Bernardo Ramírez
AUPHA, México

João Mezomo
San Camilo, Brasil

Robert Bradbury
Clark University, Estados Unidos

David Bergwall
Florida International University, Estados Unidos

Rafael Martínez
AUPHA, Colombia

Alicia García Bates
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Mauricio Vargas
Coopesalud, Costa Rica

Jaime Castrillón
Universidad de Barranquilla, Colombia

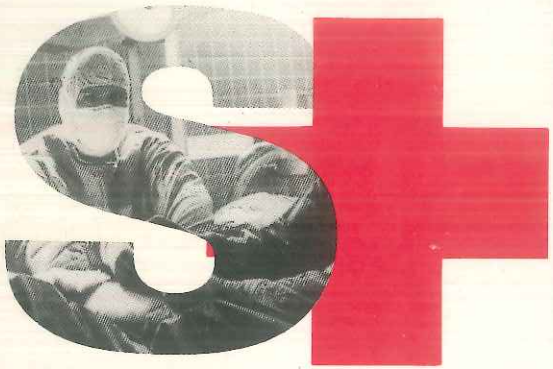
César Oyarzo
Superintendente ISAPRES, Chile

Jorge Ruiz
Multiclínicas, Perú

Arturo Iglesias
Asesor Congreso Constituyente Democrático, Perú

José Carlos Vera
ESAN, Perú

esanlide FORO INTERNACIONAL: Administración de la Salud



FORO INTERNACIONAL

ADMINISTRACION DE LA SALUD

ENFOQUES, TENDENCIAS
PROPUESTAS

esan/ide

FORO INTERNACIONAL

ADMINISTRACION DE LA SALUD

ENFOQUES, TENDENCIAS PROPUESTAS

ESAN, 25, 26 y 27 de agosto de 1993

esan/ide

©ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS PARA GRADUADOS
INSTITUTO DE DESARROLLO ECONOMICO, ESAN/IDE
Av. Alonso de Molina 1698 Monterrico-Surco
Lima, junio 1994

Preparación, estilo y edición:
Ada Ampuero C.

Diseño de carátula:
Carlos González R.

Diagramación:
Carmen Céspedes F.

Corrección de pruebas:
Jorge Ninapayta

Impresión:
SAYWA s.r.l. ediciones

INDICE

PRESENTACION 9

Primera Parte: LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

Los programas de administración de la salud en América Latina/*Bernardo Ramírez* 15

Los currículos en los programas de administración de la salud/*João Mezomo* 23

Calidad Total en la enseñanza de la administración de la salud/*Robert Bradbury* 29

Los programas de administración de la salud en Estados Unidos/ *David Bergwall* 35

La educación a distancia en la administración de la salud/*Rafael Martínez* 49

La enseñanza de la administración de la salud desde el punto de vista de las escuelas de negocios/ *Alicia García Bates* 61

Segunda Parte: SEGURIDAD SOCIAL PRIVADA Y ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

Los sistemas de salud en Centroamérica: tendencias y oportunidades/*Mauricio Vargas* 71

Calidad Total en los servicios de salud/ *Robert Bradbury* 83

La reforma del sistema de salud en Estados Unidos/ *David Bergwall* 95

La racionalización de costos en la administración de la salud/*Jaime Castrillón* 113

La administración de la salud en el contexto de reforma y privatización del sector/*César Oyarzo* 123

Funcionamiento actual de los sistemas de prepago en el Perú/*Jorge Ruiz* 145

Modernización del sector salud y seguridad social/ *Arturo Iglesias* 153

Propuesta de ley sobre el sistema privado de seguridad social en salud/*José Carlos Vera* 173

SOBRE LOS EXPOSITORES 199

PRESENTACION

Desde 1985, aproximadamente, la Escuela de Administración de Negocios para Graduados, ESAN, empezó a interesarse por un tema que hasta entonces parecía ajeno al quehacer de una escuela de negocios: la salud. Participó con otras instituciones de prestigio en un proyecto de gran envergadura, ANSSA-Perú, destinado a levantar información sistematizada y a proporcionar elementos conceptuales y técnicos para el análisis de este sector.*

A partir de esta investigación se sucedieron otras, y fue tomando cuerpo en ESAN la inquietud por brindar un aporte permanente en aquello que le es específico: el entrenamiento de administradores. El vínculo con AUPHA (Association of University Programs in Health Administration) y otras instituciones aceleró la maduración de esta idea y, desde 1992, ESAN ofrece el Programa de Gerencia para Clínicas y Hospitales, cuyo objetivo es formar especialistas en la conducción de organizaciones prestadoras de servicios de salud.

ESAN se ha sumado así al diálogo continental sobre cómo concebir y llevar a la práctica la formación de profesionales para la administración de la salud, diálogo surgido ya hace varias décadas en los países pioneros en este campo.

Precisamente, y como muestra de su compromiso institucional con el sector salud, ESAN organizó en agosto del año pasado el Foro Internacional CLADEA-AUPHA y el Primer Seminario Internacional Seguridad Social Privada y Administración de la Salud, dos reuniones donde especialistas de varios países latinoamericanos expusieron y debatieron las últimas corrientes de pensamiento relacionadas tanto con

la enseñanza de la administración de la salud como con la problemática asociada a la prestación de servicios de salud.

El foro estuvo dirigido a académicos y profesionales vinculados a la docencia y su propósito fue analizar las experiencias de programas formadores, su evolución y los obstáculos que han debido afrontar. Se puso particular énfasis en establecer mecanismos de intercambio y posibilidades de cooperación mutua entre, por un lado, las escuelas de negocios, y por otro lado, las escuelas de medicina o de salud pública, en aras de fortalecer los programas de administración de la salud en América Latina y convertirlos en vehículos eficaces para la formación de los futuros dirigentes de instituciones relacionadas con la prestación o la financiación de servicios de salud.

El seminario respondió al interés por presentar un espacio adecuado para la discusión de los nuevos sistemas que se están diseñando en América Latina para la prestación y financiación de los servicios de salud. Nuestro propio país está viviendo un proceso de modernización que significará cambios sustanciales en la manera cómo se encara la provisión de servicios de salud, cambios en los que el sector privado tendrá gran protagonismo. El tema es sumamente trascendente por comprometer un elemento determinante del bienestar de la población.

El libro que hoy entrega ESAN, a través de su Instituto de Desarrollo Económico, recoge las ponencias presentadas a estas dos reuniones. Ha sido organizado en dos partes de acuerdo con las dos temáticas tratadas. En la primera se describe experiencias de formación de profesionales en administración de la salud en Brasil, Estados Unidos, Colombia y Argentina. Se analiza currículos de programas en marcha, métodos de enseñanza y los planteamientos más recientes en torno al desarrollo futuro de los programas.

En la segunda parte se explica el funcionamiento de los sistemas de salud de Costa Rica, Estados Unidos, Chile y Perú, se confronta sus ventajas y desventajas y se reflexiona sobre su desarrollo futuro. También se debate la propuesta sobre modernización del sector salud en el Perú y el papel que en ésta corresponderá al sector privado.

Quiero expresar nuestro reconocimiento a los expositores, por su excelente disposición a compartir las lecciones aprendidas y sus hallazgos; a nuestros auspiciadores académicos, CLADEA (Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración) y AUPHA, que brindaron un marco institucional inmejorable; al Ministerio de Salud del Perú; y a la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de Estados Unidos y a nuestros auspiciadores del sector privado, especialmente a la compañía de seguros "La Positiva", por su respaldo económico para la publicación de este libro.

Asimismo, nuestro especial agradecimiento a ESAN, por el compromiso adquirido con el área de la salud y su amplio apoyo a las actividades desarrolladas en este campo; a los profesores integrantes del equipo de investigación en el área de la administración de la salud: José Carlos Vera, quien dio el impulso inicial para el estudio de la salud en ESAN, y Luis Felipe Calderón y Nissim Alcabés, que contribuyero a la organización de las dos reuniones; y finalmente a la editora, Ada Ampuero, por el excelente trabajo que nos hace posible la entrega de este volumen.

Jorge Talavera Traverso
Director
Instituto de Desarrollo Económico
Mayo de 1994

* Ejecutado por un convenio de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook. Contó con la aprobación del Ministerio de Salud del Perú y con la participación de éste y las siguientes instituciones: Escuela de Administración de Negocios para Graduados, ESAN; Instituto Peruano de Seguridad Social, IPSS; Universidad Peruana Cayetano Heredia; y la consultora internacional Resources Group Ltd. Fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de Estados Unidos.

Primera Parte
LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

LOS PROGRAMAS DE ADMINISTRACION DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

Bernardo Ramírez

Quisiera dedicar esta sesión, más que a una exposición muy formal sobre los programas de administración de la salud en América Latina, a reflexionar en conjunto sobre aspectos claves de la problemática que compartimos y que, como todos ustedes saben, deberemos abordar en noviembre ante un público más amplio, durante la reunión anual del Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración, CLADEA, en la Universidad Internacional de Florida.

Uno de los aspectos, al que más importancia deberíamos otorgarle, es la búsqueda de mecanismos adecuados para vincular las diferentes disciplinas que intervienen en la capacitación de profesionales para la administración de servicios de salud. En Chile escuché a unos representantes de la OPS mencionar que este tema de la salud era tan importante que no podía ser dejado sólo a los médicos o a los profesionales de la salud. Tenían razón: la administración de los servicios de salud es un tema claramente interdisciplinario, pero ¿cómo podemos buscar mecanismos, qué ejemplos hay, qué fórmulas específicas se pueden aplicar para no polarizar el debate sino, más bien, encontrar áreas de interés comunes a las escuelas de administración y a las de salud?

En el caso del Perú, por ejemplo, existe la Universidad Cayetano Heredia, dedicada casi exclusivamente a las ciencias de la salud, es prácticamente una universidad de la salud; y por otro lado está ESAN, una escuela de administración. La pregunta es qué tipo de mecanismos se pueden buscar para establecer

vínculos entre ambas instituciones. En la Universidad de Cali, por ejemplo, la Escuela de Administración tiene un programa de administración de la salud muy importante en la Escuela de Medicina. ¿Qué podríamos aprender como estrategias, como fórmulas para vincular estas dos áreas y resolver el problema de la administración de los servicios de salud?

El segundo punto de interés que, creo, deberíamos explorar es cómo relacionar de una manera más directa la teoría con la práctica. Uno de los problemas de nuestras escuelas es su concentración en el aspecto teórico. Hablamos mucho de las teorías de esto, de los principios de aquello, de los modelos de no sé qué, pero a las personas o a los colegas del Ministerio o de los servicios de salud privados o de un hospital esto les importa relativamente poco; a ellos les interesa saber cómo pueden resolver sus problemas cotidianos. Recientemente en América Latina se han diseñado varios programas que apuntan a establecer este vínculo. Rafael Martínez, por ejemplo, va a tratar el caso de la educación a distancia, de los programas no presenciales. La investigación realizada por ESAN me parece también una forma interesante de vincular la docencia con la práctica.

Alicia García Bates nos podrá explicar cómo funciona un programa bastante interesante que desde hace muchos años existe en Buenos Aires, una especie de residencia administrativa que los licenciados en administración de empresas cumplen en instituciones de servicios de salud –convendría aclarar si son médicos o profesionales de la salud, pues ya eso los liga a la práctica–.

Un aspecto a tener en cuenta sobre este tema es lo riesgoso que puede resultar para las escuelas de administración de empresas contratar como profesores a profesionales que no trabajan en organizaciones de salud ni están directamente relacionados con este campo. Pueden terminar distanciándose mucho de la práctica de la administración de los servicios de salud si no formulan estrategias concretas para evitar hacerlo.

La tercera área que deberíamos abordar es la temática específica que podría definirse del trabajo conjunto de las escuelas de salud y las escuelas de administración –Bob Bradbury va a exponer acerca de la Calidad Total de la atención médica, por ejemplo–. Cada tipo de escuela tiene sus propias fortalezas. Una escuela de salud pública no tiene los mismos elementos ni los mismos recursos que una escuela de administración para aproximarse al tema de, por ejemplo, la mercadotecnia de los servicios de salud. A su vez, las escuelas de administración tienen mucha experiencia en mercadotecnia, pero en mercadotecnia aplicada a pasta de dientes, a bebidas gaseosas, a productos en general, no a servicios de salud. Entonces, ¿cómo puede darse la fusión de conocimientos y experiencia para lograr lo deseado?

He puesto el ejemplo de la mercadotecnia porque cuando estuve trabajando en México en un programa de administración de la salud de una escuela de administración de negocios y sugerí incluir este tema en el plan de estudios, afronté un rechazo muy fuerte. El consejo directivo de la institución cuestionaba el plan porque desde su punto de vista la inclusión de la mercadotecnia significaba no haber entendido las necesidades de los administradores de servicios de salud. Según ellos, la mercadotecnia era sinónimo de "hacer negocio" y la salud no era un negocio.

Nos costó mucho trabajo convencerlos de que la mercadotecnia no consistía en hacer negocio y que algunos estudiosos, Kotler entre otros, estaban desarrollando el concepto de mercadotecnia social como un enfoque distinto al de Procter & Gamble, enfoque que podía ser perfectamente aplicable a los servicios de salud. Después, con el paso del tiempo he encontrado trabajos muy interesantes sobre este tema. AUPHA publicó hace algunos años un trabajo de Roberto Clark, un profesor de Estados Unidos, que relaciona de una manera muy sugestiva la mercadotecnia y la epidemiología y encuentra una serie de símiles entre los métodos de ambas disciplinas. Este ejemplo muestra cómo se puede ir avanzando de una manera operativa, cómo es posible encontrar fórmulas que sean atractivas tanto para los profesionales de la salud como para los de la administración.

En mi opinión, sería conveniente que aprovecháramos esta reunión para explorar cuáles son los temas en los cuales las escuelas de administración de negocios podrían hacer una verdadera contribución al campo de la administración de la salud y cuáles serían las estrategias para que esa contribución fuera más

clara y evidente para los médicos y para quienes la administración no es su profesión fundamental. Las escuelas de administración deben tener especial cuidado con los programas que ofrecen, deben buscar la forma adecuada de caracterizarlos. No basta elaborar casos ambientados en un hospital y mantener el resto del temario semejante al de un curso normal; el programa debe rediseñarse con un enfoque distinto, específicamente orientado a resolver los problemas de los servicios de salud.

Una posibilidad es el tema de la administración de proyectos. Durante algún tiempo he estado involucrado en proyectos de desarrollo –como los del BID y el Banco Mundial– concebidos de la manera más tradicional como proyectos de obra física. Evaluar los resultados de estos proyectos es fácil porque se aplican métodos matemáticos y criterios cuantitativos –rutas críticas, perts–. Sin embargo, sigue vigente el reto de cómo se planean, organizan y evalúan los proyectos relacionados con la salud, en los cuales con frecuencia lo menos relevante son los metros cuadrados de edificios construidos o las tuberías colocadas; lo realmente importante es determinar medidores adecuados del impacto de y sobre la salud. Creo que en este tema se está avanzando y, como en el caso de la mercadotecnia, ya hay experiencia desarrollada en América Latina. Un ejemplo es la Universidad del Norte, donde el programa de administración de la salud se inició como un programa de administración de proyectos de salud, y creo que sigue teniendo ese énfasis. Rafael Martínez es uno de los iniciadores de ese programa. También Mauricio Vargas dictaba un curso específico sobre este tema en el ICAP.

Toda esta temática de la administración de proyectos es un aspecto en el cual se puede seguir intercambiando ideas para aprovechar la experiencia desarrollada y avanzar más en el estudio de sus diferentes fases: diseño y evaluación; y probablemente amerite alguna discusión aquí.

Finalmente, el cuarto asunto que deberíamos tratar es cómo identificar las características o condiciones que deberían reunir las escuelas de administración de empresas para poder incursionar con más decisión en el área de la administración de la salud. Luis Piazzon mencionaba, por ejemplo, su sensación de la necesidad

de una masa crítica de personas interesadas para avanzar en esta dirección. Siempre hay una persona que, cual "Llanero Solitario", trata de convencer a todos los demás sobre la importancia del área de la salud, pero hasta que no se forma una pequeña masa crítica –cuyas características falta definir– es difícil que un programa de administración de la salud se institucionalice. ESAN ha logrado esa masa crítica, creo, con muchos esfuerzos; lo sabemos quienes por mucho tiempo hemos estado cerca de ellos. Enrique Cárdenas, José Carlos Vera, Luis Felipe Calderón, Jorge Talavera se han ido convenciendo de esto poco a poco y trabajando cada uno por su cuenta en el tema. Otro elemento –mencionado también por Luis Piazzon– es la necesidad de encontrar el modelo adecuado para que los programas de administración de la salud en las escuelas de administración de empresas funcionen correctamente y puedan desarrollarse exitosamente. Con nosotros están Robert Bradbury y David Bergwall, cuyos programas están en escuelas de administración de negocios en Estados Unidos.

Creo que si lográramos definiciones en torno a estos cuatro puntos, podríamos encargar a algunos colegas la confección de una especie de agenda con la cual propiciar dos o tres mesas redondas o simposios o algún otro tipo de encuentro en la reunión de CLADEA. Es decir, organizar nuestros planteamientos para poder ofrecer, a un auditorio mucho más amplio, ideas y proyectos concretos con los cuales estimular el intercambio entre las diferentes escuelas de administración y luego entre éstas y sus similares de salud, como la Asociación de Escuelas de Salud Pública de América Latina, por ejemplo, que está buscando lo mismo pero desde su propia perspectiva.

Precisamente el mes pasado estuve en Quito, en la reunión de FEPAFEN, de las escuelas de medicina. Ellos también tienen interés en saber cómo se puede avanzar en el aspecto de la administración, pero, una vez más, desde la perspectiva de los médicos, de la parte clínica. Quienes exponían allí eran cirujanos, profesionales del área de salud, incluso más orientados a la clínica que a la salud pública.

Creo que si podemos lograr de CLADEA la coordinación del esfuerzo de nuestras escuelas de administración de la salud y el

diálogo con FEPAFEN, la Asociación de Escuelas de Salud Pública y otros grupos, podremos continuar avanzando en esto, que tampoco es novedoso, no estamos inventando el agua tibia, como decía Luis Piazzon, sino simplemente dando algunos pasos más sobre el camino ya empezado a trazar por otros. El área de administración de la salud sigue siendo un área polémica, donde concurren puntos de vista opuestos, pero una realidad que exige acción.

La Seguridad Social es un tema que nos preocupa a todos. Acabo de estar en México y en Ecuador con directivos de la seguridad social de esos países y este sentimiento es unánime. Todos quieren saber qué pueden hacer para mejorar sus servicios. Unos enfrentando un tipo de problemas y otros luchando con otros, todos están buscando nuevos esquemas, nuevas formas de financiamiento, de contratación, de operación de los servicios.

Ojalá en este encuentro podamos retomar algunas de las ideas planteadas hoy y elaborar la agenda a la que me referí anteriormente para poder cumplir el compromiso contraído con CLADEA y con la Universidad Internacional de Florida. Debemos tratar de definir cómo podemos orientar las sesiones de esa reunión para que sean productivas y no se conviertan en una serie de conferencias deshilvanadas, de discursos repetitivos, debemos tratar de concretizar algunas ideas y aprender de todos.

Jorge Talavera y José Carlos Vera han convocado a representantes de todas las áreas del sector salud del Perú. Me da mucho gusto ver aquí, por ejemplo, a los colegas de la Escuela de Salud Pública de Perú, una de las escuelas con mayor tradición en América Latina, pero cuya participación no ha mantenido continuidad, aunque ahora están físicamente presentes y decididos a modernizar la escuela y adaptarla a los cambios que vive este país. Es otra lección de cómo se avanza en esta área.

Nos hemos reunido una combinación muy interesante, hay varios economistas, médicos de casi todas las especialidades –podríamos abrir una pequeña clínica aquí–, administradores de las áreas de administración y mercadotecnia, y hasta economistas de la salud. Y también formamos una muestra continental, hay representantes de Estados Unidos, de varios países de América Latina. De modo que si con el grupo aquí reunido no podemos elaborar una agenda atractiva y representativa de los intereses de la administración de servicios de salud, que contemple posibilidades reales de participación de las escuelas de administración, formas de orientar esta participación, de vincular a los grupos del área de la administración con grupos del área de la salud y a la academia con la práctica; en suma, si de aquí no podemos obtener las ideas adecuadas, pues ya no sé de dónde las podremos obtener.

Revierto un poco la responsabilidad al grupo, a ver si en estos tres días efectivamente hacemos un esfuerzo que nos permita aportar algunas ideas concretas para avanzar más en la mejora de los servicios de salud a través de una mejor administración y de una mejor capacitación de los recursos humanos.

Nosotros tenemos un pequeño directorio –bueno, no tan pequeño– de programas de administración de la salud. Hay publicados artículos sobre los programas de administración de la salud, sobre su historia y sus características en los diferentes países de América Latina. Hay suficiente bibliografía en español y en inglés para empaparse de este tema, y toda ella está disponible aquí en ESAN, cada quien puede consultarla de acuerdo con su propio interés.

No obstante, creo que uno de los verdaderos retos está aquí, reflejado en este salón, y es que este tema de la administración de la salud es propiedad de todos y dominio de nadie, ni de un individuo determinado ni de una sola disciplina ni de una sola institución. Requiere un trabajo conjunto y llevarlo a cabo es algo muy difícil: reunir dos escuelas, dos disciplinas, convencer al Colegio Médico de que se necesita administración, convencer a los ingenieros de que se necesita más epidemiología. En fin, todas estas transiciones e interrelaciones son realmente bastante complicadas, si no fueran tan difíciles ninguno de nosotros estaría aquí, esto estaría resuelto y ya habría una fórmula para hacerlo. Cuando hay muchas maneras de resolver algo es que ninguna es total o cien por ciento efectiva; cuando aparece una que sí lo es, desaparecen los problemas y desaparece el cuestionamiento en el ambiente. Este problema de la administración de los servicios de salud es mucho más complejo de lo que a veces nos imaginamos, pero el grupo aquí reunido es, según mi parecer, el grupo ideal para discutirlo.

LOS CURRICULOS EN LOS PROGRAMAS DE ADMINISTRACION DE LA SALUD

João Mezomo

En el Brasil nos preocupamos por formar administradores hospitalarios con una visión hospitalaria, no tanto de salud pública. Esta es una de las características más saltantes de nuestros programas y obedece a que en nuestro país el sistema de salud es más privado que público; el 80 por ciento de los hospitales son privados (más de la mitad no tienen fines de lucro) y atienden al 65 ó 70 por ciento de la población.

