamos al meollo del tema que son los hospitales. En algunos países de Europa es el 75% del gasto sanitario, lo cual es una auténtica barbaridad. Hay varios modos de pagos pero de nuevo va a ocurrir, como en las novelas policíacas malas, el final antes de empezar, de nuevo va a ocurrir lo mismo que antes. Es que todos se han acercado tanto que son difíciles de separar. Los países con base histórica con ajuste prospectivo: España, Dinamarca, Francia, Irlanda han logrado contención de costos, es decir el pago histórico, o sea se da el pago del año pasado más un poco, quizás ajustado con alguna cosa, pero siempre con pago prospectivo. Han logrado reducir los costos mucho mejor que los otros países. Sin embargo han sido muy poco flexibles en cosas como listas de espera, rotaciones de camas, o cualquier otro indicador de *outputs* intermedios que se quiera tomar.

Vicente Ortún dijo una frase un día que a nos gustó mucho, y es que los economistas hemos levantado unos anticuerpos terribles en los médicos con la eficiencia. Con lo cual se ha inventado un concepto que es la "calidad", que si uno lo analiza detalladamente es la eficiencia que usamos los economistas sólo que llamada calidad. Y al respecto digamos simplemente que son perfectamente intercambiables la una con la otra en la mayoría de los casos.

#### HOSPITAL - FINANCIACION

- PAISES DE BASES HISTORICAS CON AJUSTES PROSPECTIVOS.
  - España, Dinamarca, Irlanda, Francia.
  - Contención de costes.
- Poca flexibilidad (Listas de espera, rotaciones, etc.)
- CASI TODOS LOS DEMÁS PAISES BASE PROSPECTIVA AJUSTADA POR ACTIVIDAD Y MEZCLA DE CASOS Y ALGUNA FORMA DE PAGO POR SERVICIO.
  - Reforzar la calidad y la eficiencia (Ortún).
  - La base suele ser días de estancia ajustados por volumen y calidad.

- CASUÍSTICA

- Alemania: contratos programa con las aseguradoras en base a días de estancia ajustados.
- Francia 90% de base prospectiva global con experimentos de ajustes por calidad (como en muchos otros países)
- Irlanda, Italia y Noruega: bases de volumen y calidad. Los hospitales pueden retener excedentes.
- En Austria pago por duración de la estancia (El mas cercano a pago por servicio). Se acaban cubriendo déficits.

¿Y cuál es la base de estos pagos? Suele ser la estancia, la estancia suele ser sistemáticamente la base y ajustado por algún tipo de volumen o de calidad.

Sólo un poco de casuística. Alemania, contratos programa. Francia, 90% base prospectiva con algún ajuste. En Austria, es el caso que más nos interesa, el pago por duración de estancia, que es uno de los pocos países que tienen algo parecido al pago por acto, se acaban de hecho cubriendo los déficits de los hospitales. Claro un sistema diseñado con pago por acto en el cual se acaban cubriendo los déficit es cuanto menos un incentivo perverso. Bastante perverso, pues si competimos por precio pero luego me cubren los déficits, algo nos huele muy mal.

## *La reforma en el Reino Unido*

Pasando entonces de notas muy generales, no obstante útiles, veamos el caso del Reino Unido para ver algo más concreto, un poco más meso en vez de macro. ¿Por qué? ¿Porque la única reforma que ha habido, que puede tener el nombre de tal es la del Reino Unido. ¿Qué es lo que ha ocurrido? En primer lugar ya se está haciendo la reforma de la reforma, cosa que por otro lado no es nada sorprendente porque vamos a tientas.

En segundo lugar, hay una opinión entre los actores del sistema sanitario de que la separación ha sido buena, es decir que una de las grandes ventajas que ha tenido la reforma es la separación de comprador y proveedor pero sin embargo la competencia no ha funcionado. Cuanto menos la frase es curiosa. Y luego se ha producido un descenso del poder de los hospitales. Un comentarista británico muy ácido decía que desde que los médicos de atención primaria tenían el dinero que iba a parar a los hospitales, uno de los efectos primeros que tuvo la reforma es que los hospitales felicitaran muy cariñosamente para las navidades a los médicos de atención primaria, quienes eran ahora los que empezaban a tener el poder de verdad o sea el dinero.

¿Cómo se financian los hospitales y qué problemas hay?.

Lo que se ha descubierto y se ha descubierto en España también, es otra perogrullada. La gestión del aumento es muy fácil, es decir que cuando se inyecta dinero es muy fácil gestionar eso. En el NHS británico y en España se inyectó mucho dinero en aquella época para la reforma, sobre todo vía listas quirúrgicas de espera. Pero en cambio es en la gestión de la disminución donde tenemos problemas y donde vuelve a aparecer la sombra alargada del Estado y hace que la competencia se anule. Porque los hospitales no se cierran y si alguno se ha cerrado ha sido un costo tan alto para que no lo haya repetido luego ningún gobierno. La NH cerró uno, y en

Inglaterra fue la noticia de apertura de los telediarios durante una semana y esto tiene un costo político terrible.

No obstante, es muy útil saber quién es ineficiente. El problema que tenemos es que una vez que lo sabemos qué hacemos con esta información. Pues esto ya no es tan fácil.

Entre otras cosas lo que están haciendo los hospitales británicos y los españoles es *financiación cruzada*, es decir si un servicio empieza a darles problemas los precios ficticios que se ponen en los contratos programas se bajan y en cambio se recortan de otros servicios, de tal manera que servicios más eficientes tapan o cubren servicios menos eficientes.

Con lo cual la información que se está generando de eficiencia o ineficiencia o de compra por servicios deja de tener importancia porque realmente en algunos servicios estamos pagando barato, pero cuando estamos financiando un servicio ineficiente porque otro lo está cubriendo, estamos pagando más caro servicios de ese hospital que se podrían pagar más baratos.

Otra lección que podemos aprender del Reino Unido es lo que ha ocurrido una vez que se ha generalizado la compra. Es decir, al principio cuando los *fundholders*, los GP o las autoridades locales iban a comprar eran muy poquitas, eran experimentales. Entonces iban a comprar a los hospitales, llevaban dinero, los hospitales les ponían alfombra roja, competían en costos, parecía que la cosa iba a funcionar muy bien pero, ¿qué ha ocurrido?.

Pues algo que nos parece muy tranquilizador a pesar que alguien diga que esto es lo que falla en la reforma. Y una vez que se ha generalizado y que casi todos los hospitales se financian mediante esta vía, lo de ir de compras se ha calmado muchísimo, es decir la gente se ha hecho más mayor, y no cambia todos los años de hospital ni intenta cambiar los términos del contrato cada nuevo año, es decir que las cosas se han vuelto más estables y se han reproducido muchas de las pautas anteriores. De nuevo, los sistemas son muy sabios y saben que si se va a reformar algo, hay que partir gradualmente desde el sistema anterior. Y esto lo ha hecho de manera espontánea el sistema con los compradores de servicios. Los compradores de servicios no van a comprar por ahí como locos a ver quién les da más barato. Esto es algo que ha ocurrido, que repetimos nos parece tranquilizador y es algo que sin embargo no quiere decir que haya fallado la reforma, las cosas han cambiado pero no mucho....

Segunda cuestión y esta es más importante. Se han producido fusiones allí donde algún hospital se veía amenazado. Unas encubiertas y otras descubiertas. Los médicos, los G P no quieren ver a los limones como se dice en economía, a los malos riesgos, los quieren todos afuera.

#### HOSPITAL – FINANCIACION - REINO UNIDO -

- Hospital financiación - Reino Unido.
- Reforma del Reino Unido
  - \* En este momento se está haciendo ya la reforma de la reforma.
  - \* Opinión: la separación es buena la competencia mala.
  - \* Se ha producido un descenso del poder de Los hospitales y de Los "consultant".(felicitaciones)
- PROBLEMAS
  - La gestión del aumento es fácil (como ocurrió en El NHS y en España) con el dinero inyectado (listas quirúrgicas de espera). La de la disminución es muy problemática.



- Los hospitales no se cierran o es a altos costes políticos (y muy pocos). Es útil saber quién es ineficiente...pero ¿Qué hacer?
- Financiación cruzada entre servicios.
- Una vez generalizada la compra se reproducen (aunque no del todo) las pautas anteriores. No se "va de compras" fácilmente.
- Se producen fusiones para organizar monopolios (fusión de Los dos hospitales terciarios de Leeds).
- Los compradores también descreman

## Los contratos

Los contratos. ¿Cuál es el problema de los contratos?. La importancia de un contrato es que es una manera de pactar con más o menos dureza los términos de un acuerdo económico. Esto tiene que ser implementable, dicho de otra manera se puede firmar el contrato que se quiera pero si esto no puede ir a ningún juicio ni a ningún estamento que decida, no vale para nada. Y esto es lo que está ocurriendo con la mayoría contratos programas en Europa, que no son implementables en ningún organismo ni siquiera administrativo.

¿Qué es lo que está ocurriendo entonces? Que sólo es presupuestario, por eso decía que no es tan importante a qué precios compramos en cada servicio, en realidad se está cubriendo un presupuesto global, es en todo lo que acaba el presupuesto de compras para todo el hospital. Todo eso está muy detallado pero como no es implementable se convierte en dar tanto por este volumen y esta cantidad y que el otro lo distribuya como quiera.

## CONTRATOS

### PROBLEMAS

- La "dureza" del contrato no tiene que ver con la precisión ni con los términos del mismo, sino con su implementabilidad.
  - \* Sólo es presupuestaria en El NHS. Sobregasto compensable en el ejercicio siguiente.
  - \* Ninguna en España.
- Se parece mucho más a una negociación global.
  - \* Zona de Bradford: 25 de los 150 técnicos se dedicaban a negociar contratos de septiembre a marzo.

### CUANTOFRENIA

- De nuevo la información clave.
- La presupuestación, casi siempre con ajustes, es la forma más utilizada.
- La politización de la financiación es inevitable. Hospital ineficiente se cierra no es computable. Decisión política .
- Dejemos que la política actúe pero minimicemos los problemas con ajustes al presupuesto.
- La evidencia dice que se ha reducido la estancia media y ha disminuido el incremento de presupuestos de personal médico

El sobregasto en Dinamarca hemos dicho que se cubre, en España se cubre, pero estamos hablando ahora del National Health Service, en él un déficit se puede pasar al año siguiente. **"Bueno, este año hemos tenido déficit, perdóname pero entonces lo ponemos en los costos del año siguiente"**. Se está convirtiendo en un pago prospectivo y se está convirtiendo en un pago global. En España en cambio no tiene ninguna implementabilidad.

¿A qué se parece mucho? A una negociación global, es decir a este hospital le voy a comprar tanto, con estas calidades y en global el precio es tanto. A esto es a lo que se han llegado a parecer los contratos programas. ¿Qué es lo que pasa? Es que a los economistas nos ha dado la cuantofrenia que es algo muy habitual, que como todos ustedes saben es el deseo incontrolable de medir, nos ataca muy a menudo y entonces por ejemplo algunas zonas, 25 de los 150 técnicos se dedican a negociar contratos muy detallados de setiembre a marzo. Este es un costo fabuloso, para que al final después de tanto detalle y de tanto contrato lo que se acaba haciendo es una financiación global de los servicios por volumen, pero es lo que está ocurriendo en el NHS.

¿Qué es lo que ha pasado con el NHS? De nuevo la información es la clave de todo el asunto, la presupuestación con ajustes es la forma de utilizar los contratos, la politización de la financiación es inevitable. Se está viendo en todos los países. La financiación es sobre todo un instrumento político. Hospital ineficiente se cierra, simplemente no es computable en el programa de la sociedad, y por lo tanto es una decisión política. Y esto es algo con lo que hay que vivir en casi todos los sistemas.

## ***Reflexiones finales***

Por lo tanto dejemos que la política actúe, no nos empeñemos que todo tiene que ser mercado, porque la política está actuando desde muy al principio. Pero minimicemos los problemas de las jerarquías burocráticas con ajustes al presupuesto y la separación. Estos son los dos conceptos claves.

Entonces no pensemos en mercado, sino en ajustes a la jerarquía burocrática. Dejando que el mercado entre, y hemos visto que de una manera muy *light* solamente en algunos aspectos. No todo es negativo, la evidencia dice que se ha reducido la estancia media, ha disminuido el crecimiento de los costos salariales, es decir se han contenido bastante costos.

Veamos algunas reflexiones:

Sin información no puede haber reforma. Así de sencillo. La reforma se basa en responsabilidades y para tener responsabilidades hay que saber quién ha hecho qué y para esto se necesita información. En términos de resultados finales, no en otros términos, esa información sí la hay, y guarda relación con la contabilidad. También es cierto que allí donde hay contabilidad pública se hacen inversiones que se disfrazan comprando fungibles a los laboratorios, las amortizaciones no están incurridas en contabilidad, es decir que es una contabilidad de aquellas. Contabilidad de verdad sería fundamental como primera prioridad, indispensable, para que haya una reforma para avanza la misión de los resultados intermedios y finales.

Creemos que la semántica es uno de los mayores logros de la reforma. Lo hemos sostenido en muchos sitios. Uno de los grandes impactos de la reforma es convencer a todo el mundo que iba a haber reforma. Incluso en países donde no hubo ninguna reforma, como España, el mero hecho de que todo el mundo se creyera que iba a haber una reforma, ha sido una reforma. Para cualquiera que conozca el sistema español de hace 15 años y conozca el actual, el cambio ha sido espectacular. Ha habido alguna reforma? No. Perdón, una importante, en atención pri-

maria, pero eso ha sido todo, y sin embargo el cambio es sustancial. Y esto nos llevará a algo muy importante, esta es otra de las reflexiones, se pasa a hacer mucho hincapié en contención de gasto o el concepto de eficiencia o calidad, pero se ha contenido el gasto.

Segunda reflexión, el concepto de calidad nos lleva nuevamente a la información. Esto sumado a conceptos como la medicina basada en la evidencia o el estudio de la práctica médica, está generando directrices clínicas y esta va a ser una de las grandes revoluciones de los sistemas sanitarios, la gestión clínica, creemos que esto va a ser lo más fundamental en las reformas, pero requiere información y coordinación internacional. Tiene que ser una evidencia muy internacional y esto es difícil de lograr. Pero se están dando los pasos porque todo el mundo está haciendo ya estudios de medicina basada en la evidencia, por lo tanto es algo que va a marcar directrices y que va a implicar la gestión clínica.

Algo que no se ha tocado. La coordinación con la atención primaria va a ser fundamental y sobre todo la globalización de los servicios, la atención a los ancianos en la casa que no tienen ninguna enfermedad, para ser ingresados es el problema del futuro y el problema que hay que resolver. Porque casi todos los hospitales están gastando un dineral en camas de agudos y este es un problema que irá creciendo.

La inmovilidad proviene de los elementos históricos por lo tanto no son importables los éxitos ajenos. Decían que el comportamiento de los hospitales en Gran Bretaña hoy en día es explicable según la reforma que sufrieron después de la segunda guerra mundial muchos de ellos. Es decir para saber exactamente lo que sucedió, hay que preguntarse ¿cuándo fue la reforma de los hospitales, dónde cayó?. Entonces uno puede seguir y leer bastante bien sus pautas, ya que puede seguir arrastrando estas inercias o estas reticencias durante años y años, y esto siempre hay que tenerlo en cuenta.

Se dice que las reformas son como los navegantes de aquella época colombina, en la que no se conocía el mundo, que iban navegando y que dependiendo del obstáculo que encontraran lo cartografiaban, seguían navegando y el siguiente sabía ya con qué obstáculo se habían encontrado, de tal manera que entre todos fueron haciendo una cartografía para saber básicamente donde iban porque tampoco tenían muy clara la idea hacia dónde iban. Y empezaron a saber dónde iban después de haber llegado, que es lo que le ocurrió a Colón, recordando la cita de Ginés González García en su conferencia inaugural. Pues aquí está ocurriendo algo parecido hay que involucrar a los pacientes y la clave es la negociación, la retroalimentación, la negociación con todos los agentes para corregir el rumbo y darse cuenta que si uno quiere ir a Australia en barco, la línea más recta no está a través de la barrera de arrecifes porque eso podría ser terrible.

## *Reflexiones*

- Sin información no puede haber reforma. La contabilidad de verdad (ejemplo español) y los avances en medición de resultados intermedios y finales son fundamentales.
- La semántica es uno de los mayores logros de las reformas.
- Se está pasando de hacer mucho hincapié en la contención del gasto al concepto de eficiencia (calidad). (una vez contenido).
- El concepto de calidad nos lleva de nuevo a la información. Los conceptos de Medicina basada en la evidencia y el estudio de las variaciones en la práctica médica está generando consenso en emitir (con diferentes grados de contundencia) directrices clínicas.
- Requiere información y coordinación internacional.

- Gestión clínica
- La coordinación con la atención primaria y la globalización de los cuidados es el gran reto del futuro. Sustitución de tecnologías, racionalización del seguimiento y atención y asistencia domiciliaria
- La inmovilidad proviene de elementos históricos, no son importables "éxitos" ajenos

---

## Replanteos acerca de las reformas sanitarias

---

**Laura Lima Quintana \***

Luego de la amplia e interesante exposición del Dr. Ginestal sobre los contenidos de la reforma europea de salud, vamos a seguir un principio económico que es hacer un buen uso de los recursos, tratando de intercambiar información y opiniones respecto a nuestras propias experiencias y preocupaciones a nivel nacional.

En principio se puede pensar que no estamos tan lejos de algunas de los problemas o soluciones que se intentan pero además hemos descubierto que todos estamos atravesando en cierto modo experimentos. Y contarnos los experimentos resulta mucho más agradable que estar dando sentencias o tratar de recibir recetas, es decir que en esto de mirar los experimentos podemos aprender que no podemos copiar, pero sí reconocer la naturaleza de nuestros problemas e identificar los alcances de los instrumentos.

Nuestra propuesta entonces es recalcar primero que los escasos éxitos de las reformas son no sólo relativos sino también temporarios y, siguiendo el lineamiento propuesto, hemos planteado al Dr. Jaime Ginestal una serie de cuestiones, de las que él ha rescatado los conceptos más importantes:

- ¿En qué medida se logra incentivar en conductas saludables de la población?

Creemos que si todo el mundo está buscando incentivos para que los médicos, los hospitales y el sistema traten a los enfermos, que se trate asimismo a los no enfermos no será una realidad salvo a través una política diseñada especialmente. Quizás el sistema de capitación, el sistema que es parecido al confuciano, es el que más hace que el sistema se preocupe por los sanos, que no caigan enfermos pero hemos visto que choca con contención de costos y eficiencia, y esta es la palabra clave. Por lo tanto a no ser que se ponga un subsistema no creemos posible que eso ocurra naturalmente.

- ¿En qué medida la evaluación clínica y tecnológica logra mejorar la eficiencia de los sistemas?  
El análisis costo beneficio creo que es una de las pocas cosas que en el futuro parece que va

\* Lic. en Economía. Diplomada en Salud Pública. Secretaria de Relaciones Públicas de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina. Docente de la Fundación Isalud.

a ser clave, si bien está aún poco desarrollado. No los análisis de los instrumentos técnicos sino que no hay todavía un cuerpo de resultados comparables, y esto es una cuestión de tiempo, en la medida que haya un cuerpo de resultados comparables, ocurrirá como con la medicina basada en la evidencia, habrá un cuerpo que estará ahí y que será un referente ineludible.

- ¿En qué medida logra la competencia algún impacto en los precios y la calidad de las prestaciones?

Además de competencia, hay solidaridad y además, el Estado no se lo permite. Por lo tanto los grandes aportes tienen que ver con la gestión clínica y la separación. Creemos que los éxitos no han sido tan escasos, de ninguna manera podíamos prever que los resultados fueran a ser espectaculares. Acaso eso hubiera sido terriblemente peligroso. Más aún, los propios sistemas se han hecho tan autosuficientemente inteligentes como para retardar cualquier efecto, de tal manera que las cosas sean mucho más suaves. Para concluir, reiteramos que aún cuando haya relativamente escasos éxitos, creemos que se va en la línea que hay que ir, pero despacio.

---

## **Los procesos de reformas y la contención de costos**

---

**Manuel Alvarez \***

### *Reflexiones iniciales sobre la reforma nacional*

En primer lugar deseamos hacer una reflexión sobre el contenido general de las Jornadas, porque a lo largo del día de ayer hemos escuchado muchísimas veces la palabra reformas y hemos entendido que cuando se habla de reformas del sistema de salud no se habla de una reforma, sino de múltiples reformas que tienen distintos objetivos, distintos rangos, distintas profundidades y distintos contenidos.

Es nuestra opinión que todas estas reformas tienen un eje central, y que el núcleo de este proceso de reformas es la contención de costos. Esta necesidad de contener costos se está planteando en todo el mundo. En cada país habrá causas particulares, pero en general las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población, la evidencia que la productividad marginal en salud es fuertemente decreciente, hacen necesario encarar reformas para contener costos.

Existe la sensación generalizada que no se pueden seguir incrementando permanentemente el financiamiento para el sector salud y que hay que ponerle un límite.

En su momento, el representante del Banco Mundial, Alexandre Abrantes, diferenció entre aquellos procesos de reforma en los que los Estados en forma consciente financiaban determinadas políticas activas para promover cambios en el sistema de salud - siempre con el eje de la

\* Lic. en Administración. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina. Docente de la Fundación Isalud.

contención de costos figurando en forma destacada entre sus objetivos - y aquellos procesos de reforma que se daban en medio de un ajuste fiscal, donde prácticamente lo fundamental era: *el gasto no se puede incrementar*.

Pensamos que en nuestro país el disparador del proceso de reformas fue justamente el plan de convertibilidad. Cuando se controló la inflación, los números se sinceraron, entonces el problema se formuló en los siguientes términos: “*esto es lo que tienen, gasten lo más eficientemente que puedan porque más plata para ustedes no hay*”.

Más allá de lo que bien dijo el Dr. Jouval, acerca de que hay algunas reformas dentro de la República Argentina que tienen posibilidad de ser duraderas y profundas, lo cual no dudamos, creemos que en general en nuestro país lo que hubo fue fundamentalmente un ajuste fiscal.

Inclusive algunas políticas, como por ejemplo, la de promover la figura del *hospital público de autogestión*, que fue concebida en un primer momento en la Provincia de Buenos Aires como un programa de descentralización de la gestión hospitalaria, hoy por hoy se han desvirtuado por efecto de la necesidad. Tan es así que actualmente se mide su éxito en función de lo que se le factura al sistema de obras sociales, lo que le quita jerarquía a la reforma pretendida y además puede generar el problema de la dualidad en la atención, es decir privilegiar a quienes tienen cobertura con respecto de quienes no la tienen.

Otras políticas, como el PMO o como el Programa de Garantía de Calidad, a nuestro entender hoy son tan sólo declaraciones de buena voluntad: . Si se le pregunta a cualquier directivo de cualquier obra social en Argentina si en su institución dan el PMO, la respuesta uniforme seguramente es que están dando el PMO más tales o cuales otras cosas. Todos dicen lo mismo, PMO más otras diversas prestaciones. La cuestión es ¿cómo dan el PMO?. Hemos escuchado que se compra la prestación mensual por cápita de todo el PMO en \$15, y a veces menos. ¿Se puede brindar este conjunto de prestaciones en forma completa y adecuada por este importe?. ¿Se cumple efectivamente con el PMO? Respuesta: nadie controla.

Y el Programa de garantía de calidad tiene a su vez cuestiones que también nos llaman a la reflexión. Si bien no hemos leído todas las normas del mismo, pero si hemos leído por ejemplo las del Servicio de Hemoterapia, donde se establece una reglamentación tan exquisita y tan exigente que en la Ciudad de Buenos Aires dudamos que haya más de cuatro o cinco centros sanitarios privados que puedan cumplir con esa norma. ¿Qué va a ocurrir con ese programa? Acaso con cierta malicia, nuestro temor es que por más que sea obligatorio para las obras sociales nadie lo va a controlar. La reglamentación pide por ejemplo como mínimo 90 metros cuadrados para el servicio de hemoterapia. La realidad indica que con 400 metros cuadrados en el interior del país se hace una clínica, por lo que la norma exige que se le asigne a este servicio más del 20% de la superficie total de una clínica tipo.

En cuanto a la competencia entre las obras sociales, en realidad la verdadera competencia es entre las obras sociales y los prepagos. Muchas obras sociales pasaron a ser comisionistas de los prepagos, captan para ellos los aportes de los afiliados de ingresos más altos, la crema del sistema, a cambio de una comisión, los beneficiarios en realidad se afilian a un prepagado a través de una Obra Social. El sistema de Obras Sociales se estratifica y se empobrece en su conjunto, puesto que los aportes más importantes dejan el sistema y pasan al mercado de los prepagos.

Con esto queremos decir que lo que está pasando, es que tenemos una crisis de financiamiento en la seguridad social y en el sistema de salud, que se está resolviendo con un proceso de reformas heterogéneo y llevado a cabo en forma, poco consensuada.

## *El contraste con la experiencia europea: la cultura institucional*

Veamos ahora el proceso europeo y mirémonos nosotros en ellos, porque de eso se trata justamente la mesa.

