

Universidad Tecnológica de El Salvador



# Los sistemas de salud en

## Marco Teórico Conceptual

El interés por la concepción de «sistemas» tuvo especial difusión cuando aproximadamente en 1950 apareció la «Teoría General de Sistemas» en que Kenneth Boulding llegó a diferenciar los múltiples usos y aplicaciones de dicho concepto en todas las disciplinas. Ello permitió disponer de un marco teórico general de uso común, con un lenguaje único que favorecía la identificación de conocimientos interdisciplinarios, distinguiéndose dos grandes clases de sistemas según sus relaciones: «abiertos» y «cerrados», y, «naturales y artificiales». Por *Sistema de Salud* se entiende, un conjunto de instrumentos y decisiones de una, que asigna funciones sociales y a su vez recursos, para alcanzar el objeti-

vo de proteger y restaurar la salud de una población beneficiada. Aplicando la teoría de sistemas, identificamos que para que exista un «sistema de salud» deberán asignarse recursos (físicos, humanos y financieros), y definirse un proceso técnico administrativo que coordine este conjunto de elementos con el fin de cubrir la demanda de servicios a la comunidad. Los *insumos o entrada* al sistema de salud, están constituidos por la población usuaria que demanda servicios; los recursos que se le asignan y la política de salud que se programa. El *organismo procesador*, comprende los servicios y procedimientos que se requieren para cumplir los objetivos. Es decir, son las instituciones de salud (Ministerio, Seguro Social, establecimientos, etc) y las modalidades de organización de servicios, programas y prestaciones que se ofertan. El *producto o salida* del sistema, lo constituye el grado de eficiencia y calidad que recibe la población que demandó



Foto: Alejandro Chicheri WTP/PMA



Salud, «Servicio Nacional de Salud» y «Seguro Nacional de Salud»<sup>(Ref 21)</sup> como variedades de sistemas de salud. Por *Sistema Nacional de Salud* se entendía un sistema en el que participaban todas las instituciones sin perder su autonomía pero aceptando uniformizar sus procesos administrativos, nomenclatura, métodos estadísticos y condiciones de trabajo del personal. Dicho sistema así concebido contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central, la coordinación administrativa, consolidación presupuestaria a nivel regional, y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. Su financiamiento es multilateral. Por *Servicio Nacional de Salud* se entendía una entidad única, generalmente dependiente directamente del Ministerio de Salud, encargada de formular, organizar y ejecutar una política integral de salud para toda la comunidad. Un organismo de esta naturaleza solo podía existir en países de organización centralizada. El *Seguro Nacional de Salud* constituía un mecanismo financiero que a través de cotizaciones de toda la población, distribuye equitativamente la carga financiera que significa el mantenimiento de un servicio o sistema nacional de salud. Estas diferentes concepciones tendrían validez teórica de acuerdo a los contextos políticos de determinadas épocas. En general, los sistemas en los países de América Latina (con excepción de Chile, Costa Rica, Cuba y Nicaragua en algún momento) no se desarrollaron en el contexto teórico antes descrito.

### Análisis de los sistemas de salud de América Latina

Los *sistemas de salud* de la mayoría de países de América Latina suelen ser sistemas con constantes y continuas contradicciones que tienen su expresión a través de conflictos de sus principales agentes "stakeholders" que se expresan por huelgas como mecanismo de insatisfacción. Dichos sistemas se caracterizan en términos generales por su ineficiencia institucional, situación determinada por el centralismo, burocracia, fragmentación y frecuente duplicación tanto de inversiones como de servicios. Al respecto, se pueden distinguir —con algunas variables—, por lo menos cuatro sistemas:

#### (a) Sistema Público de Salud

Se entiende por sistema público de salud, al conjunto de instituciones que forman parte de la estructura gubernamental en calidad de entidades centrales o descentralizadas. La principal institución de este sistema son los Ministerios o Secretarías de Salud, que históricamente constituyen la secuencia evolutiva de las entidades de Beneficencia de principios de siglo. Además de los Ministerios de Salud, suele

observarse dentro de este sistema, la participación de otros Ministerios (Educación, Interior, Defensa), que igualmente suelen disponer de establecimientos y servicios destinados a la protección de núcleos específicos de población. En términos generales son entidades deficitarias, subsidiadas, financiadas a partir de asignaciones gubernamentales, dedicadas en su mayoría a la atención de población de bajos ingresos o carentes de ellos ("Pacientes"), quienes retribuyen solo parcial y esporádicamente el costo de los servicios.