Nuestra institución, la Facultad San Camilo de Administración Hospitalaria, ofrece tres tipos de programas de formación para administradores de hospitales. El primero es el programa de pregrado, un programa normal profesional de cuatro años de duración (3.500 horas de clase aproximadamente) iniciado en 1974 y cuyo objetivo fundamental es formar al director, al administrador del hospital. Los alumnos provienen del sistema de segundo grado e ingresan –aproximadamente 60 por promoción– a la Facultad luego de un proceso de selección (examen de admisión).

El segundo tipo de programas son los cursos de especialización dirigidos a profesionales de la salud, es decir, médicos, enfermeras, nutricionistas, etc., a quienes se busca familiarizar con los aspectos administrativos de los servicios hospitalarios. Tienen una duración de 14 meses y su objetivo es hacer comprender a los profesionales de salud que el hospital es una empresa y que sus diferentes servicios –el laboratorio, el servicio de lavandería, el servicio de nutrición, etc.– también lo son, aunque más pequeñas, y deben ser administradas con criterios empresariales.

El servicio de Nutrición, por ejemplo, consta de una planta física, de instalaciones, tiene personal, un sistema de control, un programa de entrenamiento, etc., es decir, una serie de recursos. Por lo tanto, la jefa del servicio debe entender que está administrando una pequeña empresa. Generalmente a estos cursos asisten en mayor proporción médicos (18 por ciento) y enfermeras (32 por ciento). El resto del grupo se forma con nutricionistas, psicólogos, ingenieros, arquitectos, economistas, entre otros profesionales.

El tercer tipo de programa es el conducente a maestría, que empezó en 1980 y dura 36 meses. Un aspecto que conviene señalar es que la mayoría de alumnos de maestría no proviene del pregrado (sólo aproximadamente el 10 por ciento de los egresados del pregrado optan por la maestría). Por lo general son médicos con responsabilidad administrativa en sus respectivas instituciones o propietarios de hospitales, que abandonaron la práctica profesional para dedicarse exclusivamente a la administración. Estas personas no tienen mayor interés por la docencia o la investigación, solamente quieren ser más eficientes en su actividad profesional y la maestría les proporciona la capacitación que requieren para ello.

El programa de pregrado en la Facultad de Administración Hospitalaria consta de disciplinas básicas comunes a otros programas, como Economía, Derecho, Matemáticas, Estadística, Contabilidad, Informática; y de un bloque de disciplinas profesionales específicas del programa: Etica, Administración Hospitalaria, Administración de Materiales (Logística), Administración de Servicios de Alimentación, Administración de Servicios de Historias Clínicas; en general un curso de administración por cada uno de los servicios de un hospital. El curso de Administración Hospitalaria presenta el marco global de la estructura de un hospital, el diseño organizacional, la organización interna, los estatutos, los reglamentos internos, etc.

En los primeros años tuvimos algunas dificultades para conseguir profesores y bibliografía en portugés debido a la novedad del programa, pero hoy en día tenemos profesores especializados en áreas específicas: en administración, en servicios de

apoyo, en servicios de logística, etc., y son profesores que ya están publicando libros sobre los temas de su interés.

Lo que más interesa destacar de este currículo es la llamada práctica profesional obligatoria que realizan los alumnos del tercer y cuarto año. Deben permanecer durante 300 y 500 horas, respectivamente, en el interior de un hospital haciendo observaciones, elaborando informes y también participando en la administración de algunos sectores. La universidad se encarga de colocar a los estudiantes en los hospitales donde hacen falta –existe un servicio de orientación para este fin– y los hospitales se responsabilizan por controlar y evaluar las prácticas. El responsable del servicio donde el alumno está practicando debe firmar su participación. Las prácticas se realizan en la misma ciudad donde está la universidad: Sao Paulo.

Actualmente estamos introduciendo algunas disciplinas nuevas como Psicología y Filosofía –esta última es obligatoria– por la preocupación reciente por brindar a los estudiantes una formación más generalista, más integrada, que no se limite a los aspectos técnicos de la profesión elegida, sino que capacite a la persona para la toma de decisiones, para la interpretación de las necesidades de la comunidad, del sistema político. Se está buscando incentivar en el alumno una visión más crítica de la realidad para convertirlo en agente de cambio.

Hace algún tiempo introdujimos también los cursos de Marketing y Economía de la Salud; y hace dos años, la disciplina de Calidad Total, que aún no hemos podido integrarla al resto de disciplinas. Estamos tratando de motivar a los profesores y hacerles ver la importancia de vincular su propia disciplina con la filosofía de la Calidad Total.

Un elemento adicional a este currículo es el Programa de Residencia de cuatro años de duración a tiempo completo (230 días al año) y con cupo sólo para el 20 por ciento de los alumnos, quienes son elegidos luego de un proceso de selección ejecutado durante el mismo programa. El otro 80 por ciento realiza solamente la práctica profesional de 800 horas, ya descrita.

Los residentes viven en el hospital y trabajan durante el día como funcionarios. No pagan por el curso, ni por la residencia ni por la alimentación; reciben, más bien, una beca de sustentación o de mantenimiento.

Durante su estada recorren todos los servicios del hospital. Pasan por los servicios administrativos: dirección, logística, servicios de recursos humanos, contabilidad, costos, etc. También por los servicios asistenciales: unidades de internamiento, centro obstétrico, centro quirúrgico, centro de esterilización de materiales, pronto socorro. Después por los servicios de diagnóstico, los servicios de apoyo: nutrición, lavandería, mantenimiento, y también por los servicios de marketing, de relaciones públicas, de control de infección, auditoría, etc.

Los residentes también cumplen guardias administrativas durante los fines de semana y en esos periodos deben tomar las decisiones necesarias, porque asumen la responsabilidad por la administración del hospital.

Este programa es realmente muy efectivo. Los profesionales así entrenados adquieren una gran experiencia y cuando terminan están totalmente aptos para asumir la dirección de un hospital; aunque sólo sean graduados de pregrado, reúnen las condiciones y tienen la seguridad necesaria para hacerlo. De este programa egresa la mayoría de los administradores que se quedan a trabajar en la red de hospitales –90 hospitales– que el Grupo San Camilo tiene en todo el país

Permítanme una digresión. Estos 90 hospitales pertenecen a una red, al Grupo San Camilo. Anualmente los administradores de la red San Camilo nos reunimos en un congreso cerrado –lo hicimos en julio pasado con la asistencia de 300 administradores– para tratar problemas específicos y definir una línea homogénea, tanto administrativa como filosófica. También periódicamente se organizan reuniones regionales en diversos lugares del Brasil. Además, dos sacerdotes camilianos, que también son administradores hospitalarios, visitan periódicamente los hospitales de la red para orientar a sus administradores.

Hay un contacto permanente entre la institución central de Sao Paulo y los administradores ubicados en los diversos hospitales. Mensualmente la institución central recibe informes de los hospitales de todo el país y procede a la integración de las informaciones administrativas y financieras. Durante el congreso anual se premia al Administrador del Año; también se organiza un concurso de monografías. Son formas para mantener motivados a los egresados del pregrado; no están aislados.

Volviendo al tema, nuestro enfoque principal en este tipo de educación es vincular estrechamente la teoría con la práctica. Y es efectivo; en el Brasil no se producen problemas por falta de comunicación entre el administrador de un hospital y el director clínico. Normalmente el director clínico no tiene ningún poder administrativo dentro del hospital, él se responsabiliza solamente por la práctica médica, no por la práctica administrativa.

En suma, lo que buscamos es darle una identidad propia al currículo, convertirlo en una respuesta adecuada a las necesidades del administrador hospitalario. Es un currículo, además, dinámico, abierto a los aportes de alumnos, residentes, administradores y a los nuevos conceptos, como los vertidos en reuniones como ésta.

El currículo debe adecuarse a los propósitos del programa –qué tipo de profesional se está formando, dónde va a trabajar, qué necesita saber para cumplir con las funciones de su puesto de trabajo– y ser lo suficientemente flexible para irse modificando de acuerdo con las nuevas necesidades del mercado. La flexibilidad y la visión de futuro son fundamentales.

Con relación a lo logrado hasta ahora, un seguimiento de los egresados del programa ha establecido que la mayoría permanece en el sector salud; no disponemos de cifras exactas, pero muy pocos cambian de profesión o de área de actividad. El nuestro, pues, no es un esfuerzo hecho para beneficio de otro sector. Esta realidad obedece a lo específico de la elección de los alumnos. Como el propio nombre de la facultad lo indica, Facultad San Camilo de Administración Hospitalaria, el programa no consiste en un programa convencional de administración de empresas al que en los últimos años se le agrega algunas disciplinas de administración hospitalaria. Desde el primer año ofrecemos disciplinas de administración hospitalaria: el Sistema Nacional de Salud, Administración de los Servicios de Lavandería, de Limpieza, etc. y el alumno empieza a integrarse al ambiente hospitalario. Nuestra facultad forma solamente administradores hospitalarios, de manera que los candidatos se identifican con la profesión.

Los egresados de la residencia tienen mayores posibilidades de ubicarse en el mercado laboral porque existe una demanda insatisfecha. Hace 15 años, el 26 por ciento de los administrado-

res de hospitales eran médicos, hoy sólo el 16 por ciento son médicos. Se está creando un espacio para los administradores profesionales. Los mismos médicos dueños de clínicas, de hospitales, contratan administradores y ellos continúan ejerciendo su profesión.

Durante el pregrado se incentiva a los alumnos para que empiecen a trabajar en un hospital. Normalmente cuando salen del curso ya lo están haciendo y entonces pasan a ocupar cargos de mayor importancia. También sucede que dejan el hospital donde trabajaban como empleados e ingresan en otro como directores. Nuestros egresados no enfrentan dificultades para conseguir trabajo.

CALIDAD TOTAL EN LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

Robert Bradbury

En esta oportunidad voy a tratar el tema de la educación de posgrado en el área de la administración de la salud; específicamente cómo el enfoque de Calidad Total está siendo utilizado para fortalecer los programas académicos de administración de la salud.

Esta propuesta no debe ser entendida como el camino obligado para todas las instituciones. Es sólo la descripción de nuestra experiencia, de manera que ustedes puedan analizarla y tomar aquello que crean conveniente aplicar a su propia realidad.

Me voy a referir al trabajo que venimos realizando en la Universidad de Clark y en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Quiero discutir con ustedes el currículo del posgrado y la contribución de cada curso al enfoque de Calidad Total. El Programa de Maestría en Administración de la Salud consta de tres tipos de cursos: los básicos o generales, los de métodos o disciplinas específicas, y los multidisciplinarios. El objetivo de estos últimos es enlazar las ideas, los métodos y los conceptos de los otros cursos utilizando estudios de casos, para los cuales se recoge información de disciplinas distintas. El curso Administración de la Salud responde a un enfoque institucional, mientras que el de Política de Salud responde a un enfoque de política pública. Otro curso consiste en el desarrollo de un proyecto, con el cual cada estudiante debe tratar de resolver un problema específico de una institución determinada y cuyo objetivo es crear sentido de responsabilidad en los futuros administradores.

La mayoría de nuestros estudiantes (60 por ciento) son médicos o enfermeras y tienen, en promedio, siete años de experiencia en el campo de la salud. Todas las clases se dictan por la noche y los pocos que estudian a tiempo completo asisten durante el día a sus centros de trabajo.

Lo que quiero explicar ahora son los cambios que hemos introducido en algunos cursos para fortalecer este programa educativo aplicando el enfoque de Calidad Total; primero en el curso de Sistemas de Salud, después en el curso de Estadística, y finalmente en los cursos de Comportamiento Organizacional, Administración de Hospitales y Mejoramiento de la Calidad. Pero no hemos introducido Calidad Total sólo en estos 5 cursos, la verdad es que está en los 16 cursos. Por ejemplo, en el de Epidemiología incluimos algunos estudios de caso relacionando Calidad Total con las medidas de impacto de los servicios (morbimortalidad).

El primer curso del programa es el de Sistemas de Salud, cuyo objetivo es proveer a los alumnos del marco conceptual con el cual analizar el funcionamiento de los procesos dentro de cualquier institución de salud. Este marco conceptual incide en tres aspectos claves: efectividad, productividad y utilización en términos de adecuación y cobertura. Con esto se demuestra la necesidad de estudiar epidemiología, contabilidad, economía y los aspectos psicológicos y sociológicos que guardan relación con la utilización. Precisamente uno de los objetivos de este curso es estimular en los estudiantes el interés por estas áreas. De esta manera se empieza con un enfoque bastante global, de efectividad, productividad, costos, cobertura y adecuación, se sigue con cursos de métodos y disciplinas específicas y se regresa de nuevo a un punto de vista general con los cursos multidisciplinarios.

Un método que estoy utilizando actualmente –y que me satisface mucho– es pedirles a los estudiantes, a modo de ejercicio durante una de las primeras clases, que mencionen cuáles son los problemas de salud más importantes en su comunidad. Uno menciona el aumento de la población de la tercera edad, otro señala la subida de los costos de los servicios, un tercero menciona al SIDA, alguien más llama la atención sobre los servicios para las jóvenes embarazadas, otro señala el acceso a los servicios de quienes no cuentan con un seguro.

De estas respuestas se pueden inferir los distintos enfoques de cada quien. Nuestros estudiantes tienen mucha experiencia y vienen con sus propias ideas acerca del funcionamiento de los sistemas, analizan los procesos implícita o explícitamente. Los que señalan enfermedades como los problemas más importantes tienen un enfoque de efectividad, otros tienen un enfoque de recursos y reclaman mayor número de médicos o mayor número de camas, y los que señalan problemas de cobertura tienen el enfoque de población.

La teoría de sistemas sostiene que para entender un problema o un proceso se necesita entender tres aspectos: efectividad, productividad y cobertura. No importa por dónde se empiece, pero se debe llenar el diagrama de sistemas para entender lo que está pasando. Si queremos empezar con enfermedades del corazón, por ejemplo, necesitamos preguntarnos cuáles son las tasas de mortalidad, cómo varían éstas por comunidades desde el punto de vista epidemiológico, y luego preguntarnos cuáles son los servicios que podríamos prestar para atacar estos problemas de salud con efectividad y cuántos los recursos que necesitaríamos para producirlos con el costo mínimo. Definidos los recursos se podría hablar de eficiencia en la producción de los servicios.

En Pensilvania realizamos un estudio sobre las tasas de mortalidad después de una intervención quirúrgica en el caso de colocación de *by pass*. El gobierno publicó las tasas de mortalidad por médico y por hospital y los costos promedio por cada intervención. Pero con estos datos sólo se cubre dos de los tres aspectos, falta la adecuación, determinar si el paciente necesita esa intervención quirúrgica.

Así, en el primer curso se empieza utilizando un marco conceptual sistemático, y los estudiantes pueden darse cuenta de la necesidad de estudiar epidemiología para averiguar el impacto de los servicios de salud en los hospitales. Si no somos profesionales de la salud –ni médicos ni enfermeras– necesitamos aprender el idioma clínico para comunicarnos con quienes sí lo son. Los alumnos pueden darse cuenta que se necesita estudiar con-

tabilidad si se va a tratar de costos o de cómo medir los costos; y economía, si se va a analizar el uso de los recursos. También debemos estudiar los aspectos psicológicos y sociológicos, étnicos y legales que están involucrados en la utilización.

Con esta base los estudiantes pasan al curso de Estadística, en el que prima el enfoque del uso de los métodos estadísticos. En este curso se desarrollan muchos casos de estudio para motivar el aprendizaje. Los *softwares* específicos y las series de datos se usan para fines concretos; por ejemplo, para comparar los promedios de estancia entre los sistemas de prepago y el sistema del seguro social. En años anteriores tuvimos muchos problemas en esta área porque los profesionales del área de la salud no reciben una preparación sólida en matemáticas. El cambio de enfoque hacia el uso de métodos estadísticos vinculados a Calidad Total ha logrado elevar el grado de motivación.

En el curso de Comportamiento Organizacional se está poniendo énfasis en el trabajo en grupos pequeños y en el liderazgo de estos equipos –hay mucha bibliografía al respecto–. Esto es muy importante porque en Calidad Total la base son los grupos pequeños. Es clave el estudio de las teorías, los métodos y los conceptos desde el punto de vista de la Psicología.

En general, en todos los cursos se desarrollan casos de estudio relacionados con Calidad Total. Por ejemplo, en el curso de Legislación de Salud se discuten las leyes relacionadas con el acceso a los datos y a la información de los procesos de Calidad Total. Hay mucho riesgo, se debe crear un sistema adecuado porque no queremos identificar a los pacientes. Estamos en una época en la cual todos los datos tienden a ser públicos, pero se debe cuidar los aspectos legales y éticos relacionados con ello.

En el curso de Administración de Hospitales queremos interrelacionar las disciplinas porque en éste prima un enfoque de toma de decisiones. No se trata sólo de qué decisiones deben tomar los gerentes, sino de qué decisiones debe tomar un comité de Calidad Total. Desde este punto de vista es un asunto multidisciplinario que engloba aspectos económicos y financieros, de administración de recursos humanos y de impacto de los servicios en la salud de los pacientes.

Si estamos de acuerdo con el enfoque de sistemas, sabemos que todos los problemas y todas las decisiones que debamos

tomar pueden tener efecto sobre todos los aspectos de la salud. No estoy afirmando que no debamos tomar decisiones de control de costos, por ejemplo, sino que cuando la tomemos debemos ser conscientes de su impacto sobre la efectividad, sobre la cobertura. A esto se denomina enfoque de sistemas.

Luego tenemos el curso de Mejoramiento de Calidad, una especie de resumen porque para entonces los estudiantes ya han recibido aspectos introductorios de Calidad Total. En este curso se profundiza en los métodos de este enfoque, utilizando los *softwares* también para construir diagramas de flujo y los diagramas de espinas de pescado. En el resto del curso se analiza casos de estudio sobre la práctica de Calidad Total –se ha publicado algunos buenos libros sobre esto, uno de ellos de la Comisión de Acreditación de Hospitales, con seis casos de estudio de programas de Calidad Total en hospitales–. De las catorce semanas que dura el curso, ocho se dedican a los estudios de caso. Se invierte una semana completa en estudiar la práctica de Calidad Total en un hospital determinado. De estos ocho estudios de caso, dos o tres son casos vivos, es decir, el propio director del hospital presenta su caso acompañado de sus cuadros de Calidad Total. Se trata de una experiencia muy satisfactoria porque la discusión entre los estudiantes y los jefes del hospital son muy positivas, se llega a un nivel de profundidad difícil de alcanzar con la simple lectura.

En la actualidad muchos estudiantes eligen el área de Calidad Total como tema para su proyecto de investigación y trabajan con el comité de Calidad Total de un hospital o de un centro de salud, porque –sobre todo los profesionales de la salud– están siendo muy demandados para asumir la jefatura de programas de Calidad Total o para ser jefes de gobernadores de Calidad Total. Desde los últimos tres años, varios de nuestros egresados –6 ó 7 enfermeras y 3 ó 4 médicos–están trabajando a tiempo completo en programas de Calidad Total.

Tal vez lo que les he descrito no parezca un cambio muy grande, no sé cuán acertadamente he comunicado el resultado del proceso. Pero si comparamos el currículo de mi programa del año 1990 con el currículo de hoy, 1993, la diferencia es notable.

Hay obstáculos, porque es difícil convencer a los profesores para que participen en esto. Por ejemplo, uno de los profesores de Economía del programa es totalmente ajeno al sector salud, y hay otro que no sólo no tiene relación con este sector, sino que tampoco la tiene con Calidad Total. En muchos casos, quienes estamos trabajando en administración de la salud a tiempo completo –tres profesores– debemos elaborar los estudios de caso para los profesores de áreas específicas, con el aumento de trabajo que esto significa.

No se puede afirmar que todo esté hecho y funcionando en forma ideal, necesitamos desarrollar el programa y ello nos demandará mucho tiempo. Un problema es el cambio de los profesores, reemplazarlos requiere eficacia y motivación. En Estados Unidos, la demanda por profesores en algunas áreas de la administración es más grande que la oferta, y muchos optan por buscar una colocación mejor.

LOS PROGRAMAS DE ADMINISTRACION DE LA SALUD EN ESTADOS UNIDOS

David Bergwall

La historia de nuestros programas de administración de la salud está estrechamente vinculada al desarrollo de la prestación de los servicios en sí. En Estados Unidos, el sistema formador de recursos humanos en salud ha estado tradicionalmente dominado por los hospitales. Hasta muy recientemente, y desde principios de siglo y especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, estos establecimientos han sido el punto focal de todas nuestras actividades, y hasta hace unos treinta o cuarenta años eran dirigidos por médicos.

Hoy, los hospitales son administrados predominantemente por administradores sin formación médica, fenómeno que comenzó hace cincuenta o sesenta años, cuando la Universidad de Chicago dio inicio a su primer programa de administración de la salud para administradores. En la actualidad, más del 65 por ciento de todos los administradores de la salud han asistido a esos programas en los 6.500 hospitales que pertenecen al sistema de administración de la salud de Estados Unidos.

El sistema de salud norteamericano es una mezcla de lo estatal y lo privado, característica que se refleja en nuestros programas. Algunos están más orientados hacia el sector público y el sector privado sin fines de lucro; y otros, hacia el sector privado con fines de lucro.

Estos programas, además, han dado un vuelco completo en los últimos quince años como resultado de los cambios habidos en el sistema de salud. Históricamente los programas de adminis-

tración de la salud se basaban en cursos de administración en general; ahora lo inherente al campo de la salud ha cobrado mucha mayor importancia. Por ejemplo, en la administración de enfermería, una parte de los cursos se toman en escuelas de enfermería; y la otra parte, en escuelas de administración. Otro caso: el director de un laboratorio médico (tiene bajo su mando a cuatrocientos subalternos), que es graduado de nuestro programa, es también laboratorista médico y cumple predominantemente una función clínica.

En las últimas décadas se han sumado al sistema de prestación de salud y compiten con los hospitales, organizaciones pequeñas, más especializadas, tanto independientemente como formando alianzas con otras similares.

Algunas de las que muestran más rápido crecimiento son las casas de reposo, que atienden principalmente a personas de la tercera edad y a niños; los hospitales dedicados exclusivamente a rehabilitación, especializados en la atención de personas que se recuperan de enfermedades agudas (infartos, poscirugías) y a quienes ofrecen terapia física y terapia ocupacional; los establecimientos dedicados a cirugía ambulatoria, en los cuales los pacientes pueden permanecer hasta 23 horas y que han reducido en 40 por ciento la actividad de los hospitales grandes por este concepto.

Han crecido también enormemente las clínicas de salud mental. Son establecimientos muy especializados y que se concentran en casos de drogadicción, en atender necesidades de segmentos especiales de la sociedad (adolescentes y jóvenes).