### Las técnicas de gestión

En general nosotros tenemos la sensación que el modelo de gestión industrial no se puede trasladar al sector público. Ayer lo dijo bien claro el Dr. Ginés González García, y compartimos plenamente sus conceptos. Sin embargo nosotros sabemos que mejoraría mucho la gestión del sector público si incorporáramos algunas técnicas de gestión que utiliza el sector privado. Aunque se presentan problemas para su utilización como el que acaba de decir Jaime Ginestal. Y uno no menor es el tema del cierre de establecimientos, pues en el sector salud y sobre todo para el sector público, es muy poco viable y en realidad el mercado, si no hay quiebras no funciona.

Para hacerles comprender mejor la importancia de esto, comparémoslo libremente con el ejemplo de la religión católica, que trata de convencer a toda la humanidad que cumpliendo estrictamente unas reglas -los mandamientos- que nos obligan a cumplir durante toda la vida cosas terribles, como por ejemplo..... no desear la mujer de tu prójimo, y a cambio nos ofrece al final de nuestra vida terrena la recompensa del paraíso. Ahora bien, esto no funcionaría si no hubiera un infierno. Es de imaginar cuál sería el cumplimiento de los mandamientos si a pesar de violarlos durante nuestra vida, una vez muertos ninguno fuera al infierno...

Nuestra intención es destacar que así como la religión católica necesita del infierno, el mercado necesita de las quiebras, y esto en el sector público de salud es muy difícil. En el sector privado hemos visto que cierran prepagos, y sanatorios. Pero en el sector público esto es casi imposible. Y por lo tanto se limita el impacto que las reformas orientadas al mercado pueden conseguir en el sector público.

Por otra parte, ¿existe un modelo de administración mejor que otro? Y aquí viene el problema que tiene la administración como disciplina. Porque realmente no hay demasiada evidencia, pero sobran teorías o simples terminologías últimamente *reingeniería, calidad total, management, empowerment*, y todas las modas, las que a veces son sólo mitos que en definitiva sirven muy poco y sólo en determinadas ocasiones.

Dejando de lado esas modas creemos que hay algunos criterios de administración que utiliza el sector privado que son los fundamentales, el concepto de riesgo, el concepto de competencia, el de flexibilidad organizacional, el de permeabilidad entre las organizaciones, y el de un sistema de información orientado a la toma de decisiones. Estos son los contenidos de reforma que deberían orientar la transferencia de tecnología de gestión desde el sector privado al público.

Respecto a los que se habló de España, nuestra sensación es que obviamente la administración es un tema cultural, es muy difícil que un país tenga una buena administración pública y una mala privada, o una buena privada y una mala pública. La eficiencia de una economía en general tiene una base profundamente cultural. En este sentido es entendible que dentro de España sea Cataluña la región donde más reformas de tipo empresarial se han llevado a cabo, porque su cultura está mucho más orientada a los negocios que en otras regiones de España.

## Los instrumentos de gestión

Ahora bien, en términos de herramientas, ¿Cuáles son los instrumentos de gestión que están utilizando en Europa para la reforma de la gestión de los hospitales?. Por ejemplo en materia de dirección general, en España está muy utilizado el plan estratégico y el plan de empresa., asimismo los planes directores arquitectónicos son instrumentos de gestión que se han popularizado y en nuestro medio prácticamente no existen. Las oficinas de personal hoy se han transformado en España, y son verdaderas gerencias de recursos humanos.. Quizás esta sea una verdadera revolución y constituya dentro del campo de la gestión una cuestión principal. Modificar la cultura organizacional requiere programas de desarrollo organizacional o de cambio organizacional. Este tipo de técnicas son muy importantes para el cambio de la cultura institucional.

Hablamos de descentralización pero también existe una tendencia muy fuerte a la concentración, a la conformación de redes, tanto de médicos con hospitales como de redes hospitalarias. Existen ejemplos en Cataluña, el Consorcio de Hospitales de Cataluña, en París el Sistema Hospitalario Parisino, en Estados Unidos también.

Ayer se decía que Columbia HCA vende a precios por debajo de los costos. Sin embargo Columbia HCA cotiza en bolsa, tiene una contabilidad transparente, por lo que no estamos tan seguros que su forma principal de competir sea hacer “*dumping*”, lo que a nuestro entender le está ocurriendo realmente a Columbia HCA es que enfrenta un problema legal muy importante, porque en Estados Unidos, Medicare en teoría solamente reembolsa gastos, es decir los prestadores no pueden lucrar con los reembolsos que Medicare otorga por las prestaciones realizadas a sus afiliados, pero Columbia trabajaba haciendo *joint venture* con los médicos, entonces el juicio que enfrenta es consecuencia de que el Estado está investigando porqué hacía *joint venture* con los médicos si Medicare solamente reembolsa costos puros.

Además tiene otro tipo de problemas como por ejemplo que compró siendo una corporación lucrativa, hospitales sin fines de lucro. Por este motivo tiene una demanda legal en Rode Island, lo que ha originado que a su principal directivo, el que hizo crecer a Columbia HCA: Richard Scott, lo defenestraron poniendo en su lugar a un senador de una muy buena imagen, quien es el que hoy dirige a Columbia. HCA.

La integración hospitalaria está teniendo un éxito muy fuerte en Estados Unidos. Prácticamente el 30% de los hospitales está ligado a una cadena.

La integración virtual, es otro de los instrumentos que están funcionando bien en el mundo empresarial y que se puede aplicar también al sector público. La integración virtual viene a ser una alianza entre varios tipos de empresas, por ejemplo una empresa de enfermería domiciliaria, un grupo de médicos y una compañía de seguros llevan adelante un determinado programa de salud.

Deberíamos hacer el análisis del impacto que ha tenido este tipo de herramientas para estudiar si conviene incorporarlas al sector público.

## La gestión clínica

Otro campo de gran efecto dinamizador es el de la gestión clínica y como bien acaba de decir Jaime Ginestal, la eficiencia que se consigue en la micro gestión, en la gestión clínica, va a ser universal. Los avances en medicina se va a transmitir a los médicos a través de sus canales



habituales y por otros medios como las redes de computación, y va a impactar fuertemente en la eficiencia del gasto y en la salud de la población.

### *Reflexiones finales*

Siendo administrador hospitalario, nuestra visión está más centrada en la mejora de la efectividad y eficiencia de los centros de salud. En hospitales públicos como los que hay en Argentina donde el peso del cuerpo médico es muy grande, donde los Jefes de Servicio tienen un poder enorme, tenemos la sensación que con los gerentes o administradores hospitalarios, pasa lo mismo que con los chicos cuando los padres les compran un perro de gran tamaño: Se fijan donde el perro quiere ir y lo acompañan allí, porque no tienen cómo conducirlo.

Nuestra realidad continúa mostrando servicios potentes, ministerios provinciales que centralizan las decisiones y directores y gerentes hospitalarios con poco poder. Necesitamos descentralizar, cambiar la cultura de las organizaciones, aplicar técnicas de gestión del sector privado, pero fundamentalmente necesitamos voluntad política para hacerlo.

# LOS RETOS DE LA GESTIÓN SANITARIA EN EL MERCOSUR

**Panelistas: Alicia Dominguez Ugá, Aristides Torche, Rubén Gaete, Milton Carro**  
**Coordinador: Nicolás Rosenfeld\***

---

## **Problemas de la reforma en Brasil**

---

**Alicia Dominguez Ugá\*\***

### *Los recursos financieros*

Una de las cosas que hacen difícil analizar y sobre todo realizar la gestión del sistema de salud en países del Mercosur, como Brasil, son por ejemplo hechos recientes y concretos como que durante septiembre, el Ministerio de Hacienda nos sacara \$1000 millones de dólares hasta fin del año 1998. Ese corte es un ejemplo del tipo de problemas de gestión que enfrenta en la práctica el sistema de salud brasileño.

Porque efectivamente por más que los recursos financieros no garanticen una buena gestión del sistema de salud, sin ellos es imposible pensar en una buena gestión, si uno entiende esto en términos del logro de objetivos predeterminados.

Entonces la cuestión de los recursos financieros, de su inestabilidad y el hecho que el sector salud en Brasil venga siendo tratado como variable de ajuste macroeconómico, es algo que indudablemente nos ha afectado mucho en términos de la consecución de los objetivos que nos hemos propuesto.

### *Algunos principios fundamentales de la reforma*

Dicho eso y tratando ahora el asunto de manera más general, pensamos que tal vez la forma más interesante de tratar, en el caso de Brasil, la gestión del sistema sea retomando sus principios fundamentales y a partir de ellos, ver entonces cómo gestionar significa el logro de cada uno de esos principios fundamentales y naturalmente, el logro de cuestiones ligadas a la eficiencia microeconómica.

El sistema de salud brasileño, viene intentando desde 1988 transformarse en un modelo del tipo de sistema nacional de salud. O sea en un modelo de acceso universal, gratuito, de aten-

\* Lic. en Economía. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

\*\* Lic. en Economía. Presidente de la Asociación Brasileña de Economía de la Salud (ABRES).

ción integral en el sentido que todo ciudadano tenga derecho a los servicios que necesite. Un sistema con participación popular en las decisiones de política de salud y también un sistema en el que el sector privado participe de forma complementaria, en el sentido que siempre sea priorizada por parte del subsistema público, la prestación de servicios por unidades propias públicas, o por unidades privadas con fines no lucrativos.

En verdad, mucho más que inspirarnos en el sistema de salud inglés, nos inspiramos a pensar en el sistema de salud canadiense, porque la oferta de camas hospitalarias de Brasil en más del 70% son privadas, y la idea fue construir un sistema mucho más pautado. Nos focalizamos entonces más hacia el sistema canadiense, en el cual la financiación es pública y la prestación es predominantemente privada, que en un sistema típicamente nacional de salud como los moldes del sistema de salud nacional inglés.

Recordemos los cinco vértices del sistema:

- Unicidad.
- Descentralización.
- Asistencia integral de todos los servicios necesarios al ciudadano.
- Participación popular.
- Regulación de la actividad del sector privado.

Cómo construir un sistema único encima de una base que era completamente fragmentada desde el punto de vista institucional, así como también heterogéneo desde el punto de vista de la realidad de las diversas regiones de Brasil y de los diversos municipios, fue y sigue siendo toda una cuestión. A esto había que sumarle de modo armónico y efectivo otras cuestiones tales como: ¿cómo descentralizar?, ¿cómo ofrecer una asistencia a la salud integral desde el punto de vista de todos los servicios que el ciudadano necesite?, ¿cómo lograr la participación popular? y ¿cómo regular la actividad del sector privado?.

No abundaremos mucho respecto a la participación popular porque entendemos que tiene que ver mucho más con la cultura política del país que con instrumentos gerenciales.

Tampoco tiene sentido desarrollar mucho el tema de la unicidad del sistema, porque sería necesario explicar la cantidad de instituciones que componían antes el sistema de salud brasileño, que fue unificado bajo el Ministerio de Salud a nivel central y las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud, lo cual sería extenso pero no central..

Nos concentraremos entonces en las cuestiones que plantean para la gestión del sistema el proceso de descentralización, la integralidad de la asistencia, y la participación del sector privado.

## El proceso de descentralización del sistema

En relación al proceso de descentralización pensamos que lo que hoy nos muestra la experiencia brasileña en cuanto a un problema a ser resuelto, es la cuestión del equilibrio entre instrumentos que signifiquen incentivos del nivel central hacia los Estados en torno al cumplimiento de determinados programas. Por ejemplo en Brasil los Estados y Municipios reciben recursos destinados a programas regulares como ser asistencia ambulatoria hospitalaria. Pero además de estos, para estimular que las esferas subnacionales persigan programas considerados prioritarios por el nivel central, como por ejemplo el Programa de Salud de la Familia y de los Agentes Comunitarios, se crearon fondos específicos para financiar estos programas especiales, que

por lo tanto representan incentivos pecuniarios para la consecución de programas definidos a nivel nacional.

No obstante no resulta fácil conciliar instrumentos que simbolizan incentivos a determinados comportamientos por parte de los gestores subnacionales, y queda latente la cuestión de cómo combinar esto con la autonomía de la gestión subnacional, de las esferas municipales y estatales.

Creemos que estímulos de esa índole no deben ser formulados a partir de recursos específicos, sino a partir de porcentajes sobre montos globales de recursos a ser transferidos de una esfera a la otra, porcentajes que tengan que ver con el grado de cumplimiento de metas preestablecidas.

Otro problema que nos ha traído la descentralización está relacionado con los requisitos formales que son hoy planteados en este modelo de descentralización tutelada, en el cual el nivel central define los pre requisitos que deben ser cumplidos por estados y municipios, para que ellos efectivamente tengan autonomía de gestión, ¿Cómo hacer para que estos requisitos representen una real capacitación de las esferas subnacionales en términos de gestión, y no sean solamente una formalidad a ser cumplida para obtener transferencias regulares de recursos financieros? En la práctica se dan situaciones poco convenientes, como por ejemplo en varios municipios que no tienen capacidad de gestión, donde la solución más probable y fácil es la contratación de firmas de consultoría para elaborar los planes de salud, que son luego presentados al Ministerio como uno de los requisitos para obtener recursos adicionales. Nos queda pendiente entonces cómo hacer para que requisitos que sin lugar a dudas deben existir, dejen de ser meramente formales y pasen a representar un real esfuerzo de capacitación por parte de las esferas subnacionales.

Otra cuestión es cómo construir un sistema de planificación que responda a la lógica del cálculo de recursos según las necesidades epidemiológicas y no según la oferta de servicios. O sea cómo hacer para que no sea la oferta de servicios, que en Brasil es predominantemente privada y que por lo tanto escapa del control del Estado, no sea la que en definitiva diseña las políticas de salud. Porque en la práctica sólo se pueden utilizar los servicios que son ofrecidos. Entonces cómo hacer en un sistema cuya prestación es predominantemente privada para planificar la oferta de servicios a partir de las reales necesidades sanitarias y no a partir de la capacidad instalada.

#### Asistencia integral de todos los servicios necesarios al ciudadano

Esto está relacionado estrechamente a las últimas consideraciones del punto anterior. Cómo se puede ofrecer asistencia integral si la oferta es dada por agentes que no controlamos.

Esto tiene que ver con los sistemas de pago, pensamos que los sistemas de pago tradicionales, per cápita, por procedimiento y otros, por sí solos y en forma pura no dan cuenta que cada hospital cumpla dentro de la red sanitaria un rol predefinido por la política de salud. No dan cuenta de hacer que un hospital no se especialice en ofrecer los servicios que le son más lucrativos en vez de ofrecer la gama de servicios que por ejemplo, el secretario municipal considere más necesaria en su municipio. Entonces esto nos remite obviamente a cuestiones relacionadas a cómo pensar un sistema de remuneración de los prestadores públicos y privados mixto, que los haga sentirse verdaderamente responsables, como parte integrante de una red y que sean responsables por el cumplimiento de metas preestablecidas por la política municipal.

Esto se relaciona con nuevos modelos de gestión de servicios y pensamos que la experiencia estratégica concebida en Francia en la que se diseña la gestión hospitalaria a partir del rol que el hospital ejerce en la red sanitaria es la más interesante. Los modelos de gestión del sistema tienen que estar acoplados, y a partir de ahí es viable y posible la introducción de los incentivos financieros, las cuestiones de pago, etc. Tienen que estar acoplados naturalmente con sistemas de gestión de las propias unidades hospitalarias, y en ese sentido modelos de gestión de servicios que prioricen la misión del hospital dentro del sistema son a nuestro modo de ver, los más adecuados. Y en estas lides, pensamos que los franceses y los españoles tienen bastante para aportar.

### Regulación de la actividad del sector privado

Muy brevemente, mencionaremos los problemas que nos quedan en relación a la regulación del sector privado, que en Brasil es bastante grave porque lo que tenemos es que 40 millones de personas de los 160 millones de brasileños, tienen seguros privados de salud. Pero estos seguros privados de salud se benefician del Estado de dos maneras: una porque todo gasto privado en seguro de salud es deducido del impuesto de renta debido, o sea el Estado financia el consumo de seguros privados de salud, y otro porque los planes de seguros son tan excluyentes en términos de la gama de servicios que ofrecen que en definitiva termina sucediendo que los tratamientos más caros siempre los efectúan los servicios públicos, con lo cual personas que pagan seguros privados se benefician de los servicios públicos.

Entonces lo adecuado es buscar a través de la regulación de los seguros privados, que las aseguradoras paguen al Estado Brasileño por los tratamientos efectuados en instalaciones públicas en pacientes portadores de seguros privados.

### *La influencia del Mercosur*

Finalmente, algunas menciones rápidas a la cuestión del Mercosur.

Si bien el tema de bloques regionales no es de nuestro dominio específico, por lecturas de publicaciones de la CEPAL, vemos que el Mercosur representa hoy fundamentalmente una integración de la producción de bienes, mucho más que de la producción de servicios, entre los cuales se incluye la salud. Entonces lo que se observa es una integración vertical bastante acentuada en los últimos años en la producción automovilística, de medicamentos, de equipamiento para la agricultura, pero en lo que respecta a servicios no se observa ningún cambio significativo en relación a la situación pre-Mercosur. Existen avances relativos a la cuestión del control de la calidad del medicamento, y es acaso el único objeto que tiene que ver con la salud que es tratado por el Mercosur, porque se entiende como bienes, no como servicios.

Pero evidentemente existen cuestiones que tendríamos que analizar con más profundidad, no ligadas meramente al hecho que exista el Mercosur, sino respecto a la vecindad geográfica. Porque buena parte de los ciudadanos paraguayos que viven en la frontera con Brasil se atienden en instalaciones públicas del Estado de Matto Grosso Sur que es un Estado brasileño.

En conclusión, pensamos que aunque el Mercosur efectivamente todavía no ha traído cuestiones relativas a los servicios de salud, sí tendremos que pensar todo lo que tiene que ver con la vecindad de nuestros países, transmisión de enfermedades por vectores, etc., lo que tiene que ver con los recursos humanos y los seguros de salud que cada vez están más presentes bajo la forma de firmas multinacionales, y que por lo tanto no tienen fronteras.

---

## La experiencia chilena

---

**Aristides Torche \***

### *Los cambios en Chile*

De Chile se ha hablado bastante en exposiciones previas, así que nos limitaremos a hacer un resumen conciso de las reformas para destinar más tiempo a las perspectivas futuras en un esquema de bloques.

En lo que respecta a las transformaciones, a los cambios en Chile, podemos dividirlos en tres grandes grupos.

- Los primeros los *cambios macro* que tuvieron lugar hacia fines de los años 70 y que consistieron básicamente en una división de funciones.
  - \* La función de financiamiento que fue asociada a FONASA,
  - \* la función de provisión en el sector público que fue asociada a los servicios de salud y
  - \* la función normativa que quedó en la Subsecretaría.

Estos cambios avanzaron y finalmente un cambio importante macro fue el permitir que los fondos, el mandato de previsión social pudiese en el caso de salud, ser entregado a FONASA, que es el sector público o al sector privado a través de lo que se llamó Instituto de Salud Previsional, *ISAPRES*. Estos fueron grandes cambios que marcaron el contenido y las características del sector de salud en Chile para los años siguientes.

- Hacia fines de los años '80 y comienzo de los '90 viene un segundo tipo de cambios que podríamos llamar *meso cambios*, en los cuales los más importantes se dan en relación con el vínculo entre el sector público, particularmente financiador FONASA y los proveedores públicos, y que se manifestaron en los compromisos de gestión, los pagos asociados a diagnósticos y en alguna medida diversos vínculos más estrechos con municipalización, donde se empieza a tomar con más fuerza medidas en el sector de salud para ahondar en la descentralización.
  - \* Un elemento que ha sido particularmente interesante en Chile fueron los *compromisos de gestión*, que son relaciones escritas entre el FONASA como ente financiador público y los servicios de salud que en Chile tienen un ámbito geográfico. Por estos compromisos de gestión los servicios se comprometen a realizar una serie de actividades y en contrapartida reciben una determinada parte del presupuesto. A través de estos compromisos de gestión, creo que se ha logrado disciplinar fuertemente el gasto público y por otro lado se ha evitado que haya ciertos sectores o ciertos servicios que manifiesten durante un tiempo muy largo, un déficit muy pronunciado. Es como una solución intermedia entre la quiebra por una parte, que es inviable, y la indisciplina total que hace muy poco manejable el sistema. Es un punto interesante que ha tenido éxito a través del tiempo porque si hay un sistema que está

\* Lic. en Economía. Presidente de la Asociación de Economistas de la Salud de Chile.

- muy endeudado, eso pone en peligro la entrega de recursos en el próximo período, y por lo tanto obliga a los directores de servicios y a los directores de hospital a tener cierta prudencia en el manejo de sus recursos.
- \* El *PAN* son los pagos asociados al diagnóstico que es un elemento interesante para contener costos en relación con las prestaciones propiamente tal y que han tendido de alguna manera a sustituir el pago por acto.
  - Finalmente hay un tercer tipo que serían las *micro reformas* que han estado muy relacionadas con el vínculo del FONASA con los proveedores y por otro lado, con los beneficiarios. En este tipo de micro reformas hay algunas que están en trámite legislativo pero que solamente dan carta de cabalidad a algo que ya existe.
    - \* La idea es que FONASA tenga más posibilidad de ser transformado de una tesorería a un seguro y por lo tanto pueda tener posibilidad de establecer vínculos con el sector privado para comprar y vender servicios.
    - \* Y en segundo lugar que tenga más posibilidad en el manejo, en el sentido de fijar planes con los beneficiarios. Hoy por hoy hay un solo plan que está fijado por ley y que depende del ingreso del beneficiario fundamentalmente. La idea dominante es que FONASA tenga la posibilidad de cambiar esos planes por una parte, y de fijar más claramente normas y convenios con el sector privado.
    - \* La idea fundamental de este tipo de planes es generar un equilibrio de riesgos entre el asegurador, que sería FONASA, y por otra parte, los beneficiarios y los proveedores. Es sabido que el seguro rompe este vínculo proveedor /beneficiario y por lo tanto incentiva a conductas de aumentos de gastos, conductas que reciben el nombre de riesgo moral y que es necesario que dado los costos del servicio, se cuente con mecanismos que disciplinen el consumo, por una parte, y que disciplinen el comportamiento de los proveedores por otra. Nadie está en mejores condiciones de hacerlo que el mecanismo asegurador.
    - \* Hay un último punto interesante que son los mecanismos de pago para la atención primaria, donde se pasó de un método tradicional a un método per cápita. Y que ha tenido éxitos y fracasos. Exitos porque ha incentivado a los proveedores de sectores primarios a que vayan a buscar a las personas, por lo tanto ha incrementado en varios casos la atención primaria. Por otro lado ha tenido defectos porque la atención primaria en Chile, centrada en la municipalidad tiene un quiebre respecto de la atención secundaria y terciaria, que están centradas en el mecanismo público de los servicios de salud. Y por lo tanto el tránsito de uno a otro se hace difícil, tanto para los beneficiarios en cuanto a su atención como también para los médicos para perpetuar su carrera funcionaria.

### *Problemas subsistentes*

Brevemente los problemas que todavía subsisten están centrados básicamente en que hoy coexisten dos sistemas de salud en Chile:

- El sistema público manejado financiera y administrativamente por FONASA
- El sistema privado manejado por un conjunto de ISAPRES.

De un tiempo a esta parte asociado al sistema privado hay una Superintendencia de

ISAPRES cuyas prerrogativas han ido creciendo en el último tiempo, fundamentalmente a partir de una ley en 1995. Sin embargo a pesar que estos sistemas puedan funcionar bien separadamente, en conjunto funcionan con bastantes problemas. Y funcionan así porque las lógicas de funcionamiento son bastante distintas. Mientras que el sistema público es un sistema con una lógica solidaria y una lógica de seguro de última instancia, el sistema privado tiene una lógica de seguro actuarialmente justo y por lo tanto se producen problemas típicos de riesgo moral, que hacen difícil un manejo conjunto y armónico.

### *Globalización y perspectivas futuras*

Pasemos a concentrarnos en las perspectivas futuras, y en particular las perspectivas futuras que abriría la globalización entre los servicios de salud.

Nosotros hemos visto que la globalización ha empujado mucho las transacciones internacionales de bienes, pero ha sido mucho más reacia respecto de las transacciones de servicios. Eso se ve claramente cuando por ejemplo, la OPS, como índices de oferta muestra claramente la oferta de médicos en cada país, o la oferta de enfermeras. Pero no muestra la producción de vacunas de cada país. Por qué se enfatiza la oferta de médicos y de enfermeras y no la de producción de vacunas siendo que ambos son tremendamente importantes?- Hay una razón económica: las vacunas son bienes transables y por lo tanto la despensa de cada país es todo el mundo, mientras que los servicios médicos y servicios de enfermeras constituyen bienes no transables, y por lo tanto cada país en general debe arreglarse con la oferta de este tipo de servicios que tiene dentro de su país.

La pregunta es en qué medida la globalización podría hacer que estos servicios también fueran transables, y por lo tanto se pudiera ya no hablar de la oferta de médicos de Chile *versus* Argentina, sino que el mundo fuera la despensa de cada uno.