#### (b) Sistema Privado de Salud

Este tipo de sistema comprende una gran variedad de modalidades—lucrativas o no—, que poseen en común el hecho que el "Cliente" retribuye, directa o indirectamente, el costo de los servicios recibidos. Se distinguen dentro de este sistema, los subsistemas de atención particularizada proporcionada directamente por los profesionales en sus propias oficinas o en centros asistenciales privados y una serie de organizaciones de servicios (ONGs) y sistemas privados de prepago de salud (seguros, mutualismo, «HMO», «PPO», etc).

En la búsqueda de nuevas modalidades de organización de sistemas privados, se han desarrollado en USA modalidades de "Salud Administrada" gestionada tipo "Managed Care" que son modalidades de prestación de servicios con las características de entrega de un conjunto de beneficios a cambio de un pago mensual preestablecido (pre pago). Las ventajas de estas modalidades son que contribuyen a la contención de costes. La desventaja es la eventual menor calidad de la atención con limitantes a la libre elección. Dentro de estas modalidades existen diversas entidades como las «Organizaciones de Mantenimiento de la Salud: Health Maintenance Organization: «HMO», las "Preferred Provider Organizations PPO", como alternativas viables para el problema de financiamiento del sistema de salud en dicho país<sup>(S. Zukin, Ref 24)</sup>. Las HMO son organizaciones que representan variables de seguros privados de salud, dedicadas a proporcionar prestaciones de salud, a una población adscrita voluntariamente, a través de un sistema de pre-pago. Constituyen una alternativa al sistema tradicional privado de cobro por servicio ("fee for service") tratando de reducir los costos de la atención de salud.

En España y América Latina ha habido y sigue habiendo experiencias de esta naturaleza, basadas en principios que priorizaban la solidaridad grupal o étnica, como son los casos de la «Mutuales, Iguales, Obras Sociales, etc» que han desarrollado un importante rol a favor de la participación de la sociedad civil, la equidad, calidad y sostenibilidad financiera. Su limitación principal es la atomización, sin regulaciones ni normatizaciones pertinentes.



en evidencia – en términos generales – la *insatisfacción* como principal percepción expresada a través de: (a) la *falta de equidad* de los sistemas, que se expresa por falta de acceso a servicios básicos que oscila entre 10 y 40 por ciento de la población según los países, y la inadecuada focalización del gasto orientado sin concordancia con la estructura epidemiológica ni con los problemas de salud de la mayoría de población, (los hospitales reciben entre el 60 y 70 por ciento del gasto público en detrimento de la atención primaria de salud) y con poca orientación a intervenciones con mayor externalidad positiva; (b) *Escasa eficiencia en el uso de los recursos*, ya que se observa en algunos países una insuficiencia de recursos y/o en otros una mala utilización de los mismos. Se estima que la inadecuada utilización de recursos representa aproximadamente 30 por ciento de los fondos disponibles referentes a la productividad del personal, insumos utilizados, tecnologías disponibles, y la generación de incentivos perversos (gasto público que beneficia a los que están en mejor situación económica en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo); (c) *mala calidad* de los servicios que afecta más a los estratos de población pobres generando un significativo nivel de insatisfacción tanto de los usuarios como del personal de salud, y (d) fallas organizativas con *escasa capacidad gerencial* y un *modelo de atención superado* por los requerimientos de demanda de atención.

### Estructura sectorial

Los países de América Latina y Caribe han experimentado cambios - en su transición demográfica y epidemiológica, así como en la estructura institucional y sectorial - que en países industrializados ocurrieron a lo largo del tiempo, y que los ha enfrentado a una serie de problemas nuevos (propios de las sociedades desarrolladas) sin que hayan podido resolver los antiguos problemas epidemiológicos e institucionales. En efecto, los sectores de salud se organizaron en base a un proceso de acumulación histórica de instituciones con un "modelo" sustentado en su focalización urbana, de carácter gremial y que diferencia la población según su nivel económico y/o su condición étnica. Las instituciones de salud de América Latina aún no han resuelto problemas de cobertura insuficiente, baja calidad, ineficiente uso de recursos, baja capacidad resolutoria, gerencia deficiente de recursos, etc, cuando al mismo tiempo tienen que enfrentarse a mayores demandas acumuladas de atención y a problemas que afectan a los sistemas de países industrializados como la escalada de costes, inadecuados incentivos, inseguridad financiera, insatisfacción de los consumidores, etc.