Otro tipo de organizaciones que están surgiendo en Estados Unidos, y que están contribuyendo a reducir la estancia de los pacientes en los hospitales, son las que ofrecen atención a domicilio a pacientes dados de alta sin estar totalmente recuperados, por ejemplo las que aplican quimioterapia.

En el trayecto a mi oficina, en Miami, paso por dos edificios: clínicas independientes de diagnóstico, de propiedad privada, que realizan exámenes y diagnósticos por contrato con determinados médicos. Ambas están muy vinculadas a programas de medicina deportiva. Debido al creciente interés de las personas

por su bienestar y aspecto físico se han hecho frecuentes las lesiones a pies, rodillas, caderas, a todo aquello que resulta afectado por el deporte.

Además de estas organizaciones, también han empezado a proliferar toda la gama de organizaciones de prácticas médicas, de asociaciones de práctica independiente, es decir, grupos de proveedores. En suma, se han abierto nuevas posibilidades para los administradores de la salud y, obviamente, para los programas de administración de la salud, que deben responder a la mayor demanda.

Sin embargo, las nuevas organizaciones prestadoras de salud no son las únicas fuentes de trabajo para los graduados en administración de la salud, existen otras dos categorías de oportunidades. En primer lugar están los servicios de apoyo, de cuya amplia gama destacan las firmas de consultoría, las grandes firmas contables especializadas en brindar asesoría a los prestadores en contabilidad, organización gerencial, estructura, finanzas, recursos humanos; hay muchos profesionales en esta área. En segundo lugar están las compañías de seguros que trabajan con servicios administrados. En Estados Unidos es difícil establecer la diferencia entre una compañía de seguros y un proveedor, porque muchas veces el segundo hace las veces de la primera.

Otras áreas vinculadas a la prestación de servicios de salud también han crecido mucho: farmacias, suministros médicos, sistemas de información, *softwares* para hospitales; en fin, toda la industria relacionada. Hay otro campo, además, el del gobierno, el de la formulación de políticas y elaboración de leyes. Todas las actividades que apoyan a las instituciones de salud constituyen mercados para los graduados de las facultades de administración de la salud.

Como mencioné anteriormente, la Universidad de Chicago fue la pionera en administración de la salud –resulta interesante que empezara ofreciendo programas para graduados y no programas de pregrado–. Poco tiempo después le siguieron las escuelas de salud pública. Otras escuelas de administración sólo se interesaron en los servicios de salud después de la guerra.

Desde la década del setenta se está observando dos grandes tendencias con relación a los programas. En primer lugar, el crecimiento de los programas de pregrado –programas de bachillerato–. Hasta 1970 había diez de estos programas de pregrado en Estados Unidos, hoy en día son cerca de cincuenta. En segundo lugar, el desarrollo de los estudios doctorales en administración de servicios de salud, que conjugan el campo de la administración de servicios de salud con los programas de salud pública.

Otro cambio que se viene produciendo paulatinamente desde los setenta es la conexión masiva de los alumnos con el mercado de trabajo. Antes los alumnos de maestría se dedicaban dos años completos a estudiar y esperaban graduarse para empezar su carrera. Hoy, la mayoría ya trabaja en instituciones vinculadas al sector salud y decide estudiar para desarrollarse profesionalmente y ascender en su carrera. En mi programa, por ejemplo, el 60 por ciento de los alumnos ya trabaja en algún aspecto de la administración en una institución de salud antes de seguir el programa de maestría.

El interés por la administración de la salud está creciendo rápidamente, de ahí que durante los últimos años se estén creando nuevos programas para graduados. Desde más o menos 1975 y hasta 1985 hubo unos cincuenta programas acreditados en Estados Unidos, ahora hay aproximadamente 65 programas.

Sin embargo, lo que quisiera que se comprenda bien es que no todos los programas de salud tienen la misma naturaleza. Hay tres conjuntos distintos de programas en las universidades norteamericanas (la Asociación Norteamericana de Hospitales y otras asociaciones brindan programas de capacitación no universitarios).

El primer conjunto de programas son los de la familia AUPHA, unos conducen a bachillerato y otros a maestría. Se parecen mucho entre sí y sus currículos son muy similares al descrito por el profesor Bradbury. Además, como parte de su misión buscan lograr su acreditación.

El segundo conjunto de programas, que se están desarrollando muy rápidamente en Estados Unidos, son los que yo llamo programas oportunistas. Por lo general son lanzados por pequeñas universidades interesadas en atraer estudiantes, pero

poco preocupadas por la calidad de la educación que brindan. Una de ellas, por ejemplo –y hay muchas–, tiene solamente un profesor a tiempo completo y 1.200 estudiantes distribuidos en todo el país, es decir, éstos prácticamente compran un certificado. Esto no es legítimo, pero el enorme interés por la administración de la salud induce a las personas a tratar de obtener algún tipo de credencial y a matricularse en estos programas. En esta categoría también están otras instituciones que, si bien son más legítimas que las primeras, ofrecen programas de administración de la salud sin contar siquiera con un profesor que tenga alguna experiencia en este campo.

El tercer grupo de programas que está creciendo rápidamente es el de los programas especializados en diferentes áreas –economía, ciencias políticas, administración de empresas, administración pública, finanzas–, que tienen un interés legítimo en la salud como área de aplicación. No ofrecen directamente capacitación profesional en administración de la salud, pero sí dictan estos cursos a sus alumnos como parte de su formación.

Este es el grupo de programas que más está creciendo. Es increíble, pero en casi todas las universidades de Estados Unidos se puede encontrar en estas carreras algún nivel de interés por los sistemas de prestación de salud.

Otra manifestación de las tendencias actuales es el resurgimiento del interés de las escuelas de administración por los programas de salud. Actualmente, el 30 por ciento de los programas de salud se ofrecen en las escuelas de administración de empresas. Pero no siempre fue así, en los años ochenta las escuelas de administración llevaron adelante un proceso de "purificación" y se deshicieron de todas las materias aplicadas, de la administración hospitalaria, por ejemplo. Hoy, el círculo se ha completado y ha vuelto a despertarse el interés por industrias específicas. Ahora las escuelas de administración de empresas están ofreciendo programas en banca, en administración de la salud y en otros campos.

El segundo lugar en importancia respecto de las escuelas que acogen programas de administración de la salud corresponde a las escuelas de salud pública –que difieren de las de América Latina–. También estas escuelas están creciendo, aunque sólo ligeramente. En todo el país hay solamente 26 escuelas

de salud pública. Tradicionalmente los programas de administración han sido parte de estas escuelas.

Las escuelas de medicina son el otro destino importante de los programas de administración de la salud, el 17 por ciento de éstas los ofrecen. Aquí predominan los programas conjuntos, parte del profesorado de la escuela de medicina está de alguna manera vinculado a alguna escuela de administración o a alguna escuela de administración pública. Lo mismo se observa en otros programas relacionados con la salud, como los programas donde se capacita a quienes se van a dedicar a terapia física o a terapia ocupacional. Toda la gama de expertos, aparte de enfermeras y médicos, se forma en escuelas de medicina, pero independientemente del programa de medicina en sí.

Los modelos usados para capacitar a los administradores de salud también han cambiado drásticamente en Estados Unidos. Como señalé anteriormente, antes los programas eran a tiempo completo, ahora los alumnos trabajan –incluso en puestos gerenciales– y asisten a sus cursos por las noches o durante los fines de semana.

Hay otro tipo de modelo de capacitación, los llamados ejecutivos, que por lo general consisten en cursos intensivos en donde se alternan los periodos de clases en la universidad –2 ó 3 semanas– con labores desarrolladas en el mismo centro de trabajo. Algunos de estos modelos ejecutivos se dictan los fines de semana y durante varios meses, y cada 18 meses se recibe a otro nuevo grupo de estudiantes.

La educación a distancia es un modelo de capacitación ya muy conocido. Empezó a ser utilizada en Estados Unidos hace unos diez años, una de las primeras instituciones en adoptarla fue la Universidad de Colorado, en Denver. En este tipo de programas, los estudiantes asisten a la universidad sólo durante dos semanas, pero en sus hogares deben cumplir con las asignaciones que se les ha dado y mantenerse en contacto con los profesores y con la institución a través de una red computarizada. Se sientan frente a la computadora y no importa en qué momento del día envían sus monografías porque el profesor de todas maneras las recibe y envía sus comentarios por el mismo medio. Así la interacción entre estudiantes y profesores se incrementa sustancialmente.

Lo interesante de este modelo es que es un esfuerzo de cooperación entre seis universidades, de modo que un alumno residente en Texas puede estar siguiendo un curso de Finanzas con un instructor de la Universidad de Arizona, por ejemplo, y un curso de Comportamiento Organizacional con un profesor de la Universidad de Washington. La capacitación a través de este tipo de modelo se está extendiendo y, dicho sea de paso, uno de los grupos más interesados en éste es el de los médicos.

El modelo que se vale de las telecomunicaciones también está en pleno desarrollo. Por ejemplo, a mi institución se le ha propuesto enseñar un curso a todo el estado de Florida a través de una conexión por satélite. Todo hospital que reciba la señal podrá participar. Habría una gran interacción porque el profesor dictaría su clase en forma normal y los alumnos podrían intervenir con toda tranquilidad, independientemente de la distancia –cuatrocientas millas, por ejemplo– que los separe.

Estamos interesados en ampliar este servicio hacia el área del Caribe y posiblemente lo logremos dentro de los próximos tres o cinco años. Pero ya hay programas por satélite en otros campos en Estados Unidos.

Los programas de administración de la salud en Estados Unidos están cada vez menos orientados hacia la práctica y más hacia lo académico. Casi todos nuestros profesores han realizado estudios doctorales y están muy dedicados a la investigación, muy pocos son médicos practicantes que además enseñan, su número se está reduciendo. Tal vez este hecho haya mejorado la calidad de la educación, pero la ha distanciado de la práctica, algo que no parece ser muy beneficioso, es más, constituye uno de nuestros problemas. ¿Cómo mantener un vínculo mayor entre el aspecto académico y la práctica profesional?

Específicamente en el programa que yo dirijo, todos los profesores, los 11 profesores, tienen grado de doctores, pero solamente 2 de ellos tienen experiencia en el manejo diario de un establecimiento de salud. Algunos de los otros prestan servicios de consultoría, pero solamente 2 han ocupado cargos importantes en algún hospital. Y esta es la realidad de muchos de los programas de administración de salud de nuestro país.

Por otra parte, los cambios también han afectado el papel que cumplía la residencia en el programa. Hasta antes de 1972, el programa típico consistía en un año de estudios académicos seguido por un año de residencia o internado en un establecimiento de salud –que asignaba un asesor al estudiante–. En 1972, y a solicitud de las propias instituciones, interesadas en darle una orientación más académica a sus programas, se cambiaron los requisitos de acreditación. Primaba la idea que los administradores debían tener una sólida capacitación académica. Esta decisión contribuyó aun más a la separación entre lo académico y lo práctico y a que el año de residencia fuera dejado de lado por gran parte de los alumnos.

Pero todavía permanece el programa con residencia tradicional de un año que los graduados realizan en hospitales o centros de salud grandes. Ahí reciben capacitación en administración durante uno o dos años. Al término de este plazo pueden ser contratados por la institución que los acogió, pero generalmente deben buscar colocación en otro establecimiento. Con frecuencia, quienes están a cargo de estos programas prefieren que sus residentes adquieran más experiencia –tres o cinco años más– en otras instituciones antes de emplearlos definitivamente.

Otros programas de administración de la salud han optado por eliminar el requisito de la residencia al serles cada vez más difícil encontrar vacantes para sus alumnos en los diferentes establecimientos. Ahora sólo exigen como mínimo un semestre de permanencia en establecimientos, y no en las mismas condiciones del internado o la residencia. Basta que los alumnos realicen algún trabajo en forma regular en estas instituciones –proyectos aplicados– o se mantengan en contacto con ellas.

Otros programas que están creciendo muchísimo son los de educación continua, conducentes a un certificado, y también pequeños cursos para profesionales en ejercicio. Actualmente hay por lo menos tres programas con cursos especiales para médicos, de seis meses –y no de dos años– de duración.

La acreditación de los programas de administración de la salud en Estados Unidos es un factor muy importante para crear la profesión y para elevar su nivel. Hasta hace unos 25 años, los

programas no estaban acreditados porque el Gobierno no regulaba las universidades. Estas mismas debieron crear sus propios sistemas de acreditación para regularse a sí mismas.

Las profesiones relacionadas con la salud han sido las más activas en acreditación en Estados Unidos. Hay requisitos que establecen cuántos profesores debe tener la universidad y cuántos libros debe haber en la biblioteca. Pero la acreditación especial indica que el componente educativo para esta profesión debe reunir los estándares exigidos por la profesión.

La acreditación para la administración de la salud respondió a la necesidad de reconocimiento en este campo, pues había mucha confusión entre lo que eran títulos generales, títulos relacionado con la administración pública y muchos otros títulos conexos. Además permitió diseñar muchos programas, uniformizar los currículos y desarrollar un conjunto también homogéneo de valores profesionales; de modo que ha tenido un fuerte impacto en el desarrollo de los programas dictados en las universidades norteamericanas.

El ente acreditador está formado por un comisionado de cada una de las siguientes instituciones: AUPHA, Colegio Americano de Ejecutivos de la Salud, Colegio Americano de Administradores de la Salud, la Asociación Americana de Salud Pública, la Asociación Médica de Administración de Salud y la Asociación Canadiense de Hospitales. Este grupo también trabaja con esta última asociación y nombra a los comisionados en Canadá.

La acreditación de un programa toma en cuenta seis criterios: la misión y las metas de la organización, es decir, sus objetivos; el nivel de capacitación del profesorado; el currículo del programa; los recursos del programa; el alumnado; y la actividad de investigación; sobre la base de estos criterios se decide si el programa reúne o no las condiciones para recibir la acreditación.

No obstante, esta acreditación está siendo sobrepasada por el surgimiento de modelos inusuales en la enseñanza de la administración de la salud. Es difícil establecer si un modelo de educación impartida en fines de semana es equivalente a un modelo tradicional, en donde el alumno asiste a clases una o dos veces por semana. La Comisión está tratando de establecer las equivalencias de los nuevos programas.

Quisiera muy rápidamente referirme al currículo de los programas de administración de la salud que se dictan en Estados Unidos. Ante todo, todos se basan en la administración, pero difieren en el énfasis dado a algunas disciplinas. Las escuelas de administración de empresas dan más peso a la adquisición de habilidades relacionadas con la Contabilidad, las Finanzas y la Administración en general, que a la adquisición de habilidades relativas a la salud en particular. Las escuelas de salud pública otorgan prioridad a la comprensión de los problemas de la población. Los estudiantes de las primeras van a dirigir hospitales, mientras los de las segundas dirigirán programas gubernamentales o trabajarán en instituciones de planificación o de prestación de salud pública.

Los estudiantes de salud pública tienen mucho en común con los alumnos de Medicina, su formación se basa más en los aspectos médicos, clínicos, y sus programas parecen más orientados a la investigación. No ofrecen una gran base administrativa a pesar de que tienden a atraer más a graduados de disciplinas relacionadas con la salud –terapia física, terapia ocupacional– que desean administrar una institución o incursionar en la administración.

Pero todos los programas se basan en cursos de gerencia e incluyen cursos de finanzas, de recursos humanos, entre otros. Un curso muy difundido es el de sistemas de información para la salud; en algunos programas todavía es electivo, pero en la mayoría es obligatorio. Lo mismo sucede con el curso de marketing. En nuestro programa, por ejemplo, dictamos marketing junto con planeamiento estratégico, opción que se está haciendo común.

Con respecto a las disciplinas de salud, se estudia epidemiología, aunque también aquí los enfoques difieren. En las escuelas de administración se pone más énfasis en los cursos de mercadeo, que utilizan muchas de las herramientas de la epidemiología; mientras que en los programas de salud pública o de medicina se pone más énfasis en las aplicaciones epidemiológicas de las herramientas. Tanto el marketing como la epidemiología requieren de la demografía, pero cada cual desde diferente perspectiva. No obstante, el contenido del curso es bastante similar en ambos casos.

Por lo demás, todos los programas incluyen cursos de metodología, estadística, métodos de investigación. También son comunes los cursos de análisis cuantitativo y toda una serie de cursos relacionados con el contexto del servicio de salud, la historia de la Medicina, por ejemplo. Otra área ofrecida es la de planeamiento y evaluación de proyectos.

Sin embargo, los cursos que más interés despiertan son aquellos cuyo objetivo es integrar los conocimientos recibidos en las otras materias. Son cursos bastante motivadores por la forma como son dictados. Generalmente usan el método de casos para la resolución de problemas. Yo he dictado un curso de este tipo utilizando un modelo de simulación: 5 hospitales disputándose el mercado. Los alumnos conforman 5 grupos, cada uno de los cuales es responsable del manejo gerencial de un hospital. El curso es todo un desafío porque los alumnos deben comportarse como grupos de alta gerencia y tomar decisiones estratégicas. Pugnan por ganar mercado y por atraer a clientes potenciales, por ejemplo.

Por último, y como expliqué anteriormente, todos los programas contemplan algún tipo de entrenamiento práctico en establecimientos de salud.

El último punto al que desearía referirme es a la necesidad de ir pensando en lo que debemos hacer para preparar a nuestros alumnos para el futuro. Uno de los errores de nuestro sistema de prestación de salud fue no haber podido anticiparse a muchos de los cambios producidos durante los años ochenta e incluso durante los setenta.

Cuando muchos de los centros de salud se convirtieron en parte de cadenas de hospitales de propiedad de grandes grupos, el conocimiento de las finanzas se volvió un aspecto crítico, pero como entonces nuestros programas no reparaban en la importancia de esta disciplina, los gerentes de las grandes corporaciones debieron reclutar su personal entre los egresados de escuelas de administración. Cuando el sistema de salud introdujo los Grupos Relacionados por Diagnóstico, DRG, los académicos no modificaron los currículos de los programas para preparar a sus alumnos a los cambios que esto supondría.

Lamentablemente, durante mucho tiempo hemos sido parte del sistema de prestación de servicios de salud sin percatarnos de los aspectos cualitativos. Ahora que los sistemas de salud están cambiando drásticamente en Estados Unidos, debemos poder estar más alertas para preparar a nuestros alumnos para el nuevo entorno.

Afortunadamente, con la ayuda de la Fundación Pew (The Pew Charitable Trust), de Filadelfia, se ha nombrado una comisión para estudiar el futuro de las profesiones de salud. Esta comisión ha trabajado muy diligentemente, investigando y tomando nota de los factores claves, y en febrero ha presentado un informe muy valioso en el que recomienda a los programas de administración de la salud 8 líneas de acción para mejorar la capacitación de sus alumnos. En términos generales, el informe comprende aspectos que todos deberíamos tener en cuenta, pero que con frecuencia perdemos de vista por concentrarnos en tareas específicas.

En primer lugar, poner más énfasis en el liderazgo. Hemos estado capacitando a técnicos, insistiendo en habilidades técnicas, cuando lo que necesitamos es formar líderes.

En segundo lugar, enseñar a trabajar en equipo. Durante toda la década de 1980 se ha hiperestimulado la competencia y ahora nos vemos ante la necesidad de trabajar con los demás porque no disponemos de suficientes recursos y tenemos una enorme tarea por delante.

En tercer lugar, comprender el sistema político y estar en condiciones de hacer análisis políticos. Las propuestas para la solución del problema de la salud van a provenir de los legisladores, van a ser elaboradas por los gobiernos, tanto estatales como federales. Si queremos formar líderes en salud tenemos que comprender cómo funcionan estos procesos.

En cuarto lugar, concentrar los esfuerzos en mejorar la calidad de la prestación de los servicios. Se sabe que en nuestro sistema el grado de desperdicio, de despilfarro, es grande.

En quinto lugar, y de la mano con lo anterior, comprender las relaciones entre costo y calidad. El sistema de salud norteamericano ha descubierto que se puede gastar muchos recursos sin lograr la mejora de la calidad. Lo correcto es determinar costos razonables para evitar el desperdicio.

En sexto lugar, saber encontrar la naturaleza de los problemas para poder solucionarlos. Nuestros alumnos deben comprender que no basta saber usar las herramientas que les damos, deben poder determinar cuándo y cómo conviene aplicarlas.

En sétimo lugar, capacitar a nuestros administradores de salud para que apliquen mejor los resultados de las investigaciones y sepan sacarle provecho a las innovaciones. Estamos llegando al punto en el que estar retrasado dos meses equivale a estar obsoleto. No estar enterado de un estudio publicado la semana pasada puede colocarnos en una situación desventajosa.

En octavo lugar –y lo que es muy conveniente– inculcar en los alumnos la preocupación por conocer las necesidades de los pacientes. La actitud de muchos de nuestros administradores podría interpretarse como que piensan que los hospitales serían lugares maravillosos si no existieran los pacientes. Con frecuencia olvidamos que la razón de nuestro trabajo es prestar servicios de salud. Creo que la Comisión Pew ha hecho un excelente trabajo recordándonos nuestras raíces y sugiriéndonos cómo prepararnos para el futuro.

Por último, este estudio ha contribuido a tender un puente entre los académicos y los profesionales de las ciencias de la salud y a hacer evidente la necesidad de restablecer el contacto de una forma razonable para que el sistema pueda seguir adelante.

LA EDUCACION A DISTANCIA EN LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

Rafael Martínez

Rafael Martínez S.
Ada Amparo: Con gratitud por su excelente esfuerzo editorial.
Rafael

Durante mucho tiempo, nuestro trabajo estuvo marcado por la concepción según la cual la salud era fundamentalmente responsabilidad de las ciencias de la salud. Pero repentinamente hubo un cambio, un giro en las ideas, y los modelos usados hasta entonces empezaron a modificarse en las mentes y en la realidad.

Hoy asistimos a un despliegue de tendencias, de modelos. Los hay centrados en la atención a las personas, llamados modelos de "capitación"; están los de seguridad social, de cobertura universal, como los de Costa Rica. En otros países se ha empezado a aplicar modelos de privatización, como en Chile, cuya experiencia generó inquietudes y vientos innovadores en todos los demás países latinoamericanos. También han surgido modelos basados en la participación directa de la comunidad, entendida ésta como la fortaleza del mecanismo para la obtención de la salud. Es decir, encontramos una diversidad de modelos en América Latina.

Pero un modelo en sí mismo no es bueno ni malo, es el proceso de su puesta en marcha, su "gerenciamiento", lo que lo hace bueno o lo hace malo. La eficiencia de cualquier modelo depende de quién lo lleva a la práctica, y en el sector salud no tenemos la experiencia suficiente ni gerentes preparados para desarrollar, ejecutar, evaluar y controlar modelos.