Para esto hay varios problemas. Primer problema es que el acto del servicio médico es un acto que implica la presencia de ambos y por lo tanto la lejanía es un elemento importante. Sin embargo, nosotros tenemos tecnología nuevas, a través de las teleconferencias, que pueden permitir acercar virtualmente lo que está lejos en la realidad. Sin embargo surge un segundo problema y éste está asociado a la certificación y a la calidad de un médico. ¿Por qué eso constituye un problema y en qué medida es insalvable? Este es un punto interesante. La calidad del médico, o la calidad de los servicios médicos es difícil de medir en el acto mismo, entonces se opta debido a esta dificultad, por buscar un mecanismo indirecto. Y ese mecanismo indirecto es la certificación de quien genera ese acto. De tal manera se supone o establece que si un médico sabe o en el momento de evaluarlo, supo lo suficiente, se puede tener la seguridad o alguna seguridad de que sus actos van a ser adecuados. Sin embargo así como es posible certificar al médico individualmente, se podría certificar a una organización y por lo tanto confiar en una organización, como es el caso de la Clínica Mayo de servicios médicos en Estados Unidos. A nadie le va a preocupar el hecho o necesidad de certificar a los médicos que están en la Clínica Mayo porque tiene en sí un prestigio, que hace que nosotros aceptemos su certificación.

Este mecanismo indirecto, en que por un lado se certifica el servicio y en otro lado se preocupa por certificar una organización que provee el servicios, creemos que puede ser un elemento interesante para facilitar la globalización en este ámbito de la salud y de esa manera homogeneizar costos y hacer mucho más fácil el proceso de gerencia o de gestión.

Hay otro elemento interesante a considerar, que en economía está muy de moda y es la



idea de un contrato por una parte y de los límites de gestión por otra. Hemos hablado largamente de gestión pero el punto importante son los límites, hasta dónde unir un hospital con una red de hospitales, y a eso agregar la atención primaria, hasta dónde es importante cortar eso y vincularse con cada uno de los actores individualmente considerados y vincular a ellos a través de transacciones?. El punto de límite entre unos y otros es un idea más bien abstracta, pero importante para el desarrollo de los contratos. Cabe preguntarse en este sentido qué sería de más fácil control: una acción de un médico o la acción de una organización, que por lo demás ella misma tiene incentivos para hacerlos bien, porque sino todo su prestigio se reduce.

Finalmente, creemos que compartir este tipo de ideas, puede ser importante para facilitar la gestión sobre la base de hacer que esta gestión se vincule con la de otros países, posibilitando patrones de referencia muchos más amplios. Por otro lado son elementos que nos hacen más fácil el vínculo de la relación entre lo que nosotros deseamos que es un servicio adecuado por una parte y la forma de proporcionarlo por los diferentes factores.

---

## **La experiencia de Paraguay**

---

**Rubén Gaete\***

### *La situación actual y los cambios posibles*

El Paraguay presente un rezago bastante importante no sólo en el sector salud sino en todos los otros sectores. Pero en el aspecto que nos ocupa tenemos problemas de cobertura, inequidad e inclusive en la gestión de servicios. Basta consignar que el 30% no accede nunca a algún servicio de salud, es decir que 30 de cada 100 paraguayos no tiene contacto con un servicio de salud.

En este marco se está produciendo una reforma del sector salud que básicamente apunta a lo que señalaba Arístides Torche en cuanto a la conformación. Vale decir, separar la función financiadora, la prestadora, y la reguladora, siendo que actualmente las instituciones están conformadas en función de la población a la cual sirven, así el sector privado sirve a la gente pudiente, la seguridad social a los asalariados y el Estado a través del Ministerio de Salud a los carenciados.

- Esto apunta a reformar la distribución de instituciones por clientela hacia una distribución en función de las funciones.

Se está apuntando hacia la descentralización a través de modernizar la normativa legal que rige al sector salud y que está condicionado a la normativa que rige al sector público. Donde más se ha avanzado es en lo que tiene que ver en la descentralización del sector salud. En este sentido los servicios básicos de salud están en un proceso de descentralización transfiriéndose la red de servicios a los municipios. Se están transfiriendo los recursos tecnológicos y físicos

\* Lic. en Economía. Centro Paraguayo de Estudios de Desarrollo Económico y Social (CEPADES).

salvo los recursos humanos a los municipios a través de un acuerdo temporal, por el cual se obliga al municipio a una serie de condiciones como ser que mínimamente el 5% de los recursos presupuestarios anuales deben ser destinados al sector salud.

El instrumento de transferencia que es el acuerdo no llega a configurar en términos estrictos y en los términos de las implicancias técnicas que tiene ese acuerdo, un acuerdo típico de gestión. No define cobertura, nivel de prestación de servicios, metas a alcanzar, plazos de los programas ni la población a la cual va asignada. En consecuencia es más bien un instrumento más político que está diseñado en función a las realidades socio políticas, y técnicas del país.

Respecto a qué tipo de establecimientos pueden ser transferidos dentro del nivel de complejidad, desde hospitales distritales para abajo, actualmente ese proceso se está llevando a cabo en los hospitales distritales, los centros de salud y los puestos de salud.

Si vemos la amplitud de esta transferencia para luego medir o tratar de medir el impacto que está teniendo esto, considerando que en el país existen 223 municipios, la realidad indica que sólo se han firmado acuerdos de transferencia en 14, porque esta herramienta es en realidad una oferta que hace el nivel central a los gobiernos locales, en el sentido que cada municipio que lo desee debe solicitarlo. No es por tanto una imposición y no basta con que lo soliciten, sino que debe haber un acuerdo a nivel central para transferirlos.

Si analizamos estos municipios que han descentralizado *versus* aquellos que no, independientemente de los cambios que ha habido en la gestión en función a que el poder local pueda controlar y aportar recursos adicionales, no hay evidencia que se hayan producido cambios en los patrones de uso de los servicios ni tampoco en la oferta misma de servicios a la población a la cual sirve.

*Si ha habido cambios puntuales:* se han mejorado los horarios de atención, se han incorporado nuevos equipamientos en cuanto a diagnóstico, se ha incorporado personal de guardia, para mencionar algunos. Pero fueron cambios muy puntuales, que no podrían estrictamente atribuirse a este nuevo modelo de gestión en función de que el tiempo que ha transcurrido es escaso.

- La preocupación básica del sistema de salud del país en realidad hace eje en ampliar la cobertura de servicios en todo este segmento de población que no accede nunca a servicios, antes que introducir cambios intencionales en la gestión de los servicios.

Donde más ha avanzado el país en términos de reforma del sector salud es básicamente en la descentralización, y este proceso está caracterizado por la transferencia de la red de servicios básicos desde hospitales distritales, centros y puestos de salud a los municipios a los cuales se les transfieren los recursos tecnológicos y de infraestructura, salvo el recurso humano, para que el municipio pueda gerenciar los establecimientos de salud. Pero aún no hay evidencia que hayan producido cambios positivos acerca de los patrones de uso ni acerca de la disponibilidad de servicios atribuibles a este modelo, salvo casos muy puntuales.

En conclusión, estos cambios que se están produciendo en Paraguay, responden más bien a una administración de la realidad que a un proceso de reforma planificado y gerenciado.

---

## La experiencia en Uruguay

---

Milton Carro\*

### *Características del sistema de salud de Uruguay*

El sistema de salud de Uruguay es un sistema mixto que consta de un subsector público y uno privado.

#### Subsector público

El *subsector público* tiene una *cobertura* en este momento, en base a la última encuesta de hogares, de aproximadamente el 44% de la población. Tiene como su principal efector a las unidades asistenciales del Ministerio de Salud Pública, que conjuntamente con el Hospital Universitario dependiente de la Universidad de la República dan cobertura a las personas más carentes del país en términos de recursos económicos. Complementan este sector el Hospital Policial, el Hospital Militar que dan cobertura a los funcionarios de esos servicios y a sus familiares, y finalmente unidades asistenciales de entes autónomos y de intendencias municipales que tienen coberturas ya muchos menores.

En general la cobertura, la *canasta que ofrece el sistema público* dado por el Ministerio de Salud se puede considerar como integral, si se tiene en cuenta que da cobertura en el primer, segundo y tercer nivel de asistencia complementado con la atención de las patologías médicas que requieren una medicina altamente especializada a través de los institutos de medicina altamente especializados que son financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

Esta asistencia pública *se financia* principalmente a través de rentas generales.

#### Subsector privado

El *subsector privado* cuenta fundamentalmente, como organismos ejecutores principales, a los *organismos de asistencia médica colectiva*, que de acuerdo con las últimas encuestas tienen una cobertura cercana al 47% de la población del país. Estas instituciones que son seguros de prepagos privados sin fines de lucro y que algunos han asimilado a las HMO's de Estados Unidos, ofrecen también una *canasta bastante integral de servicios* en el sentido que dan prestaciones en el primer, segundo y tercer nivel de asistencia, complementadas también por los IMAES en lo que se refiere al tratamiento de las patologías que requieren una tecnología médica de alto nivel.

Por supuesto que la cobertura de estas instituciones de asistencia médica colectiva está orientada a las clases medias con poder adquisitivo suficiente como para abonar el prepago, pero también cubre a la totalidad de los trabajadores privados formalmente reconocidos en el país a

\* Médico. Director del Centro de Salud del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

través del Banco de Previsión Social, por medio del seguro de enfermedad y de esta forma por supuesto se financia.

Se complementa este subsector privado con los seguros parciales de tipo médico, quirúrgico, con la actividad de los sanatorios privados.

En general teniendo en cuenta el tipo de canasta que ofrecen las IAMC y este último sistema con este tipo de cobertura médica, se podría decir que en el país queda sin cobertura formal entre un 5 y un 6% de población, aclarando que muchos de ellos tienen una asistencia totalmente privada o sea que pagan cuando realmente necesitan porque tienen un alto poder adquisitivo. En contraposición también está el grupo de población que no tienen ningún tipo de cobertura formal y están sin recursos.

### Fondo nacional de recursos

Por encima de estos dos subsectores está el *Fondo Nacional de Recursos*, que a fines de la década del '70 se organizó para cubrir aquellas eventualidades de patologías que requieren la concentración de gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos de alto costo. Por ejemplo la cirugía cardíaca, la diálisis, transplantes renales, prótesis de cadera, etc.

Alrededor de 14 prácticas médicas en este momento están siendo cubiertas por este seguro que tiene un *aporte tripartito*:

- \* Se financia por un lado con una sobrecuota que está en torno al 11% de la cuota mutual.
- \* Con el aporte que genera también el Estado al pagar por acto médico prestado a los usuarios de la unidades asistenciales del Estado
- \* Con un 5% que proviene de los premios pagados por la lotería nacional.

La característica de este Fondo es que últimamente ha visto incrementado enormemente sus costos y lógicamente está requiriendo una regulación mayor por parte de los organismos públicos, que esté centrada en una auditoría de las prácticas médicas que se están haciendo. Un control financiero más estricto de estas prácticas y un análisis de costo efectividad de las prácticas que se están haciendo y de las que se están planteando introducir de futuro bajo este sistema.

De esta forma se ha podido lograr una cobertura del 100% de la población formalmente asignada al sistema de salud con la cobertura de los actos que requieren una tecnología de alto nivel.

### *Problemas del sistema de salud*

¿Cuál es la problemática a destacar que tiene este sistema de salud? Es lógico que el gasto que se ha tenido en estos últimos años, cercano al 10% del PBI, no se ha visto reflejado en los productos sanitarios que como sanitarios quisiéramos ver traducidos a nivel del país.

Nosotros tenemos un perfil epidemiológico donde predomina la patología crónico degenerativa, las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, las tumorales, y el modelo de asistencia que está subyacente en todo este sistema es un modelo eminentemente asistencialista.

Si bien hay programas de promoción y prevención de la salud no se les han asignado los rubros suficientes para su desarrollo y técnicamente tampoco se han desarrollado con toda la magnitud que deberían haberse desarrollado, para tener realmente un impacto en los cambios

de hábito de la población que ayudaran a combatir ,y controlar además los factores de riesgo que determinan estas patologías.

Por otra parte hay inequidades que están dadas por la diferencia de calidad en la prestación y en el manejo de los recursos entre el subsector público y el subsector privado, que lógicamente una propuesta de reforma tiene que considerar a los efectos de poder dar un cambio cualitativo y cuantitativo en este sentido.

Finalmente, podemos destacar también que hay problemas de ineficiencia en la gestión de los servicios, tanto en el sector público como en el privado.

### *Las propuestas nacionales*

Lógicamente si nosotros consideramos desde el año 1985, desde el advenimiento de la democracia, hacia el presente se han presentado tres o cuatro proyectos de reforma del sector salud en el Uruguay. Podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que ninguno de ellos llegó al debate parlamentario con posibilidades reales y ciertas de ser consolidado. Hasta ahora suponemos que no ha habido la voluntad política suficiente para producir estos cambios radicales o profundos.

No obstante ello, las diferentes propuestas, los distintos proyectos e incluso los que se vienen manejando en la actualidad toman a las instituciones de asistencia médica colectiva como un eje fundamental en cualquier propuesta de transformación o de mejora del sistema de salud. Lo toman así porque lógicamente estas instituciones de alguna forma son un poco el modelo por el que la población aspira a ser cubierta, a través de esta canasta integral que decíamos al comienzo. Producto de ello son las presiones sociales que ha habido para la introducción de los trabajadores de la actividad privada cubiertos bajo este sistema. La reciente resolución que se adoptó este año de cubrir a los jubilados de menores recursos también a través del Banco de Previsión Social bajo el sistema de cobertura de las IAMC, las presiones que se están generando en este momento para que los trabajadores de la actividad pública también sena cubiertos bajo este sistema. Por lo tanto podemos decir que desde el punto de vista social es un modelo de atención aceptado, más allá de las deficiencias que pueda tener y los ajustes que requiera en sí mismo.

Unido a este concepto y que lógicamente ha sido captado por los representantes políticos, podemos decir que más allá del hecho que se pueda demorar o no en plantear formalmente una reforma en el aspecto macro, utilizando a las IAMC como ejemplo o como eje en la reforma, hoy mismo se pueden empezar a tomar estratégicamente medidas que vayan consolidando este mercado en la plaza.

### *La experiencia de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*

Podemos decir que los últimos años, muchos de estas IAMC han visto dificultada su gestión y su funcionamiento debido a condiciones macro del mercado. Lógicamente un país con una inflación a la baja ha obligado a tomar medidas financieras en las instituciones para buscar un equilibrio. Tengamos siempre presente que se está en un mercado que ya de por sí es altamente imperfecto, cual es el de la salud, que se ve afectado por la situación de regulación en condiciones desiguales. En este momento las IAMC no solamente están compitiendo entre ellas mismas, sino que están compitiendo con seguros parciales, que si bien han comenzado atendiendo la franja de emergencias móviles, por la propia legislación que las ha ido autorizando, han

extendido estas prácticas médicas a policlínicas y en este momento cuentan con prestaciones de servicios de segundo y tercer nivel, pero siempre bajo el régimen de seguros privados.

Esto deja a las IAMC en condiciones de desigualdad para la competencia porque la regulación de las IAMC en este sentido es muy firme, regula la canasta a prestar, los derechos de los usuarios, las obligaciones a cumplir con los usuarios, sin embargo los seguros parciales pueden hacer en ese aspecto una selección de las prestaciones a dar y a no dar, pueden hacer una selección de los usuarios a cubrir, y lógicamente quedarse con los usuario más jóvenes que menos costos tienen.

El sistema de información que tienen les permite detectar que obviamente una persona por encima de los 65 años, duplica, triplica o cuatricula los gastos en el requerimiento de sus servicios de salud de acuerdo con el rubro que se tenga en cuenta.

Y lógicamente esa canasta universal e integral que ofrece la IAMC se basa en la solidaridad intergeneracional, o sea que aquellos jóvenes que aportan una cuota fija y que utilizan en menor medida luego, cuando son viejos realmente empiezan a gastar y eso es lo que de alguna forma compensa la caja y el financiamiento de nuestras instituciones de asistencia médica colectiva. Por lo tanto algunos de los aspectos de gestión que el gobierno ya podría empezar a realizar en este sentido es regular, y está muy bien regular el mercado, pero regularlo más parejamente, más justamente para que las actuales condiciones de competencia sean más justas.

Hay otros aspectos del financiamiento dentro de las IAMC, y eso ya compete a las IAMC, que deben ser puestos en práctica para mejorar su gestión y si es posible mejorar la calidad. En este aspecto, en base a nuestra experiencia en la Dirección del Centro de Salud del Sindicato Médico del Uruguay, el CASMU, podemos decir que nosotros lo hemos hecho y por lo tanto es nuestra principal IAMC, y si hablamos en términos del mercado es la líder en plaza porque tenemos 270.000 afiliados y la segunda que nos sigue tiene 180.000, desde ya hemos comenzado a realizar prácticas de gestión buscando el equilibrio financiero.

En ese sentido, en lo que se refiere a alta gerencia, hemos atacado las negociaciones salariales, llevando y concretando negociaciones salariales que sean no solamente financiables sino verdaderamente financiables por la institución. Hemos llegado a la negociación con la industria farmacéutica para consolidar un vademecum único de la institución, que se usa tanto a nivel de la medicina ambulatoria como a nivel de la medicina hospitalaria, y eso realmente también nos ha dado muy buenos resultados desde el punto de vista financiero.

Y hemos tenido y aplicado una política de introducción tecnológica racional.

## ***Nuestros resultados y algunas conclusiones***

En resumen, hemos accionado sobre las remuneraciones del recurso humano que dentro del presupuesto de la institución es un 60%, la introducción de bienes que es un 20% aproximadamente del presupuesto y de la industria farmacéutica que es entre un 13% y un 14,5 % del presupuesto.

Tenemos controlado de esta forma más del 90% de los gastos que tiene nuestra institución. Esto nos ha motivado un equilibrio financiero que lleva prácticamente dos años y un saneamiento financiero que lleva también dos años en su ejecución.

A estas prácticas gerenciales de alto nivel y de relacionamiento con agentes externos, nosotros hemos aplicado un gerenciamiento a nivel de los cuatro sanatorios que tiene nuestra institución.

Gerenciamiento que está orientado a una racionalidad del uso de la cama hospitalaria, del uso de la cama de medicina intensiva que tiene un costo de U\$2000/día, del uso de la cama de cuidados moderados que tiene un costo de U\$500 día.

¿Cómo lo hemos controlado?. Lo hemos hecho a través de programas complementarios. En estos momentos, se están desarrollando a nivel de la institución, sobre todo a nivel de cuidados moderados, programas de atención domiciliaria del paciente, en medicina interna, en pediatría, en algunas patologías quirúrgicas, llevando al médico y al personal de enfermería al domicilio. Esto ha redundado en disminuciones de los promedios de estadía. Una de las ventajas ha sido que la institución, que años anteriores tenía que contratar camas en sanatorios privados por fuera de las camas propias, llegara a una situación de auto - abastecimiento de camas que lleva ya un año, lo cual ha generado recursos en el orden de los U\$500.000 por mes.

Y esto no solamente ha tenido impacto en el financiamiento de la institución sino que ha tenido impacto también en la calidad de la prestación de los servicios. Hemos evaluado la satisfacción de los usuarios de nuestra institución, y hemos visto que realmente los niveles de satisfacción a nivel domiciliario y meta hospitalario, son iguales o mayores que los niveles que podemos obtener inclusive en los propios sanatorios.

O sea que ha tenido un doble impacto. Aunque en este sentido no éramos tan optimistas, la realidad nos ha demostrado lo contrario y para mejor, lo cual nos está abriendo la posibilidad de introducir algunas modificaciones en los modelos asistenciales, que vamos a tener que seguir perfeccionando, mejorando y que sirven en la reflexión porque pueden ser extensibles a la totalidad del sistema y a la totalidad del sector salud dentro del Uruguay.

# LOS RETOS EN LA GESTION SANITARIA

**Conferencista: Alfredo Solari**

**Panelista: Carlos Vassallo**

**Coordinador: Mario Lugones**

---

## **Alfredo Solari\***

### *Introducción*

A modo de introducción y para una mejor comprensión de los temas de esta exposición, queremos aclarar que buena parte de la visión que tenemos de los retos en la gestión de las reformas sanitarias, está relacionada a nuestra cercana actuación en tareas de administración y formulación de políticas en Uruguay, así como en el Banco Interamericano de Desarrollo, en una dependencia cuya función es observar e identificar las tendencias en la materia, en cuanto a problemas de salud y de servicios de salud, y buscar cuál es la mejor forma en que el Banco puede dar respuesta a esas tendencias.

Entonces un poco el resultado de esa visión es lo que queremos presentarles con un objetivo muy especial, ya que este congreso se ha destinado fundamentalmente a revalorar la importancia de la gestión de los servicios de salud frente a lo que es la formulación de las políticas, entendiendo siempre que ambos aspectos, lejos de ser excluyentes uno del otro, son complementarios.

### *Razones para reformas en los países de la región*

Tanto en la formulación de políticas como en la gestión empresarial hay que tener muy claro dónde se está parado, en materia de servicios, de financiamiento, de políticas, y de tendencias económicas.

Observamos que la mayoría de los países de América Latina están intentando reformar sus sistemas de salud. La razón básica es que los sistemas existentes hasta este momento no brindan los servicios con la eficiencia que deberían brindarlos. Al respecto hay un convencimiento que con la misma cantidad de recursos se podrían obtener más y mejores servicios. Y la segunda razón o problema, que no es tanto el caso de la Argentina, Chile, o Uruguay, sino de parte de los estados de Brasil, la mayoría de los países centroamericanos, algunos países de la región andina como por ejemplo Bolivia, este problema no es tanto la ineficiencia de los servicios, que la

\* Médico. Asesor Senior en Salud de la División de Programas Sociales. Banco Interamericano de Desarrollo. USA.



hay, sino que la mayoría de la población todavía no tiene un acceso a los servicios de salud en los momentos que los necesita.

Entonces, en un entorno general en que la política económica en América Latina ha cambiado en los últimos diez años, orientándose más hacia mecanismos de mercados tanto en los sectores económicos como sociales, aparecen esas dificultades: falta de acceso a los servicios, desigualdades sin resolver y usuarios insatisfechos.

Y por último hay otros factores. Uno es cambios en la política macroeconómica en general, otro son razones específicas de funcionamiento del sistema de salud y seguridad social que tienen los países, en tanto que el tercer elemento es el de la transición demográfica y la transición epidemiológica.

Ampliando este tema de la transición demográfica, hay proporcionalmente muchos más ancianos que hace 20 años, ciertamente de los que había hace 40 años y va a haber cada vez más: hay un claro envejecimiento de la población. Y en cuanto a la transición epidemiológica, entendemos que se da conjuntamente con ese proceso. A esto se suma que con el control de las enfermedades infecciosas está cambiando netamente el perfil de enfermedades. Para poner un ejemplo, el perfil de enfermedades de Colombia y de Uruguay son casi exactamente opuestos. En Uruguay, suponemos que en Argentina no debería ser distinto, el 40% de la carga de morbilidad y mortalidad es por accidentes vasculares, otro 40% es por cáncer y un 15% es por accidentes. En el caso de Colombia el 45% por accidentes, apenas el 20% es por accidentes vasculares y cánceres y la otra parte importante es por enfermedades infecciosas de la niñez. Hay una transición hacia enfermedades que son más prolongadas, que son más costosas, que requieren mayor tecnología y eso causa una presión sobre el gasto en salud.

#### RAZONES PARA LAS REFORMAS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

- Orientación de las políticas económicas hacia los mecanismos de mercados tanto en los sectores económicos como sociales.
  - \* Más sector privado
  - \* Más mercado
  - \* Menor gasto público
- Aumento del gasto en salud como proporción del PIB no se han materializado en incrementos proporcionales de cobertura poblacional y servicios de salud ofrecidos.
  - \* Usuarios insatisfechos
  - \* Desigualdades sin resolver
- Control de costos: Mejoramiento de la eficiencia microeconómica.
  - \* Crecimiento del gasto
  - \* Gestión ineficiente
  - \* Transiciones epidemiológicas y demográficas.

## El gasto en salud

**Cuadro 1: Gastos totales en salud en 1990**

Región	Producto Nacional per cápita	Gasto salud per cápita PPAS	Como proporción del PIB		
			Total	Público	Privado
Todos los países	4010	429	5.1	3.2	1.9
Economías industrializadas	20040	1613	7.8	5.8	1.9
América Latina y el Caribe	2280	297	6.2	3.1	3.1

\*Incluye el Sistema de Seguridad Social; PPA\$ significa Paridad del poder adquisitivo

Fuente: Govindaraj et al., Tomado BID 1996 y Health Expenditure in Latinoamérica, 1994.-

¿Cuánto gasta en salud el sector público y cuánto el sector privado?. Este es un dato importante en cualquier sistema de salud. Supongamos que no hubiera ningún tipo de gasto estatal en salud, que fuera todo gasto privado, ya fuera a través de seguros o de pagos directos en los servicios. Evidentemente el acceso a los servicios de salud dependería totalmente a la distribución de ingresos que tuviera esa sociedad. En otras palabras quienes tuvieran ingresos limitados no tendrían acceso a los servicios de salud porque no tendrían capacidad de pago. Entonces la participación del sector público en el financiamiento de los servicios de salud está expresando esa voluntad de la sociedad de facilitar el acceso a los servicios a quienes no tienen capacidad de pago. En términos más esquemáticos se diría que el gasto del sector público refleja la solidaridad de una sociedad en el sector salud.