En este sentido, la mayor urgencia radica en resolver el problema esencial de la articulación de los principales com-

ponentes del sistema: la población y las instituciones. Estos componentes o elementos se encuentran generalmente fragmentados, habiéndose segmentado la población en grupos relacionados con su ingreso económico: pobres, medianos ingresos y ricos.

Para cada grupo de población, se organizaron fragmentariamente las instituciones de manera que para los grupos de bajos ingresos se responsabiliza por su atención a los Ministerios de Salud; para los de medianos ingresos se responsabiliza a las entidades de seguridad social, y para los grupos de altos ingresos, se asignaba al sector privado. Esta segregación demográfica con fragmentación institucional ha determinado ineficiencia, duplicación de recursos y desigual calidad de atención que en su conjunto tienen su expresión en el denominador común de *insatisfacción de usuarios*, de personal y de la acción estatal. Además, la segmentación ha generado incentivos perversos y falta de equidad, ya que si bien es cierto que la población "pobre" solo tiene acceso a los servicios públicos, esto hecho no se corresponde a la actuación de la población "rica" que prácticamente tiene acceso a todas las instituciones del sector, haciendo uso del "doble estándar" que este grupo de población utiliza para ser atendido con mayor esmero y calidad, desvirtuando la focalización de los recursos de dicho sector.

La Fundación Mexicana para la Salud (Soberón, Frenk, Bobadilla, González, etc.<sup>(ref. 27)</sup> por una parte, y posteriormente Londoño y Frenk<sup>(ref. 28)</sup> presentaron una visión sistémica como marco conceptual teórico, del sistema de salud de América Latina, en base a la relación entre funciones e instituciones. En dicho estudio se identifican tres funciones básicas de las instituciones de salud: Regulación, Normatización o Modulación; Financiamiento, y Prestación de Servicios. Asimismo se identifica que las instituciones del sector (Ministerios de Salud, Seguros Sociales, etc) realizan concomitantemente las tres funciones a la vez, actuando como entes reguladores, financiadores y prestadores de servicios, funcionando los sectores, como compartimientos estancos para sus respectivos grupos de población. Esta situación ha determinado la existencia de los problemas antes mencionados (insatisfacción por falta de equidad y calidad, ineficiencia, e insolvencia financiera). En dicho estudio, se diferencian cuatro modelos tipológicos de sistemas de salud, conscientes que cada país con su heterogeneidad específica ha ido desarrollando su propio sistema y que difícilmente puede corresponder a la realidad con los modelos teóricos que a continuación se exponen.

### El Modelo Público Unificado

En este caso, el Estado financia y suministra servicios a través de un sistema único integrado verticalmente con un claro monopolio público y un modelo de subsidio exclusivo a la oferta caracterizado por la transferencia de los recursos



*Las Experiencias de Reformas de Sistemas de Salud  
en América*

Cada cierto número de años se presentan en diversas regiones del mundo una serie de movimientos generalizados que llegan incluso a abarcar a países de diferentes niveles de desarrollo y con las más diversas estructuras políticas. La globalización de la economía es un claro ejemplo que actualmente presenciamos y en lo que corresponde a los sectores sociales - al menos en América Latina -, la reforma de los sistemas de salud parece ser uno de dichos movimientos. Estos procesos son al parecer inducidos a partir del interés de grupos de poder de algunos países industrializados, que se van traduciendo en política internacional para el "tercer mundo", y en el cual están de acuerdo tanto los grupos de poder y estudiosos de centros académicos del país emisor, como sus mismas contrapartes de los países receptores.