En los países de América Latina se está planteando la necesidad de un aumento de la cobertura, inicialmente como una inten-

ción política desde la perspectiva de los directivos de la salud: "Vamos a aumentar la cobertura porque nuestra población en gran parte está desprotegida". Pero el "gerenciamiento" de la intención política implica recursos, producción, capacidad instalada, formas de organización, formas de ofrecer los servicios y, necesariamente, una relación permanente entre lo que se planifica, se ejecuta y se evalúa como proceso, como producto. Pero cuando se formula la política de ampliación de la cobertura, no se diseña los modelos gerenciales que permitirían brindar la respuesta adecuada.

Otro tema que se menciona mucho actualmente es el del mejoramiento de la calidad de los servicios. Pero una consecuencia directa de la ampliación de la cobertura es justamente lo contrario. Cuando se amplía la cobertura aumenta inmediatamente el riesgo de perder la calidad en la prestación de los servicios. En este caso se trata también de una política administrativa no acompañada por un modelo ni un proceso gerencial.

En toda América Latina se está planteando descentralizar la salud dentro de un modelo alternativo de organización del Estado, de las estructuras sociales. Se está buscando que sean nuevamente las localidades las que desarrollen su propia forma de respuesta, su propio recurso, frente a sus necesidades. La OPS planteó los denominados Sistemas Locales de Salud, otros países mencionan la municipalización de la salud, que no equivale propiamente a los sistemas locales de salud. Se trata de distintos enfoques de lo que se ha llamado la regionalización de los modelos de salud.

Los cambios estructurales que está viviendo América Latina han determinado a la vez la disminución de los recursos y el aumento de los costos; y éste es un elemento esencialmente administrativo, gerencial. Por empobrecimiento del Estado, por disminución de la capacidad económica de los países, de la capacidad adquisitiva de la población y de la capacidad de producción, estamos cada vez contando con menores recursos mientras el costo de atención de la salud aumenta progresivamente. Esta situación se ha manejado con criterios economicistas fundamentalmente, sin tener en cuenta la necesidad de innovar y de buscar nuevos mecanismos que hagan posible la eficiencia a bajo costo y con escasos recursos.

La creatividad ha sido parte de la riqueza de Latinoamérica. Abundan los ejemplos de cómo nuestra condición de pobreza nos ha obligado a sustituir los esquemas de inversión en dinero por formas innovadoras de prestación de servicios. América Latina ha sido uno de los primeros lugares donde se empezó a hablar del hospital sin camas. Las instituciones psiquiátricas, sobre todo, fueron las primeras en implantar este modelo. La situación de violencia, pobreza y *stress* en que vivía el hombre latinoamericano estaba aumentando enormemente las enfermedades mentales y la necesidad de recluir a los pacientes, pero esto demandaba costos muy altos y los recursos para la atención de la salud mental eran cada vez menores. Entonces surgió una idea administrativa, gerencial, la de los hospitales sin camas: durante el día el paciente acude al hospital para recibir su tratamiento y participar en los procesos de terapia grupal, ocupacional, de ambientación, etc. y a las cinco de la tarde, como cualquier trabajador, se retira a su hogar y permanece con su familia. Esta alternativa redujo los costos de una manera impresionante.

Todos estos nuevos procesos tienen que ser "gerenciados" necesariamente, y el proceso entre la concepción de la idea y su puesta en marcha implica gerentes y administradores suficientemente bien formados. Estamos frente a una ola enorme y soplan vientos de norte a sur y de sur a norte: los de la privatización. Pero privatizar los servicios de salud implica desarrollar la competencia, la capacidad de mercado, la calidad, significa disponer de alguna manera los recursos, convertir el sector en lo que hasta el momento no es: un sector productivo y generador de ingresos, capaz de solventar su demanda, de financiarse y de crecer. Y todo esto debe ser "gerenciado" por gente formada para ello, no puede hacerse con buena voluntad ni por intuición ni por compadrazgo. Nadie le encarga una empresa privada a un compadre o a una persona recomendada por un compañero durante un cóctel, lo que sí se hace con el sector salud, propiedad de nadie. Los modelos de privatización exigen una serie de comportamientos aprendidos del sector privado y que debemos asimilar y trasplantar con la contribución de personas capacitadas.

Hasta hace muy poco tiempo la administración de los hospitales estaba en manos de personas empíricas –en otra época se les llamó síndicos, luego asistentes administrativos, después ad-

ministradores de salud–. Eran personas con muy buena voluntad que manejaban la parte administrativa del hospital como se podría manejar cualquier negocio; por lo general contaban con un respaldo político y no tenían ninguna formación en administración de la salud. Si un médico eminente llegaba a ocupar el cargo de director, lo que normalmente ocurría era que perdíamos un profesional destacado y ganábamos un mal administrador hospitalario.

En los más altos niveles sucedía lo mismo. Se llegaba a ministro o a viceministro por favor político y se permanecía en el cargo mientras éste duraba, por ello la concertación entre el político y el ejecutivo –que debía desarrollar el proceso– no suponía el éxito de la gestión. Hoy el político –llámese ministro, viceministro, director de Planeación en el Area de Salud– está exigiendo éxito al gerente porque como político debe proyectar una imagen constructiva; a su vez, el ejecutivo exige el respaldo del político porque necesita contar con los recursos y con el respaldo de la autoridad para poder llevar a cabo los procesos de cambio.

La formación de los recursos humanos también debe analizarse desde el punto de vista de la situación de la salud. La demanda de cuadros gerenciales obliga a una respuesta inmediata de las organizaciones; el cambio no puede tardar veinte años porque para entonces carecería de sentido, incluso a la mitad del proceso habría dejado de ser una respuesta válida.

El cambio normalmente es un corte en el tiempo, en la actitud, es un viraje, un retomar, un replantear con fuerza y con energía; y no podemos hacerlo con un gerente entrenado ni con dos ni con tres. El cambio inmediato requiere una gran cobertura de formación, se necesita capacitar simultáneamente a la gran masa que en este momento asume responsabilidades administrativas en el sector salud. No porque el gerente del hospital recibe un curso de Administración de la Salud se puede esperar una variación significativa en la administración del hospital, el cambio no será producto de una sola persona, sino de un cuadro de profesionales.

He visto lo que sucede cuando se forma sólo a una persona. Se envía a la jefa de Enfermería a estudiar un posgrado de tres años a la China. A su regreso, con todos los conocimientos adquiridos, lo único que ha logrado es distanciarse del hospital, porque ya

nadie la entiende y ella tampoco ya no entiende a su institución, puede generarse una torre de Babel. Hoy estamos buscando cómo formar cuadros directivos cuyo lenguaje y proceso de cambio conceptual y mental se extienda a sus equipos institucionales.

Estamos pidiendo una alta tecnificación en la respuesta administrativa. Esto significa referirnos a control de la gestión, análisis de costos, sistemas de información altamente eficientes, oportunos y de gran confiabilidad, a los que no estamos acostumbrados. Los sistemas de información del Ministerio con datos de tres años de antigüedad no podían ser consultados porque imprimir la información demoraba años y mientras no se publicaba no podía ser repartida. ¿Quién planifica con este modelo, con este sistema de información? Si no se sabe cuánto está costando atender una hernia, una operación de alta cirugía, una cama hospitalaria, no se puede tomar decisiones adecuadas.

Luego está la participación de los componentes económicos y financieros. Antes el Estado destinaba una cantidad de dinero para el sector, un porcentaje de su presupuesto, y con ese monto debían funcionar los hospitales. Hoy hemos adoptado la concepción del costo; lo primero que debe tener en cuenta un gerente, y también un usuario, es que la salud tiene un costo. Por lo tanto, necesitamos formular planteamientos económicos y financieros frente a la situación de la salud.

Todo esto nos obliga a tener gerentes altamente capacitados. No podemos dar respuesta inmediata si no es sobre la base de una gran cobertura de formación, sin gerentes no podemos ser técnicos en las respuestas del sector ni podemos tener en cuenta componentes altamente tecnificados desde la perspectiva económica y financiera.

Desde la perspectiva de la formación de los recursos humanos, ¿cuál puede ser la forma que nos permita dar una respuesta a las necesidades identificadas? Una opción son los programas de educación a distancia –no educación por correspondencia–, mecanismo aplicado ya en varios países de América Latina.

Tradicionalmente, la respuesta normal frente a la necesidad de capacitación fue el salón de clases. Si, por ejemplo, se necesitaba formar profesionales en el aspecto financiero, se solicitaba a una

institución que dictara un seminario sobre el tema. Se matriculaban treinta personas del sector de los hospitales, asistían a clases durante quince días y luego se reincorporaban a su institución.

Las modalidades de educación a distancia permiten a las personas permanecer en sus puestos de trabajo y simultáneamente interactuar más entre ellas. Están concebidas justamente como formación en el trabajo y para el trabajo. Lo primero que eliminan es el desplazamiento.

En mi país, por ejemplo, se desplaza hasta Bogotá a directores de hospitales rurales para que realicen estudios de posgrado en administración durante dos años. En primer lugar, el costo es muy alto: se trasladan con toda su familia, su hospital debe seguir pagándoles su sueldo y pagarles el sueldo a sus reemplazantes. En segundo lugar, durante dos años estos médicos estudian en una prestigiosa institución, con profesores del más alto nivel, realizan sus prácticas en un hospital universitario, que no es el hospital tipo de las zonas de donde provienen: pueblitos de 50 mil ó 30 mil habitantes. En tercer lugar, durante ese tiempo estas familias cambian su modo de vida: se acostumbran a las comodidades de una gran ciudad, los hijos asisten a colegios de mayor desarrollo, la esposa empieza a trabajar o continúa estudiando en la universidad. Por todos estos factores, al término de la maestría es poco probable que las familias quieran regresar y muy difícil pedirles que lo hagan. Su actitud es humana, comprensible: no desean dejar lo que han conseguido. Entonces, lo primero que debemos hacer es pensar cómo formar a esos médicos sin desplazarlos, sin provocarles cambios de tanta magnitud, reduciendo los costos humanos y económicos de este camino descrito.

La formación a distancia permite la aplicación inmediata del conocimiento. Si enviamos a las personas a estudiar un año para que a su vuelta recién apliquen lo aprendido, se produce un desfase. El proceso de formación y de aplicación del conocimiento inmediato debe estar asociado al cambio, y no hay mejor lugar para emprenderlo que el propio lugar de trabajo. Lo aprendido en psicología infantil lo aplicamos a la educación de nuestros hijos, no a la de los hijos del vecino. Nuestras mejores decisiones económicas las tomamos cuando comprometemos nuestro dinero, no el ajeno. Del mismo modo, el conocimiento debe servirnos para cumplir mejor nuestras responsabilidades, no las de los otros.

Los modelos de formación a distancia aprovechan las experiencias previas. Muchas de las personas que se suman a un proceso de formación llevan años trabajando en la administración de hospitales y deben poder volcar toda esa experiencia durante el proceso de aprendizaje. De otra manera se estaría desconociendo toda su historia laboral anterior.

De la misma manera, los modelos de formación a distancia hacen posible que las personas se adapten a su propio ritmo y a su propio tiempo. El aprendizaje, especialmente en los adultos, no es un acto homogéneo. No aprendemos ni con la misma velocidad ni con la misma iniciativa ni al mismo tiempo; a medida que vamos creciendo, cada cual adquiere su propio ritmo de vida. Pensar que un grupo reunido durante cuatro horas por la mañana va a haber aprendido lo mismo en ese lapso es irreal.

El modelo de formación debe apuntar a una mayor cobertura y, lógicamente, a un menor costo. Los programas de educación a distancia desarrollados en países como Costa Rica nos han permitido formar 200 personas del sector salud cada seis meses. En uno de los programas, que duró dos años, se logró entrenar a más de 800 personas. Si este programa hubiera sido convencional, ¿cuántos salones de clase hubiéramos necesitado?, ¿cuánto se hubiera gastado para desplazar a las 800 personas a San José?, ¿a cuánto hubieran ascendido los viáticos?, ¿cuánto en capacidad de los servicios se hubiera perdido desplazando a tanta gente? Se hubiera tenido que declarar días de fiesta o de asueto, o cerrar los hospitales –aunque la gente se muriera– mientras entrenábamos a sus administradores.

Algo más. Debe haber equidad en el acceso a los programas. Quiero dedicar a este aspecto más tiempo del que he dedicado a las demás ideas porque manejamos muy bien el concepto de equidad, pero no lo he visto aplicar muchas veces en nosotros mismos. Algo así como: soy justo con los demás pero injusto con los míos, soy bueno con los demás y malo conmigo mismo, soy dadivoso con los demás y tacaño para con mi propia familia; todo lo que revierte como ideal hacia afuera es bueno, pero no lo que está junto a mí, lo que me toca a mí. Es un contrasentido enorme.

La equidad empieza por nuestros propios trabajadores del sector salud. Si organizamos un programa en Bogotá, de ocho horas diarias o de tres horas por la noche en instituciones con

salones de clase, cafetería y biblioteca y hacemos la convocatoria para todo el país, nos estamos engañando. ¿Cómo se puede dictar un programa de cinco de la tarde a ocho de la noche para todo el país?, ¿quién puede asistir? Obviamente quien está en Bogotá y vive en la esquina de la universidad, trabaja hasta las cinco de la tarde y puede conseguir que le paguen la matrícula. ¿Y los demás?, ¿y quienes están a 300 kilómetros de la ciudad en poblaciones de 50 mil habitantes, en condiciones de insalubridad, sufriendo privaciones y soportando las guerrillas? Con modelos de educación como éste es que se empieza a generar una gran inequidad en el desarrollo de la salud de un país. Detrás de este modelo educacional hay una concepción de tanta inequidad y de tanta injusticia que da vergüenza.

Hemos pensado, entonces, generar nuevos modelos. En estos momentos estamos llevando a cabo en el Paraguay un programa para cuyo diseño hicimos primero un estudio de necesidades de formación de recursos humanos en todo el país. Encontramos que –y lo puedo mencionar porque es una realidad que yo mismo he hallado en varios países de América Latina durante estudios de AUPHA– siempre se capacita a los mismos directivos del nivel central. Quienes tenían formación en administración de la salud y habían asistido a los cursos no tenían responsabilidades administrativas. Los que habían asistido a programas de administración hospitalaria no estaban en los hospitales. Para desarrollar este programa pusimos como condición el que lo hiciéramos con una cobertura envolvente de afuera hacia adentro, empezando por las regiones y terminando en el nivel central.

Queríamos hacer algo distinto. En este programa hay 87 personas y ninguna es de Asunción. Además es la universidad y los profesores quienes se desplazan, queríamos ir a las unidades regionales y enseñarles allí donde están.

Retomando el concepto de equidad, éste debe ser aplicado desde el mismo momento en que se diseña un programa de formación de recursos humanos, cualquiera sea su estilo, desde que se determinan las posibilidades de desarrollo de los profesionales o las características de la prestación de los servicios de salud.

Un modelo debe tener la capacidad para integrar la docencia y el servicio. Esto nos lleva al punto siguiente: solución de problemas frente a reflexión académica. Las personas adultas –a excepción de quienes somos académicos– necesitan respuestas, maneras e instrumentos para solucionar problemas concretos, no análisis académico y reflexivo. El aprendizaje debe ser "instrumentalizado".

Finalmente, el modelo de formación a distancia centra el proceso de enseñanza–aprendizaje en el estudiante y no en el profesor, como tradicionalmente se había hecho. El dueño del salón de clase no es el profesor, son los estudiantes. El profesor es un guía en el proceso de aprendizaje, un compañero en el camino del conocimiento; orienta, pero al mismo tiempo aprende de lo que sucede dentro del salón de clase.

¿Y qué experiencia se ha desarrollado en torno a esto? Hay instituciones dedicadas a la educación a distancia que desarrollan sus propios programas. Un ejemplo es la Universidad de Educación a Distancia de Costa Rica, creada exclusivamente para desarrollar este tipo de programas. Dicta un programa de administración de la salud para el cual produce material y cuenta con unidades tutoriales. Otro ejemplo es la Universidad Abierta, UNA, de Venezuela, cuyo programa de administración de la salud se dicta desde Caracas para todo el país.

Hay otras modalidades, como el modelo mixto de la Universidad del Norte –al que hacía referencia el profesor Castrillón–, donde los participantes combinan periodos cortos en la universidad con periodos largos en sus centros de trabajo. Lo interesante es que los estudiantes se van muy motivados a poner en marcha lo aprendido porque saben que el profesor va a visitarlos ahí donde trabajan, para evaluar lo que están haciendo y ayudarlos a resolver sus problemas.

Es un modelo de interacción que, además, ha jugado un doble papel, porque también enseñó a la universidad a resolver los problemas de la realidad. Antes la universidad dictaba 20 horas de clase y su responsabilidad llegaba hasta allí, a nadie le interesaba si el alumno aprendía o no. Ahora, no se trata solamente de enseñar, sino de mostrar que se sabe, porque quien enseña debe saber, ése es un principio elemental. No podemos poner a los ciegos a conducir los taxis de Lima, tienen iguales derechos que el resto de ciudadanos peruanos, merecen todo respeto, pero no los dejamos conducir carros porque no pueden hacerlo. Del mismo modo, quien no es capaz de demostrar en la realidad que sabe

montar un sistema de costos en un hospital no debe enseñar el curso.

Los modelos de educación como los descritos se han convertido en experiencias muy valiosas porque han enriquecido la academia y la han acercado a la realidad. Precisamente en estos momentos estoy negociando un proyecto del BID bastante grande en Colombia –durará cuatro años– cuyo componente educativo se desarrollará con base en estos modelos y con la participación de las 9 universidades asociadas a AUPHA. Vamos a desarrollar todo el proceso de formación de recursos humanos y a brindar asistencia técnica a más de 65 hospitales de Colombia. Pero hemos exigido enseñar y al mismo tiempo hacer, porque sino el proceso no nos sirve para nada. De ahí el famoso principio filosófico del padre que le dice a su hijo: "No hagas lo que digo, sino lo que hago".

Otra opción es el consorcio de instituciones, la unión de distintas organizaciones para emprender un proceso integrado de formación de recursos humanos dentro de un modelo formal. Un ejemplo colombiano es el consorcio CES-EAFIT de Medellín, formado por el Centro de Estudios para la Salud, CES, experto en salud, y la EAFIT, institución de la empresa privada de Medellín cuya fortaleza está en los aspectos financieros y económicos. La primera aportó el conocimiento del sector salud y la segunda el conocimiento administrativo.

¿Qué dificultades pueden afrontar los programas formadores? La experiencia demuestra que, en primer lugar, hay una gran heterogeneidad entre los participantes debido a las diferentes condiciones en que se desenvuelven nuestras poblaciones –no es lo mismo el gerente de una clínica privada que el director de un hospital de una modesta población en el límite con el Ecuador–. Debemos ser conscientes de esa heterogeneidad al momento de diseñar un programa de formación de recursos humanos, pues estas diferencias determinan modos diferentes de entender, interpretar y aplicar el conocimiento.

En segundo lugar, las diferencias culturales entre los participantes también son muy grandes. Por ejemplo, un programa nacional de formación en el seguro social peruano involucraría

personas tanto de Lima como de muchas otras capitales y ciudades cuyas culturas son muy distintas. Por ello el programa no puede ser el mismo para todos.

En tercer lugar, nuestras ciudades y pueblos difieren grandemente en cuanto a la situación de salud de sus poblaciones. Debe tenerse en cuenta que los gerentes formados deberán administrar realidades distintas.

Otro problema es la concepción tradicional del aula como único mecanismo de enseñanza-aprendizaje. Se cree que si no hay un salón de clase, un profesor y un alumno, no hay enseñanza, y esto no es cierto. No son el aula ni el profesor los elementos principales. Gran parte del aprendizaje reside en los alumnos mismos.

La falta de definición del sector es otro elemento que limita mucho nuestra capacidad en la formación de recursos humanos. ¿Qué vamos a enseñar a nuestros alumnos si las políticas no son claras, si el seguro social está en transformación, si las leyes que fijan nuestras formas de financiamiento no han sido aprobadas, si la descentralización está parcialmente llevada a la práctica? ¿Qué se les va a enseñar?, ¿a que jueguen un doble papel? La seguridad social va a ser privatizada, pero parece que sólo la atención de consulta externa y el tratamiento de enfermedades de menor costo: como hernias, extracción de amígdalas, maternidad; pero no el transplante de riñón ni la diálisis ni las enfermedades crónicas ni el cáncer; estos servicios seguirán siendo prestados por la seguridad social, por el Estado. Entonces, ¿a qué seguridad social nos estamos refiriendo? De manera que los sectores educación y salud deben llegar a un acuerdo sobre políticas.

Por otra parte, tenemos poca habilidad para la autoformación, porque en el banco de las instituciones universitarias sólo se nos enseñó a aprobar exámenes. El alumno de medicina trasnocha cinco noches, "aprende" Anatomía y aprueba su examen de Anatomía; el alumno de administración hace lo propio con las Matemáticas Financieras, y después, al final, nadie sabe administración ni medicina. Es necesario revisar este esquema de formación profesional para el crecimiento de la persona.

Finalmente, hace falta cambiar el concepto de educación. La institución educativa, llámese Escuela Nacional de Salud Pública del Perú, Instituto Centroamericano de Administración Pú-

blica de Costa Rica, cualquiera sea, debe entender que la formación de recursos humanos va más allá del seminario, del curso formal y del diploma, y que debe buscar convertirse en un vehículo de cambio en el proceso de desarrollo de las organizaciones. Si esto no se entiende, si la formación de recursos humanos no significa simultáneamente el cambio organizacional, nos habremos equivocado, habremos malgastado los recursos.

LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION DE LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS ESCUELAS DE NEGOCIOS

Alicia García Bates

La incorporación de la administración de la salud a las escuelas de administración de negocios como área específica se ha convertido en un desafío para quienes trabajamos en este campo.

Un aspecto básico de la propuesta de la enseñanza de la administración de la salud, desde el punto de vista de las escuelas de administración, es fundamentalmente la posición adoptada respecto de los llamados paradigmas de la relación entre el sistema formador y el sistema utilizador.

Hace poco, en Brasil, participé en una reunión de egresados de los programas de administración de la salud de la Fundación Getulio Vargas, en la cual se organizaron dos mesas de trabajo, una sobre el sistema formador –a la cual me integré– y otra sobre el sistema utilizador de recursos humanos. De las intervenciones de los utilizadores de recursos humanos se desprendía que no había algo que los formadores hubiéramos hecho bien. Sin embargo, no pudo resultar menos que risible que todos o la mayoría de quienes así se expresaban –directores de servicios, secretarios de salud de municipalidades– fueran también profesores.