El gasto del sector privado expresa la preferencia que los ciudadanos tienen por mantener servicios de salud que no les puede financiar el sector público. Preferencia de ricos y pobres, porque los pobres también gastan de su bolsillo en salud. Entonces en estos datos uno puede ver en primer lugar entre el gasto total en salud de las economías industrializadas, los países de la OCDE, 1313 dólares por habitante por año, y el gasto en salud de los países de América Latina cercano a los 300 dólares por habitante por año, hay evidentemente una brecha muy grande. Este diferencial no solamente se va a reflejar en el nivel de los sueldos, en el nivel de los ingresos de los trabajadores de la salud, sino que se va a reflejar también en el nivel de acceso a determinadas tecnologías de alto costo. (cuadro 1)

El gasto en salud promedio está muy influenciado por el gasto en salud de las economías industrializadas que tendrán alrededor de un décimo de la población mundial pero que elevan el promedio por su gasto muy superior. Pero aparte de eso queremos llamar la atención sobre la columna que muestra cuánto representa el gasto total en salud con relación al producto bruto. Si se considera la totalidad de los países significa alrededor del 5%. Para los países industrializados está cerca del 8% - para los Estados Unidos es el 14% de la economía- y para los países de América Latina es el 6.2%. Estos datos son de principios de la década del 90, más precisamente de 1993. En la actualidad América Latina está en el 6.7%. O sea que no es una cifra tan alta como

la de los países desarrollados pero es más alta que la de los países con quienes competimos, fundamentalmente con Asia. Entonces ese gasto importante en salud nos tiene que preocupar para ver si estamos obteniendo las ventajas que corresponderían a ese gasto.

En la distribución entre lo público y lo privado, se puede ver que en las economías desarrolladas el sector público tiene una participación importante. Prácticamente el 80% del gasto total en salud corresponde al sector público. En cambio en los países de América latina 50% corresponde al sector público. Quiere decir que este elemento de solidaridad es importante pero no alcanza los mismos niveles que en las economías desarrolladas. Sin embargo nuestro nivel de participación del sector público en la financiación es mayor que en el de los países menos desarrollados porque, si se mira en el promedio general, el sector privado tiene menos participación de la que tiene en América Latina. O sea que nosotros tenemos un sector público relativamente más desarrollado, pero también un sector privado mucho más desarrollado que el de otros países de tamaño y nivel de desarrollo similar.

### *Tendencias de los procesos de reforma*

¿Qué entendemos por reforma del sector salud? La reforma del sector salud es la introducción de cambios estructurales esenciales en las formas en cómo están funcionando las principales instituciones del sector. Instituciones que establecen el marco normativo en que se financian y se prestan los servicios. Instituciones públicas o privadas que financian los servicios, como pueden ser instituciones de seguros, obras sociales, empresas de la seguridad social, el propio presupuesto general a través del Ministerio de Salud. Y quiénes prestan los servicios.

La redefinición de esos roles, el establecer nuevos mecanismos de competencia, nuevas formas de relacionamiento entre los pacientes y los financiadores y los prestadores, es básicamente lo que llamamos reforma de salud.

Todos los países de América con un estilo o con otro, han iniciado reformas de salud.

¿Cuáles son las características más generales de esos procesos de reforma?

Por un lado hay una tendencia a *separar provisión de financiación*, el ejemplo más claro de esa separación es el caso de los ministerios de salud quienes toman su presupuesto de rentas generales, tienen sus propios establecimientos, financian y organizan la provisión en una misma institución. Esto no es enteramente saludable porque las presiones para brindar servicios no son necesariamente coincidentes con las presiones para administrar los recursos de que se dispone. Por lo tanto hay una tendencia para establecer, por un lado, los fondos de salud como el FONASA de Chile, el Fondo de Garantía y Solidaridad de Colombia, FOSIGA, y otros fondos y separarlos de lo que es la prestación directa de servicios.

Segundo elemento, el sistema de seguros privados y el sistema de seguridad social convencional vinculado a los trabajadores formales de la economía, no dan solución adecuada a las necesidades de atención de salud de grupos importantes de la población como trabajadores informales, dependientes, personas que ya están retiradas, trabajadores agrícolas y entonces las reformas lo que buscan es *mejorar la cobertura de los servicios de salud extendiéndolos a la totalidad de la población*. Y algunos de ellos, como en el caso de Colombia, tratan de crear un seguro de carácter universal y obligatorio.

El tercer elemento que es una de las características más discutibles pero también poten-

cialmente más ricas de los servicios de salud, es la **introducción de elementos de competencia**, es decir básicamente que el usuario pueda elegir. Se busca con esto que una familia o una persona, por el hecho de ser pobre, no tenga que atenderse únicamente en los servicios públicos, que el que es beneficiario de la seguridad social no esté bloqueado exclusivamente en una determinada institución, que pueda elegir con su aporte hacia dónde canalizar sus recursos y de dónde obtener sus servicios. De manera que si no está satisfecho con la calidad del servicio pueda seleccionar uno mejor. Esto es un argumento sumamente atractivo pero delicado, porque el consumidor de salud no necesariamente tiene toda la información necesaria para tomar la decisión adecuada. Justamente por esa diferencia de información es que existe la licenciatura de la profesión médica, y se supone que el médico es quien tiene la información necesaria para decidir en nombre del paciente. De manera que esta introducción de competencia como elemento articulador entre consumidores y financiadores de servicios, entre consumidores y prestadores, es un elemento atractivo pero que tiene que ser manejado con elementos adicionales de información y estipulación del marco normativo.

El cuarto elemento está íntimamente vinculado con el anterior. Si los recursos de rentas generales se los damos al ministerio de salud, o los recursos de la seguridad social se lo damos a la obra social para que ésta brinde servicios a su población beneficiaria en forma directa, es muy difícil posibilitarle al usuario esa elección de que hablábamos en el punto anterior. O sea básicamente el dinero del subsidio a ese usuario está establecido en el presupuesto que va al hospital o a la policlínica o al centro de salud. Si queremos tener algún elemento de competencia, **es clave que ese subsidio en lugar de ir a quien proporciona los servicios vaya a quien consume los servicios, es decir directamente al paciente**, y que éste pueda elegir basado en su información y en sus preferencias. Nuevamente hacemos las mismas salvedades que en el punto anterior. La sociedad le puede dar a una familia en situación de pobreza x cantidad de pesos para atender sus necesidades de salud, pero si no hay nadie que por esa x cantidad esté dispuesto a brindarle servicios esta familia no va a poder acceder. Entonces tendríamos un subsidio a la demanda pero no tendríamos solucionado el problema

#### Tendencias de los procesos de reformas

- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios
- La necesidad de extender los seguros obligatorios de salud más allá de los beneficiarios de la seguridad social mediante la incorporación de un seguro de salud con carácter universal y obligatorio.
- La paulatina sustitución de subsidios de oferta por subsidios de demanda
- La necesidad de regulaciones eficientes

Quinto punto. Algo que tienen en común la mayoría de los procesos de reformas que se están ejecutando es un **mejoramiento al marco normativo**, esto es las disposiciones jurídicas, constitucionales, legales, reglamentarias, etc., incluso los estatutos jurídicos de las propias empresas, las disposiciones jurídicas que regulan el relacionamientos entre los distintos agentes que funcionan en el sistema. Si todos los funcionarios de una determinada rama de actividad tienen necesariamente que aportar a una determinada obra social, no es por un capricho de nadie sino porque hay una disposición jurídica que así lo determina. Si se quiere modificar ese régimen y

establecer un sistema competitivo por el cual la persona pueda elegir entre distintos prestadores, a través de los cuales va a acceder a los servicios hay que modificar el marco normativo. Este es un aspecto crucial de las reformas en salud porque cuando se trata de buscar sustitutos del Estado en el financiamiento o en la administración del financiamiento y sustitutos del Estado en la prestación directa de los servicios, las reglas del juego con las cuales se hace esa sustitución pasan a ser sumamente importantes. A los efectos de proteger a los consumidores de servicios y a los efectos de proteger a quienes proporcionan los servicios. De manera que en la mayoría de los ministerios de salud, se están haciendo esfuerzos muy grandes para analizar y mejorar el marco normativo que regula toda la actividad de prestación y financiamiento de los servicios de salud.

### *Imperfecciones en el mercado de los seguros*

**Cuadro 2: Imperfecciones en el mercado de los seguros**

<b>Fallas de mercado</b>	<b>Efectos</b>	<b>Soluciones</b>	<b>Resultados</b>
Selección adversa	Problemas c/la agregación de riesgos. En el límite no hay mercado de seguros	Educación/ Subsidios Contribuciones obligatorias Cobertura universal	Poco efectiva  Efectiva Efectiva
Riesgo moral	Sobreconsumo de seguros Sobreconsumo de Servicios médicos	Regulación Copagos deducibles	Moderadamente efectivas
Selección de riesgos	Falta de seguros para enferm. crónicas, Tercera edad y pobres	Regulación primas en función de riesgos comunitarios Primas ajustadas por riesgos a nivel individual	Moderadamente efectivas. Muy difícil de implementar técnicamente
Monopolios o carteles de seguros	Rentas económicas Sub producción	Leyes y regulación antimonopólica	Inefectivas debido a tendencias hacia la concentración
Problema del polizante( <i>Free rider</i> )	Problemas de contribución Déficits financieros	Regulación Supervisión	Moderadamente efectivas

Sin intención de entrar en detalles del análisis del cuadro 2, queremos no obstante decir que quienes piensan que el mercado, la libre transacción entre oferentes y demandantes puede llegar a diseñar la solución óptima en el financiamiento y en prestación de servicios de salud, en nuestra opinión están equivocados. El mercado no soluciona el problema de los pobres, el mercado no necesariamente en cuestiones de salud hace la mejor asignación de servicios por una

serie de distorsiones que tiene el mercado que por sí mismo no las puede corregir, de manera que se necesita un sistema enteramente planificado, o se necesita un sistema de mercado que tenga una cantidad de ajustes, para que los recursos se puedan asignar de la manera más eficiente y también de la forma más justa. Las sociedades de América Latina, siendo como somos sociedades que hemos tolerado diversidades de ingresos muy importantes, diferencias en la distribución del ingreso sumamente importantes, en el caso de Brasil una de las distribuciones de ingresos menos equitativas del mundo, pese a eso en los sectores sociales, en educación y salud, tratamos de que la sociedad sea un poco más equitativa de lo que lo es en términos generales. Y decimos un poco más equitativa porque no se puede tener una distribución perfecta de un bien, educación o salud, cuando se tiene una distribución tan imperfecta de la riqueza y del ingreso en general. Es decir tratamos de ser un poco más justos, un poco más tolerantes, pero no necesariamente podemos ser muy distintos de lo que somos en términos generales en la organización de la sociedad.

#### Características de los mercados de la salud

- Los mercados de la salud tienen *problemas de incertidumbre*, que básicamente hacen que la contribución obligatoria, que el aporte obligatorio por parte de la totalidad de los ciudadanos sea un elemento fundamental si se quiere tener algún elemento de equidad.
- Tienen problemas de *riesgo moral*, si es un mercado de salud, si es un mercado de seguros de salud totalmente voluntario, el incentivo para quienes tienen una edad muy baja y muy bajo riesgo es mínimo. El incentivo de esperar que ese riesgo aumente es importante y el incentivo de incorporarse a un seguro cuando el riesgo está a punto de concretarse también es muy alto. Todo eso hace que en el análisis final, si todos esos incentivos funcionan en forma libre, básicamente tengamos un mercado donde no hay seguros. La gente concurre al médico y paga en el momento que necesita el servicio exclusivamente.
- Problemas de *riesgo moral, selección adversa, del polizante (free rider)*, implican que los sistemas de seguros pueden presentar *problemas de ineficiencia económica*
- Hay argumentos de *bienes públicos* muy importantes. Si dejamos liberado enteramente al mercado la mayoría de la gente no se vacunaría porque si bien la inmunización tiene un beneficio individual muy importante, tiene también un beneficio colectivo enormemente importante. Luego de un determinado nivel, el riesgo de poder contraer una enfermedad para la cual hay prevención por inmunización, es prácticamente nulo. Entonces el mercado por sí solo tendería a llevar a una inversión mucho menor de la que se necesitaría para tener el máximo beneficio de la sociedad.
- La soberanía del consumidor no se cumple debido a *asimetrías de la información (Problemas con los subsidios a la demanda)*
- Mecanismos de mercado pueden tener un *impactos negativos sobre la equidad*.
- Debido a problemas de información y consideraciones de bienes públicos los mecanismos de mercado *no aseguran una asignación eficiente de recursos*

#### El desafío de las reformas

- El desafío es tratar de aumentar la eficiencia y la solidaridad.  
Cuánto más eficiente es el sistema más solidario puede ser, porque los recursos disponi-

bles rinden más y por lo tanto esa determinada cantidad de recursos se pueden atender las necesidades de mayor cantidad de población. Pero los instrumentos para lograr la eficiencia no son los mismos que los instrumentos para lograr la equidad. Los instrumentos para lograr la eficiencia básicamente lo que requieren es alguna responsabilidad importante individual, ya sea en quien recibe los servicios o en quien los proporciona, es decir requiere beneficios, desafíos, costos a nivel personal, a nivel individual. La solidaridad por el contrario requiere que aportemos por encima de lo que podemos y recibamos en la medida que necesitamos, sea más o menos de lo que aportamos, es decir es una consideración de tipo colectivo.

Por eso eficiencia y equidad no son excluyentes pero no siempre marchan de la mano porque se logran a través de mecanismos que en muchas ocasiones son exactamente opuestos. Los mecanismos destinados a la eficiencia hablan de incentivos para producir más servicios, de mejorar la calidad, hablan de una mayor responsabilidad en el aporte, evitar la evasión, es decir hablan de una serie de mecanismos individuales mientras que los mecanismos de solidaridad hablan de otras cosas, básicamente esto está reflejado en aquella vieja frase "*de cada uno de acuerdo con su capacidad y a cada uno de acuerdo con su necesidad*". Pero si eso es así, en un extremo no hay ningún incentivo individual para aportar ni hay ningún incentivo individual para producir bien, más allá que la gratificación de formar parte de una sociedad que es solidaria, que no es una gratificación banal pero no es una gratificación que en la práctica mueva a grandes conjuntos sociales.

Entonces, ¿cuál es el desafío?: tratar de tomar fondos en función de la capacidad, aportes proporcionales obligatorios, contribuciones de tipo impositivo, tasas en el momento de consumo de los servicios, es decir tomar de cada uno de acuerdo con su capacidad. Y por otro lado pagar a los proveedores de tal manera que puedan atender las necesidades que son distintas y que requieren reconocimientos distintos.

Pensemos en un sistema de prepago. Una cosa es un prepago para un enfermo con insuficiente renal terminal que requiere diálisis dos o tres veces semanales, y otra cosa es un prepago para un joven de 14 o 15 años que no tiene ninguna enfermedad. El asegurador tiene que ver reconocido ese distinto esfuerzo en los fondos que recibe para brindarle asistencia y cobertura a esos dos grupos de pacientes distintos. El desafío está en el medio ¿Qué tipo de fondos nacionales podemos crear para tomar de cada uno de acuerdo con su capacidad pero sin correr a los aportantes, y cómo podemos pagarle a los proveedores de acuerdo con la necesidad de sus pacientes pero sin dejarlos en ningún momento desprotegidos con respecto a los recursos que son necesarios.

Esos fondos de solidaridad se están creando en varios de estos planes e intentos de reforma y son sumamente importantes. Pero no nos confundamos, eso no significa que volvamos a recrear o que mantengamos monopolios que solamente impiden la capacidad de elegir de los usuarios, o impiden la capacidad de elegir por parte de los prestadores.

## *Los desafíos de la reforma en América Latina*

¿Cuáles son los desafíos que tenemos en América Latina por delante o por lo menos cómo los vemos en el Banco?.

- Necesidad de conciliar eficiencia con equidad.
- Redefinir mezcla pública - privada actual: impacta eficiencia y equidad

No son elementos antagónicos pero no siempre se consiguen por la misma vía. Consecuen-

temente con ello, en la medida en que el financiamiento público sea suficiente como para cubrir las necesidades y dar una atención lo más integral posible al máximo de personas.

En el caso de Argentina los aportes generales para el tema salud están alrededor del 10% del PBI, según los últimos datos que manejamos. Y Argentina tiene que competir con países que probablemente le estén dedicando a la asistencia de salud el equivalente del 4% del PBI. Entonces no hay nada equivocado con dedicarle mayor cantidad de recursos a un problema social, pero lo que tenemos que ver es qué obtenemos a cambio de eso.

¿En cuestión de salud estamos obteniendo el mejor nivel de salud posible? Estamos obteniendo una población sana que tiene toda la capacidad posible para aprender, para incorporar tecnologías que le permita competir en un nivel de ventaja con respecto a otros sectores del mundo, estamos manteniendo adecuadamente las madres de tal manera que puedan no solamente ser madres, cumplir con todos sus deberes, sino también incorporarse al mercado de trabajo? ¿Es decir a cambio de ese 10% que estamos gastando estamos dando el nivel de salud que la población necesita tener? Y si no lo estamos dando, ¿qué cambios tenemos que hacer para mejorar. ¿Cómo tenemos que hacer para que el sector público aumente su participación sin que ello repercuta en la eficiencia de los servicios?.

- La introducción de un paquete básico de salud.

En el informe del Banco Mundial de 1993 que fue destinado al tema de los servicios de salud se establecía la conveniencia de determinar un conjunto mínimo de servicios a los que debería tener acceso la totalidad de la población. En nuestra experiencia particular, en el gobierno de Uruguay, podemos asegurar que definir qué se incluye en el paquete básico es muy fácil. Pero establecer qué se excluye.....todavía no encontramos a nadie que pueda dar una fórmula viable desde el punto de vista político para determinar ese componente. Es decir, cuando uno establece un paquete básico está diciendo que hay algunos servicios que quedan afuera. ¿Cuáles son? Eso no es fácil de establecer y no es fácil de establecerlo, en el caso de Argentina por ejemplo, que tiene un gasto cercano a los U\$650 por habitante por año, Bolivia tiene U\$29 por habitante por año y Haití aún menos. O sea que el concepto de paquete básico de servicios, conceptualmente es un elemento muy fuerte pero en la realidad hay muchas dificultades para establecerlo frente a una población que tiene expectativas, aspiraciones, información, etc. Entonces tal vez uno de los elementos para la canasta básica sea darle un poco más de información y más participación al paciente de tal manera que él sea parte de la definición. Eso es fácil de decir pero muy difícil de hacer cuando los recursos humanos o no son suficientes como en algunos países centroamericanos o no estamos formados con esa mentalidad.

- Competencia regulada a nivel del financiamiento (experiencia colombiana) (problema de selección de riesgos, descreme)
- Mejorar e incentivar la competencia a nivel de los prestadores (público-privado)

Pensamos que no hay marcha atrás en cuanto a que la gente tenga mayor capacidad de elegir. Esta es una característica de prácticamente todas las reformas en la región y de muchas de las reformas en Europa, pese a lo cual no baja el nivel de gasto pero sí probablemente aumente el nivel de satisfacción de los consumidores.

En el año 1980 se hizo un estudio muy interesante comparando los sistemas de salud de varios países desarrollados, Estados Unidos, Canadá, Japón, Alemania, Inglaterra, de los cuales el que salía con mejores niveles de salud, con mejores niveles de satisfacción de los usuarios, pero



no necesariamente con el gasto más alto era Canadá. Yo creo que una de las razones fundamentales para ello era que en Canadá el financiamiento es exclusivo a cargo del sector público. Pero la prestación es exclusiva a cargo del sector privado y el usuario tiene una posibilidad prácticamente ilimitada, o por lo menos teóricamente ilimitada, prácticamente limitada por las circunstancias geográficas, de elegir entre esos usuarios cuál es el que le brinda servicios de mayor confianza. Para esa combinación, que tampoco es un *desideratum*, porque no hay modelos, se necesita una cultura de sociedad, de respeto al uso de los recursos del Estado, de respeto en cobrarle al Estado, de respeto de relacionamiento de un profesional y un cliente donde se podría dar cita a todo tipo de abusos. Se necesita asimismo un entorno cultural de un respeto muy grande que no necesariamente o no fácilmente uno puede visualizarlo en todos los países de América Latina. Ciertamente el aumento de la competencia son elementos que van a estar.

- Mejorar gestión pública y privada

Y finalmente el tema del mejoramiento de la gestión. No es cierto que el monopolio de la ineficiencia la tenga el sector público, cuando los trabajadores de la salud incluidos los médicos en el sector público están recibiendo retribuciones que son la quinta parte o la décima parte de lo que ellos mismos reciben en una obra social o en el sector privado. No hay ningún sistema en el mundo que tenga eficiencia con esos parámetros de distribución compartida.

Si bien el sector privado también tiene ineficiencias y por lo tanto debe corregir su accionar no implica que en el sector público no se pueda lograr mejoramientos de la eficiencia, no se pueda lograr una mejor compra, una mejor distribución de medicamentos, una mejor contratación y capacitación de los recursos humanos, mejor organización de los recursos humanos para el trabajo. Ha sido uno de los temas centrales de este congreso pero creemos que sería un error pensar que el mejoramiento de la eficiencia es patrimonio de exclusivo de uno u otro sector.

## ***Reflexiones finales***

Antes de terminar quisiéramos poner énfasis en algunos aspectos.

***En primer lugar en las reformas de salud no hay modelos.*** Nadie puede venir y decirles, ni del Banco Interamericano de Desarrollo, ni del Fondo Monetario, nadie puede decirle a la Argentina cómo tiene que organizar su servicio de salud. Ese es un tema de cada uno de los países. Sí hay ciertas tendencias y es bueno aprender de esas tendencias.

***En segundo lugar, cuando uno quiere lograr un modelo totalmente justo y solidario lo más probable es que logre el modelo menos solidario de todos,*** porque la gente no está dispuesta a aportar en forma teórica en función de lo que debería aportar. La gente espera cierta relación entre lo que aporta y lo que recibe. Entonces cuando uno tiene modelos absolutamente solidarios se encuentra con la informalidad, la gente deja de pagar, deja de registrar, lo cual no quiere decir que después la gente deje de consumir.

***Tercero, las reformas de salud son enormemente difíciles desde el punto de vista político.*** En algunos casos, Colombia, Chile, fueron diseñadas, luego aprobadas las leyes. En el caso de Chile se implementaron, en el caso de Colombia se están tratando de implementar. En el caso de Perú fue aprobada una ley de reforma del sector salud, pero aún está en vías de implementación.

Pero la dificultad política surge de dos cosas:

En primer lugar éste es un sector en el que se manejan intereses económicos muy volumi-

nosos e intereses personales y profesionales muy sagrados. Y entonces la modificación de una realidad en la cual esos intereses están de alguna manera conciliados no es fácil. Políticamente requiere de una habilidad, que nosotros demostramos no tener.

En segundo lugar políticamente lo que es atractivo para la población como consumidora, no necesariamente es lo mejor desde el punto de vista técnico. Entonces eso hace que muchas veces las propuestas no sean muy populares. Se le puede ofrecer a la gente inmunización, antibióticos de primera línea pero no necesariamente de última generación y la gente le va a pedir resonancia magnética, tomografías, y trasplantes. Es sumamente difícil ompatibilizar lo que la gente quiere en el acceso a la información popular y lo que técnicamente es lo más adecuado al beneficio esperado y al costo de cada intervención.

Por último yo creo que todos estamos vinculados a la temática de salud, ciertamente lo que no quisiéramos es que estas reformas fueran excusas para que los sistemas de prestación de servicios de salud, fueran menos solidarios de lo que hoy son y ese es un temor y una preocupación que todos debemos tener. Un investigador del Banco Mundial, que es asesor del Ministerio de Salud de China nos relató hace poco una anécdota que queremos compartir acá. En China, con un sistema socialista, con los médicos descalzos, con una preocupación por igualar las situaciones, hubo una reforma económica muy importante y hubo conjuntamente como parte de esa reforma, una reforma de los servicios de salud. Y en este momento un campesino en China que no tiene recursos propios ni dinero en sus ingresos si necesita un servicio de salud tiene que conseguirse primero el dinero para luego ser atendido. No hay un mecanismo previsto de solidaridad. Ciertamente que cuando nosotros reformamos nuestro sistema, reformamos nuestras obras sociales, los ministerios provinciales, ese es un puerto al que no queremos llegar. Y en nuestra opinión, merecemos llegar a una situación un poco más solidaria a la del momento actual.

## Reflexiones acerca del sector público de salud argentino: Experiencias provinciales

Carlos Vassallo\*

### *Perspectivas de la reforma del sistema de salud*

Existe más de una perspectiva para ver la reforma del sistema de salud y depende de la posición donde uno se encuentra. *Dos de las perspectivas a considerar han sido las propuestas por Maynard y Williams.*

- La primera considera que el acceso a la asistencia sanitaria es esencialmente similar al resto de las cosas buenas de la sociedad (tales como comida, vivienda, tiempo de ocio), y que se compran en los mercados según los ingresos personales y que forman parte del sistema de *premio/castigo* de la sociedad.
- La segunda contempla el acceso a la asistencia sanitaria como un derecho del ciudadano, de la misma manera que el acceso a las urnas electorales o a los tribunales de justicia, lo cual no debería depender de forma tan importante, (o incluso de ninguna forma), de los ingresos y fortuna personales: A estos bienes se los llama a menudo, bienes personales o meritorios.

El punto de vista de las reformas está condicionado fuertemente si se comulga con el primero o segundo puntos de vista.