Desde el punto de vista conceptual, Peter Berman<sup>(86, 87)</sup> define "Reforma" como el conjunto de cambios intencionados y sostenidos con el propósito explícito de transformar las instituciones de salud para su mejoramiento. No todo cambio es reforma. La reforma requiere que el cambio sea deliberado y sostenible, y que tenga la misión expresa en el caso de salud, de mejorar equidad, eficiencia y calidad. En ese sentido, la idea de reforma va más allá de la idea de cambio. En la mayoría de países de América Latina hemos tenido conocimiento de una serie de reformas como cambios sustanciales y/o como una sucesión natural de cambios en salud que a lo largo del siglo XX tuvo sus principales hitos en los siguientes movimientos sectoriales: En el inicio de siglo prevalecían las "acciones particulares, personalizadas o individuales" centradas en la curación de enfermedades realizadas principalmente por las *Asociaciones de Beneficencia y/o Religiosas*.

La Orden de San Juan de Dios tuvo singular importancia en la administración de hospitales en muchos países de América Latina, al igual que las Santas Casas de Misericordia de Brasil - fundadas por Braz Cubas en 1543- con 14 finalidades de las cuales siete eran espirituales y siete corporales; El siguiente hito importante se podría identificar como el inicio de la "acción gubernamental o institucional" a través del control y puesta en práctica de las actividades "sanitarias" relacionadas con la higiene, prevención y control de endemias y epidemias (tuberculosis, viruela, enfermedades venéreas, fiebre amarilla, malaria, etc) creándose las *Direc-*

*ciones Generales de Sanidad* dentro de Ministerios del Interior, Gobernación y otros; Entre 1930 y 1950 se dio un paso muy importante con la puesta en funcionamiento de los sistemas de *Seguridad Social*, que incorpora a la clase trabajadora los beneficios de salud a través del régimen de enfermedad común y maternidad, con lo cual los segmentos menos afortunados de población tenían teóricamente cubiertas sus principales necesidades básicas; Por 1960 se presentan movimientos orientados a la protección más integral de las necesidades de la población.

En ese sentido se difunde y aplica la conceptualización de *Salud* como acción integradora de las actividades sanitarias y hospitalarias. Las Direcciones Generales de Sanidad y de Hospitales se coordinaron bajo la estructura jerárquica de una Dirección General de Salud, surgiendo con plena cartera los Ministerios o Secretarías de Salud Pública y Asistencia Social; (v) Alrededor de 1970 se promueve la creación de *Centros e Instrumentos de Capacitación y Gestión en Salud* que enfatizaron el desarrollo de metodologías de planificación y gestión como una vía de mejorar la equidad y eficiencia. En esta época se prioriza el cambio de proceso, método y concepto, sobre el cambio de estructura que se supone será consecuente al primero.

En este aspecto destaca el Centro Panamericano de Planificación de Salud anexo al ILPES de Santiago de Chile, las distintas Escuelas de Salud Pública en varios

países, y la puesta en funcionamiento de otros centros de formación especializada como fueron el CLAM (para la atención médica en Buenos Aires); el Centro de Administración de Hospitales de Sao Paulo; El CLAP de Montevideo para la atención de perinatología; el CIESS y la Escuela de Salud Pública de México, el CEPIS de Lima para ingeniería sanitaria, el INCAP de Guatemala para el mejoramiento nutricional de Centroamérica, los centros de Medellín y Cali para salud pública y Caracas para mantenimiento del recurso físico de la infraestructura de salud. Este fue un "momentum" de auge del pensamiento sobre el desarrollo de la salud en el cual surgieron líderes sociales en sus distintas disciplinas: Horwitz, Drobny y Bravo en Chile; Pacheco Pedroso, Lourdes de Freitas y Borba en Brasil; Caldeiro Barcia en Uruguay; Sonis, Neri, Feld en Argentina; Barrena, Barquin, Zamarripa, Soberón en México. En 1980 la difusión del pensamiento se traslada al área de *Administración y Centros de Costes* con énfasis en el control del financiamiento público vía presupuesto, habiéndose difundido en algunos países la "reforma" administrativa.