Todos o la mayoría de nosotros cumple un doble papel. Muy pocos nos dedicamos exclusivamente a la docencia. Somos profesores en algunas circunstancias, pero también trabajamos en la seguridad social, en el Ministerio de Salud o en el sector privado. Por esta razón carece de sentido enfrentar ambos sistemas. En mi opinión, es preferible sumar en vez de restar, creo

que hay espacio para todos, para todas las buenas experiencias. Como decía San Martín, no hay necesidad de matar a la mosca, el mundo es muy grande, solamente evitar que vuele sobre uno.

Creo que las pretensiones de exclusividad de ideas o de hegemonías no tienen espacio y menos en este campo. Mis comentarios, pues, van a estar orientados hacia la unión de esfuerzos, no hacia el enfrentamiento o la oposición.

Algo más –también gracioso– ocurrió en esa reunión. Un miembro del grupo de los utilizadores, un consultor internacional –contra quien nada tengo porque yo misma lo soy– dijo que como él no era sanitarista ni había sido formado en salud pública ni en administración, se sentía en condiciones de poder emitir observaciones más "vírgenes" sobre esos temas. Yo pedí la palabra y refuté sus apreciaciones: "Yo he cometido todos los pecados –dije–, todos, como sanitarista, como administradora de salud, y hoy como consultora; no hay pecado que no haya cometido y estoy muy contenta de ello". No hay forma de transitar, creo, sino equivocándose. Ahora necesitamos cometer pecados grandes, errores grandes.

Uno de los aspectos que considero importante tratar aquí es el de la modernidad de los contenidos con relación a las formas y a la oportunidad de entrega de esos contenidos. Uno de mis pecados ha sido asistir a reuniones, escuchar a los expositores referirse a la bondad de incorporar tal o cual conocimiento a los currículos e inmediatamente regresar a mi país e incorporar nuevos contenidos al currículo. Los currículos de nuestras facultades son como tortas de panqueques, colocamos un panqueque nuevo encima de un panqueque viejo. Al seguir incorporando nuevos contenidos lo único que logramos es que el currículo aumente de tamaño. Sumamos modernidad en contenidos, pero no cambiamos, y las formas de entrega siguen siendo las mismas: aulas clásicas, los mismos maestros, la misma bibliografía; en suma, incorporamos acríticamente los contenidos modernizantes.

Otro gran tema es el problema de los profesores. Creo que nosotros siempre nos hemos ocupado de los alumnos sin darnos cuenta que la clave está en nuestros maestros. En mi país,

los maestros han envejecido notablemente, son figuras que siguen manteniendo esquemas muy conservadores, muy clásicos, incluso sin haber incorporado ni la información ni la bibliografía para esta enseñanza.

Hace poco hicimos un levantamiento de información en las bibliotecas de la Facultad de Medicina y en las de tres facultades de la Universidad de Buenos Aires –en la cual soy profesora, fundamentalmente en la Facultad de Ciencias Económicas donde enseñamos Administración de Salud a administradores, contadores y economistas– para averiguar quiénes consultaban bibliografía. Encontramos que durante un año el 60 por ciento de los profesores regulares de las facultades no habían consultado ni una sola vez un texto de la biblioteca. Obviamente las revistas están envejecidas y las publicaciones de nuestra biblioteca no son buenas, pero no habían sido consultadas. ¿Qué se puede esperar de los alumnos con ese modelo?, ¿qué significaría adecuar a los profesores a las necesidades de los programas?

Otra idea fuerza es la de la innovación aplicada. El progreso de la ciencia ha hecho que se produzca mucho conocimiento; sin embargo, la aplicación de ese conocimiento es escasa. El porcentaje de aplicación del conocimiento es muy reducido en comparación con el caudal del conocimiento existente. ¿Cómo pensar en inventos si la sociedad no está en capacidad de aplicarlos? Con nuestro tema de la administración de la salud sucede lo mismo. La innovación en este campo es alta, pero ¿cuál es la capacidad de aplicación de sociedades como las nuestras?

Yo comencé enseñando administración en los grupos más prestigiosos: las maestrías, las especializaciones, es decir, en el posgrado clásico. He transitado por los estadios de la salud pública y la administración de la salud y tengo experiencia en prácticamente todos los niveles con responsabilidad directa. Considero que las universidades tienen una responsabilidad muy seria respecto de la calidad de la enseñanza, y que ofrecer doctorados, maestrías o programas de especialización con profesores cualitativamente débiles, sin investigación y sin bibliografía es como operar sin bisturí; pero eso hacemos.

En esta sala he escuchado un comentario que me hizo reflexionar mucho. Se estaba hablando sobre la estabilidad de los médicos con relación a la atención primaria. El expositor men-

cionaba lo difícil de mantener a un médico en los niveles periféricos; según él, eso equivalía a formar solamente tenientes y a pedirles que no crecieran más, que no ascendieran. Desde mi punto de vista, eso es un error. Pensar que la atención primaria sólo merece tenientes es una muestra clásica de nuestros vicios. Yo creo exactamente lo contrario: son los generales quienes deben hacerse cargo de la atención primaria porque éste es un servicio mucho más difícil. Me inquieta pensar en la viabilidad real del cambio cuando todavía existen entre nosotros preconceptos errados. Lo mismo sucede con los profesores en la enseñanza de la administración. La dificultad surge cuando empezamos a introducir otros modelos no convencionales de enseñanza, como el de la residencia.

La Universidad de Buenos Aires, a través de la Facultad de Ciencias Económicas, es decir, un ente puramente formador, suscribió convenios con dos entes utilizadores de recursos humanos, los más grandes: la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, que posee la capacidad instalada más pesada del país y cuyos establecimientos concentran el máximo de complejidad y el número más elevado de camas; y con el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, cono urbano que está alrededor de la capital y en este momento constituye el problema más serio del país, tiene la mayor concentración de población y sus índices reflejan un panorama desolador con relación a la salud, la educación, el desarrollo, entre otros aspectos.

A través del Ministerio de Salud se firmó un tercer convenio, esta vez con el Instituto de Obra Médico Social, el IOMA, uno de los grupos de seguridad social más fuertes del país después del PAMI, la obra social más grande, la que cubre a jubilados y pensionados.

El campo que nos interesaba era fundamentalmente el de las residencias. En el Brasil las residencias en Administración de Salud las cumplen los médicos recién egresados, responden al mismo modelo que el resto de residencias: en pediatría, en obstetricia, en cirugía. No podría decirles cuántas discusiones hemos tenido sobre este tema, si es bueno, si es malo, si son muy jóvenes, si no son muy jóvenes. Lo que sí puedo decirles es que

en este momento estos graduados son figuras líderes; como dicen los brasileños, están "cocidos a mano". Están dos años inmersos en la administración sin dejar de practicar la clínica, ése es otro de los requisitos en ECONOR, los médicos no pueden abandonar la clínica para dedicarse a la administración, realizan ambas actividades.

La experiencia argentina, a través de la Facultad de Ciencias Económicas, tiene otro carácter. En primer lugar, la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires establece dentro de sus estructuras que –y aquí viene el sistema formador– los cargos definidos como director administrativo sean ocupados exclusivamente por profesionales en Ciencias Económicas: contadores, administradores o economistas. De esta manera, la formación de la residencia durante dos años a dedicación exclusiva es para contadores, administradores y economistas del sistema municipal de salud; al igual que a los médicos de Sao Paulo, se los forma dentro del sistema con la misma modalidad de residencias médicas que se utilizan para el resto de ciencias médicas y de los profesionales de la salud.

La Municipalidad de Buenos Aires financia las becas de todos los residentes de la Universidad de Buenos Aires, formados por la universidad y por otros institutos. Hay residencias en nutrición, enfermería, medicina, en ciencias sociales, y en administración, contabilidad y economía. Los profesores de la universidad son los preceptores, los tutores de los alumnos que están haciendo su residencia intensiva dentro de la Municipalidad.

La otra experiencia es, como ya mencioné, con la provincia de Buenos Aires. En este caso la residencia está fundamentalmente orientada hacia la seguridad social. También son dos años a dedicación exclusiva y con becas equivalentes a 1.200 dólares, que es una suma importante. Esta residencia es multiprofesional, no es exclusivamente para contadores, licenciados o economistas, y aunque les llame la atención, la mayor demanda proviene de los grupos de las ciencias sociales, especialmente del Derecho. Los abogados han constituido la oferta más numerosa en esta experiencia.

Algo que he decidido para el resto de vida activa que me queda es no invertir más esfuerzos en personas mayores que yo, la cuota de vejez la pongo yo. Me parece muy bien todo lo

que se pueda hacer con grupos pequeños, con maestrías y doctorados, pero en realidad yo prefiero trabajar sobre masa crítica, sobre personas cuya expectativa de vida profesional sea más larga.

Por la influencia que el sistema de salud y la formación universitaria ejercen sobre ellos, los pocos cambios que se pueden producir en personas mayores suelen ser tardíos. Son personas que generalmente se matriculan en programas del área de la administración por el interés de los diplomas, para poder acreditar un currículo adecuado con el cual escalar dentro de los escalafones públicos y llegar a ser ministro. El sueño de todo sanitarista en mi país es ser ministro, no serlo constituye una frustración para ellos.

Quisiera referirme ahora al tema del pregrado. Hace más de 25 años que la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires incorporó los contenidos de salud pública y de administración a la enseñanza del pregrado en Medicina. Fue realmente un logro porque los profesores de materias clínicas consideraban a los sanitaristas como profesionales de menor categoría. Introdujimos los contenidos de Epidemiología, Bioestadística, Demografía, todos los contenidos clásicos, pero a manera de la torta de panqueques que mencioné anteriormente.

La reacción de los alumnos fue tratar estas disciplinas como temas menores, las llamaban materias chiquitas –no les menciono las otras denominaciones que les daban porque no quiero ser irrespetuosa con ustedes–. No podíamos competir con el profesor de Pediatría, de Clínica Médica, de Cirugía, estas materias eran mucho más importantes para ellos. A nuestros exámenes les daban un significado muy distinto.

Hasta ahora seguimos trabajando con este modelo curricular. Lo hemos hecho en Medicina, en Enfermería y en Nutrición. Con el tiempo hemos logrado algunos avances, pocos, pero por lo menos los alumnos ya no nos dan calificativos tan duros.

Con los médicos intentamos llevar a cabo una propuesta de carácter multifacultades –incluso conseguimos financiamiento externo–, que consistía en entrenar a los profesores de las disciplinas clínicas básicas para que ellos mismos introdujeran los

contenidos de salud pública y de administración. Nos interesaba, por ejemplo, que cuando el pediatra enseñara Clínica Pediátrica fuera capaz de transmitir a los alumnos qué significaba una mortalidad y por qué enseñaba a tratar resfríos y diarreas y no otras enfermedades; o que el cirujano enseñara a aplicar Calidad Total. Partíamos del supuesto que los alumnos respondían mejor frente a sus maestros de estas disciplinas que frente a nosotros, que entrábamos como por la puerta de servicio. Pero este proyecto fracasó y todavía no ha sido llevado a la práctica; espero no morirme sin verlo realizado.

Luego de abandonar la Facultad de Medicina, pasé a la de Ciencias Económicas; como médico sentí que ya había cubierto todas mis posibilidades. Ahora me dedico a los economistas y a los administradores y me pregunto qué se puede hacer desde las Ciencias Económicas. Es el nuevo desafío al que debo hacer frente.

El sistema formador es el más estable, pero también el más rígido, el más difícil de cambiar. Pontifica para afuera, admite que tiene que cambiar pero no lo hace, es un gato pardo típico. En cambio, el sistema utilizador, a pesar de todas sus dificultades y sus defectos, tiene que cambiar porque no tiene alternativa.

En la Facultad de Ciencias Económicas encontramos un ambiente más flexible. Tomamos las materias claves de las carreras y les incorporamos contenidos. No trajimos la Estadística y la impusimos a presión; trabajamos Epidemiología junto con Mercadotecnia, por ejemplo. Hicimos algo que ya habíamos practicado en Brasil: "concertar matrimonios" entre los profesores de administración y los profesores de salud, esto es, convencerlos que dicten clases juntos; no les quiero decir lo difícil que fue, pero es lo que estamos haciendo hoy.

Dicen que –la broma es de Peter Drucker– para trabajar con economistas hay que tener mucho cuidado, porque aman a la humanidad, pero odian a las personas. En efecto, nosotros queremos que se entienda que el costo, la eficiencia, la efectividad y la eficacia acaban cuando se ve a un hermano, a la esposa o al hijo yacer sobre la cama de un hospital. Allí nuestros principios se confrontan con la realidad. Cuando uno de nuestros seres

queridos sufre un accidente no lo llevamos a un establecimiento de atención primaria, lo llevamos al hospital de máxima complejidad. Mi pregunta es por qué los demás no pueden hacer lo mismo; y si no lo deben hacer, cómo lograr que ni ellos ni nosotros lo hagamos.

Quisiera reiterar mi preocupación por los profesores. Creo que la clave de cualquier modelo está en el cuerpo de profesores. Rafael Martínez debe haberles explicado en qué consiste la enseñanza semipresencial o la educación a distancia, por ejemplo, y se pueden elaborar los mejores currículos; pero elegir profesores es vital, porque ellos son quienes finalmente quedan frente a los alumnos.

Algo más. Otro gran tema es la revolución de la información. Pero ésta por sí sola no es deseable, lo es sólo si sirve para tomar decisiones, para cumplir con un objetivo o para resolver un problema. La información debe estar en función de las necesidades, no de la erudición ni del conocimiento indiscriminado. Debe tener un sustento ideológicamente humano.

Segunda Parte
SEGURIDAD SOCIAL PRIVADA Y ADMINISTRACION DE LA SALUD

LOS SISTEMAS DE SALUD EN CENTROAMERICA: TENDENCIAS Y OPORTUNIDADES

Mauricio Vargas

Lo que voy a exponer es producto de la experiencia que desde hace prácticamente diez años venimos desarrollando en Centroamérica, desde Costa Rica, y que trata de amalgamar un planteamiento teórico-conceptual sobre el abordaje de los sistemas de salud con nuestra experiencia práctica. Por supuesto, es sólo una forma de abordar esta temática, no la única.

Primero reseñaré lo sucedido a lo largo de estos años en Centroamérica y luego presentaré nuestro planteamiento de cómo organizar y prestar los servicios de salud en esa parte del continente.

Centroamérica es un istmo que une Norteamérica con América del Sur y alberga seis países: Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá; que al margen de lo geográfico, constituyen una unidad por sus características comunes y por sus problemas también comunes. (Muchas veces se olvida esta realidad porque lamentablemente los panameños han tendido a separarse un tanto del istmo y a veces ni ellos mismos saben dónde situarse, si en Centroamérica o América del Sur).

En conjunto, el territorio de Centroamérica tiene una extensión aproximada de 500 mil kilómetros cuadrados. El país más grande es Nicaragua; y el más pequeño, El Salvador. La tasa anual de crecimiento de su población es bastante típica respecto de lo observado en general en países en desarrollo. La tasa más

baja de crecimiento de este decenio corresponde a Panamá. El país más poblado es Honduras, que tiene aproximadamente 6,5 millones de habitantes. Costa Rica tiene 3 millones y Panamá 2 millones. Con relación a la densidad poblacional, El Salvador es el país más pequeño, pero mantiene la densidad poblacional más alta: 257 habitantes por kilómetro cuadrado; mientras Nicaragua, el país más extenso, tiene una densidad poblacional relativamente baja. Pero desde nuestro punto de vista, más importante es poner énfasis en la estructura poblacional, que es muy similar en todos los países del istmo: el 56 por ciento de la población habita en zonas rurales –aunque la población rural tiende a ser mayor en Honduras–.

Un gran problema de Centroamérica –compartido, creo, por todos los países latinoamericanos– es el de la deuda externa. En el caso de Nicaragua, por ejemplo, esta deuda es 600 por ciento mayor que su producción.

En general la situación económica es realmente crítica y así lo confirman otros indicadores económicos. Por ejemplo, entre 1970 y 1990 no varió significativamente la proporción de hogares en situación de pobreza ni en Costa Rica (24 por ciento) ni en Panamá (36 por ciento). En cuanto a hogares en situación de indigencia, Costa Rica presenta el porcentaje más bajo. Atendiendo al desarrollo socioeconómico, se podría decir que el istmo se divide en dos bloques perfectamente delimitados. Por un lado, el sur, constituido por Costa Rica y Panamá; y por otro, el norte, constituido por Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala.

El Indice de Desarrollo Humano, introducido recientemente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, clasifica a los países de acuerdo con el grado alcanzado en materia de educación, salud y distribución del ingreso. Hay tres categorías de desarrollo: alto, medio y bajo. Costa Rica pertenece a la primera; Panamá, El Salvador y Nicaragua, a la segunda; y Honduras, a la tercera.

En efecto, con relación a sus vecinos, Costa Rica y Panamá presentan mejores indicadores, su esperanza de vida es bastante alta (76 y 73 años, respectivamente) y su tasa de mortalidad infantil muy baja (14 por mil y 21 por mil, respectivamente). Además, si se tiene en cuenta las deficiencias de los sistemas de información en salud, es posible pensar que la brecha entre estos dos países y sus vecinos es mayor. Para nadie es un secreto que las muertes causadas por las guerras no están consideradas en las cifras oficiales. Respecto del analfabetismo, también Costa Rica exhibe la mejor situación, históricamente ha presentado tasas muy por debajo de las de sus vecinos; sólo Panamá se le puede comparar.

Básicamente se podría reconocer cuatro grandes momentos en el proceso de desarrollo de los sistemas de salud. El primero comprende desde 1800 hasta 1860 y corresponde a los años inmediatamente posteriores a la época de la Colonia. Entonces la atención de la salud revestía las formas de la asistencia y la caridad social, lo que además sucedía en prácticamente todos los países (podría decirse que el mundo entero ha seguido este esquema). El Estado prácticamente no intervenía en la organización de los sistemas de salud, se limitaba, con un criterio de caridad, a brindar servicios de salud a indigentes y menesterosos.

El segundo gran momento corresponde a lo que denominamos sanidad estatal, que se extiende desde 1860 a 1940 fundamentalmente. En esta etapa la intervención del Estado va tomando otro cariz, empieza a interesarse por mantener el estado de salud de su población. En realidad, los sistemas de salud se desarrollan paralelamente a la consolidación de los sistemas capitalistas. El Estado interviene para mantener una mano de obra sana, indispensable para producir adecuadamente lo que el país requiere para su desarrollo. En los países centroamericanos, esta etapa estuvo especialmente ligada al desarrollo de los enclaves bananeros. Las zonas costeras recibieron todo el beneficio de los programas de salud en aquella época.

A partir de la década de 1940, los estados centroamericanos empiezan a tener mayor injerencia en el campo de la salud. Deciden intervenir de una manera más firme y más seria. Esta etapa podría denominarse de reestructuración de las políticas de salud y de seguridad social. Se crean los ministerios de Salud –y en algunos lugares las secretarías de Salud– y las instituciones de seguridad social, y se dictan los códigos de Salud. Pero en esa época se consolida también, en materia de salud, la

diferencia entre el bloque sur y el bloque norte al interior de Centroamérica. Desde el punto de vista del desarrollo de los servicios de salud y, sobre todo, de la seguridad social, Costa Rica marca la pauta y se sitúa a la vanguardia; después se le unirá Panamá y ambos países sacaran a sus vecinos una ventaja de treinta o cuarenta años.

Actualmente la seguridad social en Costa Rica –país que ha invertido mucho en el campo de lo social y de la salud– cubre a toda su población, mientras en el resto de países se sigue manteniendo el esquema básico seguido prácticamente por toda Latinoamérica y que proporciona cobertura sólo a entre el 10 y el 15 por ciento de la población, principalmente de las zonas urbanas o metropolitanas. Además, los topes salariales existentes en algunos países impiden el acceso de gran parte de la población a los sistemas de seguridad social.

La cuarta etapa es la que estamos viviendo actualmente, no sólo los países centroamericanos, sino prácticamente toda Latinoamérica. Hoy, los seis países centroamericanos tienen en común, aparte de su situación socioeconómica –bastante deprimida, salvo los casos mencionados–, los programas de ajuste estructural y de reforma del Estado tendientes a modernizar la economía, y en este contexto debe entenderse el interés despertado por la reforma del sector salud –incluso en Costa Rica y a pesar de su desarrollo en este campo–.

Son muchos los problemas que enfrentan los sistemas de salud en Centroamérica. Si se quiere analizar la problemática desde el punto de vista de la oferta de los servicios de salud, deberíamos empezar por señalar que el conocimiento de la realidad es realmente muy pobre. La experiencia centroamericana, a excepción de algunas muy válidas, indica que las personas a cargo de los sistemas locales de salud desconocen la problemática de salud en la cual están inmersas.

Por lo general, se siguen esquemas de atención condicionados por la libre demanda. La oferta de servicios se ajusta a la demanda espontánea de la población, no responde a una planificación ni a una visión integral de los problemas de salud. No se hace prevención ni promoción. Tampoco se sabe cuáles son

los costos de los servicios ni las causas de enfermedad ni las causas de muerte, hay una ausencia total de información. Así no puede existir una gerencia adecuada ni una toma de decisiones adecuada (estas actitudes dependen mucho también de la formación recibida en las universidades y programas técnicos).

En nuestros países, la concentración de la oferta de servicios en las áreas metropolitanas y en la capital parece ser un denominador común. En las zonas rurales o en las poblaciones dispersas hay poca capacidad de oferta, graves problemas de financiamiento y bajas coberturas. El costo de adquirir un servicio de salud es muy alto, incluso cuando el Estado lo brinda, porque entonces la persona debe trasladarse al establecimiento prestador.

También hay dificultades en el plano mismo de las organizaciones de salud. Al igual que prácticamente todas las instituciones del Estado –cuando son estatales– tienden a poner todo tipo de obstáculos a la población. Probablemente lo hacen por falta de capacidad gerencial, pero crean así lo que se conoce como "barreras organizacionales" al acceso a los servicios.

Se establecen inadecuadas relaciones funcionario-paciente, es decir, entre quien ofrece el servicio y quien lo solicita. El paciente no es tratado como un ser humano, hoy lo atiende un médico, mañana otro y su historia clínica pasa de mano en mano. La falta de continuidad es un gran problema que va en detrimento de la calidad de la atención médica. Además, el paciente debe esperar mucho tiempo antes de poder retirar un medicamento de la farmacia o para lograr que se le someta a una prueba (se ordena un ultrasonido a una embarazada y se lo terminan haciendo al recién nacido).

Otras características de los sistemas de salud en nuestros países: escaso interés y poca participación de la población en la gestión de los servicios de salud, bajo rendimiento de los recursos humanos y de los recursos físicos o infraestructurales (salas de operaciones desocupadas la mayor parte del día); en suma, costos de funcionamiento muy altos e ineficiencia, problemas que requieren de un replanteamiento general.