El primero viene de la tradición americana del *self-made man*, de considerar la salud como un servicio que debe ser adquirido en el mercado, donde existe un mercado de planes y seguros que ofrecen su cobertura compitiendo por las primas que pagan los asegurados. Este sistema tiene un costo muy alto y amenaza la competitividad americana en distintos mercados. Tiene una fuerte capacidad de innovación micro que podemos observar en la gran cantidad de innovaciones organizativas y gerenciales que EE.UU. ha desarrollado en el sector salud. Pero también tiene gente que no puede pagarse la cobertura, y simplemente queda afuera del sistema.

El segundo está más vinculado al desarrollo de sociedades como la europea, que catalogan la salud como un derecho a asegurar a la población por el solo hecho de ser un ciudadano.

En muchas ocasiones hemos observado que las reformas que se plantean para el sistema de salud pertenecen al mundo de los modelos teóricos, sin trascender el marco de la teoría neoclásica, o bien giran en torno al mundo virtual en el cual vivimos. A esto se le suma como un elemento realmente negativo el hecho que la problemática del sector salud, un tema de tan tremenda vigencia social como la reforma de los sistemas, no parecen estar instalados en la consideración pública cotidiana. Al menos no como un problema a resolver en lo social, lo nacional y provincial. Esto contrasta con el hecho de que no obstante, es bien conocida la falta de acceso a la atención por parte de ciertos colectivos, o las deficiencias y malgasto que se observan en los innumerables sistemas que conviven en nuestro país. Incluso la política, que tiene como una de

\* Contador Público Nacional. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud. Coordinador Académico Posgrado de Economía y Gestión de la Fundación Isalud.

las bases de construcción de sus discursos las necesidades de la gente, la incluye en escasas oportunidades en sus propuestas, y cuando lo hace, éstas adolecen de la profundidad necesaria.

### *Reforma y federalismo*

Reflexionando sobre algunos de los aspectos de la reforma en el caso argentino, las dificultades con las que nos encontramos diariamente es que muy difícil en la Argentina hablar de un solo sistema de salud y de una sola reforma. Nuestro país se distingue por tener una variedad de sistemas, de coberturas, una diversidad de situaciones de servicios que hacen imposible plantear este sistema como puro.

En tal contexto trataremos de hacer algunas reflexiones básicamente sobre la población sin cobertura personal, sea dentro de la seguridad social o mediante algún sistema privado, vale decir el sector público, cuya responsabilidad está a cargo de las provincias y que hoy tienen bajo su órbita la organización de los sistemas de salud provinciales.

Argentina es un sistema que se parece mucho más a un sistema como el canadiense con mucha autonomía provincial a diferencia de lo que sucedía en otras épocas donde existía una concentración muy fuerte por parte del Estado Nacional respecto de determinadas funciones.

Este nuevo perfil condiciona una reforma que en realidad todavía no ha comenzado en las provincias, que necesariamente deben discutir y tender los lineamientos básicos, es decir definir cuál es la cobertura, cuál es la responsabilidad básica que las provincias tienen que asumir, cuál es la gente a la cual hay que darle servicios, cuáles son los recursos y cuáles son las infraestructuras con la que cuentan.

Hemos escuchado a lo largo del congreso hacer una serie de menciones de algunos programas importantes a nivel nacional que han intentado incentivar, proponer y promover la discusión en el seno de las provincias para que las provincias asuman la reforma y la reorganización de su sector como una bandera propia y no simplemente como un impulso que viene de la órbita nacional. Y esto se relaciona justamente a este tema de que en alguna oportunidad, las provincias comienzan a tomar la bandera de la reforma y empiezan a pensar en su propio territorio, en los límites de su territorio y en la cantidad de recursos que tienen para plantear una reorganización, una reasignación de recursos que permita alcanzar mejores resultados y una mejor cobertura.

Este proceso de reforma puede estar sujeto a determinados vicios a los cuales estamos bastante acostumbrados los argentinos. Esta cosa de los extremos. Vivimos una instancia donde las políticas de salud tenían mucho de equidad, o por lo menos decían tener mucho de equidad, y entonces se tomaban decisiones que bordeaban irracionalidades económicas, como construir hospitales en poblaciones de 2000 habitantes aunque sabíamos que eso era cuanto menos ineficiente. O bien dejar libre el acceso a la facultad de medicina, con lo cual se genera un exceso claro de insumos, de recursos humanos que van a trabajar en el sector salud, expandiendo la oferta sin control alguno y generando un alto nivel de gasto.

En contraste con esas situaciones, viendo la situación actual, nuestro temor es que ahora en alguna medida, por lo menos en algunas de las propuestas que están girando en torno a esto, nos vayamos hacia el otro extremo y la economía domine las políticas de salud o la eficiencia domine la equidad. El tema es lograr una síntesis adecuada, un equilibrio. Porque las políticas se construyen con un equilibrio de la equidad y de la eficiencia. Todo aquello que ganamos en alguna medida en equidad lo perdemos en eficiencia y tenemos que saber cuánto de uno estamos destinados a perder para ganar en términos del otro. Y pese a su sencillez conceptual, esto ten-

dría que ser una enseñanza importante lograr construir políticas mucho más equilibradas en términos de eficiencia y equidad.

Un chiste que sirve a los fines del comentario que haremos a posteriori relata que luego de un naufragio y en la clásica isleta desierta, se encuentran tres profesionales: un ingeniero, un físico y un economista. El mar les arroja una lata de conservas comestibles y, gran alegría de por medio, la tienen que abrir. El físico plantea tomar unas lentes que tenían al sol para ver si con el calor lograban modificar el metal y tratar de esa manera de abrir la lata. El ingeniero plantea hacer una palanca con una madera para tratar de abrirla y el economista dice: “*esto es muy simple, supongamos un abrelatas...*”.

Este tema de los economistas y del “*supongamos ...*” determinadas cosas es en definitiva un componente importante de la teoría económica neoclásica. El modelo o el teorema de la mano invisible necesita no de cualquier organización, sino de organizaciones que son muy eficientes tomando decisiones, que tienen mucha información o toda la información necesaria y que esa información no les cuesta nada, tienen la tecnología necesaria para producir las transformaciones y como son tan eficientes, son tan inteligentes sólo se trata de captar esta única señal que da el mercado, que es el precio, y producir las adaptaciones necesarias que esa organización necesita. Este modelo basado en lo que es la función de producción, los insumos que se distribuyen en determinadas proporciones es la descripción que la teoría neoclásica hace de la empresa. Tomemos conciencia de la distancia que hay entre esta descripción respecto de los modelos o el funcionamiento de los hospitales, o lo que son las expectativas de las personas que trabajan dentro de un hospital. Un hospital o una organización de salud es una organización muy compleja que tiene seguramente funciones de utilidad muy diferentes. No se trata precisamente de una sola persona que comanda este proceso, que es el director, gerente, que tiene capacidad para captar aquella señal que le da el mercado y producir las transformaciones internas que la organización estaba esperando...

Por lo tanto, nos parece que la construcción de un modelo de reforma específica para el caso de las provincias donde el hospital juega un rol fundamental, tiene que considerar especialmente una microeconomía muy diferente a la microeconomía neoclásica. Una microeconomía que tome nota de que la empresa no cuenta con toda la información, con toda la tecnología, sino que se está en presencia de una organización que es un agregado de personas, con intereses muy distintos, muy difusos entre sí y de lo que se trata básicamente es de modificar esas estructuras, para lograr alinear en definitiva las distintas funciones de utilidad que tiene cada una de estas personas que juega dentro de esta organización. No podemos pensar en una reforma en las provincias, en una reforma en profundidad del hospital, pensando que la función utilidad del hospital la tienen pura y exclusivamente los médicos o la tienen los directores de cada uno de los hospitales, introduciendo esquemas de gerentes que vienen de afuera, o determinados incentivos para los médicos. Tienen que ser pensados en el marco de esta complejidad gerencial que tiene un hospital público y privado, en definitiva una organización de estas características de las que hablábamos.

### *Las funciones del Estado*

En el marco de este esquema de reforma hay determinadas funciones de las cuales el Estado no puede permanecer completamente alejado. Algunas de las funciones creemos parecen potenciar las reformas que vienen desde lo alto son:

- En primer lugar la necesidad que cada provincia defina un modelo de sistema de salud y reforma propio, de tal manera que el financiamiento externo que llegue a través del Banco Mundial o del Banco Interamericano de Desarrollo se sume a un esquema, a un modelo determinado de cobertura y de modelo prestador, evitando así permanecer temporariamente como un programa individual que soluciona la problemática de un determinado hospital y que luego se retira. Es necesario pensar en el sistema, en la coordinación y articulación de una red prestadora de servicios de salud en el ámbito provincial.
- En segundo lugar hay también un planteo referido a la problemática de recursos humanos que como es sabido es la variable principal de transformación dentro de estos sistemas. Esto tiene que llevar a que estos programas tengan a nivel de las provincias una discusión acerca de qué hacer en cuanto a la redefinición de la variable recursos humanos. Algunos, el caso de los españoles, dan un viraje al tema de mediante la redefinición de sus organizaciones, su modelo organizativo, su figura jurídica, y se produce lo que se llama el "escape hacia el derecho privado", que le permite al hospital público contratar en otras condiciones tanto con el personal como externamente. En Argentina, en casos como el de Salta por ejemplo, se está planteando una salida del hospital en este sentido.
- Otro tema clave es discutir acerca de la estabilidad que tiene el empleado público dentro de esa provincia y cómo se va a encuadrar dentro de esta figura jurídica nueva del hospital.
- Finalmente, otro tema que creemos que el Estado no puede dejar librado a que cada uno de los hospitales lo plantee en forma enteramente individual, es el tema de la formación. Es necesario hacer una profunda reconversión de cada uno de los actores que funcionan dentro del hospital. En algunos casos con perfiles profesionales nuevos que hasta ahora no existían. No hay muchos gerentes de compras, especialistas de compras dentro del marco de los hospitales, o bien no hay especialistas capaces de armar *vademecums* de medicamentos entre otras tantas cosas. Es decir, hay una gran cantidad de perfiles de recursos humanos que tienen que comenzar a aparecer y ésta sería una buena oportunidad. Pero no pueden ser librados a lo que haga cada una de estas empresas hospitalarias. Se necesita aquí una presencia del sector público importante coordinando este proceso porque en las provincias los recursos humanos en algunos casos son escasos, la tecnología es escasa y la información es más que escasa. Entonces hay una necesidad de comenzar a generar algunas instancias intermedias que puedan llegar en un futuro contratar con los aseguradores de las provincias, instancias intermedias que generen sinergias entre los mismos hospitales de tal manera de poder potenciar esos recursos.

# LA GESTION EN MEDICARE

**Conferencista: Carlos Zaraboso**

**Panelistas: Armando Reale, Guillermo González Prieto**

**Coordinador: Héctor Vazzano**

---

## **Carlos Zaraboso\***

### *Breve introducción a Medicare*

El sistema americano de salud es un sistema muy fragmentado. Medicare es como un sub-sector del sector salud y ofrece seguros a los ancianos, a los mayores de 64 años que hayan trabajado y contribuido al seguro social, también a los incapacitados que hayan tenido historia de trabajo y a la gente que tiene insuficiencia renal terminal, en total son 38 millones de personas cubiertos por Medicare.

Otro programa federal, que es federal en combinación con cada uno de los 50 Estados de USA, es el programa de Medicaid que ofrece cobertura a la gente pobre y también a los incapacitados pobres y hay un nuevo programa que es seguros para los niños por es una nueva ley del 1997. Así que hay varios programas federales de salud pero la mayoría de la gente en Estados Unidos si tiene cobertura, la tiene mediante la empresa donde trabaja, pero queda todavía el 16 o 17% de la gente sin cobertura alguna de los seguros.

#### **La historia de la gestión en Medicare**

- Un programa basado en los modelos del sector privado
- Beneficios comparable al sector privado
- Proveedores privados
- Compañías privadas administran el Programa
- Libre acceso para los proveedores

Mezclando un poco la historia con la actualidad, digamos que el sistema de Medicare siempre ha sido un sistema basado en los modelos del sector privado de los seguros de salud y los

\* Analista de Ciencias Sociales de la Oficina de Planeamiento Estratégico. Health Care Financing Administration (HCFA), USA.

beneficios son comparables, o eran comparables, a los beneficios o al paquete de beneficios que recibía la gente que tenía seguro privado en el año 1965 cuando empezó Medicare.

No tenemos provisión directa de servicios del Gobierno, sino usamos proveedores privados y también pagamos a los proveedores estatales como hospitales estatales y hospitales de los condados. No pagamos a los hospitales federales, por ejemplo los militares, y los hospitales que son para los veteranos, éstos no pueden recibir pagos de Medicare.

Usamos compañías privadas de seguros para administrar el programa de Medicare. Y un rasgo característico es el libre acceso de proveedores, es decir cada proveedor que tenga licencia, por ejemplo como médico o que sea un hospital acreditado, tiene derecho de buscar pago de Medicare cuando vende servicios a un beneficiario de Medicare.

El segundo párrafo de la Ley de 1965 habla de la no interferencia con el ejercicio de la profesión de los médicos así que eso es históricamente un rasgo de Medicare.

#### **Lo que logró Medicare para sus beneficiarios**

- Acceso para los ancianos a los proveedores usuales privados (“minstreaming”)
- Acceso para la gente de raza negra en el sur del país

Antes de Medicare para los ancianos no había casi acceso a seguros porque las primas eran demasiado altas y las compañías aseguradoras rechazaban a los ancianos, así que Medicare ofreció esa cobertura a los ancianos y ofreció la oportunidad de usar proveedores privados. Se diferencia de Medicaid en cuanto a que los pagos no son tan bajos que no permiten a sus beneficiarios tener el mismo acceso que tiene la gente de Medicare a los proveedores. Así que hay muchos proveedores que rehusan a los pacientes que tengan nada más que Medicaid, pero Medicare como subsector es muy importante por ejemplo para los hospitales. El 40% de los ingresos de los hospitales viene de Medicare así que somos una parte importante de la economía de los hospitales.

Otro éxito de Medicare es que logró impedir la segregación. En el sur del país, a los negros no se les prestaba servicios en la mayoría de los hospitales. A condición de participar en Medicare los hospitales en el sur tenían que prestar servicios a todo el mundo. También ha habido mejoras de la salud de los ancianos, pero lo que no ha habido es un cambio del porcentaje de los ingresos que va hacia los gastos médicos. Es decir en el año 1965 el mismo porcentaje de los ingresos de los ancianos va para gastos médicos. La cobertura de Medicaid no es muy amplia, cubre nada más al 55% de los gastos de las personas ancianas y por ejemplo no cubre medicamentos y tiene alto nivel de copagos para los beneficiarios.

En cuanto a la gestión en Medicare, si se le pregunta a un congresista republicano diría que no hay gestión en Medicare, y lo que realmente se gestiona son los contratos que tenemos con las compañías aseguradoras privados que pagan las facturas de Medicare. Y también interpretamos la ley en cuanto a los servicios que están cubiertos en el paquete de servicios. Principalmente cuando hay nuevas tecnologías es HCFA quien decide si cubre o no tecnologías nuevas. También esas decisiones son tomadas por las compañías aseguradoras locales. Antes en cada Estado había una compañía que pagaba las facturas en ese Estado, pero en lo referente a la decisión de cubrir o no cubrir una tecnología médica no tomamos en cuenta cuestiones de costo efectivi-



dad, sino solamente cuestiones de efectividad y que sea el tratamiento consensuado o aceptado por la mayoría de la comunidad médica. Actualmente estamos tratando de incluir costo efectividad en la decisión de cobertura de los servicios.

#### Lo que Medicare gestiona

- Supervisión de los contratos de las compañías aseguradoras privadas que administran el Programa
- Interpretación de la ley en cuanto a decisiones sobre cobertura de servicios

Históricamente entonces, seguimos el modelo privado de seguros. En 1965 Medicare como los demás pagaba lo que pedía el proveedor, y asimismo los beneficiarios pagaban y pagan hoy una cantidad del costo de los servicios. Como hay tantos pagos por parte del beneficiario hay un mercado grande de seguros suplementarios. El 80% de los beneficiarios de Medicare tienen alguna clase de seguro o cobertura suplementaria, ya sea seguro privado o seguro o cobertura de la empresa donde hayan trabajado o estén como empleados, que incluye medicamentos .

#### El sistema de pagos

- Modelo privado original
- Se pagaba lo que pedía el proveedor
- Los beneficiarios también pagan parte (copagos más cobros excesivos de los médicos).

\* Por lo cual surgió el mercado de seguros suplementarios

Ha habido cambios en la ley desde 1965 para poder contener gastos, y algunos cambios famosos como por ejemplo la introducción de pagos prospectivos para los hospitales y nada más para la internación en el hospital. También reforma en el pago a los médicos que fue en el año 1990 y otros límites en otros proveedores.

Asimismo se implementó un control de la cantidad que podía cobrar el médico al beneficiario. Antes de esto el beneficiario tenía que pagar la diferencia entre lo que quería cobrar el médico y lo que pagaba Medicare. Medicare pagaba el 75% del cobro usual en la zona geográfica así que si había resto lo tenía que pagar el beneficiario. Ahora con esta ley de 1990 hay un límite del resto que tiene que pagar el beneficiario que es un 15% además de lo que paga Medicare

#### Cambios para reducir los gastos

- DRG (Pago por diagnosis para internación hospitalaria – 1983)
- RBRVS (Reforma en los pagos a los médicos)
- Otros límites
- Control de la cantidad que los médicos podrían cobrar en exceso de lo que paga Medicare

En cuanto a la pregunta si la gestión de Medicare ha tenido éxito o no depende de cómo se mire la cuestión del éxito. Los gastos administrativos del Medicare son del 2%, los gastos de las compañías privadas de seguros, las HMOs por ejemplo, varían de un 10 al 24%, incluso es

mayor el lucro de las empresas comerciales. En cuanto a la contención de gastos históricamente el sector privado y el sector público, es decir Medicare están más o menos a la par en cuanto al éxito de la contención de gastos.

#### ¿Éxito o no?

- Gastos administrativos de Medicare = 2 %.
- Sector privado = del 10 % al 25 %
- Control de gastos tras los años (comparando el sector privado con Medicare) = allá se van...

Parte de eso se explica porque el sector privado no puso mucha atención a la cuestión de control de gastos hasta hace poco. En esta década se da por primera vez que las empresas que ofrecen seguro médico a sus trabajadores, hayan tenido preocupación por los gastos médicos. Y hemos tenido lo que se llama la revolución, que ha tenido éxito en contención de gastos hasta ahora, hasta este año. Y también es ahora el sistema preferido en el sector privado es el *managed care*, es decir las HMOs que hemos tenido históricamente desde hace muchos años, y las demás compañías aseguradoras usan un tipo de *managed care* que son los *preferred providers*, u organización de proveedores preferidos, de modo tal que hay una diferencia de pagos entre los que son miembros de una red y los que no son miembros. Así que el 80% de la gente que está cubierta en el sector privado son miembros de alguna clase de organización de *managed care* mientras tanto en Medicare sólo tenemos el 16% de la gente que ha escogido un plan HMO para proveer los servicios de Medicare.

#### El sector privado cambia

- La revolución del "managed care" (los años 90)
- Más del 80% de las personas en el sector privado: afiliados a planes de medicina prepaga
- Medicare: sólo el 16% en planes prepagos

El año pasado con el congreso republicano ha habido muchos cambios en el Medicare. En cuestión de contención de gastos, el sistema de pago prospectivo a los proveedores se va a extender a los servicios ambulatorios de los hospitales, a los servicios de enfermería domiciliaria, a los sanatorios y a varios otros servicios pero seguimos dictando los precios que pagamos a los proveedores, es decir en vez de usar un mercado libre o en vez de usar negociación con los proveedores la ley dicta la cantidad de pago a los proveedores. Esa ley del 97 contiene elementos para la fomentación de planes prepagos en Medicare, pero aún no sabemos si es buena idea o no.

#### Cambios recientes (Ley de 1997)

- Pago prospectivo para los proveedores restantes
- Pero Medicare sigue dictando los pagos (no mercado libre –"administered pricing" – en el sector "fee-for-service".
- Expansión de los planes prepagos

Hay muchas diferencias para los beneficiarios y el sistema mismo de Medicare entre el sistema antiguo de *fee for service* o pago por acto y el sistema de HMOs. Como dijéramos, un rasgo característico de Medicare es la libre elección de los proveedores. En caso de los HMOs como son una red de proveedores participan en Medicare nada más los que son miembros de la red y con eso usamos un *hit man*. En la antigua época de Al Capone, él nunca mataba a nadie pero mandaba a matar con el *hit man*. Y este trabajo lo hacen las HMOs, es decir seleccionan a los proveedores que pueden participar en la red y que pueden participar en Medicare. Pero esto va a ser un todo un cambio cultural ya que en definitiva se trata de pasar a ser de pagador de facturas a comprador de servicios de los HMO's y de las entidades de *managed care*.

Como se ha comentado es necesario capacitar a los funcionarios aunque hay gente que diga que es una contradicción las palabras capacitar y funcionarios o dicho de modo directo, sería imposible capacitar a funcionarios, pero creemos que no es así.

#### **A diferencia para Medicare para los que eligen un plan prepago**

- Con los planes prepagos desaparece para los proveedores el libre acceso a Medicare
- Un cambio en la manera de gestión
- Medicare como "comprador" en vez de "pagador"

Tenemos ahora un rol diferente que es vigilar los planes de salud prepagos para ver si están cumpliendo con la ley y con los contratos. En cuanto al precio y los gastos de los beneficiarios, en cuanto a la calidad, y se sabe muy poco de la calidad de servicios médicos, tanto entre los proveedores tipo *fee for service*, como entre los HMOs, y en la eficacia administrativa de estas organizaciones.

#### **El nuevo rol de Medicare en relación con los prepagos**

Vigilando el cumplimiento de los planes prepagos con los requisitos de la ley y los contratos.

- Precio
- Calidad (incluso satisfacción del usuario)
- Eficacia administrativa

Es un gran cambio para nuestros beneficiarios, que son nuestros socios o *partners* en la decisión de compra, y tenemos el deber de ofrecerles toda la información posible en cuanto a los planes de salud.

#### **Los beneficiarios**

- "Socios" en la decisión de compra
- Medicare les da información sobre sus opciones (elegir un plan prepago o no)

Pero hemos tenido varios problemas con los planes de medicina prepaga en Estados Unidos, con los HMO; en cuanto al Medicare. problemas tales como el modo de determinar el pago apropiado, el pago per cápita para los afiliados a los HMO's que tiene Medicare. Hasta ahora

hemos pagado sin ajuste de riesgo. La cantidad per cápita es el 95% que se pagaba históricamente en cada condado y eso es lo que pagamos a los HMO's cuando un beneficiario elige la HMO. Pero lo que pasa es que los beneficiarios que han elegido los HMO's son nuevos enfermos, son los más sanos y como no tenemos ajustes de riesgo, tenemos selección adversa contra el plan del gobierno. Pero con la nueva ley del '97, bajo esa ley vamos a tener el ajuste de riesgo, si es que queda algún plan de medicina prepaga para el año 1999.

También otros problemas que hemos tenido con los planes prepagos es que no existen informes rurales, así que si uno trata de hacer una reforma basada enteramente en la existencia de planes prepagos pues no hay tales planes rurales y seguramente no los habrá por cuestión del nivel del pago. En el nivel histórico del pago de Medicare en cada condado, históricamente los pagos en las zonas rurales han sido los más bajos de Medicare. Hay cambios en la ley para aumentar esos pagos en las zonas rurales pero todavía no son suficientes desde el punto de vista de los HMO's para ofrecer los planes de medicina prepaga en esas zonas.

Y también mucha gente dice que los planes de medicina prepaga no son los más adecuados para las personas más enfermas y vemos últimamente lo que llamamos una crisis en la industria de la medicina prepaga. Que es una crisis tanto en Medicare como en el sector privado. Hay muchas de estas empresas que cotizan en bolsa, y si nos fijamos en la bolsa americana, últimamente ha habido una baja en las cotizaciones, ya que han tenido problemas financieros por no poder seguir conteniendo los gastos.

Y tampoco pueden competir con los precios que paga Medicare, por ejemplo Medicare paga un promedio del 60 o 70% de lo que pagan para los servicios de los médicos las compañías privadas. Así que ya tenemos la ventaja contra esas compañías privadas de pagar menos. También con los hospitales tenemos un coste de financiamiento que es famoso porque nosotros Medicare y Medicaid históricamente hemos pagado menos a los hospitales, y lo que hacen los hospitales es cobrarles más a las entidades privadas, a las personas que pagan del bolsillo para recuperar esa pérdida que han tenido.

Veamos puntualmente cuáles han sido los principales problemas con los planes prepagos:

- Cómo determinar un pago apropiado de parte de Medicare.
- Hasta ahora Medicare ha pagado demasiado por falta de ajuste de riesgo
  - \* Esto ha cambiado bajo la nueva ley
  - \* Autorización en la nueva ley para un experimento usando el mercado libre para determinar los pagos per cápita
- No existen en zonas rurales.
- Quizás no adecuados para los más ancianos e incapacitados.
- Reducción reciente del número de entidades interesadas en contratar con Medicare
  - \* Gastos y costos excesivos comparados con *fee-for-service*.