---

**Históricamente los problemas de salud y sus propuestas de solución han estado siempre latentes en casi todas las agendas políticas electorales desde principios del siglo XX, pareciendo haber consenso que el sistema de salud ha entrado en "crisis" especialmente por su alto coste, y en menor percepción por la inequidad del mismo.**

---



table (fin de la segunda guerra mundial, Hiroshima) y los opositores invocaron el temor al comunismo y a la medicina socializada habiendo perdido el Presidente Truman. En 1965/66 en el contexto de la guerra de Vietnam y bajo presidencia demócrata de Lindon B. Johnson se logró promulgar las leyes que implantaban dos programas: *Medicare* como programa federal de atención médica para mayores de 65 años (administrado por sistemas como Blue Cross, Blue Shield, etc.) y *Medicaid*, como programa federal de atención médica para las personas sin recursos (administrado vía Social Security). En el período del presidente republicano Richard Nixon (1969-1974), se volvió a analizar la alternativa de un Health Care Insurance que dio como resultado la propuesta de modalidades de sistemas de prepago. "Watergate" postpuso la decisión. El presidente republicano, Ronald Reagan (1981-1989), dejó claro que con respecto a salud su administración abogaba por un "market competition rather than government intervention" en un escenario claramente contrario a la implantación de un seguro universal de salud.

Por último, el presidente demócrata, Bill Clinton (1992-2000), dentro de su plataforma política de "Renew América" proponía cambios de mayor profundidad del actual sistema de salud. Decía *"we are the only advanced nation in the world that does not provide basic health care to all its citizens. We spend 30% more of our income than any other country in the world on health care at a time when we desperately need to spend more on new plants, new equipment, new businesses, reinvesting in education and training of our citizens... we cannot go on like this"*. Clinton propuso la modalidad de moda (new fashion) conocida como "Managed Competition" como un híbrido que conciliaba las fuerzas del libre mercado con la regulación gubernamental utilizando el concepto de "Managed Care" para la organización de redes de proveedores para entrega de los servicios. A pesar de que al final, su propuesta se convirtió en "casi más de lo mismo", el presidente Clinton también perdió

Tratando de poner música a la letra<sup>66,67</sup> los datos de 1992 eran los siguientes: el gasto total en salud se estimó alrededor de US\$ 900 mil millones; el gasto en salud como porcentaje del producto nacional bruto ascendió a 14

por ciento; el gasto per cápita era de US\$ 3.160; la población sin cobertura era de 40 millones de habitantes (16 por ciento del país); el coste incremental del cuidado de la salud fue mayor que la tasa de inflación del país; el costo de administración de los seguros y protección del "malpractice" es aproximadamente del 40 por ciento del coste total, y el ingreso promedio de la población era de US\$ 25 mil 898 mientras que el ingreso de los médicos era de US\$ 139 mil. A pesar de ser el país de mayor gasto en salud del mundo, sus resultados son superados por otros países que disponen de mejores indicadores globales de desarrollo de salud (USA ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en Desarrollo Humano, Esperanza de Vida y Tasa de Mortalidad Infantil) después de Canadá, Francia y Noruega que asignan menor gasto para salud.

Las *Características Básicas del Sistema de Salud en USA* las podemos resumir en las siguientes: sobre consumo y sobre utilización de servicios; oferta preferentemente privada de servicios; modelo de atención predominantemente curativo con uso de altas tecnologías y recursos super especializados; coste elevado; financiamiento sustentado en utilización de compañías privadas de seguros; problemas de equidad. Dentro de dicho contexto, la *perspectiva de cambio del sistema*<sup>68,69</sup> comprendían tres opciones de cierto consenso político social relacionadas con: *Private Market* (libre mercado) en el cual el seguro de salud es proporcionado por el empresario o por el propio interesado estando sujeto a la deducción de impuestos; *Employer Based* (play or pay) por medio del cual cada persona recibe el seguro de salud ya sea de la empresa o del gobierno (los empresarios deben "play" proporcionando la empresa el seguro, lo que representa un mayor coste; o "pay" asignando al trabajador una contribución para la adquisición de un seguro público que es más barato); *Government Based Approach*, también conocido como "Single Payer o National Health Insurance" – base del sistema de Canadá –, en el cual el gobierno se convierte en el único pagador "payer" por los servicios de cuidado de la salud (representa un cambio total de sistema). Las bases de la organización de la oferta de servicios comprende desde los "old products" como "fee for service"



Foto: Cortesía Ministerio de Salud



palmente se consigue a través del régimen subsidiado. La Función Reguladora es realizada por el Ministerio de Salud. La Función de Financiamiento es responsabilidad del Seguro Social y se realiza por medio de las *Empresas Promotoras de Salud (EPS), aseguradores públicos o privados que compiten entre sí por contratar con la población, la provisión de un paquete obligatorio de servicios, cuya composición es establecida y su calidad vigilada por el Gobierno.* Las EPS recolectan los aportes financieros que marca la ley y contratan la prestación de servicios con instituciones de la oferta pública o privada (Función de Prestación) cuyos servicios son remunerados a través de un sistema de pagos similar al concepto de "Diagnosis Related Group" utilizado en USA.