Lo más grave es que desconocemos el impacto de lo realizado en el campo de la salud porque trabajamos sin cuestionarnos, sin preguntarnos si lo que hacemos está sirviendo para algo.

Desde nuestro punto de vista, no cabe otra medida del impacto de nuestro trabajo que la situación de salud de la población: el gran objetivo de cualquier sistema de salud.

Nuestro planteamiento es que el enfoque tradicional centrado en el individuo como objeto de la atención debe modificarse. Consideramos necesario abordar la problemática de la salud desde una perspectiva familiar, comunitaria –que incluya el ambiente, además–.

A excepción de Costa Rica y Panamá –aunque en menor grado–, en los países centroamericanos el Estado no ha asumido de lleno la responsabilidad por la atención de la salud. Proporciona pocos recursos, crea grandes brechas y origina la situación tan deteriorada descrita antes: altas cifras de mortalidad, bajas esperanzas de vida. Creo que deberíamos reflexionar sobre cuál debe ser el papel del Estado en este campo, si intervenir directamente o buscar formas opcionales que permitan superar los problemas.

Frente a esto, independientemente de quien lo promueva –Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo–, el cambio se justifica, y es por ello que el tema de la modernización de los sistemas de salud está provocando tanto debate.

Desde hace mucho tiempo en nuestros países se discute la necesidad del cambio para mejorar la gestión de nuestros Estados, pero hasta ahora nuestros logros han sido muy pobres. Hoy comenzamos a entender que nuestros fracasos se explican por la forma cómo hemos abordado ese cambio. Todavía es posible encontrar escuelas de administración o escuelas de salud pública que enfocan la política y la administración como disciplinas excluyentes. Si uno quiere estudiar un curso de gestión de políticas públicas debe ir a una determinada institución; y si quiere formarse en el campo de la administración, debe buscar otra.

En realidad, ambas, la política y la administración van de la mano, no pueden ser enseñadas independientemente, deben desarrollarse en conjunto. A fin de cuentas, la administración hace posible la ejecución de la política.

Percibimos la realidad de una manera equivocada, no planificamos con visión de futuro ni nos planteamos objetivos. Entre

nosotros hay pobreza de pensamiento estratégico. En las escuelas latinoamericanas hemos estado enseñando –y las centroamericanas son un caso realmente patético en este sentido– principalmente a manejar la conyuntura, sin prestar atención a lo que pretendemos de nuestros sistemas de salud y del Estado como un todo. Con relación a administración de personal, por ejemplo, enseñamos a reclutar y a seleccionar trabajadores y a estructurar escalas de salarios, pero olvidamos aspectos fundamentales de las políticas de personal, como los programas de motivación.

La orientación hacia el consumismo tecnológico ha sido impresionante, estamos viviendo el *boom* de los sistemas de información. Con frecuencia se compra la máquina antes de haber diseñado los sistemas y, entonces, se termina computarizando o informatizando la ineficiencia. Estrategias de cambio como éstas han impedido que el cambio se produzca. La neutralidad tecnológica, según la cual lo que es válido para Costa Rica es válido para el Perú, es un mito, una equivocación. Los cambios debían plantearse en función del contexto donde se está viviendo.

Debe existir un nuevo paradigma de cambios que rompa con el antiguo, con el que ya mostró su fracaso. Debemos comprender que cambiar el aparato público no implica transformaciones meramente formales. Nada ganamos con introducir algo puntual, coyuntural, para enfocar el problema del sistema público, de la administración pública, porque éste es un complejo y profundo proceso de cambio social equivalente a cualquiera de los grandes cambios sociales de la historia de la humanidad y, en este sentido, debe modificar un amplio espectro de relaciones de poder. En este proceso la actitud de los miembros de las organizaciones es determinante para poder cambiar intereses, ideologías, pautas culturales, capacidades tecnológicas y estructuras de las organizaciones.

Es con esta racionalidad con la que estamos tratando de abordar la problemática de los sistemas de salud en América Central, a los cuales me referiré a continuación.

Respecto del papel del Estado, tema de gran relevancia en todos los países latinoamericanos –y los centroamericanos no son la excepción–, nosotros pensamos que su gran objetivo es

uno sólo: la promoción del desarrollo, ésa es su gran obligación. Lo que hoy deberíamos estar discutiendo no es si el Estado debe promover el desarrollo o impulsar el desarrollo, sino cómo debe hacerlo.

Hay Estados que lo hacen todo –prestan directamente los servicios–, hay otros que se comportan como reguladores, como controladores de la gestión de terceras instituciones y, finalmente, otros Estados subsidian. Con relación a los servicios de salud, nosotros proponemos que, independientemente de lo realizado hasta ahora, revisemos la estrategia en busca de la manera cómo lograr concretar el gran objetivo de los sistemas de salud: el mejoramiento de la salud de la población.

El sistema de salud pública ha entrado en una crisis muy severa en los países latinoamericanos. En el caso concreto de Centroamérica, los Estados se han comportado como malos administradores, proporcionando a la comunidad bienes y servicios de muy baja calidad. Se podría discutir cuál es la causa de que el Estado se comporte de esta manera. Durante una investigación realizada analizando comparativamente todos los sistemas de salud de esta parte del continente, detectamos que el Estado, al no competir en el mercado por el paciente, se preocupa poco por éste y tiende a brindarle servicios de muy baja calidad. De la misma manera, los establecimientos de salud públicos manejan el capital del Estado y no tienen que preocuparse por buscarlo ni luchar por conseguirlo, eso explica que hagan muy poco esfuerzo por mejorar la atención al usuario.

Si el Estado interpreta la salud como una necesidad de la población es de esperar que garantice la equidad y el acceso a los servicios de salud. Desde este punto de vista, hay valores o principios fundamentales que deberían estar presentes en la gestión de los sistemas de salud. Debe existir un esquema solidario de financiamiento que signifique la participación de toda la sociedad, la afiliación obligatoria, la universalidad del sistema y la garantía de una óptima atención. Creemos que ésta es la única forma de poder garantizar a la población centroamericana el acceso a la salud con equidad.

Ahora, ¿cómo administrar este principio? Introduzcamos el concepto de Estado regulador. Consideramos que el Estado no debe encargarse directamente de brindar los servicios, debe ceder la administración de los sistemas de salud a terceras entidades que tendrían necesariamente que ser privadas –dependiendo, claro, del análisis de la realidad de cada país–. Entonces el Estado comenzaría a comportarse de una manera diferente, como un Estado regulador, ya no como proveedor de los servicios ni como otorgador de subsidios.

Lo importante en la administración de salud es alcanzar los objetivos trazados. Primero, la descentralización; segundo, la efectividad, mejorar la situación de salud de la población; tercero, la eficiencia, reducir costos y aumentar el rendimiento de los recursos; y cuarto, la calidad, llevar a un grado óptimo la atención. Si la empresa contratada no logra estos objetivos, no tiene sentido esa forma de privatización. Si no reduce los costos, si no logra mejorar la situación de salud de la comunidad, si no mejora la calidad de la atención, no tendría sentido haberla contratado, porque igual de mal lo había venido haciendo el Estado.

Con relación a esto, quisiera muy brevemente referirme a los mecanismos básicos de la privatización. La literatura existente abunda en el tema, pero podría decirse que existen cuatro formas fundamentales de privatización. La primera es la venta de empresas estatales al sector privado, como se ha hecho en el Perú y también en Centroamérica; la segunda es el traslado de la administración a organismos privados, no se privatiza la empresa sino su administración; la tercera es la compra de servicios, que abre una gran gama de posibilidades y que de hecho el Estado ya está poniendo en práctica comprando los servicios de, por ejemplo, lavandería, mantenimiento, etc., servicios que antes asumía directamente. La cuarta forma es una forma mixta que se da cuando, por ejemplo, existen organismos que puedan ser miembros de la comunidad, funcionarios de salud, que deciden formar una empresa y venderle servicios al Estado.

La experiencia desarrollada en el istmo centroamericano, en Costa Rica concretamente, demuestra que sin relevar al Estado de su responsabilidad de garantizar la salud de la población, se puede administrar los servicios de salud de una manera diferente.

Hace cinco años Costa Rica optó por la segunda forma de privatización mencionada y encargó la administración de los

servicios de salud a una empresa privada: una cooperativa sin fines de lucro. Pero esto no debe entenderse como lo deseable, cualquier tipo de organización privada puede recibir el encargo.

La forma de pago es ésta. Se define un paquete de servicios en función de los objetivos buscados y se le fija un precio de acuerdo a un estudio de costos. Este precio define la tarifa básica por habitante que el Estado paga a la empresa privada por la administración del servicio. Un paquete puede incluir, por ejemplo, consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, exámenes de rayos x, servicio de emergencia, etc.

Además, como el pago es por habitante, el sistema requiere la delimitación de áreas geográficas, porque de lo contrario no podría especificarse la población que debe ser atendida. Igualmente se define un modelo de ajuste periódico de la tarifa en función de la variación de los costos (fijos, variables, semivariables) para mantener la competitividad de la empresa.

Así funciona el sistema, y el Estado se preocupa fundamentalmente por controlar el logro de los objetivos y por determinar si la gente está satisfecha con el servicio que le están brindando.

Esta es la opción de Costa Rica, pero es una forma que permitiría a otros países extender la cobertura de los servicios. Solemos recibir visitas de funcionarios de países latinoamericanos preocupados porque el país no tiene dinero y, sin embargo, necesita extender la cobertura de sus servicios. No saben cómo obtener los recursos para construir infraestructura (hospitales, clínicas, policlínicos) y para contratar el personal. Pero en estos países existen hospitales y clínicas privadas que perfectamente podrían venderle servicios al Estado. Nuestro sistema es altamente conveniente para el Estado y también para la empresa privada.

En efecto, nosotros sostenemos que el volumen de población susceptible de ser atendida constituye el incentivo para la participación de la empresa privada en este sistema. La rentabilidad de las empresas no va a depender tanto del costo por acto, sino del gran número de pacientes que atenderán.

Para terminar, ¿qué hemos logrado? En primer lugar, una alternativa viable y factible de gestión de sistemas locales, porque consideramos que la concepción de sistema local es una forma acertada de interpretar la realidad. En segundo lugar, conciliar intereses económicos y sociales tanto del Estado (cobertura y

eficiencia) como de la empresa (rentabilidad). En tercer lugar, superar los problemas, desarrollar un enfoque integral y brindar una atención personalizada y continua. En cuarto lugar, se ha logrado el aumento de la cobertura, la ampliación de los servicios y la disminución de los costos de funcionamiento.

También se ha logrado aumentar la capacidad resolutiva de la empresa participante. Como es una institución descentralizada, maneja libremente el dinero recibido del Estado, planifica su propia realidad y establece sus propios sistemas de trabajo. El sistema realmente permite una gestión descentralizada en el nivel local.

Por otra parte, ha disminuido grandemente el tiempo de espera del paciente y, por ende, ha aumentado su satisfacción. La comunidad se ha integrado y se preocupa más por participar y velar por que la empresa privada preste los servicios de acuerdo con lo que establece su contrato con el Estado.

Hay ahora también gran integración entre el aspecto asistencial y el aspecto administrativo. A nivel local se ha introducido sistemas administrativos más eficientes y se ha producido un aumento de la capacidad gerencial. Uno no debiera olvidar que para lograr eficiencia y efectividad el personal de la empresa debe estar capacitado fundamentalmente en el campo de la gerencia.

Reitero, frente a la realidad centroamericana de deterioro de la salud y de la situación económica, el Estado debe buscar cómo asumir de una manera diferente sus responsabilidades. El que la salud continúe siendo su responsabilidad no significa que deba prestar los servicios directamente. Existen formas innovadoras, formas creativas que permiten la gestión privada, tal como lo estamos viviendo en Costa Rica, y con las cuales se obtienen resultados muy positivos.

Nuestro planteamiento es fruto de un proceso largo –un Estado no asume un sistema de la noche a la mañana– y lo estamos presentando en otros países latinoamericanos. Nuestra opción es distinta de la privatización de la salud en sentido estricto. Cuestionamos la transferencia de las empresas estatales al sector privado porque rompería fundamentalmente esos principios que, como mencionamos, el Estado debería conservar al ejercer y asumir la responsabilidad por la salud de la población.

CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Robert Bradbury

Durante esta exposición quiero compartir con ustedes la práctica del mejoramiento continuo de la calidad –Calidad Total– en los hospitales de Estados Unidos.

No es mi intención –y es muy importante que ustedes lo entiendan así– señalar lo que se debe hacer en el Perú, sino solamente presentar la experiencia de mi país para que de ella puedan ustedes extraer algunos conceptos y métodos y aplicarlos aquí, en sus hospitales.

Desde mi punto de vista, no hay nada nuevo –conceptos, métodos administrativos– en este movimiento administrativo denominado Calidad Total: es una filosofía administrativa y a la vez un enfoque analítico de sistemas.

Es una filosofía administrativa muy descentralizada, según la cual cada uno de los trabajadores de un hospital es parte de un proceso que produce servicios para mejorar el nivel de salud de los pacientes y sabe cómo mejorar estos servicios. En consecuencia, si se quiere mejorar los servicios de una forma continua –practicar Calidad Total– se necesita instalar un sistema administrativo descentralizado que otorgue a cada trabajador la facultad para introducir los cambios que considere necesarios para mejorar sus propios procesos.

En segundo lugar, la Calidad Total consiste en un análisis de sistemas, en la comprensión del funcionamiento de los procesos

con datos científicos y válidos. En mi opinión, el análisis de sistemas que necesitamos en Calidad Total debe centrarse en los *outputs* de los sistemas, esto es, en el impacto causado por los servicios prestados en la salud del paciente y en el nivel de salud de la comunidad.

Resulta interesante el hecho que los tres líderes de Calidad Total –en términos teóricos y prácticos– en los hospitales de Estados Unidos sean médicos. El primero de ellos es el Dr. Paul Batalden, del Hospital Corporation of America, luego están el Dr. Donald Berwick, de la Universidad de Harvard, que ha escrito un libro sobre Calidad Total, y el Dr. Brent James de Intermountain Health Care Corporation, Colorado.

Creo que el Perú podría convertirse en líder de este movimiento mundial porque aquí los directores de los hospitales son médicos. En Estados Unidos, en cambio, el director médico no es el director del hospital y, por ello, muchas veces los médicos que están comprometidos con Calidad Total no tienen el poder suficiente para introducir los cambios necesarios. No logran conciliar el aspecto administrativo con el aspecto médico.

Según el Dr. Paul Batalden, son siete las personas que más han contribuido al movimiento de Calidad Total. El primero es Walter Shewhart, el creador del concepto de sistema de mejoramiento continuo del proceso. El segundo es el Dr. W. Edwards Deming (discípulo del Dr. Shewhart), considerado el padre de Calidad Total y autor de muchos libros sobre el tema. Trabajó en el Japón después de la Segunda Guerra Mundial y aprendió de sus industrias la serie de prácticas que les han dado tanto éxito. El tercero es el Dr. Joseph Juran, otro profesor de los Estados Unidos que también trabajó con los japoneses durante la Posguerra. El cuarto es el Dr. Kaoru Ishikawa, un japonés que ha estudiado con los doctores Deming y Juran y ha desarrollado muchos de los métodos científicos de Calidad Total, como los diagramas de flujo y los diagramas de espina de pescado. Estos cuatro pueden ser considerados los fundadores de Calidad Total desde el punto de vista de la filosofía administrativa.

Desde el punto de vista del análisis de sistemas o del impacto de los servicios prestados en los niveles de salud, el Dr. Batalden considera fundamental el aporte de Florence Nightingale, la enfermera fundadora de la enfermería moderna

y científica, quien en su libro *Notes at hospital performance*, publicado en 1855, presentó un enfoque centrado en los resultados de los servicios prestados utilizando datos de morbi-mortalidad para comparar la efectividad de los médicos y de los hospitales. Setenta años después, un médico, el Dr. E. A. Codman, de la Universidad de Harvard, continuó desarrollando las ideas de Florence Nightingale y planteó la necesidad de comparar a los médicos y a los hospitales en función de los niveles de mortalidad y morbilidad. Con esta idea tan revolucionaria, el Dr. Codman obtuvo su título de profesor y su derecho a practicar la medicina en el hospital de la Universidad de Harvard –posteriormente ha construido su propio hospital–. Por último está el Dr. Avedis Donabedian, de la Universidad de Michigan, el padre del Control de Calidad moderno.

Estas siete personas conforman un equipo multidisciplinario muy interesante –matemáticos, ingenieros, enfermera, médicos– y son la evidencia de que Calidad Total ha nacido a la vez como una filosofía administrativa y como un enfoque de sistemas sustentado en datos científicos.

Un poco de historia. El enfoque que ahora se conoce como Calidad Total surgió en Estados Unidos hace aproximadamente veinte años con la Revisión Implícita de Casos (Implicit Case Review), que consistía en la revisión, por comités integrados por médicos, de la historia clínica de cada caso de morbi-mortalidad ocurrido en los hospitales, para determinar si se había presentado algún problema de calidad en la prestación de los servicios. Se denominaba Implícita porque no había protocolos ni método alternativo alguno a la opinión de los médicos que participaban en el comité.

Luego se pasó a una segunda etapa, la de Auditoría Médica, a raíz de un programa del Gobierno, el Professional Standard Review Organization, cuyo objetivo fue establecer algunas orientaciones en cada uno de los estados de la Unión respecto de cómo llevar a cabo la auditoría médica en una forma retrospectiva. Se calculó tasas de mortalidad y morbilidad a partir de cien casos de cada hospital para comparar el desempeño de hospitales y médicos. Esta fue una etapa de análisis descriptivo

que no se tradujo en acciones concretas; no obstante, hizo posible la elaboración de algunos programas utilizados para recolectar datos y calcular tasas, tales como las tasas ajustadas de morbi-mortalidad.

La tercera etapa, denominada Estudios Orientados a los Problemas (Problem Origin Studies), correspondió también a un esfuerzo del gobierno, que otorgó prioridad al estudio de determinados aspectos, tales como la tasa de infecciones después de intervenciones quirúrgicas. En todo el país se hicieron estudios más profundos a partir de las historias clínicas para entender el impacto de los servicios en el nivel de salud de los pacientes, pasando de morbi-mortalidad a tasas de infección, a indicadores de incapacidad, etc. Otra de las diferencias de esta tercera etapa fue el enfoque centrado en el paciente.

La siguiente etapa fue la de Control de Calidad o Garantía de Calidad, un programa continuo de investigación a nivel de los departamentos, relacionado con la acreditación de hospitales. Cada hospital debía tener un banco de datos del cual se pudiera obtener información específica para determinar, por ejemplo, el uso de sangre en los diferentes estados o la tasa de infecciones después de intervenciones quirúrgicas o la tasa de accidentes. Debía llenarse formularios y respetar los protocolos. El comité de Control de Calidad se reunía cada mes o cada dos semanas para revisar estas estadísticas y determinar si había problemas o si éstos se podían evitar.

Ahora estamos pasando del Control de Calidad a Calidad Total; la Comisión de Acreditación de los hospitales ha adoptado el enfoque de Calidad Total y formulado una definición que incluye todos los aspectos claves del funcionamiento del sistema. Involucra el impacto de los servicios sobre el nivel de salud de los pacientes, el proceso, los servicios prestados, los costos –porque estamos hablando de eficiencia–, los niveles de satisfacción y el valor de todo este conjunto. Esta definición amplia constituye el enfoque gerencial de los hospitales, su filosofía frente a las necesidades de la comunidad y de sus clientes.

Lo que está pasando en Estados Unidos es una experiencia que en muy poco tiempo puede convertirse en una revolución administrativa. Los hospitales donde más se ha desarrollado el enfoque de Calidad Total no llevan más de cinco años aplicándolo, y algunos recién lo han adoptado hace dos o tres años. Es un fenómeno nuevo y de gran impacto. Pero, ¿cómo surgió Calidad Total en estos hospitales?

En Estados Unidos un hospital debe estar acreditado –existe un sistema de acreditación de hospitales– porque de lo contrario no puede recibir dinero del Gobierno (por los programas Medicare y Medicaid), y un hospital no puede sobrevivir en Estados Unidos sin dinero del Gobierno.

En 1987 la Comisión de Acreditación hizo conocer su nuevo programa Agenda para el Cambio. Este consistiría en cambiar, en un plazo de cinco años, su enfoque hasta entonces basado en la estructura del hospital (disponibilidad de recursos, cumplimiento de una serie de normas, como la firma del médico en las historias clínicas y la elaboración de memorias de las reuniones de los comités) por el enfoque de Calidad Total. Estuve presente cuando el jefe de esta comisión anunció este cambio de enfoque durante la reunión del American Hospital Association. La reacción de los asistentes fue de escepticismo, creyeron que lo expuesto no pasaría de ser teoría. Sin embargo, en 1992 ya los criterios de acreditación respondían a un enfoque de Calidad Total.

¿Cuáles son los beneficios del enfoque de Calidad Total? Sin duda, un sistema administrativo orientado al mejoramiento continuo de la calidad, que busca aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes; en otras palabras, mejorar el impacto de los servicios, disminuir los costos aumentando la eficiencia, mejorar el trabajo en equipo y el compromiso de los trabajadores. Se trata de un conjunto de objetivos ambiciosos y difíciles de alcanzar, pero son los objetivos de la acreditación de los hospitales.

Volviendo al tema del análisis de sistemas, según el Dr. Deming, los conceptos básicos de Calidad Total están referidos al funcionamiento de un sistema, y para mejorar este sistema de producción de servicios se requiere analizar el producto (servicio) y las necesidades de los clientes y desarrollar un plan para mejorar la calidad. En palabras del Dr. Paul Batalden, el proceso hacia el método de Calidad Total pasa por etapas. La Comisión

de Acreditación considera diez etapas para el proceso, pero éstas pueden ser resumidas en solamente tres.

En la primera etapa se define cuál es el proceso que se desea mejorar y se organiza el equipo de personas cuyos conocimientos les permitirán encargarse de ello. El criterio de selección puede estar basado en un problema identificado, en un área determinada. El objetivo es tecnificar un proceso para poder mejorarlo.

En la segunda etapa se resume la información o los datos científicos del funcionamiento del proceso elegido, lo que permitirá comparar la nueva situación con la existente antes de los cambios.

En la tercera etapa se clasifica el conocimiento obtenido del proceso para entender las causas de su variación y, luego, identificar el cambio que se quiere introducir con el objeto de mejorarlo. Quiero detenerme en esta parte porque es obvio que guarda mucha relación con el análisis de sistemas.