## *Reflexiones finales sobre la gestión de Medicare*

Cuando se habla de la gestión en Estados Unidos automáticamente la gente piensa sobre la gestión usando las compañías de medicina prepaga, las HMO's. Pero también se puede usar el sistema antiguo de *fee for service* y adoptar los modos de contención de gastos de las empresas de *managed care*. Por ejemplo usar los precios determinados por el mercado, negociar con los proveedores para establecer los precios, realizar pagos globales es un *mix* que estamos haciendo un poco en Medicare, una combinación de una gama de servicios con pago global, y también poner

atención al nivel y normas de calidad para deseleccionar a los proveedores, es decir no dejar participar a los proveedores que no tengan cierto nivel de calidad en los servicios que brindan.

#### **Medicare y "Fee-For-Service" gestionado**

*Siguiendo el modelo del sector privado:*

- Precios determinados por el mercado
- Pagos globales para una combinación de servicios
- Normas de calidad y normas de nivel de utilización para los proveedores que deseen participar en Medicare.

Para terminar, digamos que acaso hayamos sido muy pesimistas en cuanto a la gestión de Medicare y la ola de *managed care*, pero creemos que ya ha pasado la cresta de la ola de *managed care* y los beneficios que se encuentran en el mismo. Y en relación a esto hay un dicho sobre los españoles: "*los españoles piensan bien pero tarde*" que pensamos que se nos aplica en este caso a los funcionarios: pensamos tarde en cada día que no hemos elegido la opción de *managed care* para la mayoría de los beneficiarios de Medicare.

## **La experiencia nacional desde el I.N.S.S.J.P. y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI)**

**Armando Reale\***

En nuestro país tenemos el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.P.J.) con su Programa de Atención Médica Integral, que todos conocemos como PAMI, que por lo menos en términos de población es similar a la de Medicare. Nuestra propuesta es aprovechar la exposición de Carlos Zaraboso, para contrastar la experiencia nacional a través de dos abordajes, uno de tipo general y otro más particular.

Un abordaje general

En el aspecto general cuando miramos los distintos países, incluso analizando las exposiciones que hemos tenido previamente, se diría que los sistemas se pueden clasificar en dos grandes grupos: aquellos que tienen un *sistema consolidado* y aquellos que tienen un *sistema en transición*. ¿Por qué nos parece importante hacer esta diferenciación? Porque algunas variables o parámetros a los que se recurre para manejar el sistema, las decisiones y la gestión, son totalmente distintas.

En términos de *governabilidad* nuestra impresión es que los sistemas consolidados son mucho más gobernables, no modifican básicamente el modelo sino que modifican la gestión o

\* Médico. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

los instrumentos para lograr determinados objetivos. No parecen tan gobernables los sistemas en transición, y en estos casos lo que sucede es distinto de lo que se pretende obtener.

Otro parámetro es la *intervención del Estado*. Da la sensación que en los sistemas consolidados la intervención del Estado, desempeña de alguna manera el rol, sea como proveedor de algunas cosas, como financiador o como control. En los de transición me da la sensación que está un poco más alejado. Es como que está esperando la oportunidad de intervención.

Finalmente, en los de transición se da una mayor *dependencia de las políticas macroeconómicas* o de las decisiones de otros que pueden afectar al modelo con lo cual deben proveer a un posicionamiento con respecto a decisiones. En los consolidados esto no parece cumplirse del mismo modo, adquiriendo mayor relevancia los instrumentos microeconómicos de la gestión.

### *Un abordaje particular*

Este tiene que ver con tratar de relacionar nuestro conocido PAMI con el Medicare y luego en ese contexto, hacer algunas preguntas para ver si encontramos similitudes o diferentes porque nos da la sensación que desde el punto de vista de la organización, de la provisión y del ámbito las diferencias de fondo no son tantas.

De alguna manera identificamos en la *historia del PAMI tres grandes etapas*:

Primera etapa, el "*bienestarismo*"

En esta primera etapa, el PAMI se puede decir que acompañaba el bienestarismo, incluso la decisión del plan de cobertura dependía mucho del nivel adquisitivo o del nivel de ingreso de los jubilados. Es decir que cuando éste se deterioraba, se compensaba con la provisión de algunos servicios mejor provistos o con programas focalizados a los afiliados de menores ingresos, o bien agregando servicios.

En esa época el entorno era distinto. Desde el punto de vista del modelo proveedor estaban los monopolios médicos de otras especialidades o bien de las clínicas. Esto resultó interesante porque frente a este monopolio, aparece un oligopsonio en cuanto el PAMI se consolida en este rol, y lo bueno es que ambos se pusieron de acuerdo. Tanto es así que hicieron casi una alianza horizontal. Uno pensando que si controlaba la demanda controlaba la oferta, el otro porque no podía sostener el nivel económico en un sistema de pago por prestación, y necesitaba poner un techo, que era el techo presupuestario. Pero el tipo de prestación no dependía de este techo económico, sino que dependía de la forma de pago por acto médico.

Y así durante mucho tiempo el sistema se fue consolidando. Esta asociación resultó muy interesante y permitió encontrar soluciones a la hora de enfrentar situaciones nuevas y altamente conflictivas. Una de esas situaciones que recordamos, fue cuando en un momento dado el PAMI cambió la financiación. En esa época de inflación, tenía como una fuente de ingresos relevante el primer aumento, que era un porcentaje importante de los recursos económicos. Pero en algún momento la conducción política nacional, planteó que la inflación en algún momento iba a terminar, evidentemente no podía seguir. Entonces se cambió también la política interna y se tomó una medida que tuvo un impacto político muy grande: se decidió no cobrar el primer aumento y se compensó con un aporte de la caja.

En ese momento se redujeron dramáticamente los recursos del PAMI. Recordamos entonces haber llamado a los principales proveedores, que eran dirigentes médicos y les plantea-

mos que no íbamos a pagar los incrementos de cápita dependientes del nomenclador, por lo menos hasta dentro de 4 o 5 meses. Pero a la vez les planteo también la necesidad de buscar y encontrar una manera de sostener la situación, y la situación se sostuvo en esta alianza con el proveedor de servicios. Incluso hasta había una suerte de marcapasos en los problemas de actualización de las tablas de pago, y otro ejemplo es que la tecnología que aparecía y era necesario incorporar, sólo se incorporaba dependiendo de mantener el sistema equilibrado.

Segunda etapa, alta inflación y descomposición del sistema.

Sobreviene luego una etapa donde en realidad todo el sector comenzó a descomponerse. La inflación hizo impacto más fuerte, las coberturas empezaron a diferenciarse, los –presupuestos fueron cautivos pero no se compensaban, distintas disciplinas comenzaron a competir más, el modelo proveedor comenzó a disgregarse en otras formas oligopólicas y se suprimieron algunas cuestiones de control del gasto como fue el precio de referencia en medicamentos o el programa de evaluación concurrente. Y entonces empezó otra forma de contratación. Y empezaron a aparecer los elementos deficitarios entre el uso, el gasto y el presupuesto.

Tercera etapa de regulación y de reforma

Finalmente hay una tercera etapa que se dice de regulación y de reforma y ésta es la que resulta medio confusa y que, en definitiva, nadie sabe bien de qué se trata. Pero aparecen otro tipo de actores, todos indefectiblemente en el rol de intermediarios, aparecen administradoras, aparecen compradores, evaluadoras, con un buen nivel de insatisfacción tanto de los niveles tradicionales como de los beneficiarios.

Siguiendo las líneas de análisis propuestas, hemos planteado al Dr. Zaraboso algunas cuestiones, de las que él ha rescatado los conceptos más importantes:

- De acuerdo con los parámetros, el de Estados Unidos podría considerarse un sistema consolidado o un sistema en transición, tomando como ejemplo de sistemas consolidados los casos de Alemania, Inglaterra, España, Chile, en tanto que como un ejemplo de sistemas en transición se puede tomar el caso de los países latinoamericanos.
- Respecto del pago prospectivo, entendemos que la experiencia en Medicare es amplia y se relaciona con los DGRs (grupos de diagnóstico relacionados), pero sabemos poco del tema de la atención ambulatoria. Y nosotros acá vemos que en el tema de atención ambulatoria muchas veces se contratan o después se subcontratan en globo, ambulatorio e internación, pero después se empieza a abrir el primer nivel, ambulatorio del segundo nivel de internación. Pero el fracaso de la atención ambulatoria afecta a los otros niveles. Resulta de interés comprender cómo encaran la relación entre la eficacia de la atención ambulatoria respecto al componente del gasto del nivel de internación.
- Otro tema vinculado, ya que hay copagos grandes, es ver de qué manera o a través de qué mecanismos se resuelve este copago, o si bien esto supone defecto en la accesibilidad económica de determinados servicios.

---

## Carlos Zaraboso

---

### *Estados Unidos, ¿un sistema consolidado o un sistema en transición?*

Se podría decir que actualmente nuestro sistema es un sistema que está en transición por cuestión del *managed care*, que si bien ha tenido mucho éxito hasta este año o el año pasado pero puede cambiar sus posibilidades. Y entre otras cosas a que no sabemos lo que va a pasar en cuanto a la contención de gastos, que es lo más importante desde el punto de vista de la mayoría de la gente del sector privado pero también en Medicare.

En cuanto a Medicare se puede decir que es el subsector más estable porque no hemos cambiado mucho, y los proveedores prefieren proveer servicios a los beneficiarios de Medicare en vez de a los que están cubiertos por las HMO's porque tienen que tener contratos y los contratos con las HMO's cambian cada año, las HMO's los pueden rechazar como proveedores. Tal las cosas, Medicare resulta ser el pagador más estable en el sistema de Estados Unidos.

Pero hemos tenido transiciones en el pasado, por ejemplo la introducción del pago prospectivo. La industria hospitalaria supo acomodarse después de algún tiempo al pago prospectivo y eso lo hizo mediante hacerse más eficaz, y eficiente, pero también a tendiendo a proveer servicios ambulatorios en lugar de aumentar la internación. Así que en la historia ha habido grandes cambios y transiciones pero ahora en Estados Unidos y en el caso particular de Medicare, estamos bastante estables.

- Los sistemas ambulatorios

En cuanto a los servicios ambulatorios, cuando llegó el pago prospectivo a los hospitales hubo un movimiento hacia los servicios ambulatorios. Dentro de las HMO's prefieren el uso de los servicios ambulatorios en vez de internación médica. También estamos tratando de hacer pagos globales que combinan internación más servicios ambulatorios pero están bajo experimentación. Tenemos bajo la ley el derecho de hacer experimentos o investigaciones con un grupo de beneficiarios o un área en particular, y estamos analizando posibilidades para hacer esos pagos globales de internación más servicios ambulatorios.

- Los copagos

En cuanto a los copagos el 20% de la gente que no tiene algún seguro suplementario sabemos por los datos de utilización de servicios, que ellos usan menos servicios. Y no estamos seguros si es cuestión de acceso o si es cuestión que la gente que tiene seguros suplementario usan demasiados servicios.



---

## Reflexiones sobre la gestión de Medicare

---

**Guillermo González Prieto\***

### *Medicare y las HMO's*

Cuando Clinton estaba en plena campaña para que su plan fuera aprobado en el Congreso, uno de los actores importantes en este nuevo plan era justamente Medicare. Y en la propuesta inicial, por lo menos de Clinton, Medicare como institución podía optar, entre seguir brindando servicios en forma directa, sea financiando o bien trabajando directamente con sus proveedores, o si Medicare o el congreso así lo votaba esto se haría a través de las HMO's.

Finalmente el plan de Clinton no se aprobó, pero por lo visto fue una opción para los afiliados de Medicare poder elegir una HMO en vez de contratación directa de servicios. En ese momento, los fantasmas para quienes proponían el *managed care* como la salvación para contener finalmente los gastos, miraban tanto a Medicare como al sistema de salud de los veteranos como sistemas sólidos que justamente habían podido contener el gasto mucho más que cualquiera de las empresas de seguros e inclusive las HMO's, que en ese momento estaban en buena posición.

La segunda reflexión se relaciona al hecho que según creemos, prácticamente todos los proveedores y hospitales, aún los de altísimo nivel desde el punto de vista tecnológico y de recursos humanos, en Estados Unidos atienden pacientes de Medicare. De tal modo Medicare es una porción bastante sustancial de sus ingresos, a pesar de que el porcentaje de ingreso por atención es menor que lo que le pagan las empresas privadas. O sea que los abuelos en Estados Unidos tienen chance de recibir atención, por lo menos hospitalaria, de primer nivel y que al mismo tiempo Medicare desde un inicio ha obligado a que las instituciones pasen por acreditaciones muy severas, como la que hace la Joint Commission, así como los médicos deben estar certificados y recertificados también. Desde ese punto de vista, la calidad, por lo menos basal, está asegurada.

En este contexto, hemos planteado al Dr. Zaraboso algunas cuestiones, de las que él ha rescatado los conceptos más importantes:

- ¿Qué es lo que impulsó a Medicare a contratar a las HMO's, que no es lo mismo que contratar redes de prestadores sino administradoras con redes de prestadores, porque a ellos obviamente se les paga por cápita. Esto sobre todo teniendo en cuenta que de acuerdo con las cifras exhibidas, los gastos administrativos de Medicare no superan el 2% y los gastos administrativos de las HMO's superan a veces el 20%, con lo cual en teoría habría un gasto mayor.
- ¿Está dispuesto Medicare, ahora que reeve el gasto que ha tenido a través de las HMO's, a tratar nuevamente con redes de prestadores de salud en forma directa?

\* Médico. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

---

## Carlos Zaraboso

---

### *Medicare y las HMO's*

Referente a la cuestión del plan Clinton y Medicare, la ley que propuso Clinton excluyó a Medicare. No participaba del sistema de HMO's porque a Medicare se considera que no hay que tocarlo ya que tiene mucho respaldo del público, están contentos con Medicare y no van a tolerar cambios.

Pero la opción de HMO's la hemos tenido desde 1965, y existió en 1965 por motivos de Kaiser, y esa clase de entidades que no pagaban por acto. Es decir que ellos no podían darnos una factura del pago por acto porque pagaban salarios a los médicos, así que lo que hacíamos era pagarles una cantidad agregada por todos los servicios rendidos a los miembros que eran afiliados de Medicare.

Luego en 1982 hubo un cambio en la Ley para que tuviéramos el pago per cápita sin ajuste de los gastos. Antes del 1982 con las HMO's, para los que corrían riesgo había siempre un ajuste de los gastos, de modo que se podían llevar de un año a otro las pérdidas para ajustar de nuevo los gastos. En 1982 fue cuando la ley autorizó el pago directo per cápita, basado en el 95% del pago histórico de cada condado y ya sin ajuste de riesgo, por cada beneficiario de Medicare.

En cuanto a la cuestión de contratar directamente con redes de prestación, los cambios en la ley de 1987 ofrecen una gran variedad de entidades con quien podemos contratar. Incluso organizaciones o redes de proveedores respaldados por los mismos proveedores en vez de compañías de seguros tienen ahora la opción de contratar con Medicare. Pero tal como dijéramos antes, persiste la duda si estas organizaciones, como los HMO's, van a tener éxito, ya que muchos de ellos han tenido fallas con Medicare y han salido de muchos mercados porque no podían competir. Y esto entre otras cosas porque actualmente las HMO's ofrecen medicamentos a casi todos, el 74% de los miembros de los HMO's que tiene Medicare tienen medicamentos mediante HMO's. Así que esa es una presión de gastos para ellos también.

# IMPACTO SANITARIO Y ECONOMICO DE LAS INNOVACIONES EN GESTION

**Alfredo Solari\***

---

## **Innovaciones y gestión**

### *Innovaciones sanitarias*

Básicamente las innovaciones en la gestión sanitaria tienen por lo menos dos áreas en las cuales hay que mirar el impacto con mucho cuidado: la de promoción y prevención de la salud y la asistencialista o de los servicios de atención médica directa.

La primera de ellas, relacionada a *programas de salud pública, nutrición, saneamiento*, tiene que ver con el lugar que le corresponde a ese tipo de programas en un sistema de salud reformado. En este área el Estado eventualmente tendrá un papel más importante en la financiación, pero un papel menos relevante o incluso tal vez ningún rol, en la entrega directa de servicios. Y es justamente a este nivel que se suele dar uno de los primeros impactos, entendemos que negativo, que hay que tener en consideración.

Los programas de salud pública son programas que las organizaciones empresarias no crean por sí mismos, ya que no surgen del mercado. Y son fundamentales para el nivel de salud de una población. El tener preocupación por un buen nivel de nutrición, por un buen nivel de inmunizaciones, de educación en salud de la población, por conductas que prevengan riesgos sanitarios, ejercicio físico, el control del tabaquismo, el evitar las consecuencias negativas sobre la salud de los accidentes de tránsito, esas son tareas que prácticamente sólo el Estado puede cumplir en forma natural.

Y en reformas que cuestionan el rol del Estado, y que cuestionan las actividades tradicionales que el Estado ha desarrollado en materia de salud hay que tener mucho cuidado de que esos programas no queden desamparados. Porque muchas veces esto sucede así, y paradójicamente se suele invocar que es a los efectos de mejorar del aspecto asistencial directo que hace al estado de salud de la población. Sin lugar a dudas, los servicios de salud a las personas son importantes pero obviamente, los niveles sanitarios y las campañas de salud pública, los programas de salud pública en tanto que orientados a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades tienen una jerarquía socio-sanitaria indudable.

Pasando al área asistencial, un impacto positivo cuyo alcance aún resulta difícil de precisar y evaluar, específicamente en la parte de prestación de servicios de salud, es *el desarrollo, la elaboración y aplicación de protocolos clínicos*. Básicamente el protocolo clínico estipula para determinados tipos de situaciones patológicas y cuadros clínicos, cuál es el accionar más recomendable desde el punto de vista clínico. Si son estudios adicionales, si es una intervención de corto

\* Médico. Asesor Senior en Salud. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), USA.

plazo, si es un estudio de un tipo o de otro. Análogamente y a futuro, cabría la comparación con lo que son las normas de buena manufactura en la industria, pero aplicadas a la provisión de servicios de salud.

Esto último marca por lo tanto una diferencia muy grande entre la discrecionalidad que el personal y el profesional de salud tenía hace 30 años frente a cualquier caso clínico, a la que va a poder tener dentro de 30 años, donde su conducta va a estar bastante más reglada, pautada o encasillada en cuanto a las decisiones permisibles y las que no lo son. Y por lo tanto el profesional va a tener menos nivel de discreción pero manteniendo todavía mucha responsabilidad individual. Eso puede ayudar a mejorar la eficiencia o puede dificultarla, puede ayudar en el sentido en que puede hacer que las intervenciones sean en todos los casos mejor justificadas. Puede dificultar si crea una situación de resistencias o rechazo, en la cual ese componente de la reforma pierda efectividad.

### *Innovaciones económicas*

El impacto desde el punto de vista económico en el mediano plazo, está relacionado a que todo este tipo de reformas y de servicios tienen que justificarse en función a los beneficios que generan para la sociedad.

En este contexto y de acuerdo con esa premisa, las reformas del sector salud van a caminar, se van a consolidar en la medida en que brinden un mejor estado de salud a la población y que la población pueda reconocerlo.

Creemos que es el impacto económico más importante porque no ha habido, hasta donde tenemos conocimiento, una sociedad que haya llegado hasta un determinado nivel de gasto y luego lo haya reducido. Estados Unidos llegó hace unos años al 15% de gasto respecto de su PBI y ahora está en un 14.5%, es decir que no ha habido reducciones drásticas en el nivel de financiamiento de los servicios de salud.

Pero para mantener determinados niveles de financiamiento, que significan para la población un esfuerzo importante en ahorro, en contribución a través de la seguridad social o de impuestos, esa misma población tiene que percibir que hay un beneficio importante. Ese beneficio puede ser en un nivel de bienestar más alto o en un nivel capacitación o de potencial de los hijos más alto. Y en ese sentido uno de los beneficios económicos tal vez más importantes que quisiéramos citar como ejemplo, es el que se deriva de algunos estudios que se han hecho mostrando el mejoramiento de las condiciones de salud física y emocional de los niños en los primeros años de vida.

Se han establecido y llevado a cabo programas que han estimulado a los niños en los primeros seis años de vida, con mayor intensidad en los primeros tres. Se ha demostrado a través del seguimiento de resultados a lo largo de 27 o 28 años, que niños que han recibido un cuidado concreto en la nutrición, que han recibido cuidados desde el punto de vista afectivo, junto a estimulación neuro psicológica adecuada y suficiente, tienen menos problemas de embarazo adolescente, menos problemas de violencia y dificultades con la justicia, menor consumo de drogas, menor índice de fracaso escolar, mejor capacidad de trabajo y de generar ingresos. Este es uno de los pocos ejemplos que conocemos en el cual la intervención de servicios sociales, específicamente de salud, en un determinado grupo de población ha evidenciado una repercusión económica positiva para quienes recibieron esos servicios y para la sociedad en el mediano y en el largo plazo.

Es algo similar a lo que ha logrado demostrar el sector educación y que es más conocido: si se invierte adecuadamente en educación esa población tiene mejor capacidad de trabajo y de generación de ingresos en el futuro.

Queremos destacar a modo de cierre, que la búsqueda de esas relaciones es muy importante para la consolidación de estas reformas, y es muy importante para que podamos seguir avanzando en la prestación de mejores servicios de salud para la población.

---

## **Innovaciones en la gestión y resultados**

---

**Jaime Ginestal**

### *Conciencia de resultados*

Creemos que uno de los grandes éxitos de cualquier reforma ha sido sobre todo una cuestión semántica. Y no es que esto nos parezca ninguna tontería. Todas las innovaciones en gestión, las idas y las venidas, han logrado que haya unos cambios de actitud que son fundamentales para cualquier desarrollo, mínimamente de la sanidad. Pero lo que es más importante es que se ha desarrollado en los estados una conciencia de que los servicios sanitarios han de ser ofrecidos con resultados, es decir que tiene que ponerse en la palestra no sólo el enunciado de los que se ha hecho, sino qué resultados se han obtenido y cuánto ha costado.

Cambio de actitud de los médicos

En segundo lugar creemos que la actitud de los profesionales de la sanidad, ha cambiado drásticamente. Esto puede visualizarse muy particularmente en cuanto al papel que juegan en la organización. Pensamos que hace 20 años ningún médico pensaba en sí mismo como miembro de una organización, sino como un sanador, era para lo que había sido entrenado y había sido educado, y nadie le hablaba de otra cosas o extendía el planteo a otros horizontes o disciplinas. Sin embargo ahora los médicos están teniendo conciencia de formar parte de una organización y que sus actos son muy importantes, no solamente como sanadores sino como parte integrante de una organización.

En resumen, podemos hablar de medicina basada en la evidencia, variaciones en la práctica médica, todo esto está haciendo que los datos sean importantes, que sus actuaciones empiecen a tener repercusiones medibles y evidenciables y que ellos mismos se están interesando en medir, en contrastar con los objetivos de la organización. Este cambio es fundamental y es uno de los cambios que ha producido simplemente todas las innovaciones en gestión.

En este sentido algunas clínicas americanas, y creemos que en Europa lo haremos muy pronto, van a publicar resultados por ejemplo de reingresos, operaciones o de éxitos en operaciones de cataratas y probablemente lo producirán los propios médicos. Para demostrar la valía de sus acciones dentro de la organización.

## *Cambios de los consumidores*

Y por parte de los consumidores se ha producido otro cambio socio económico que es muy importante y que es fruto de todos estos vaivenes de gestión, de innovaciones en la gestión. El público o los usuarios nos hemos vuelto primero mucho más exigentes, pero en segundo lugar también somos más conscientes que si bien la sanidad es un bien social, la atención más cara y mejor empieza a ser algo que no se considera como un derecho inalienable como se consideraba hace pocos años.

A modo de cierre y como comentario personal, creemos que todas las innovaciones en gestión han producido un hartazgo muy saludable de la economía. Cada vez en los congresos se habla más de salud y menos de sanidad. Tal vez esto se relacione con una jerarquización del cuidar y no tanto del curar, y una de las consecuencias que se comienza a evidenciar es la pérdida de poder relativo de los hospitales.

---

## **Tendencia en la gestión estadounidense**

---

**Carlos Zaraboso**

Brevemente diremos que en el caso de Estados Unidos la innovación de la atención y a la contención de gastos, ha tenido éxito en la medida que se esperaba.

Seguimos siendo optimistas respecto a otras innovaciones que estamos tratando de hacer, tales como relacionar los gastos con la calidad de los servicios prestados. En este sentido, acaso lo haya mencionado ya Bruce Fried en las Jornadas AES de 1997, estamos trabajando sobre el concepto de que los pagos que iban a las HMO's van a variar según la calidad de los servicios ofrecidos por las mismas.

En cierto modo, hemos transitado y trascendido la época de contención de gastos pura y ahora ponemos atención en primer plano a la salud en general, atendiendo específicamente a la calidad de los servicios prestados.

---

## Políticas e innovaciones en la gestión de salud

---

**Ginés González García**

### *Las dificultades para la evaluación sanitaria*

En realidad, remitiéndonos a lo que significa textualmente evaluar o mínimamente estimar, el impacto sanitario y económico de las innovaciones en la gestión dentro de la Argentina, nuestra primera sensación es la gran dificultad que implica la medición de resultados. Y esto es una constante que se puede observar aún en aquellos países que tienen sistemas de información espectaculares, que posibilitan prácticamente un seguimiento, en gran parte porque es una necesidad dictada tanto por el mercado como por el Estado, para el mantenimiento del sistema. Lo cierto es que aún en esos lugares, donde sabemos que los sistemas de información son eficientes y la información sobreabunda, tampoco se tienen demasiadas medidas de todo esto.