#### (d) La Experiencia de Trinidad y Tobago

La República de Trinidad y Tobago,<sup>(30,31)</sup> ha iniciado un proceso de Reforma de su Sistema de Salud que comprende dos etapas: la primera, para lograr la reorganización institucional del sector, la racionalización de la infraestructura y del modelo de atención; y, la segunda etapa, en la cual se creará un Sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal. La primera etapa se inició en 1994 con la aprobación de la Ley de Autoridades Regionales de Salud (ARS), creándose 5 regiones con la responsabilidad total por la prestación de servicios y la gestión de sus establecimientos. El Ministerio de Salud se ha reorganizado para cumplir con las Funciones de regulación y normatización de salud pública. La Función de Financiamiento será responsabilidad del SNS, con una fase de transición hasta que se cree el SNS con responsabilidad del Ministerio de Salud.

#### (e) La Experiencia de México.

En México<sup>(30,38)</sup> en 1943 se estructura un sistema de salud sustentado en 3 entidades: el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y, el Instituto Nacional de Salud (Hospital Infantil de México). Dicho sistema representó una de las principales fuentes de empleo generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica constituyendo el complejo médico industrial. En 1983 se crea el Sistema Nacional de Salud, orientado a favorecer la equidad, que incluye nuevas modalidades de cobertura a población pobre excluida de la economía formal a través de los sistemas IMSS COPLA-MAR / IMSS Solidaridad. En 1994<sup>(30,39)</sup> se presenta a discusión todo un marco conceptual de la visión de la Reforma que pretende: vincular salud con el desarrollo económico y social, consolidar un sistema universal de salud, organizar el sistema de acuerdo a funciones y no a grupos sociales, establecer un seguro nacional de salud, y apoyar la descentralización.

#### (f) La propuesta de Nicaragua .

Esta propuesta de reforma tiene como común denominador los siguientes elementos: fortalecimiento de la descentralización a través de la consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS), separación de funciones, especialmente las de prestación de la población derecho habiente del seguro social; la configuración de modalidades de pre pago a través de las Empresas Médicas Provisionales (EMP) entidades creadas aproximadamente en 1998 como instituciones responsables de ofertar servicios a población afiliada del Seguro Social, bajo un sistema de competencia regulada, pago "por capitación", y con la modalidad de entrega de un "paquete básico de prestaciones", y la búsqueda de un modelo nicaragüense de gestión a través de la reforma hospitalaria. Este proceso de reforma y/o modernización sectorial, está siendo apoyado financieramente por el BID y Banco Mundial.

#### (g) El Proyecto de República Dominicana

El proceso de modernización y reforma sectorial de *República Dominicana*, se encuentra iniciando su ejecución y que a través de la Reforma de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), pretende: el *Desarrollo Institucional de SESPAS* (descentralización, reformulación de políticas; administración de recursos humanos; reorganización de la administración financiera; modernización del sistema de suministro de insumos); la *Modernización Institucional del IDSS*, y el *Fortalecimiento del Sistema de Servicios Básicos y Hospitalarios que comprende el desarrollo en forma "piloto" tres "fondos"* que financiarían nuevas formas de proveer servicios de salud relacionados con Atención Primaria (FONAP), Atención Hospitalaria (FONHOSPITAL) y Seguro Médico (FONSOL). El sistema diseñado se basa en el modelo de *Competencia Regulada* con las siguientes características: descentralización autonómica de la gestión; plan estándar de beneficios; selección individual de redes acreditadas de proveedores de servicios; competencia entre las redes de proveedores en búsqueda de afiliados, y, orientación hacia subsidios estatales focalizados en la demanda para población de bajos ingresos.