Identificar un problema y organizar un equipo equivale a realizar un análisis de sistema, éste es un punto clave. Para prestar servicios de salud se necesita conocer su impacto sobre los niveles de salud del paciente, a esto se denomina efectividad. Los servicios deben ser producidos con recursos, a esto se denomina productividad, y si éstos se calculan en términos monetarios ya se trata de costos. Se puede estar produciendo servicios que causan impacto en el nivel de salud, pero quizá no se está atendiendo a los pacientes que verdaderamente los necesitan. Se requiere conocer las necesidades de la población y la utilización de estos servicios; en este sentido, se puede hablar de adecuación.

En Pensilvania se está utilizando un sistema de información preciso, y en los últimos meses se ha publicado las tasas de mortalidad después de intervenciones quirúrgicas desagregadas por hospital y por cirujano. Las tasas de mortalidad y los costos de las intervenciones están disponibles en un programa cuyo objetivo es dar información pertinente a los clientes para que puedan elegir a qué hospital y a qué médico acudir; pero esto no es un enfoque sistemático, hace falta un elemento más.

El enfoque sistemático necesita tres elementos: efectividad, costo y adecuación. Consideremos los 5 hospitales con el nivel

más bajo de mortalidad y de costos, pero con la tasa más alta de personas que carecen de los requisitos científicos necesarios para validar determinada intervención quirúrgica. Si un paciente necesita esa determinada intervención quirúrgica y se atiende en uno de esos hospitales, corre un alto riesgo de no ser adecuadamente atendido, lo que no sucedería en el caso de no necesitar la intervención, pues entonces obtendría el nivel más bajo de costos y las mínimas posibilidades de mortalidad.

¿Cuál es la idea? Tomemos como ejemplo el caso de las infecciones después de una intervención quirúrgica. ¿Cuáles son los factores que pueden ser causa de estos problemas? La Comisión de Acreditación de los hospitales quiere encontrar la respuesta con relación a efectividad, productividad y adecuación de los servicios. Se necesita un sistema de información que pueda producir los datos con los cuales identificar los problemas. Se necesita datos clínicos y datos administrativos: historia clínica, resultados de morbi-mortalidad, costos y recursos utilizados en la prestación de servicios.

Un concepto importante es aquél de ajustar las salidas en función del nivel de gravedad del paciente al ingresar al hospital. El sistema de información existente ha permitido desarrollar un modo de hacerlo, utilizando lo que se llama el Admission Severity Group. Se ha determinado cinco grupos. Los pacientes del grupo cuatro son los que presentan el nivel de gravedad más alto al ingresar al hospital, y los del grupo cero son los que presentan el nivel de gravedad más bajo. El nivel de gravedad se establece en función de datos clínicos objetivos. Cada paciente es asignado a uno de estos grupos según las manifestaciones clínicas claves. (Si esto no se hace, cabe la posibilidad de manipular los datos, porque por infarto, por ejemplo, los hospitales reciben más dinero que por otros diagnósticos).

Si no se realiza el ajuste por nivel de gravedad y se paga a los hospitales por grupo de diagnóstico, el hospital que recibe los pacientes más graves podrá enfrentar problemas financieros porque no va a recibir el nivel de dinero necesario para atender a sus pacientes.

La tasa de mortalidad de los pacientes del Grupo 4 es de 76 por ciento aproximadamente; la de los pacientes del Grupo 3 es 29 por ciento; la de los pacientes del Grupo 2 es 8,5 por ciento;

la de los pacientes del Grupo 1 es 3,1 por ciento, y la de los pacientes del nivel 0 es 5,5 por ciento. No hay una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos últimos grupos porque corresponden a pacientes cuya situación no es crítica.

Si determinado hospital tiene una mortalidad mayor que la esperada –ajustada por el nivel de gravedad y la edad de los pacientes– su desempeño puede mejorar. Pero analizar el problema desde este ángulo es tener en cuenta sólo la efectividad. El enfoque de Calidad Total requiere analizar también los costos y la adecuación.

Con el mismo sistema de información se puede obtener indicadores sobre la adecuación de las intervenciones quirúrgicas. Todos ustedes deben haber oído hablar de la tasa de apendicectomía normal. Lo mismo se hace para los cien tipos de intervenciones quirúrgicas y se usa los informes de patología para validarlas.

Lo interesante del sistema de información es que permite observar las variaciones entre hospitales y entre médicos. Por ejemplo, algunos médicos tienen una tasa de intervenciones válidas de 80 por ciento, mientras otros llegan apenas a 20 por ciento.

Entonces, es importante diferenciar entre efectividad y adecuación. Puede lograrse un nivel de efectividad alto, pero quizá mucha gente esté recibiendo servicios que no necesita. Lo mismo se puede aplicar a otras tecnologías muy caras de diagnóstico. Se puede analizar la historia clínica para determinar si fue necesario este tipo de intervención de diagnóstico y luego comparar los casos y estudiar la variación, elemento básico de Calidad Total.

También se puede analizar el aspecto de los costos. En uno de nuestros estudios comparamos el comportamiento de 10 sistemas de prepago con el del sistema tradicional del seguro social en función del promedio de estancia. Ajustando los datos por edad de los pacientes, sexo, año, nivel de gravedad, grupo de diagnóstico y características del hospital, se encontró que en los grupos de prepago el promedio de estancia era menor que en el grupo del seguro social.

Lo que quiero decir es que con los sistemas de información disponibles se puede analizar el funcionamiento del sistema de

acuerdo con los procesos y su efectividad, sus costos, su adecuación, pero lo más importante es la relación entre efectividad, costos y adecuación. Es un análisis más complicado, pero puede hacerse. Por ejemplo, de todos los hospitales del estado de Pensilvania se separó a los diez que registraban las tasas de mortalidad más altas y se les comparó con los diez hospitales que presentaban las tasas de mortalidad más bajas. Se encontró que los hospitales con las tasas de mortalidad más bajas tenían también costos totales bajos, costos de uso de servicios de laboratorio también bajos y un promedio de estancia bajo. Es decir, los hospitales que obtienen buenos resultados en términos de efectividad, obtienen también buenos resultados en términos de eficiencia (productividad en términos monetarios).

Con esta base podemos regresar al asunto de Calidad Total. Lo fundamental de la reforma del Presidente Clinton es incentivar la competencia entre grupos de médicos y entre hospitales con relación a efectividad, costos y adecuación. Los médicos y los hospitales que obtienen los mejores resultados van a ganar y la población con ellos, porque va a acudir a aquellos que muestren la mejor efectividad y la mejor eficiencia.

Para ser acreditado en Estados Unidos, un hospital tiene que demostrar a la Comisión de Acreditación que está mejorando continuamente su desempeño, que sus líderes están comprometidos con Calidad Total y participan activamente en el proceso, que está atendiendo las necesidades de los clientes con un sistema de retroalimentación, que ha establecido criterios y un orden de importancia para alcanzar los objetivos buscados.

El hospital también debe mostrar un proceso correctamente planeado y sistemático para la evaluación y mejoramiento del desempeño y demostrar que está utilizando indicadores relevantes para analizar el funcionamiento del sistema –y la verdad es que la mortalidad no es un buen indicador para muchos tipos de problemas, debe usar la morbilidad– e incluir también indicadores sobre la satisfacción de los pacientes. Debe demostrar que dispone de datos sobre el desempeño, que esos datos se analizan y que en función de esto se toman las decisiones.

Todos los empleados deben participar en el proceso de Calidad Total. No se puede formar un comité seis meses antes de la visita de la Comisión y encargarle preparar los documentos per-

tinentes. Un hospital debe comprometerse en el logro de los objetivos buscados; éste es el gran cambio que están experimentando los hospitales de Estados Unidos. No hay duda de que la Comisión ha cambiado su enfoque basado en la estructura del hospital y adoptado el de Calidad Total.

Para terminar, la Agenda del Cambio. Según la Comisión, se puede mejorar la calidad en una forma más efectiva si se realiza un esfuerzo coordinado en todas las áreas claves del hospital, incluyendo los servicios directos, la junta, la administración y los servicios de apoyo o servicios indirectos. El proceso de Calidad Total no puede limitarse a un departamento solamente –como medicina interna, por ejemplo–, debe involucrar a todas las áreas del hospital y utilizar datos válidos y un indicador del desempeño del hospital. Debe poner énfasis en los procesos que causan impacto directo o indirecto sobre el nivel de salud de los pacientes, incluyendo los relacionados con departamentos distintos.

Además, el enfoque de Calidad Total debe centrarse en las oportunidades para mejorar los procesos en vez de buscar las "manzanas podridas". El enfoque de control de calidad busca implícitamente identificar a los malos médicos o a las malas enfermeras o al mal trabajador en general para despedirlos, suponiendo que así mejorará la calidad. El enfoque de Calidad Total, en cambio, centra su atención en los procesos, no en las personas. Como sostiene Deming, el 90 por ciento de los problemas está relacionado con los procesos, no con los individuos. Si se puede mejorar los procesos, se podrá mejorar la efectividad, la eficiencia y la adecuación de los servicios hospitalarios.

En los últimos dos años y medio he visitado más de 100 hospitales que han adoptado el enfoque de Calidad Total y siempre he tratado de averiguar cuál ha sido el impacto del proceso, cuál la ganancia del hospital. Llevar a la práctica el proceso de Calidad Total significa un gran esfuerzo, debe crearse un sistema de información y comprometer el tiempo de muchos trabajadores; y aún no se ha estimado cuánto ha costado esto. Sin embargo, el 70 u 80 por ciento de los directores de los hospitales, aun sin haber calculado el costo del proceso, están seguros del valor del cambio administrativo producido y motivados a seguir dedicando los recursos administrativos a Calidad Total.

Si ésa es la opinión de los directores, creo que no se puede dudar del beneficio de este enfoque.

No obstante, en Estados Unidos actualmente muchos asesores sostienen que Calidad Total no produce un cambio administrativo de envergadura en los hospitales. Desde mi punto de vista, su opinión responde a un interés de grupo, porque pretenden continuar vendiendo sus servicios gerenciales utilizando términos y conceptos distintos a los de Calidad Total.

Creo que todavía vamos a dedicar muchos años más a este esfuerzo –la Comisión y el Gobierno–. Se está empezando a producir un cambio administrativo grande y creo que en los próximos años podremos ver sus resultados.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS

David Bergwall

Quisiera que el título de esta presentación no pareciera algo presuntuoso. Estoy aquí para hablarles sobre la reforma del sistema de salud en Estados Unidos, no para darles lecciones aplicables a su propia situación; son ustedes los que van a decidir qué lecciones tomar. Sin embargo, puedo darles ésta: uno puede invertir todo el dinero que quiera en un sistema de salud, pero eso no garantiza que éste vaya a funcionar como uno desea. Esto sí lo hemos comprobado –creo yo– en mi país.

Se ha dicho que la tarea de los reformadores es reformar, pero cuando emprendemos reformas del sistema social, con frecuencia quedamos atrapados por el mero hecho de llevarlas a cabo sin comprender realmente qué es lo que estamos tratando de arreglar o de cambiar.

Para comprender lo que está sucediendo con los servicios de salud en mi país y por qué nos preocupa tanto la reforma, es necesario saber que estamos gastando mucho más dinero que nunca en los servicios de salud. Quisiera, por ello, empezar esta exposición describiendo el sistema de salud de Estados Unidos y presentando sus antecedentes históricos. Luego describiré cuatro o cinco de las más de cien propuestas de reformas que actualmente se discuten; no puedo pretender conocerlas todas.

El sistema de salud en Estados Unidos está impulsado por el mercado, se basa en la libre empresa establecida sin la partici-

pación gubernamental. En ninguna parte de la Constitución de Estados Unidos ni en ningún dispositivo legal existe algún artículo que establezca los derechos de la ciudadanía a recibir servicios de salud. Muchos piensan que esta omisión es un error, y quizá lo sea, pero debido a ello toda la industria de la salud en Estados Unidos está gobernada por la libre empresa, por la economía de libre mercado. Todo el desarrollo del sistema de prestación de servicios de salud ha estado marcado por esta filosofía política tan arraigada en mi país.

Lo logrado en materia de salud en Estados Unidos es interesante, sorprende y nos llena de orgullo. En primer lugar, los norteamericanos están viviendo cada vez más: entre 1960 y 1990 la esperanza de vida en mi país se ha extendido en cinco años, aumento superior al producido entre 1900 y 1960. En segundo lugar, tenemos acceso a la mejor tecnología médica del mundo. La mitad de las investigaciones médicas que se llevan a cabo en el mundo están financiadas y se realizan en Estados Unidos. Nuestros sistemas de salud son de mejor calidad que los de la mayoría de los otros países del mundo.

Puede pensarse que la gente compra servicios de salud para mejorar su salud, pero en los últimos años la compra de más días de hospitalización, de más días de tratamiento, de más días de cuidados médicos no ha tenido impacto alguno en la salud de los norteamericanos. Los aumentos en la esperanza de vida y las otras mejoras observadas en nuestro sistema de salud se han debido mayormente a cambios de comportamientos y a los adelantos de la tecnología médica, no a la cantidad de servicios recibidos.

Algunos ejemplos de cambios de comportamiento. Se ha demostrado que fumar causa efectos negativos sobre la salud. En Estados Unidos el porcentaje de fumadores pasó de 33 a 25 por ciento durante la década de los ochenta. Los accidentes de tránsito, una de las principales fuentes de lesiones, han disminuido en 30 por ciento debido a la entrada en vigencia, durante esta última década, de las leyes que exigen el uso de cinturones de seguridad. Las muertes causadas por consumo de alcohol, por enfermedades del corazón y por otras enfermedades derivadas de determinados estilos de vida también han disminuido drásticamente.

La tecnología médica –me refiero a drogas, vacunas, nuestro conocimiento básico del sistema, los equipos y suministros médicos, etc.– nos ha proporcionado beneficios enormes en los últimos años. Algunos ejemplos. La poliomielitis ha sido erradicada de Estados Unidos. Hace 20 años la leucemia infantil era una enfermedad fatal para nosotros, hoy el índice de supervivencia se ha incrementado considerablemente gracias a los nuevos conocimientos tecnológicos y médicos. En los años cincuenta las úlceras requerían cirugía, hoy se combaten con drogas y terapia, solamente en los casos extremos se interviene al paciente.

No obstante estos logros, también enfrentamos problemas. Gastamos casi el 14 por ciento de nuestro PNB en servicios de salud y todavía hay 35 millones de norteamericanos –más del 10 por ciento de la población– que no están asegurados y no tienen acceso directo a servicio de salud alguno. Gastamos más de 2.500 dólares en atención médica por persona al año, más del doble de los ingresos per cápita del Perú, y aun así, gran porcentaje de nuestra población carece de servicios de salud.

Nuestro sistema no ofrece iguales posibilidades de acceso a la atención médica a toda la población, hay enormes disparidades entre grupos socioeconómicos y entre grupos raciales.

En los últimos 30 años no se ha observado mejora alguna en el índice de mortalidad por cáncer a las mamas. Es más, ha hecho su aparición una enfermedad muy grave: el SIDA, contra la cual prácticamente no estamos haciendo progreso alguno. Hasta se han vuelto a presentar enfermedades que pensábamos eliminadas por completo, como la tuberculosis, y que atacan a las familias de bajos ingresos y en áreas con altos índices de inmigración.

Todos éstos son problemas que siguen presentándose a pesar de todos los dólares invertidos.

En Estados Unidos los servicios de salud constituyen una enorme industria que emplea a 9 millones de personas, casi la mitad de la población peruana –sólo para establecer una comparación, la industria automotriz norteamericana opera solamente con 800 mil personas–. Hay 600 mil médicos –una cifra enorme, como se

darán cuenta más adelante–, 6.500 hospitales y más de 1 millón de camas para una población de 250 millones de personas.

¿Cómo se distribuyen estas camas? El 50 por ciento está en manos de entidades privadas sin fines de lucro; el 20 por ciento, en manos de entidades privadas con fines de lucro; sólo el 30 por ciento de los hospitales pertenecen a los gobiernos federales o estatales. Puede decirse que el 70 por ciento de la industria hospitalaria es privada.

El pago por los servicios de salud equivale a 2.566 dólares por persona. De este monto, el 38 por ciento se destina a atención hospitalaria; el 19 por ciento, a atención médica; y el 43 por ciento, a drogas, casas de reposo, atención dental, oftalmología, equipos médicos, etc.

¿Cómo se invierte este dinero? En los últimos 30 años se han producido cambios notables con relación a la prestación de servicios de salud. En los años sesenta, la mayoría de las atenciones médicas eran pagadas directamente por los consumidores, es decir, los pacientes pagaban de su propio bolsillo la consulta médica. En la década actual, solamente el 23 por ciento de la atención médica se brinda bajo esta modalidad. El 32 por ciento de los servicios se presta a través de algún tipo de seguro privado; el 4 por ciento, por otros mecanismos; y el resto de los servicios de salud suministrados en Estados Unidos, el 41 por ciento, son pagados por el Estado.

Esta importante participación del Estado parecería contradecir lo afirmado anteriormente respecto de lo privado del sistema de salud de Estados Unidos. ¿Qué ha provocado este cambio? Muchos factores lo explican. En primer lugar, los mayores beneficios proporcionados por el empleador; gran parte de los servicios son pagados por los empleadores. En segundo lugar, los programas establecidos por el gobierno federal: el Medicare y el Medicaid.

El Medicare es un programa de seguro médico para personas mayores de 65 años, independientemente de su nivel de ingresos; es decir, cualquier persona mayor de 65 años puede hacer uso del Medicare en Estados Unidos. Este programa también brinda atención para algunas personas discapacitadas.El Medicaid, por su parte, financia los servicios de salud para los pobres.

Hace un año ya, mi madre sufrió un infarto bastante severo, pero fue muy afortunada. El centro de ambulancias ubicado a tres cuadras de su casa le envió una unidad que la recogió y la llevó a un hospital. Allí recibió el tratamiento de ATC (antitrombótico) con terapia intensiva y ahora lleva una vida normal, y probablemente de una calidad mayor a la que llevaba antes del infarto. Se le practicó una angioplastía y fue sometida a muchos otros procedimientos médicos. Como tenía más de 65 años de edad, el Gobierno le costeó la atención médica de todo el episodio, desde el principio hasta el periodo posoperatorio; todo sumó algo más de 17.000 dólares y ella sólo pagó 676 dólares.

Este es uno de los problemas de nuestro sistema. El 73 por ciento de los norteamericanos, ya sea por los seguros privados o por los programas del Gobierno, no pagan directamente lo que cuesta recuperar o mantener su salud, no responden por la cuenta de la atención o el tratamiento recibido. La mayoría de las personas están protegidas, no afrontan los costos de su salud, ni siquiera se enteran de a cuánto asciende el costo de los servicios que se les presta. La gran interrogante es cómo pudimos llegar a esta situación.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos vivió un periodo de alta inflación. Cualquier cosa que se producía podía tener una demanda ilimitada, porque las exigencias de la guerra habían causado la escasez de todos los productos de consumo. Para poder controlar esa inflación, el Gobierno aplicó una serie de programas y, entre otra medidas, congeló los precios y las remuneraciones. Las empresas interesadas en atraer mano de obra calificada debieron ofrecer a los candidatos algo distinto a esas remuneraciones congeladas: les ofrecieron beneficios sociales.

En mi país, los gastos en beneficios de salud están exonerados de impuestos –algo de lo positivo de nuestro sistema– y no se consideran parte del sueldo; por lo tanto, en aquel periodo las empresas pudieron ofrecer a sus trabajadores seguros médicos privados como incentivo. En determinado momento, este mecanismo de los beneficios adicionales se convirtió en el prin-

cipal medio para obtener servicios de salud en Estados Unidos; quien tenía un empleo recibía un paquete de beneficios sociales que incluía un seguro médico privado.

Ya en 1960, el 13 por ciento de los gastos totales en salud a nivel nacional era cubierto por los empleadores privados a través de algunos de estos beneficios. Durante los años siguientes esta participación creció enormemente hasta alcanzar el 59 por ciento en 1992, porcentaje que equivale a, aproximadamente, 1.400 dólares por persona.

Estados Unidos se está volviendo famoso por su déficit, ha demostrado que supera a cualquier otro país en gastar más de lo que tiene. Si el Estado gravara los beneficios proporcionados por los seguros de salud este año de 1993, el gobierno federal obtendría 65 mil millones de dólares adicionales, solamente por un impuesto a los servicios de salud proporcionados por el sector privado.

Pasemos ahora a los programas del Gobierno: el Medicare y el Medicaid. El Medicare apareció en 1967 durante la administración del Presidente Johnson y podía haber sido interpretado como el reconocimiento del gobierno federal de su responsabilidad con relación a la salud de la población. Sin embargo, el gobierno federal solamente se refirió a su voluntaria aceptación de cierta responsabilidad por la salud de los más necesitados, especialmente de las personas mayores de 65 años. No obstante, éste es un beneficio muy especial. La persona que gana 5 millones de dólares al año –y son varios– tiene tanto derecho a este tipo de seguro como la persona que no obtiene ingreso alguno.

El programa Medicare comprende dos modalidades. La modalidad A cubre lo concerniente a atención hospitalaria –esto es algo complicado, pero espero poder explicárselos–. Los costos hospitalarios de los primeros 60 días están cubiertos con un sólo monto deducible, 676 dólares, como en el caso de mi madre. Quienes requieren periodos más largos de hospitalización pagan 139 dólares diarios por el siguiente mes, esto es, desde el día 61 hasta el día 90. Pero en Estados Unidos no hay hospital que cobre una tarifa tan baja, sobre todo en el caso de enfermedades graves. Si se requiere una hospitalización mayor a los 90 días, todavía se puede usar el programa 60 días más, pero se debe pagar 390 dólares diarios.

La modalidad B es opcional, cubre atención médica y cuesta 36 dólares mensuales –ésta es la tarifa actual–. El monto deducible es de 100 dólares anuales. Volviendo al ejemplo, mi madre pagó 100 dólares por la atención del cardiólogo. En 1965, cuando este sistema se estableció, esta prima mensual –que incluso era menor a los 36 dólares actuales– cubría la mitad de los costos de la atención médica. Ahora, esta prima cubre solamente la cuarta parte de estos costos.

Adicionalmente, la mayoría de las personas mayores de 65 años gozan de otro seguro cuyo propósito es cubrir el monto deducible y algunos otros servicios excluidos del Medicare. Quienes están cubiertos por ambos seguros, tres de cada cuatro personas en Estados Unidos, prácticamente no pagan por la atención. Además, este segundo seguro está regulado por ley y su precio es el mismo para todos, independientemente de la historia clínica y del riesgo médico de cada quien. Si una persona sufre un infarto o ingresa a un hospital y recién quiere comprarlo, la ley obliga a vendérselo por 36 dólares mensuales.

La mayoría de la gente no tiene ni la menor idea de lo que cuestan los servicios médicos, saben que son carísimos, pero no saben exactamente cuánto. Para las personas mayores de 65 años, esto es, pues, un verdadero estímulo.