No obstante y desde una postura optimista, se puede decir que en Argentina han pasado últimamente algunas cosas interesantes. Un ejemplo es esta caída en la tasa de mortalidad infantil, que se dio a conocer estos últimos días y permanece bastante ignorada por los medios masivos. Todos sabemos que no se debe solamente al sistema, ni siquiera principalmente al sistema pero debería haber sido un motivo de festejo nacional. Si se lee en términos concretos, son muchos chicos menos que mueren, pero sin embargo no tuvo ningún tipo de repercusión. Esto puede tomarse como una muestra del escaso a nulo debate nacional que hay sobre lo sanitario. Los ejes del debate siguen girando más acerca de la transparencia de los sistemas de contratación y las relaciones de los actores internos, que sobre el impacto real en la sociedad.

Reiteramos que en Argentina se da un fenómeno de estancamiento. Debería estar mejor de lo que está, y sanitariamente no tenemos cómo medir o determinar si estamos mejor o peor. Más allá de los indicadores sanitarios clásicos, o como complemento de los mismos, se puede recurrir a los indicadores de satisfacción. Si bien tampoco había antes demasiados indicadores de satisfacción y sin querer ser pesimistas como formadores de opinión, la sensación es que la situación no está tan bien, o que está peor que antes. Coincidiendo con lo que comentara Alexandre Abrantes en cuanto a la prioridad que tiene el problema salud en la población, tiene realmente una muy baja prioridad. Tanto como para que una reciente encuesta publicada por el diario La Nación mostrara apenas un 2%.

En consecuencia, aún a quienes tenemos mayor disponibilidad de información o más acceso al sistema de información que el común del resto, nos resulta bastante difícil hacer un juicio sanitario, porque carecemos de información general a nivel nacional, medianamente comparable, para soportar discusiones y acciones políticas.

## *Algunas impresiones del impacto económico*

### El gasto público

Desde el punto de vista económico creemos que se han producido tres o cuatro cosas complicadas porque, en el momento en que se expandió brutalmente el gasto público en un 70%, los argentinos creíamos que estábamos haciendo el ajuste. Esto no puede sino indicar que el ciclo que viene es necesariamente un ciclo de restricción del gasto público. Contaba Alicia Domínguez Ugá que en Brasil acaban de perder 1000 millones de presupuesto público de salud. Otro dato igualmente grave es que ayer Brasil tuvo una fuga de capitales de 2500 millones de dólares. Este tipo de realidades marca un contexto de incertidumbre y una situación por demás complicada, en donde en verdad el escenario de América Latina y acaso del mundo no es un escenario de crecimiento, es un escenario de recesión.

¿Qué nos parece que va a pasar en la Argentina? Fundamentalmente que no va a haber ninguna expansión del gasto público, es decir que todo lo que armemos o diseñemos va a tener que basarse en una reasignación del gasto público actual en el mejor de los casos. Si eso es así el compromiso de gestión se duplica o se triplica, ya que nuestra historia marca que aún cuando expandimos el gasto, no lo hicimos como contaban que lo hizo Margaret Thatcher o como en general se han hecho las reformas, siempre con una disponibilidad mayor de dinero.

Pero no podemos cambiar lo que pasó, lo que tenemos que cambiar es lo que viene. Entonces uno podría decir que nosotros que hemos estado acostumbrados a vivir en la cornisa y a bailar en la cubierta del Titanic, muy probablemente sea ahora, con un poco más de responsabilidad y sabiendo que el gasto público está donde está, que mejoremos la gestión de una manera mucho más acelerada de lo que hemos hecho hasta ahora, que creemos ha sido una gestión muy escasa, y sobre todo muy poco aceptada y compartida culturalmente.

### El gasto privado

Desde el punto de vista del gasto privado, de la gestión privada, ahí nos preocupamos un poco más. Si bien Alfredo Solari mencionaba recientemente los 10 puntos del PBI, algunas estimaciones de los Bancos están hablando de una fuerte expansión del gasto privado. Y eso nos parece que en realidad es una cosa negativa. No porque se expanda el gasto en sí mismo, y es una expansión fuerte, sino porque parecería que se está expandiendo sin que hubiera ninguna mejora en satisfacción, o en resultados socio - sanitarios.

Y además estamos social e históricamente en un punto en que el esfuerzo de una sociedad para la salud es muy importante, pero que por sobre todo no se puede malgastar. No sólo porque perdemos competitividad con países vecinos que gastan mucho menos, sino porque en verdad no nos parece que el diseño organizativo sea una decisión socialmente compartida y legitimada. A niveles técnicos se pensó que la gestión privada y las aseguradoras privadas iban a generar una eficiencia económica y una eficacia social distinta, pero la realidad indica que no parecería que se estuviera demostrando eso. Muy por el contrario, hemos agravado los problemas de inequidad, seguimos sin tener resueltas cuestiones programáticas y operativas importantes, con la diferencia que además hemos gastado varios miles de millones más de lo que veníamos gastando.



## *Reflexiones al cierre*

Mirando y viviendo la realidad nacional, la sensación que a veces nos invade es que hay muchos que quieren remar pero no sabemos quién es el timonel. Entonces la pregunta sigue siendo la misma desde un país en que el horizonte no se ve nada fácil: algunos dicen que no tenemos más motor, otros dicen que el motor sigue andando, pero en general todos sabemos si somos pasajeros de primera, segunda, tercera, azafata o comisario de abordó. Pero la pregunta de todos es *¿dónde está el piloto?*

Más allá de lo pintoresco del ejemplo, la pregunta subyacente es ¿cuál es el rumbo, o mínimamente algún punto de apoyo para la decisión del sistema? Creemos que éste es un problema grave y que no lo va a resolver nunca la gestión, aún óptima, sola y por sí misma.

En definitiva, tanto en lo sanitario como en lo económico, aún tenemos como una deuda pendiente encontrar y desarrollar la combinación justa entre lo que sea la política y la gestión. Entender que primero tiene que haber buena política para posibilitar que los esfuerzos sociales y técnicos que conlleva una buena gestión, no resulten estériles o malgastados. Y fundamentalmente, comprender que una es parte de la de otra, si no hay buena política no hay buena gestión y una buena gestión hace a su vez una buena política.

# TRABAJOS CIENTIFICOS



# LA REFORMA EN EL SECTOR SALUD RELEVAMIENTO Y CARACTERIZACION DE CAMAS GERIATRICAS MUNICIPALES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Nelly Barbieri, Adriana Moiso, Monica Insua, Silvia Cuacci, Susana De Lena**

La problemática de los ancianos constituye uno de los imperativos más importantes de la política pública de este siglo. Esto se debe al progresivo envejecimiento individual y consecuentemente al de las poblaciones, ya que se calcula que para el año 2010 el 80% de los individuos llegarán a sobrepasar los 80 años de vida.

El tipo de familia nuclear urbana tiende a prescindir de los ancianos y a marginarlos del seno de la misma y de la sociedad. Esto hace que aumente la demanda de Servicios de Atención de Salud de este grupo etáreo, que muchas veces son "asilados" en Servicios de Hospitales donde reciben alimentación y cuidados pero sin que ello tenga que ver con la capacidad funcional.

Para evaluar esta situación en la Provincia de Bs.As. en el marco de la Reforma del Sector Salud, se realizó un estudio de corte transversal en el mes de abril '98 en las 11 regiones sanitarias mediante un relevamiento de las camas geriátricas de dependencia Municipal. Se diseñaron dos tipos de encuestas: una para establecimientos monovalentes (Hogares Geriátricos o Asilos) y otra por áreas específicas de geriatría o geronto-psiquiatría en efectores polivalentes en la que se agregó el censo de pacientes internados.

El objetivo fue: a) conocer el recurso cama geriátrico. B) diferenciar las camas incluidas en efectores polivalentes a partir de indicadores específicos en: asistenciales (aquellas que brindan atención médica terapéutica) y no asistenciales: salas de ancianos (es decir Hogares geriátricos en el interior de los Hospitales).

Se encuestaron 101 establecimientos con 3874 camas disponibles geriátricas (de un total de camas municipales - 11.182), los cuales se clasificaron en : Asilos (n=51, con 2361 camas), Salas de ancianos (n=40, con 1173 camas) Servicios de crónicos (n=2, con 55 camas) y establecimientos Geronto geriátricas (n=8, con 285 camas). Es decir que el 925 de las camas disponibles geriátricas (n= 3534) se encuentran dentro de las no asistenciales, esto se encuadraría dentro de las asistenciales. El porcentaje ocupacional promedio de estas camas fue de 92% y el 98% de las mismas poseen un promedio de días de estada de más de 30 días en todas las regiones sanitarias. Como dato destacable el 89% de las camas se encuentran en los partidos que conforman el interior de la Pcia. de Bs. As. En correspondencia al índice de vejez que supera el 40%.

El análisis de la segunda parte de este estudio que está abocada a los indicadores de estructura, proceso, recursos humanos, y censo de pacientes con evaluación de la situación de autovaleo o dependencia (física, psíquica y / o socioeconómica) permitirá comenzar la planificación estratégica para la reforma de este sector cuyo objetivo principal será determinar que integrantes de la población de ancianos hospitalizada podrían encuadrarse en otras formas de atención integral y con cuidados progresivos que les mejore su calidad de vida.

## ¿CUÁNTO GASTA ARGENTINA EN SALUD?

**M. Cristina V. de Flood**

El propósito del documento es presentar el financiamiento y gasto del sector salud en Argentina, tema que adquiere actualmente relevancia y constituye la base para discutir las cuestiones sanitarias y los efectos de las reformas.

El gasto creció dos puntos del PBI en los últimos treinta años, mostrando un cambio en la estructura del financiamiento. En un contexto en el que las obras sociales y el subsector público fiscal reducen proporcionalmente sus gastos, los aumentos observados son solventados cada vez más por las familias,

En efecto, el gasto estimado para 1970 era equivalente al 5.18% del PBI, al 5.7% en 1980, en 1986 creció al 6.6% y se estima para 1996 en 7.22%. Cabe destacar que éste último valor adquiere mayor relevancia cuando se considera que el PBI registra tasas de crecimiento importantes.

Con la consolidación y expansión de las obras sociales - en 1980 - la participación del gasto familiar y de la seguridad social eran similares (33% y 34% respectivamente). En 1986, la participación de las obras sociales bajaron levemente al 31% y aumentaron fuertemente los gastos directos de las familias (40%). En 1996 dicha participación continuó creciendo hasta el 41% y también se observó un aumento de las obras sociales por efecto del aumento de los gastos del INSSJ. Esta situación se vería más aún clarificada si se dispusiera de información más ajustada del gasto de las familias en salud dado que existe - muy probablemente - un importante subregistro de los ingresos y de los gastos en la encuesta de gastos e ingresos, según lo demuestran otras fuentes. Por otra parte, la participación de la salud pública observó una constante pérdida en su participación en los últimos diez y seis años.

Se debe resaltar, que el hecho de que las familias tengan que financiar más al sistema, provoca fuertes inequidades, porque son las más pobres las que proporcionalmente mayor parte de sus ingresos destinan a la salud. La reciente Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (INDEC), señala que las familias ubicadas en el primer quintil de ingresos gasta el 12.7% de sus recursos en salud, mientras que las pertenecientes a quintiles de ingresos superiores, gastan alrededor del 9%.

Resulta importante destacar que el análisis del financiamiento y del gasto constituyen la clave del sistema, y siendo las dos caras de la misma moneda, ambos tienen que ver con la eficiencia y equidad desde distintos aspectos. Ellos se encuentran en equilibrio a nivel global pero no considerados por subsector y ello sucede porque existen transferencias de fondos entre ellos. Significa que una jurisdicción como la Nación financia más de lo que gasta en su propia órbita, porque también financia a las provincias, y a los gobiernos locales. Por el otro lado, las OS financian más de lo que ejecutan sus propios efectores, porque descentralizan sus actividades en el ámbito privado.

Las fuentes de financiamiento de los gastos de salud son: a) recursos nacionales, b) recursos provinciales, c) recursos municipales, d) recursos del exterior, e) reintegros de las OS por prestaciones, f) aportes y contribuciones sobre los salarios, g) aportes sobre los haberes jubilatorios y h) aportes directos de las familias.

En el cuadro siguiente se presenta la matriz simplificada de fuentes y usos de fondos, en la que se muestra por un lado, las fuentes de financiamiento (filas) y por el otro, los efectores de las prestaciones que ejecutan el gasto (columnas). De esta manera, se verifica que en el año 1996, el gobierno nacional financió \$873 millones, que fueron ejecutados \$649 millones por él mismo, \$222 y \$2 millones por las provincias y gobiernos locales, respectivamente. Las provincias, por su parte, financiaron \$3.662 millones, que ejecutaron \$3.320 millones en sus propias jurisdicciones y transfirieron a los municipios \$342 millones. De lo que se concluye que tanto la Nación como las provincias financian mayores montos de los que ejecutan en sus propios ámbitos porque transfieren fondos a los otros gobiernos. En ese sentido, los gobiernos locales del total que ejecutan, sólo financian el 59%.

La fuente de financiamiento conformada por las contribuciones sobre los salarios y los aportes de los jubilados provee recursos a las OS y al INSSJP, por un monto de \$7.691 millones, pero que se ejecutan mayoritariamente a través del sector privado (92%), dado que estas instituciones no cuentan por lo general con efectores propios. En tanto los efectores privados prestan servicios por \$15.888 millones los que son financiados alrededor del 60% directamente por las familias y el resto por el sistema de las OS.

La matriz nos permite extraer varias conclusiones: a) las provincias son las que principales ejecutoras de los gastos fiscales y los financian, prácticamente, con sus propios recursos, b) los municipios ejecutan sus gastos, recibiendo importantes transferencias financieras de las provincias y financiando sólo una parte con sus propios recursos, c) las familias financian la mayor parte del gasto, d) las prestaciones de las OS se llevan a cabo prácticamente a través del subsector privado, e) el subsector privado ejecuta casi las dos terceras partes del gasto y es financiado por las familias, los seguros voluntarios y las OS.

## Matriz y Fuentes y Usos Sector Salud

Año 1996 - En millones de pesos de 1997 y en porcentaje del PBI (\*)

USOS	EFECTORES												TOTALES		
	Nación		Provincias		Municipios		Subtotal	S. Público	Obras Sociales		Sector Privado		\$	%PBI	
Tesoro Nacional	\$	649	\$	222	\$	2	\$	873	%PBI	\$	(**)	\$	873	%PBI	0,29
Tesoros Provinciales				3320		342		3.662					3.662		1,23
Tesoros Municipales						496		496					496		0,17
<b>Consolidado Gobiernos</b>		<b>649</b>		<b>3.543</b>		<b>839</b>		<b>5.031</b>					<b>5.031</b>		<b>1,69</b>
Contr. s/salarios y haberes a O.S. y INSSJ y P Familias				(***)		(***)		(***)		630	0,21	7.060	7.691	2,37	2,58
<b>TOTALES</b>		<b>649</b>		<b>3.543</b>		<b>839</b>		<b>5.031</b>		<b>630</b>	<b>0,21</b>	<b>15.888</b>	<b>21.549</b>	<b>5,33</b>	<b>7,22</b>

Fuente: DNPGR, SPEyR

Nota: PBI: \$297.359 millones.

(\*) En el Anexo se presenta en pesos corrientes, (\*\*) En el Presupuesto Nacional se registran \$350 millones que corresponden al Fondo de Redistribución de la O.S. Dicho monto está excluido de los \$873 millones, e incorporado como aportes y contribuciones., (\*\*\*) Sin dato de los pagos de las O.S. a los subsectores público (hospitales).

## CANASTAS BASICAS EN SALUD. DE LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS COSTOS A LA INCORPORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

**Cristián Aedo\*, Arístides Torche\*\***

La mayoría de los países de la región enfrenta un complicado escenario de múltiples necesidades y recursos escasos para su satisfacción. Debido a lo anterior algunos países están revisando la situación actual de sus sectores de salud y estableciendo prioridades explícitas para mejorar la focalización y eficiencia en el uso de los recursos. Estos cambios permitirán responder preguntas cruciales en el diseño de la política de salud, como por ejemplo a que sectores o programas destinar recursos cuando estas decisiones significan necesariamente menor cobertura en otras acciones de salud, pero además, permitirán definir de manera objetiva quién deberá tomar estas decisiones y los criterios sobre los cuales éstas se deben basar.

Es importante destacar que la priorización en salud no significa necesariamente excluir a personas y limitar las prestaciones entregadas. Significa cambiar el énfasis desde los servicios médicos que benefician a pocos hacia los servicios médicos que benefician a muchos. Priorizar significa cambiar el énfasis de la discusión en salud hacia las acciones y programas de salud y su grado de efectividad relativa.

En algunos países se considera que esta necesidad de priorización puede ser postergada por cuanto aún existe espacio para obtener ganancias en eficiencia en los sistemas de atención de salud públicos, para racionalizar los gastos o para disminuir las filtraciones del sistema hacia los no beneficiarios de éste. Sin lugar a dudas se hace necesario que los países avancen en estas direcciones, pero también es importante tener claridad que en el mediano y largo plazo será necesario priorizar de manera explícita las acciones de salud y asignar los fondos a aquellas áreas del cuidado médico que se consideren de mayor impacto en términos de resultados y de mayor valoración social.

La metodología de priorización, es utilizada para definir una Canasta Básica de Salud la que puede aportar elementos que ayuden a solucionar los problemas que adolecen los sectores de salud en los países de la región como por ejemplo la baja calidad de la atención que se manifiesta en colas de espera y en general atenciones poco oportunas.

La canasta básica debe considerar atenciones o servicios destinados a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a actividades de atención de enfermos (consultas médicas y dentales, exámenes, hospitalización, etc.).

El presente artículo aborda el tema de las Canastas Básicas en Salud desde una perspectiva de definir el rol del estado en bienes de tipo privado que pueden constituir necesidades básicas. Para estos efectos en la siguiente sección se discute el concepto de necesidad básica presentando un modelo formal para su análisis. A continuación, en la tercera sección se define una canasta básica, se presentan las actividades necesarias para su determinación y se discute el tema de la valoración económica de los beneficios y costos de los proyectos en salud: el análisis de beneficio costo y de costo efecto. En la cuarta sección, se presenta una tipología de eventos de salud,



discutiéndose para cada tipología los mecanismos de financiamiento, para finalmente analizar las canastas básicas en salud frente a distintas modalidades de seguros de salud. La quinta sección presenta tres tipos de canastas básicas que permiten clasificar en términos operativos las actividades de un amplio grupo de sistemas de salud: i) de prestaciones, ii) estandarizada y iii) optimizadas en sus costos. La sexta sección, analiza de manera crítica distintas medidas de beneficio sanitario de las intervenciones médicas. Se presentan en particular los años de vida ganados y las medidas de calidad de vida más comúnmente usadas: DALYS, QALYS y HYE. Finalmente, la séptima sección presenta las principales conclusiones del artículo.

# BASES PARA LA TRANSFORMACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD. UNA NUEVA INTERRELACIÓN ENTRE LOS SECTORES PÚBLICO Y DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Juan Esteban Marini<sup>1</sup>, Arnaldo Darío Medina<sup>2</sup>, Adolfo Sánchez de León<sup>3</sup>, José Pampuro<sup>4</sup>**

El presente trabajo constituye una aproximación para la configuración de una propuesta de transformación del actual modelo de salud de la Provincia de Buenos Aires. Toma como referencia la observación de las innovaciones organizativas y tecnológicas que están desarrollándose en diferentes países y en los programas que se están implementando a nivel nacional y provincial.

Se basa en la necesidad de adecuar y fortalecer a los municipios para la gestión de estos cambios en una provincia con realidades muy diferentes y se enmarca en la concepción de tender a una gestión de servicios orientada a mejorar la salud de la población incorporando un enfoque epidemiológico, por sobre la gestión tradicional de las estructuras.

Sin pretender convertirse en una propuesta acabada, las ideas que se presentan para la discusión incorporan tendencias mundiales posibles de ser aplicadas en nuestro medio y programas y acciones actualmente en ejecución en la provincia, pero siempre con la convicción de la obligación de dotar al modelo actual de mayor eficiencia, calidad y equidad en el marco de una creciente satisfacción de las necesidades de la comunidad bonaerense.

## *Conclusión*

La necesidad de reforma en la provincia de Buenos Aires deberá contemplar inexorablemente el fortalecimiento de la administración municipal de sus sistemas de salud más allá del diseño final que estos adquieran. La capacidad de gestión deberá incrementarse tanto en este ámbito como en las diferentes organizaciones provinciales, fundamentalmente los hospitales públicos, los que adquirirán mayor autonomía.

Las dificultades por la que atraviesa actualmente el sistema provincial de salud son la consecuencia, entre otras, de la creencia en que la determinación en extensas y minuciosas reglamentaciones del contenido del supuesto interés de la comunidad, constituye el medio idóneo para un control eficaz del sistema. La centralización burocrática que se desprende de este pensamiento, implica un riesgo mayor de los resultados que se desea abordar, a partir de las deficiencias manifiestas que se producen por este modo de concebir la administración pública.

El establecimiento de un nuevo esquema de conformación del modelo estatal en salud

<sup>1</sup> Médico Sanitarista. Director Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud. Pcia. de Bs. As.

<sup>2</sup> Médico Especialista en Salud Pública. UBA. Coordinador UEP PROMIN. Pcia. de Bs. As.

<sup>3</sup> Médico Especialista en Salud Pública. UBA.

<sup>4</sup> Médico. Ex Ministro de Salud Pcia. de Bs. As. Director de la Casa de la Pcia. de Bs. As.

pasando del actual basado en la jerarquía administrativa, integrado verticalmente, a uno enmarcado en un concepto relacional, con incorporación de ciertas dosis de competencia al interior deberá constituir entonces el marco general de la reforma.

La integración con el privado deberá basarse en el establecimiento de reglas de juego claras y en la búsqueda de objetivos que satisfagan a las partes, pero fundamentalmente teniendo como premisa la satisfacción de las necesidades de los usuarios por sobre los otros intereses.

La conformación de una propuesta definitiva requiere, además de la discusión entre los actores involucrados, un profundo análisis del impacto que estas estrategias traerán aparejadas. Así se deberá estudiar profundamente la relación entre los costos de transacción sobre los de organización, la introducción de problemas relacionados con la relación de agencia entre el nivel central y las instituciones descentralizadas, el sistema de información requerido, y otros de los muchos problemas que irán surgiendo en este difícil pero imprescindible proceso.

## CONSECUENCIAS DEL CAMBIO TECNOLÓGICO EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Karina Temporelli, Federico G. Castellano**

Los costos de los servicios de salud se han incrementado a través del tiempo, mientras que la productividad ha crecido a tasas más bajas que en otros sectores de la economía. Esto motivó que los estados nacionales, hasta ahora principales financiadores del gasto en salud, sufran importantes crisis fiscales que se irán agravando con el tiempo de continuar esta tendencia.

El objetivo de este trabajo es intentar determinar cuáles son los causantes del incremento del gasto. La hipótesis sugerida es que el cambio tecnológico es el principal determinante de este efecto sobre los costos en el sector salud. Asimismo, se analizará la interacción existente entre la modalidad de los seguros de salud y el avance tecnológico. Como último punto, se tratará brevemente sobre los problemas fiscales que ocasiona el aumento del gasto en salud.

### *Conclusiones*

Si bien la tecnología aparece como la mayor fuente incrementadora de costos en el sector, no todas las innovaciones tienen este efecto. Un claro ejemplo de ello son las vacunas, las cuales han logrado reducciones importantes en los costos.

La tendencia a que hayan prevalecido las tecnologías incrementadoras de costos se deben en parte por la modalidad de pago de los sistemas de salud, los cuales al pagar al prestador en base al costo incurrido, han incentivado el desarrollo de nuevas tecnologías importando poco el costo de las mismas.

De continuar esta situación los Estados nacionales deberán enfrentar importantes crisis fiscales, como así también sufrirán inconvenientes financieros las empresas privadas prestadoras de servicios. Se presentan varios interrogantes:

¿Seguirán las nuevas tecnologías incrementando los costos o tenderán a disminuirlos en el futuro? Si la evolución en el tratamiento de las enfermedades se realiza en forma completa, es decir, si se llega al nivel de alta tecnología, existen esperanzas de que los costos se reduzcan en forma importante.

¿Podrán los Estados seguir financiando la salud, o los tratamientos de alta tecnología se financiarán privadamente? ¿Podrá el sector privado hacerse cargo de los mismos? ¿Cómo se resolverán los problemas de equidad distributiva? Estas cuestiones seguramente serán el tema central de los debates a nivel mundial en los próximos años.

# UNA MIRADA ECONÓMICA INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE CAMBIO DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

**Ernesto Báscolo\* y Carlos Vassallo\*\***

El presente trabajo tiene el propósito de analizar el proceso de reconversión del sector de servicios de salud en Argentina, financiado por el sistema de la seguridad social y el sector privado. Se dará énfasis al proceso de cambio de la dinámica del mercado, con la aparición de nuevas formas de organización del sistema prestacional, nuevos mecanismos de contratación y vínculos entre los agentes intervinientes.