#### (h) Las Experiencias de Costa Rica:

Costa Rica siempre ha sido un país con una sociedad que ha priorizado los sectores sociales y ha desarrollado – dentro de su propio contexto – modalidades diferentes para proteger los grupos humanos en cuanto al derecho de la salud y educación. En efecto, en la década de los 70, Costa Rica inició un proceso de separación de funciones (cuando



aquella época, variaba entre el 2.5 y 6.3 del producto interno bruto. El gasto en salud ha sido generalmente aceptado para América Latina como insuficiente en vista de comparaciones con datos a nivel internacional. Sin embargo, en la última década y en base a los análisis económicos tanto del Banco Mundial como del Banco Interamericano de Desarrollo, se ha comenzado a precisar la magnitud del gasto privado – todavía no bien determinado – con lo que la magnitud de los recursos disponibles ya no parece tan insuficiente. De hecho, el estudio de Castagnino en el BID<sup>(ref.31)</sup> y Govindaraj, R. en el Banco Mundial<sup>(ref.41)</sup> expresan que para Latinoamérica en su conjunto el gasto total en salud se aproxima al 6 por ciento del PBI, cifra que no puede ser considerada baja a nivel mundial. Sin embargo, dentro de ese conjunto, se observa que el 65 por ciento de países tienen un gasto inferior al promedio y que de ellos, existen 7 países con un gasto en salud francamente insuficiente (3 a 4 por ciento del PBI) donde existen importantes vacíos de cobertura efectiva de servicios que a manera de incentivo perverso, afecta principalmente a la población con marcados niveles de pobreza. Al mismo tiempo, se observa que el 35 por ciento de países poseen un gasto en salud superior al 6 por ciento y que de este grupo hay 6 países (Argentina, Chile, Costa Rica, Jamaica, Panamá y Uruguay) cuyo gasto es superior al 8 por ciento del PBI llegando en el caso argentino a aproximarse al 10 por ciento. En estos casos la principal acción debe orientarse a la eficiencia y contención de costos.

**Reflexiones sobre los sistemas de salud de América Latina**

**E**n cuanto a la Estructura: Los Sistemas de Salud de América Latina – en términos generales -, se han estructurado en dos vertientes:

.... **Institucional**: acúmulo histórico de entidades, con énfasis gremial y

.... **Demográfico**, enfocado a la segmentación de la población en estratos sociales.

En relación con las características: Los Sistemas de Salud de América Latina – en términos generales -, se caracterizan

por: su alto nivel de *insatisfacción*, tanto para la población como para el personal de salud.

La *insatisfacción* se expresa por:

- (a) Bajo Nivel de Salud de la Población, que afecta con mayor severidad a los pobres.
- (b) Falta de Acceso a Servicios Básicos de Salud (entre 10 y 40 por ciento de la población).
- (c) Focalización del Gasto a intervenciones con externalidades negativas (hospitales: 60 a 70 por ciento del gasto).
- (d) Escasa Eficiencia en el uso de recursos identificado por: mala utilización de aproximadamente 30 por ciento de los recursos; marcado centralismo en la toma de decisiones; acentuada burocracia; falta de capacitación gerencial
- (e) Mala Calidad de la Atención que afecta más a los estratos de población pobre.

En relación con el Funcionamiento de las Instituciones: Las Instituciones y/o Sectores de Salud han adoptado un modelo en que cada entidad desarrolla concomitantemente las funciones de *Regulación, Financiamiento y Prestación* de Servicios lo cual ha redundado en falta de equidad, baja eficiencia, mala calidad y escasa sostenibilidad financiera.

Las Nuevas Modalidades de Organización de Sistemas de Salud: Los marcos conceptuales teóricos definen los siguientes lineamientos. (cuadro No. 3)

En relación con el Financiamiento del Sistema de Salud se observa:

- (a) Bajo Gasto en Salud como porcentaje del PBI : Promedio Para América Latina y Caribe del 6.2.
- (b) Diferencias entre Países: 65 por ciento de los Países por debajo del promedio de 6.2
- (c) 7 Países con Porcentaje inferior al 5 por ciento.
- (d) 7 Países con Porcentaje superior al promedio de América Latina y Caribe (Argentina con 9.6; Jamaica con 9.4; Costa Rica con 9.2; Panamá con 8.7, y Uruguay con 8.3 son los de mayor gasto).