Conceptualmente, *las innovaciones del modelo de gestión* serán consideradas como un factor determinante de un sendero de mayor eficiencia del sistema, poniendo énfasis en los factores condicionantes de la generación de tales innovaciones, caracterizando su naturaleza, y resultados.

Este abordaje pretende una visión alternativa tanto al modelo neoclásico, como teoría económica hegemónica en el análisis del funcionamiento de los mercados, como también a la elaboración sistémica específica del sector, que se restringe a la modelización de tipologías alternativas de formas de organización del financiamiento y prestación de servicios de salud a las relaciones de integración / contratación entre los agentes económicos presentes en el sector.

En el presente trabajo, el componente evolucionista – institucional - constituirá una mirada analítica de las rutinas organizativas de las corporaciones protagónicas del presente proceso de reconversión, a cargo de la articulación del sistema de servicios de salud, y su vinculación con el resto de los agentes económicos y sociales. La trama de relaciones institucionales serán observadas también a través de sus expresiones contractuales, como expresiones de las bases de *un modelo de mercado caracterizado como relacional*.

Más específicamente esta mirada, pretende redefinir los fundamentos teóricos de una nueva microeconomía, reconceptualizando a la firma, como expresión organizativa de los procesos productivos involucrados en la prestación de servicios de salud. La racionalidad de los agentes económicos deberá ser analizada a la luz de la cultura organizacional, la historia vincular entre las instituciones financiadoras y prestadoras, y el marco regulatorio como factor de restricción y a la vez modelador de las conductas y estrategias empresariales.

\* Lic. en Economía. Especialista en Economía de la Salud.

\*\* Cdor. Público Nacional.

## LA INTRODUCCIÓN DE CONTRATOS DE GESTIÓN EN LAS PROVINCIAS

**Ernesto Báscolo\* y Adolfo Sanchez de León\*\***

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una sintética enumeración de las estrategias de cambio que están intentando desarrollar algunas provincias argentinas, profundizando el análisis en el diseño de los Contratos de Gestión.

Esta lectura nos permitirá sistematizar una mirada analítica de la estrategia de separación de funciones, identificando sus riesgos, amenazas y la viabilidad de un proceso de ineludible participación de todos los actores involucrados en el sistema de salud.

La transformación del sistema de financiamiento de un modelo de financiamiento a la oferta a un financiamiento a la demanda en términos conceptuales podría sistematizarse como la construcción de mercados internos, lo cual supone la construcción social de un marco institucional en el que los actores del sistema "compiten y negocian" entre sí.

El estímulo del proceso competitivo es un sistema de incentivos que permita premiar los mejores resultados en términos de eficiencia y calidad asistencial.

El mismo está dividido en tres partes:

1. Una descripción de las políticas de cambio en las provincias, sus fundamentos y estrategias.
2. El desarrollo de los instrumentos de cambio, con énfasis en el contrato de gestión como herramienta de la separación de funciones e innovador en la generación de una nueva estructura de incentivos.
3. Consideraciones del proceso de implementación de los contratos en las provincias del país, identificando las particularidades de estrategias diferenciadas.

Finalmente, se reflexiona sobre la problemática institucional del proceso de reforma en las provincias en la actualidad.

\* Lic. en Economía. Especialista en Economía de la Salud.

\*\* Médico. Especialista en Salud Pública.

## REFLEXIONES EN TORNO A LA APLICACIÓN DE UN CONTRATO PROGRAMA EN EL CASO DE UN PROGRAMA DE SIDA

**Mónica Levcovich\* y Arturo Schweiger\*\***

El Contrato Programa es una herramienta que ha comenzado a ser utilizada en los últimos años para disminuir la asimetría de información entre los organismos financiadores y aquellos que producen bienes y servicios orientados a satisfacer demandas de la comunidad.

Las características del sector salud dificultan la medición del resultado o producto de un programa ya sea éste de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad o de curación y rehabilitación. Esta medición no es sencilla de efectuar, no sólo por una cuestión metodológica relacionada con su cuantificación. También, por la incertidumbre sobre la efectividad de las acciones desarrolladas, cuyo resultado, en muchas ocasiones, sólo puede ser visualizado en el mediano plazo y depende de las condiciones iniciales de salud de la población y de sus características socio- económico- culturales. Además, los efectos sobre la morbilidad o mortalidad pueden ser consecuencia de las acciones producidas por más de un programa .

Estas consideraciones dan sustento a la utilidad que puede brindar la realización de contratos programas en el ámbito del sector salud, ya que este instrumento promueve el desarrollo de sistemas de información que alimenten la construcción de indicadores que no siempre pueden surgir de la información contenida en los presupuestos. De esta manera, el contrato programa permite mejorar la capacidad de evaluación en cuanto a la eficiencia y, fundamentalmente, la efectividad de los programas de salud.

En el caso del Programa de Lucha contra el SIDA se conjugan acciones de prevención con características de bien público que implican externalidades para el resto de la población con acciones de asistencia orientadas a personas enfermas con restricciones económicas para afrontar individualmente su tratamiento. Se trata, además, de un programa de creciente relevancia presupuestaria en términos financieros.

Considerando la posibilidad de establecer un acuerdo del tipo de Contrato Programa entre el ente financiador y el Programa de Lucha contra el SIDA el trabajo

- Describe la estructura de éste,
- Enumera los elementos del Contrato Programa
- Caracteriza los aspectos económico-administrativos del instrumento
- Define objetivos y condiciones para implementar un CP para el Programa de Lucha contra el SIDA y
- Propone indicadores para efectuar el seguimiento de la gestión.

\* Lic. en Economía. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

\*\* Lic. en Economía. Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina.

# EL GASTO EN CUIDADOS DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS: ANALISIS INICIAL A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE GASTOS DE LOS HOGARES, REGION METROPOLITANA

**Laura Lima Quintana, Mónica Levcovich y Gustavo Criscuolo**

En el agregado del gasto argentino en atención de la salud, la porción correspondiente al gasto de las familias, comúnmente denominado gasto de bolsillo, no se mide sistemáticamente y su estimación genera fuertes controversias. Argumentos como cambios metodológicos, modificaciones en la unidad monetaria e inestabilidad económica son mencionados corrientemente como responsables de la escasa confiabilidad en las estimaciones.

Las encuestas de gastos e ingresos de los hogares constituyen una herramienta fundamental para conocer la situación socioeconómica de los hogares y determinar los patrones de consumo de la población.

En el presente trabajo se analizan los resultados de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares realizada por el INDEC durante 1996 y 1997, aún no definitivos para el total del país, y se comparan con los obtenidos durante 1985 y 1986. El estudio se realiza para la región metropolitana del Gran Buenos Aires y se ha focalizado el interés en las variables de ingreso per capita familiar, condición ocupacional del jefe del hogar y edad del mismo.

Los principales resultados obtenidos en el análisis son los siguientes:

- el gasto per capita de las familias cuyo jefe es inactivo o desempleado es similar al de las familias con jefe autónomo o patrón, y un 80% más alto que el de las familias encabezadas por asalariados (que poseen cobertura del sistema de seguro compulsivo).
- el gasto de las familias con jefe mayor de 65 años es tres veces mayor al observado en aquellas cuyo jefe es menor de 35 años.
- considerando valores absolutos, el gasto incrementa a medida que aumenta la edad del jefe del hogar.
- la participación del gasto en salud aumenta del quintil de ingresos más bajo al más alto (con la excepción entre el cuarto y quinto quintil).
- la comparación entre las dos encuestas muestra un incremento del 23,4% en el gasto en salud, explicado mayormente por el incremento en la participación del gasto en servicios de salud. Esto no refleja necesariamente un incremento similar en el consumo ya que los precios de estos servicios han crecido más rápidamente que el nivel general.
- la misma comparación muestra un incremento en la participación del gasto de las familias con jefe no ocupado, en aquellas con jefe mayor de 65 años y en aquellas que pertenecen al primer quintil de ingresos.



## ANÁLISIS DE UNA ORGANIZACIÓN PÚBLICA DE SALUD Y APORTES PARA UN MODELO DE GESTIÓN

**Luis Aníbal Giménez**

El presente trabajo debe entenderse como una aproximación al análisis de una organización pública de salud situada en una ciudad de aproximadamente 3 millones de habitantes, que tratará de describir las particularidades de la organización, y de su entorno, tendiendo a identificar áreas críticas y diseñar posibles instrumentos para un modelo de gestión más eficiente.

Se utilizará un marco referencial construido sobre tres niveles: el político-institucional; el de economía de la salud y de la gestión.

Para trabajar sobre la organización elegida –Hospital Ignacio Pirovano-, integrante de la Red de Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires- tendré en cuenta un doble enfoque, que necesariamente debe ser complementario: epidemiológico y de planificación-gestión.

Desde la vertiente epidemiológica me referiré a algunos fenómenos del proceso salud-enfermedad, utilizando estadísticas del hospital, observaciones de campo y la encuesta al usuario durante los meses de Oct-Nov de 1996. Dicha información me permitirá construir un mínimo perfil de lo que se ha denominado “la transición epidemiológica”, en este caso en un nivel local.

Desde la vertiente de planificación-gestión, utilizando información de estadísticas hospitalarias, documentos de trabajo, entrevistas a personas claves y la encuesta de satisfacción del personal, realizada en julio de 1997, efectuaré un análisis de la estructura de la organización, su funcionamiento, su recurso humano y algunas consideraciones sobre su cultura y el entorno político-institucional.

Esto me permitirá ir esbozando algunas ideas acerca de un gerenciamiento actualizado y diseñar un tipo de instrumento específico: los grupos operativos focales (G.O.F.).

## UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

**Guillermo Lucanera, Marcela Clark, Julieta Corral,  
Nebel Moscoso y Karina Temporelli**

Al igual que otras empresas, un Hospital debe enfocar su gestión actual en el marco competitivo en el que se desenvuelve, de manera que se ve obligado a plantearse mejoras continuas en su organización y en sus procesos.

En ese marco, se establece la necesidad de realizar permanentemente el proceso de toma de decisiones en un contexto complejo y sobre aspectos tan diversos como: control del gasto, innovación e incorporación tecnológica, reasignación de recursos, entre otros.

Para ello es necesario disponer de un sistema de información adecuado, que permita, a través del análisis de los datos que brinde, adoptar decisiones en un marco de mayor racionalidad.

Hasta el momento y en general, tanto las organizaciones del área de salud, como otros entes vinculados a distintas áreas de la economía, se han preocupado fundamentalmente por brindar información orientada hacia terceros, reflejando el movimiento global de la organización. Las cambiantes condiciones de la economía han obligado a las empresas a desarrollar sistemas de información interna orientados hacia la toma de decisiones.

En Argentina, el papel de los gestores en las organizaciones del sector salud ha sido distinto del que han tenido en otras actividades económicas. Como consecuencia de ello, la incorporación de sistemas de información interna para la toma de decisiones en estas organizaciones se está realizando a un ritmo mucho más lento.

Un sistema de costos adecuado a la dinámica propia de cada hospital, es uno de los elementos esenciales de un sistema de información para la gestión hospitalaria. Este trabajo intenta aportar elementos para la discusión referida a su estructuración, sobre la base de la experiencia recogida en la realización de este tipo de implementaciones en hospitales públicos y privados de la ciudad de Bahía Blanca.

## CÓMO GESTIONAR UNA EMPRESA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS, EN EL CONTEXTO ACTUAL

**Carlos Alberto Díaz\*, Alberto Díaz Legaspe\*\***

**Objetivo:** Demostrar que es posible organizar un hospital como empresa de servicio de salud en el contexto actual, pensando en la demanda, en el usuario.

**Método:** Se realizó mediante un desarrollo descriptivo de las tareas de planificación y ejecución de la puesta en marcha de un Hospital General de Agudos en los años 1995 y 1996.

**Desarrollo:** El fundamento de la función social del hospital es: 1) dar una prestación a la necesidad surgida de la población de escasos recursos. 2) De sostenerse con un presupuesto acotado, como corresponde a todo hospital descentralizado con autogobierno y de autogestión.

El considerar la organización de un Hospital como una empresa de servicios tiene tres ingredientes básicos, *las oportunidades, la competencia y el compromiso*.

Fijándose en la fortaleza, y en el rendimiento productivo de los equipos como la característica innovadora. *Con un nivel básico de organización interno, de gestión participativa por objetivos y modelo asistencial de cuidado progresivo* en todo el hospital.

*El programa de conversión del hospital en una empresa de servicios incluye:* Planificación estratégica. Con los correspondientes planes de empresa. Trabajar con objetivos y programas. Orientar el hospital hacia la demanda. Formulando los procesos asistenciales del servicio de atención al usuario. Dirección participativa por objetivos. Prestación de servicios adecuados a la misión sanitaria regional del hospital. Marketing de los servicios del hospital. Organización del factor humano. Inserción en el entorno comunitario.

*Nuestras empresas integrales de servicios de salud debemos administrarlas pensando que* son empresas de producción continua y atípica. Donde el usuario debe estar presente y ser parte del proceso. Debemos actuar sobre la demanda Mediante una correcta orientación de la misma. Mediante la promoción y prevención. Mediante la capacitación de médicos y agentes de salud. Que es mejor el planeamiento de la acción que el control.

**Cuidado progresivo:** El paciente se internará en el sector designado por la patología de ingreso y el cuidado de enfermería, definiendo en forma clara el médico de emergencia o quien decide su internación el nivel de cuidado, para ello tiene que efectuar las indicaciones médicas precisando el sitio de internación del hospital, en cuidado mínimo, medio, intermedio e intensivo.

**Costos:** Errores habituales que incrementan los costos: Bajo rendimiento productivo del personal asistencial. Burocracia administrativa, laboral, y jurídica que aumenta las estancias hospitalarias. Mala gestión de compras. No previsión de *stock* de reposición. Aumento de la incidencia de infección nosocomial en las áreas cerradas. Actividad calendaria laboral del hospital. No saber realmente que se consume y en qué pacientes. En qué tipo de pacientes.

**Conclusiones:** Pensar en una empresa es pensar en la sociedad y en la equidad del sistema. Es posible construir con los impedimentos actuales. Con la falta de vocación descentralizadora de las administraciones. Eficiencia es lo que pide la gente. Es la obligación.

Gestionar recursos materiales, factor humano y objetivos asistenciales como empresa es factible, tenemos caminos hay que proponérselo.

## DESCENTRALIZACION, FINANCIAMIENTO, COSTEO Y AUTOGESTION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD: UNA VISION INTEGRADA\*

**Ricardo Meerhoff**

Prácticamente todos los Gobiernos de la Región están encarando reformas en el sector salud, que en muchos casos son parte de un proceso más general de reforma del Estado. La descentralización y autonomía operativa de los establecimientos es una de las modalidades en que se expresa este movimiento de reforma. Muchos gobiernos plantean la tercerización de servicios de salud públicos, e inclusive, su privatización. Un rasgo común a todas las alternativas de cambio es que éstas demandan un mayor protagonismo a los propios funcionarios que operan los servicios. Sin embargo, no existe suficiente capacidad de respuesta en el personal de salud para asumir ese liderazgo, y muchas veces, tampoco se lo encuentra en el sector privado.

Una de las dificultades existentes es la falta de adecuados instrumentos para llevar a cabo los cambios. Se sabe qué se quiere lograr, pero no está claro ni se posee el cómo hacerlo. La Organización Panamericana de la Salud acaba de publicar un libro sobre gestión de establecimientos de salud que procura ser un aporte en esta dirección. La peculiaridad de este manual es que viene acompañado por un diskette con un programa de computación que permite simular situaciones reales y ensayar distintos cambios. El libro está pensado para la formación de personal de salud y su capacitación para la toma de decisiones de política y gestión institucional. Integra en forma sencilla y a partir del caso de una policlínica sin internación, las actividades tradicionales de planeamiento, programación, presupuestación, financiamiento, costeo y recuperación de costos, y los problemas de accesibilidad, pobreza extrema y equidad. El lector participa en las discusiones entre un Gabinete Ministerial y su equipo de asesores, que procuran aumentar la productividad y el impacto del establecimiento bajo un esquema de subsidio estatal. El aumento en la productividad y las restricciones fiscales requieren que la policlínica financie el aumento en el presupuesto operativo a través de la venta de servicios. Sin embargo, la mitad de la población bajo cobertura del establecimiento se encuentra bajo la línea de pobreza y por directivas de política debe ser atendida en forma gratuita. El libro muestra la interacción entre las distintas variables al procurar alcanzar metas programáticas, la reducción del costo promedio, el aumento del presupuesto operativo, el respeto del principio de equidad, el logro de objetivos de cobertura y la obtención de equilibrio de giro.

Si bien los temas se desarrollan a través de ejemplos y cálculos numéricos, el lector sólo tiene que introducir los datos y el programa de computación le brinda los resultados. El usuario, una vez que procesó todos los ejercicios, está en condiciones de realizar él mismo simulaciones para reflejar la situación que desee, y evaluar la repercusión de distintas alternativas. En definitiva, el manual sirve para la capacitación, el reflejo de situaciones locales y la evaluación de cursos alternativos de acción.

\* Reseña del libro *Descentralización, financiamiento, costeo y autogestión de establecimientos de atención primaria de salud: una visión integrada*, de Ricardo Meerhoff. Prólogo: Ginés González García. (OPS, PALTEX, Washington, 1998).

## EL MODELO MULTISPEC DE ATENCIÓN MÉDICA

**Garry Preble**

En el contexto del Programa de Reversión de las Obras Sociales (PROS), programa llevado a cabo por el Ministerio de Salud con fondos de la Nación y del Banco Mundial, fue desarrollada una modalidad de convenio con prestadores de atención médica, denominada MultiSpec, para una de las Obras Sociales adherente al programa. La característica del convenio MultiSpec es la de reunir prestadores de cuatro especialidades clínicas (pediatría, medicina clínica, gerontología y ginecología), dentro de un contexto de estrecho enlace donde se comparten la información de las historias clínicas, opiniones profesionales y estrategias de tratamiento y seguimiento para una población de beneficiarios designada por la Obra Social.

La clave para el éxito de esta asociación es justamente la proximidad de los profesionales (que comparten las mismas instalaciones físicas), los sistemas informáticos provistos por la Obra Social (que permiten el fluido y preciso intercambio de información) y una metodología de seguimiento y tratamiento consensuado y coordinado con la Obra Social (que coincide con las normas de auditoría médica de la misma)

El trabajo a presentar contiene los siguientes apartados:

- Descripción de la población beneficiarios – perfil de edades, cantidad de consultas por especialidad, edad y sexo.
- Descripción conceptual del modelo MultiSpec en términos de atención al beneficiario y su relación con los prestadores, la relación prestadores/Obra Social y la operatoria de interconsultas, estudios diagnósticos, internación, etc.
- Modelo económico del convenio MultiSpec en términos de objetivos clínicos, costo per cápita y remuneración de los prestadores.
- Descripción de las diversas consideraciones, condiciones y dificultades que la modalidad MultiSpec presenta para su implementación.

## EL CONTRATO DE GESTION EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA

**Carlos E. Filgueira Lima y Ruben A. Arletti**

Se realiza un análisis de los condicionantes históricos y políticos que en los últimos 20 años determinaron un cuadro de situación en el subsector público de Salud de la Provincia de La Pampa.

Se insiste puntualmente en el desarrollo de una cultura institucional sostenida durante muchos años y destinada a satisfacer más los intereses de algunos sectores, que las necesidades de la población.

En la Provincia de La Pampa desde el advenimiento del actual período democrático se ha desarrollado una política sanitaria que define a salud como un elemento estratégico para el desarrollo económico y social, con resultados alentadores.

Otro eje político sustancial es el de aumentar la eficiencia, para ello se inició una creciente descentralización, técnicamente desconcentración, que permite, entre otras cosas, incrementar la proximidad espacio temporal entre el hecho, problema o necesidad detectado y el nivel de decisión de quien ostenta la autoridad, los recursos y la responsabilidad de resolverlo.

Es este marco se desarrolla lo que genéricamente se denomina Contrato-Programa y que en la Provincia de La Pampa hemos denominado "Contrato de Gestión", como una herramienta capaz de intervenir eficazmente para profundizar las modificaciones implementadas y destinadas a revertir la situación anterior.

Se lo plantea como un acuerdo de partes con definiciones precisas sobre objetivos que se ajustan a las políticas instituidas.

En la misma dirección se acuerdan metas a cumplir y un sistema de evaluación que refiere sus resultados a un sistema de remuneración variable ligada a resultados.

El subsector público y los Establecimientos Asistenciales resolvieron tradicionalmente sus problemas de acuerdo a la demanda de acciones o actividades que se originaban en distintos ámbitos de su quehacer cotidiano generalmente falto de un eje conceptual, sistémico y sistemático que le permitiera analizar resultados, asignar recursos y realizar correcciones a los cursos de acción establecidos.

La aplicación del método sistémico a las organizaciones implica entre otras cosas lograr un flujo de información sobre el producto que permita corregir las estructuras y los procesos. Como hecho particular se menciona que consecuentemente, el Contrato de Gestión resulta una particular herramienta en la reconversión del recurso humano al permitir construir un proceso de educación.

Por último se describen los contenidos y la estructura del Contrato de Gestión, analizando las metas generales, las específicas y los programas básicos que en la Provincia de La Pampa se consideró importante privilegiar.

No fueron pocas las dificultades en la definición de las metas particulares de cada EA, en la evaluación precisa de ciertos indicadores y en la determinación del peso relativo de cada uno de ellos. Sin embargo el Contrato de Gestión ante su implementación y la participación activa de los actores en la definición de un plan estratégico para su EA ha promovido importantes cambios en la cultura institucional.



# INDICE

Prólogo .....	5
Apertura .....	7
Ginés González García .....	7
Henri Jouval .....	7
La política y la gestión sanitaria: mitos y realidades .....	9
Ginés González García .....	9
La gestión en América Latina	
Mónica Levcovich .....	19
Alexandre Abrantes .....	19
Jorge Remes Lenicov .....	30
Arturo Schweiger .....	34
Gestión y salud en Argentina	
Alberto Mazza .....	36
El estado de las reformas en América Latina .....	45
Henry Jouval .....	45
Ana Rita Díaz Muñoz .....	52
Henry Jouval .....	55
Jorge Ochoa .....	56
La gestión sanitaria en Europa .....	61
Jaime Ginestal .....	61
Laura Lima Quintana .....	77
Manuel Alvarez .....	78
Los retos de la gestión sanitaria en el Mercosur .....	83
Alicia Domínguez Ugá .....	83
Aristides Torche .....	87
Rubén Gaete .....	90
Milton Carro .....	92
Los retos en la gestión sanitaria .....	97
Alfredo Solari .....	97
Carlos Vassallo .....	108
La gestión en medicare .....	112
Carlos Zaraboso .....	112



Armando Reale .....	118
Carlos Zaraboso .....	121
Guillermo González Prieto .....	122
Carlos Zaraboso .....	123
Impacto sanitario y económico de las innovaciones en gestión .....	124
Alfredo Solari .....	124
Jaime Ginestal .....	126
Carlos Zaraboso .....	127
Ginés González García .....	128
TRABAJO CIENTÍFICO .....	131
La reforma en el sector salud relevamiento y caracterización de camas geriátricas municipales en la provincia de Buenos Aires .....	133
Nelly Barbieri, Adriana Moiso, Mónica Insua, Silvia Cuacci, Susana de Lena	
¿Cuánto gasta Argentina en salud? .....	134
M. Cristina V. de Flood	
Canastas básicas en salud. De la estandarización de los costos a la incorporación de la calidad de vida .....	137
Cristián Aedo, Aristides Torche	
Bases para la transformación en la gestión de los sistemas de salud. Una nueva interrelación entre los sectores público y de seguridad social en la provincia de Buenos Aires .....	139
Juan Esteban Marini, Arnaldo Darío Medina, Adolfo Sánchez de León, José Pampuro	
Consecuencias del cambio tecnológico en el ámbito de los servicios de salud .....	141
Karina Temporelli, Federico G. Castellano	
Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina .....	142
Ernesto Báscolo y Carlos Vassallo	
La introducción de contratos de gestión en las provincias .....	143
Ernesto Báscolo y Adolfo Sánchez de León	
Reflexiones en torno a la aplicación de un contrato programa en el caso de un programa de Sida .....	144
Mónica Levcovich y Arturo Schweiger	

---

El gasto en cuidados de la salud de las familias: análisis inicial a partir de la encuesta nacional de gastos de los hogares, región metropolitana.....	145
Laura Lima Quintana, Mónica Levcovich y Gustavo Criscuolo	
Análisis de una organización pública de salud y aportes para un modelo de gestión .....	146
Luis Aníbal Giménez	
Un sistema de información para la gestión hospitalaria .....	147
Guillermo Lucanera, Marcela Clark, Julieta Corral, Nebel Moscoso y Karina Temporelli	
Cómo gestionar una empresa de servicios hospitalarios, en el contexto actual .....	148
Carlos Alberto Díaz, Alberto Díaz Legaspe	
Descentralización, financiamiento, costeo y autogestión de establecimientos de atención primaria de salud: una visión integrada .....	149
Ricardo Meerhoff	
El modelo multispec de atención médica .....	150
Garry Preble	
El contrato de gestión en la provincia de La Pampa .....	151
Carlos E. Filgueira Lima y Ruben A. Arletti	

Este libro se terminó de imprimir en el mes de abril de 1999, por Marcelo Kohan / Impresión & Diseño, José Cubas 4530, Capital Federal.