Teoría versus Realidad de las Reformas. Aplicabilidad y Sostenibilidad: La complejidad institucional y la trascendencia

cuadro No. 2

SECTOR	INSTITUCION	SEGMENTO POBLACION	IDENTIFICACION
PUBLICO	MINISTERIOS SALUD	Escasos Recursos: Pobres.	Pacientes
MIXTO	SEGUROS SOCIALES	Medianos Ingresos Económicos	Usuarios
PRIVADO	PARTICULARES	Altos Ingresos Económicos	Clientes



cuadro No. 4

*Las Experiencias de Reformas de Sistemas de Salud*

PAIS	CARACTERISTICA BASICA	AÑO	
CHILE	SERMENA Sistema Nacional de Salud	1945 1952	
	Separación Funciones Descentralización Participación Sector Privado.	Regula el MSP! Financia FONASA. Municipios ISAPRES	1980 1990
COSTA RICA	Separación Funciones Descentralización Modelo Atención	Traspaso Atención Hospitalaria a la CCSS Regulación a cargo del MSP! Mayor responsabilidad de Municipios MSP: Medicina Preventiva. EBAIS.	1973 1983 1990 1998
COLOMBIA	Descentralización Separación de Funciones Participación Red Proveedores	Municipios Regula el MSP! Financia Seguro Social Públicos y Privados: EPS. Competencia Regulada	1993
TRINIDAD TOBAGO	Descentralización Equidad	Regiones de Salud Cobertura Universal Seguro Nacional Salud	1994

ceptual y financiera) que generalmente cuenta con el visto bueno de los Ministros de Economía ("cash flow") y que tiene el riesgo de continuar los conflictos entre autoridades de salud y agentes del sector, sin tomar en consideración las demandas esenciales de la población.

El personal de salud -- especialmente el gremio médico por su capacidad de hacer opinión "decision maker" --, ha mantenido en la mayoría de casos, la racionalidad clínica asistencial en la organización de los sistemas de salud, entrando en conflicto con la capacidad gerencial para la adecuada gestión de la salud. En otro sentido, la participación de los economistas en el análisis de salud no ha dado los frutos que cabrían esperarse ni ha satisfecho las expectativas generadas, ya que la simple aplicación de requerimientos y condicionantes de modelos basado en la economía de mercado -- especialmente en países con elevado porcentaje de población en condición de pobreza --, no constituyen más que un marco teórico inaplicable en la mayoría de casos, y cuando aplicable, generalmente insostenible. (El entorno de la reforma de salud en base al libre mercado y globalización de la economía no se asemeja ni política, ni social ni culturalmente a los entornos de la mayoría de países de América Latina).

Los ejemplos de CHILE -- que en diferentes regimenes políticos --, ha priorizado y realizado cambios en el sector, y de COSTA RICA, constituyen modelos más afines -- no solo de reforma sino de decisión --, para el resto de países de América Latina, ya que los cambios han sido realizados en el contexto nacional prevalente en cuanto a cultura y factibilidad social.

La Necesidad y Modalidad de Cambios

Tomando en consideración que la mayoría de sistemas de salud de América Latina, en términos generales no cum-

plen con los criterios enunciados como básicos para que un sistema satisfaga las demandas de la población, con eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera, se hace necesario considerar la transformación de dichos sistemas. Es necesario tener en cuenta que la reforma de un sistema social como la salud es una tarea compleja (por los heterogéneos agentes que intervienen); difícil (por la naturaleza social del sistema); conflictivo (por los intereses creados que están en juego), y de largo plazo (por las actividades que involucra).

En ese sentido, consideramos necesario que cuando se diseñe un proceso de cambio no se adopte un determinado «modelo» que pudiera haber sido exitoso en otro lugar y en otro momento (salvo como referencia de lección aprendida), sino que dicho proceso de cambio trate de conciliar consensos y tenga en consideración: el entorno político, social y cultural; la conceptualización, propósitos y direccionalidad de la reforma; la existencia de escenarios no negativos al cambio; la capacidad gerencial de las instituciones del sector; y la inclusión de programas que den respuesta a demandas de la mayoría de la población.

Aún cuando existan diversas concepciones y modalidades de reformas, un esquema teórico debería comprender en forma gradual y progresiva -- a manera ilustrativa en dependencia de la situación de cada país -- propuestas de cambio que podrían identificarse como: *reforma estructural* (reorganización del sistema de salud en sus aspectos institucional, financiero y jurídico); *reforma funcional* (reorganización del sistema de servicios de salud principalmente en los aspectos referentes al modelo de gestión), y *reforma procesal* (reorganización de programas y modelo de atención).