El otro gran programa, el Medicaid, fue establecido también a mediados de la década de los sesenta para tratar lo concerniente a la salud de los pobres. Cubre a las personas de bajos ingresos, categoría que incluye mayormente a personas de la tercera edad, a discapacitados –invidentes, discapacitados físicos–, a menores de edad y a mujeres gestantes.

Mientras el Medicare es un programa íntegramente del gobierno federal, el Medicaid es un programa conjunto entre el gobierno federal y el gobierno de cada estado. El gobierno federal responde por la mitad de los costos administrativos del programa para cualquier estado y el gobierno estatal responde por la otra mitad.

Con relación a la cobertura de los costos de salud de los asegurados, el gobierno federal paga entre el 50 y el 80 por ciento de los costos de la atención médica con base en una fórmula nacional. La causa de esta diferencia radica en que algunos estados son más ricos que otros. Los estados más pobres están cubiertos en mayor medida por el gobierno federal.

En 1990, 25 millones 300 mil personas –casi toda la población del Perú– recibió beneficios del Medicaid. Los ancianos, los invidentes y los discapacitados constituyen el 27 por ciento de la carga, pero consumen el 70 por ciento de los gastos –es el antiguo principio del 20/80. Mientras, son muy pocos los niños beneficiarios de este seguro –éste es uno de nuestros problemas–; reciben solamente el 14 por ciento de la atención médica.

Esto es lo que ha sucedido en términos de cobertura. Nuestra reforma está tomando en cuenta las tres fuentes de pago de los servicios de salud.

En los últimos 3 años se han producido muchísimos cambios en el sistema de reembolso de la cobertura. Hasta la década de 1970 se utilizó el sistema de reembolso sobre la base del costo, es decir, el reembolso retrospectivo, después de los hechos. En otras palabras, si uno gastaba un dólar, al término del año uno recibía nuevamente su dólar, eso estaba garantizado. Pero ¿cuál era el incentivo de este método? Definitivamente no inhibía al sujeto de gastar. No imponía multa financiera por gastar. Si uno quería, podía quedarse uno o dos días más en el hospital, porque el costo ya estaba cubierto.

A partir de los años ochenta, el sector privado de la industria de la salud –al que corresponde el 60 por ciento del gasto– empezó a interrogarse acerca de lo oneroso del sistema y a tomar conciencia de que hacía lo mismo que el gobierno: pagar demasiado. Los empleadores se preguntaban por qué gastaban tanto en seguros, al mismo tiempo que el propio Gobierno empezaba a preocuparse por sus déficit.

Obviamente, una de las mejores formas para controlar costos es cambiar el comportamiento de la gente. Los aseguradores comenzaron por considerar quiénes podían cambiar y eligieron a los hospitales.

Entonces sólo recurrieron a programas de restricción de costos. Pero después optaron por tratar de modificar el comportamiento de los médicos –que son los que efectivamente "compran" los servicios– a través de monitoreo y administración de casos. No se pretendía cuestionar las decisiones de los médicos, pero sí establecer algún tipo de control. Por ejemplo, en 1991, el

67 por ciento del mercado privado utilizó alguna forma de administración de casos: las personas tenían que estar precertificadas antes de ser internadas en el hospital. El médico debía explicar a la compañía de seguros cuál era el problema para recibir el visto bueno.

Durante ese mismo año, el 49 por ciento del mercado de seguros privados exigió una segunda opinión médica antes de practicar una cirugía, opinión de un médico que no era independiente, sino contratado por la compañía de seguros. Esto también ha provocado ciertos cambios.

No obstante lo sucedido en el sector privado, el cambio en el sector estatal fue mayor. Se decidió dejar de lado el sistema de reembolsos retrospectivos y adoptar el sistema de pagos per cápita. Consiste éste en fijar un monto de dinero por paciente al año y entregárselo al médico a cambio de atención médica para cada persona. Si la persona no solicita atención médica, el médico se queda con el dinero; si la persona requiere más atención de la cubierta por ese monto, el médico responde. Esto es, el riesgo se comparte con el médico.

Las organizaciones que lograron mayor eficacia con este sistema fueron las administradoras de salud, cuyos médicos podían controlar los costos; también lo hicieron las que tenían una lista de proveedores preferidos, una lista de médicos dispuestos a aceptar estos pagos por procedimiento.

Los estudios realizados muestran que los costos se incrementaron más lentamente. No bajaron, pero subieron a menor velocidad, sobre todo en aquellos mercados donde había competencia entre los proveedores de servicios coordinados.

En 1983, el gobierno federal introdujo los pagos anticipados sobre la base de Grupos Relacionados por Diagnóstico o DRG (Diagnostic Related Group) que, concebidos como resultado de una investigación sobre utilización, ocasionarían un cambio muy importante en materia de financiamiento.

¿Qué función cumplieron los 470 DRG en el sistema de salud norteamericano? Definieron, por primera vez, los productos hospitalarios o servicios hospitalarios. En el sistema anterior se compraba determinado tiempo de sala de operaciones, de atención de enfermera, de sala de recuperación, determinada cantidad de medicamentos, esto es, una serie de recursos para aten-

der determinada enfermedad; por ejemplo, un problema de apéndice. Hoy, todo ese conjunto constituye un producto, se llama apendicectomía.

La pregunta que enseguida surgió fue por qué una apendicectomía no podía costar igual en todos los hospitales. Obviamente debía haber motivos, pero se encontró que la variación de costos entre hospitales era inmensa. Los hospitales o clínicas más caras cobraban por una extirpación de apéndice típica, sin complicaciones, entre diez y doce veces más que un hospital barato.

Entonces, con base en los DRG , el gobierno federal fijó tarifas promedio para el pago de los servicios dentro de los programas Medicare y Medicaid. Los hospitales cuyos costos estuvieran por debajo de esa tarifa promedio ganarían la diferencia, y los que estaban en el caso inverso la perderían. A partir de entonces, se verían motivados a reducir costos.

No obstante, al comienzo la tarifa fue muy alta. Durante los primeros dos años de vigencia de los DRG en Estados Unidos, la mayoría de los hospitales se enriqueció. Pero cuando los hospitales empezaron a reducir sus costos, indujeron una baja del promedio y, por ende, de la tarifa. Esto hizo que las ganancias fueran reduciéndose y que los costos mostraran una tendencia a la baja. En términos sencillos, si los que cobran más pueden bajar sus costos, el promedio irá bajando; y si uno paga el costo promedio, a la larga pagará menos. Pero realmente los pagos nunca bajaron, lo que disminuyó fue el nivel de aumento, el índice de aumento.

Volviendo a los DRG, desde que fueron adoptados como medio para calcular los pagos, el comportamiento de los hospitales cambió drásticamente. El tiempo de hospitalización por procedimiento decreció de manera significativa. Los estudios sugieren que los DRG han provocado una disminución de 20 por ciento en los costos de atención hospitalaria pagados por Medicare. Esta ya es una forma de reducir costos, de reformar el sistema; y esto se ha logrado sin afectar la calidad de los servicios, según lo confirman estudios recientes.

El año pasado, la reforma prosiguió con los médicos. En 1992, los controles de los honorarios médicos llegaron hasta la creación de una escala de valor relativo con base en los recursos. El gobierno federal pensaba que se estaba reembolsando incorrectamente a los médicos, ya que se pagaba más por procedimientos de alta tecnología, de alto riesgo, que por otros procedimientos más importantes, como la atención primaria. Se necesitaba más atención primaria y menos cirugía, pero el sistema estableció los honorarios médicos sobre la base de la complejidad del caso y la duración del tratamiento. Ahora ha disminuido lo pagado a los cirujanos y ha aumentado lo pagado a los médicos que realizan evaluaciones y diagnósticos, especialmente a quienes se dedican a atención primaria. Evaluar los resultados de esta medida es todavía prematuro. La comunidad médica estima que se producirán cambios –inicialmente ventajosos quizás– en las preferencias por especialidades; pero siempre se necesitarán cirujanos altamente capacitados.

Esta es la situación actual de Estados Unidos: aumento de costos y gastos y disminución de la cobertura de los seguros. Razones suficientes para hacer necesaria una reforma de los servicios de salud.

Como señalé anteriormente, es increíble que en una nación con tantos recursos y riquezas como la nuestra haya 35 millones de personas que no reciben atención médica alguna. En cuanto a los gastos, en los últimos 30 años lo invertido en atenciones médicas pasó de 5 por ciento del PNB a 12 por ciento del PNB.

Los asesores económicos del Presidente han planteado que si congelamos el sistema ahora y no hacemos algo, para el año 2030 estaremos gastando el 26 por ciento de nuestro PNB en servicios de salud. Es preciso hacer algo, no podemos darnos el lujo de continuar así. Gastamos por persona 1,5 veces más de lo que gasta Canadá, 1,7 veces más de lo que gasta Alemania y el doble de lo que gasta el Reino Unido en servicios de salud. A propósito, en estos 3 países los precios han estado incrementándose enormemente. Los costos del sistema canadiense están creciendo con mayor rapidez que los de nuestro sistema, y sin embargo este país solamente gasta 8 por ciento de su PNB en salud.

Conviene que explique algo más sobre la población no asegurada. No son necesariamente desempleados, son personas de ba-

jos ingresos que trabajan generalmente a tiempo parcial y, por ello, no reciben beneficios sociales. No obstante, sus ingresos no son tan bajos como para tener derecho al Medicaid. Esta es la paradoja. Hay un grupo de gente que entra y sale de esta categoría de asegurados simplemente por cambiar de empleo.

¿Qué está sucediendo actualmente en el mercado laboral de Estados Unidos? Se están produciendo despidos masivos: Kodak va a despedir a 10 mil personas en los próximos seis meses, la General Motors ha despedido a 35 mil personas en los últimos seis meses. ¿Significa esto que estas empresas ya no necesitan a estos trabajadores? No, muchas de estas personas van a ser sustituidas por talento comprado por hora para evitar gastos excesivos en beneficios sociales. En los supermercados y en las grandes cadenas de tiendas, por ejemplo, sólo hay 3 empleados a tiempo completo; el resto, varios cientos de personas, trabajan a tiempo parcial para reducir los costos de sus empleadores. Solamente se les permite trabajar 27 horas a la semana, porque bajo nuestro sistema quien no sobrepasa este límite no es asegurado por la empresa –aunque puede comprarse su propio seguro–.

Entre los no asegurados también hay un grupo que causa mucha preocupación: quienes sufren de enfermedades crónicas. Estas personas están impedidas de trabajar por sus propias dolencias, y al no hacerlo –o no hacerlo a tiempo completo– no reciben beneficios sociales. Tampoco pueden beneficiarse de Medicare ni de Medicaid porque estos programas no cubren este tipo de enfermedades.

Hay otro grupo de beneficiarios parciales: los subasegurados, quienes, por ejemplo, están cubiertos por un seguro que excluye a sus dependientes. Otro caso, la persona cuyos beneficios de salud consideran deducibles muy altos: los 2.000 primeros dólares de atención al año, por ejemplo.

Mi paquete de seguros me compromete a pagar 250 dólares al año como máximo –la universidad tiene un buen seguro–. Como este deducible es bajo, voy a usar el seguro cuando lo necesite. Pero la persona que gana 10 mil dólares y debe pagar 2 mil dólares al año, ¿va a usar el sistema de la misma forma?

Quisiera dejar de enumerar los problemas y pasar a las soluciones. Según indican nuestros estudios, la oferta de médicos ha

aumentado en Estados Unidos. Esto ha causado que la compra de servicios de salud sea mayor y que la competencia se incremente. Supuestamente, los costos debieron reducirse, pero esto no se ha producido. Por ejemplo, los honorarios por una operación de amígdalas en un estado pueden ser cuatro veces mayor que los de otro estado vecino, y esto no guarda relación alguna con el número de médicos.

Cuando se implantó el sistema de los DRG, la gravedad de los pacientes hospitalarios aumentó y, en consecuencia, se incrementó la necesidad de enfermeras. La demanda por enfermeras creció tanto que debimos importarlas del resto del mundo. Obviamente, las enfermeras demandaron y consiguieron mayores remuneraciones. Nueva presión sobre los costos. Pero los costos también han subido por la nueva tecnología médica. Las tomografías computarizadas han subido en 400 por ciento en la última década; y la resonancia magnética, hasta en 500 por ciento. El número de procedimientos se ha multiplicado por 5, y son procedimientos muy costosos. Por ejemplo, en 1980 uno de cada 400 hombres mayores de 65 años tenía un *by pass* coronario, en 1990 esta proporción fue de uno de cada 100 hombres mayores de 65 años. Los errores en el ejercicio médico han incrementado los costos administrativos.

Además ha habido algunos cambios significativos en la composición de la población. En Estados Unidos hay cada vez más viejos, y los viejos requieren de más servicios de salud. Para tener una idea cabal de lo que esto significa veamos cifras. En 1970 los gastos per cápita en servicios de salud por las personas mayores de 84 años de edad era de más de 9.000 dólares al año; los gastos por las personas entre 65 y 84 años de edad, casi 5.000 dólares al año; y los gastos por los comprendidos entre los 19 y los 64 años, 1.500 dólares al año. Finalmente, los menores de 19 años consumieron 745 dólares en servicios de salud. Otro elemento más que encarece nuestro sistema de salud.

En estos mismos momentos se está produciendo un gran debate nacional, un debate al que el Presidente Clinton le otorga la mayor importancia. Su reelección depende de su capacidad para reformar con éxito el sistema de salud, asunto que se ha conver-

tido en el principal problema de Estados Unidos. Como mencioné anteriormente, las propuestas son muchas; intentaré explicar algunas de las más viables.

La administración Clinton ha anunciado que en 100 días –en noviembre– van a llegar a una solución; aseveración que muestra su desconocimiento del problema. Sin embargo, ya están haciendo algo, definitivamente están tratando el problema. Se dice que en el lapso de un año van a poder presentar una propuesta; y la propuesta en la que está trabajando el Gobierno se basa en una reforma del mercado, para que éste mejore sus funciones y permita el acceso a los marginados de hoy.

Una parte de la propuesta consiste en otorgar créditos tributarios a las personas de bajos ingresos para que no deban pagar impuestos si utilizan los seguros médicos –y quizá deducciones tributarias a la clase media–.

Se les está pidiendo a los estados que están trabajando en reformas de salud que presenten planes o paquetes competitivos que permitan elevar el poder adquisitivo de la población y también ayudar a la pequeña empresa. Más del 60 por ciento de la economía norteamericana se basa en este sector, en empresas de menos de 100 trabajadores.

Otro aspecto. Hacer posible el acceso de mayor número de personas a los servicios de salud supondría la eliminación de las limitaciones basadas en preexistencias. No hemos examinado el asunto de los riesgos, pero una forma usada por los empresarios para reducir sus costos por servicios de salud ha sido deshacerse de los trabajadores más "caros", de aquellos que podían hacer elevar enormemente su prima de seguros.

El Gobierno pretende reformar el mercado y conseguir mayor eficiencia y mayor efectividad en la prestación de servicios de salud a través de una mayor participación de las organizaciones administradoras de salud (HMO) –lo que estimularía la competencia– e incentivos a los médicos a partir de pagos per cápita. También fomentar la administración por casos.

Como mencioné al principio, las verdaderas mejoras se han producido por cambios de comportamiento. Conviene señalar que la mayoría de nuestros programas de seguros no financian cuidados preventivos sino sólo cuidados agudos. El programa del Gobierno va a prestarle mayor atención a la medicina preventiva.

Otra propuesta consiste en cambios en la competencia administrada. Esta es una realidad de nuestro mercado, y probablemente parte de las soluciones será controlar que el mercado funcione y no sea dominado por los ofertantes. La principal característica de este tipo de competencia es la creación de cooperativas de compras de servicios de salud. En lugar de que cada pequeño empleador compre un seguro para sus trabajadores, los empleadores de una misma área se ponen de acuerdo y por medio de su cooperativa compran un solo seguro para todos. Mientras más empresas formen parte de la cooperativa y más trabajadores se agrupen, mayor poder de negociación tendrán frente a la compañía de seguros.

La competencia proviene del hecho que las HMO pueden ser eficientes en cuanto a costos. Los médicos y los hospitales tienen que considerar alguna forma de organización parecida a las HMO para ser más eficientes en cuanto a costos. Por su parte, los consumidores van a poder seguir teniendo diferentes opciones. La cooperativa no va a comprar un único programa, sino toda una amplia gama de programas, y el consumidor se podrá afiliar al de su preferencia. Ya no va a tener un control directo sobre el médico, pero sí sobre el plan que decida comprar o adquirir.

La idea original está vigente desde hace algún tiempo y le ha dado otro vuelco a la administración de salud; es parte de la propuesta del gobierno en el sentido que se deben crear algunos otros mecanismos para controlar el mercado. Básicamente se trata de presupuestos globales. Hay que decidir el monto máximo que se está dispuesto a gastar en servicios de salud y ceñirse a él; el sistema canadiense lo hace así.

Otra forma de controlar el mercado sería fijar un tope a los aumentos; por ejemplo, permitir sólo un aumento de 2 por ciento este año. Los programas administrados son más eficientes porque dan mayor poder adquisitivo a los consumidores.

Hay otro conjunto de programas denominados: "actúas o pagas", que se concentran en el empleador y le dan una alternativa a la compra de seguros para sus trabajadores: pagar un impuesto al Gobierno o a otro organismo que agrupe varias empresas en la misma situación. A cambio de esta alternativa el empleador debe pagar el seguro a todos sus empleados.

Pero ¿quién atiende a los desempleados? Se reserva parte de los impuestos para cubrir a los desempleados, pero ninguno de estos programas, ni el de "actúas o pagas" ni el de control de mercados ni el de la competencia administrada, implica la solución completa de este problema.

Recientemente se han venido discutiendo otros dos modelos. El primero de ellos es el del pagador individual, que persigue la eficiencia a través de un sistema que elimina todas las compañías de seguros o establece algún tipo de control por el cual las formas de operar sean iguales para todos. Este sistema está vigente en Canadá, pero parece que en nuestro país se ha perdido el interés en él –salvo el caso de algunos políticos–. Hace 2 años parecía más viable, pero ahora está siendo dejado de lado.

El segundo nuevo modelo es el de los seguros nacionales de salud, asunto que el país no está dispuesto a tratar; no existe la voluntad política para ello, para discutir si la población tiene derecho a que se le presten servicios de salud. Nuestra solución, nuestra reforma del sistema, debe encajar con nuestro sistema económico, con nuestra filosofía económica.

El primer paso tal vez se dé dentro de este primer año, pero el proceso va a demandar mucho tiempo. No vamos a solucionar nuestro problema de salud de un sólo "porrazo", pero se debe ir tomando algunas medidas.

Muchos de nuestros estados, por propia iniciativa, están utilizando otros enfoques, otras modalidades. Veamos algunos de los proyectos rápidamente. Oregon ha llevado a la práctica un programa muy interesante para racionalizar los servicios. Han hecho una relación de todos los procedimientos y de todas las necesidades que se pueden cubrir con el monto de dinero que anualmente se destina a Medicaid. Una vez que se llega al límite de determinado servicio no se atiende a más pacientes. Se les dice que lamentablemente el presupuesto para cubrir ese servicio se agotó.

Hawai tiene gran experiencia con modelos basados en los empleadores. Más del 90 por ciento de su población está cubierta por beneficios sociales de salud o mediante un impuesto que se paga para cubrir a los no asegurados –un modelo bastante interesante–.

El estado de Maryland ha optado por un sistema de regulación al proveedor: tasas, honorarios, servicios, entre otros. En Florida, el Estado agrupa a los pequeños empleadores para darles poder adquisitivo dentro de determinados mercados, para que puedan adquirir una mejor póliza de seguros.

Estas son algunas de las soluciones que se están considerando para nuestro sistema de salud.

LA RACIONALIZACION DE COSTOS EN LA ADMINISTRACION DE LA SALUD

Jaime Castrillón

Hace algunos años, ciertos organismos internacionales se mostraron preocupados por la deficiente gestión financiera, específicamente de costos, observada en los países de América Latina y El Caribe. En esa oportunidad sugirieron que se procurara mejorar esa gestión y se realizara un esfuerzo especial con relación a la contención de costos. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido desde entonces, lo logrado por nuestros países es todavía insuficiente.

Toda América Latina comparte actualmente una renovada preocupación por mejorar la gestión en el sector salud, lo que implícitamente remite, entre otros aspectos, a la racionalización de los costos, pero este aspecto todavía es difícil de manejar al interior de los organismos de la salud.

El paciente que busca atención en un hospital origina costos prácticamente desde que llega a la puerta, pero ¿saben las instituciones de salud a cuánto ascienden estos costos? Si no lo saben ¿cómo pueden fijar tarifas adecuadas por sus servicios?, ¿cómo pueden elaborar el presupuesto para el próximo periodo?, ¿con qué seguridad pueden presentarse a una licitación?, ¿cómo pueden negociar con empresas que les ofrecen medicinas prepagadas, por ejemplo?; en suma, ¿cómo pueden evaluar su gestión o la de sus subalternos? Si no se conocen los costos, no se sabrá cómo reducirlos, ni cómo medir la eficiencia de la

organización, ni cómo sustentar una solicitud de ayuda, una donación o un préstamo a un organismo nacional o internacional, ni cómo racionalizar los exiguos recursos.

Sin considerar costos de oportunidad, las instituciones de salud gastan en: salarios (de directivos, médicos, paramédicos y personal de apoyo), depreciación (de planta, equipos, vehículos), servicios públicos (energía, agua, teléfono, limpieza, alcantarillado), insumos (drogas, insumos médico-quirúrgicos, alimentos, insumos de aseo), mantenimiento (de planta, equipo, vehículos), gastos financieros (arrendamientos), entre otros.

Pero es conveniente precisar qué se entiende por costo. Según una de las definiciones, es la suma de erogaciones que una persona natural o jurídica realiza para adquirir un bien o un servicio con la intención –debemos reparar en esto– de que genere ingresos en el futuro. A un organismo sin fines de lucro no podría aplicársele la segunda parte de esta definición, pero sí a las clínicas, policlínicos y hospitales que persiguen una rentabilidad.

Existen distintas categorías o tipos de costo. Uno de éstos es el costo de inversión, el desembolso realizado para adquirir un bien o un servicio –terreno, vehículo, maquinaria– que debe rendir utilidad; por consiguiente, el costo de inversión debe ser recuperado en el largo plazo. En la elaboración de presupuestos se debe considerar este aspecto.

Otro tipo de costo es el costo-gasto, el que se espera recuperar en el corto plazo. Como se sabe, el concepto de corto plazo es relativo, puede ser un periodo menor de un año, pero también de varios años si se trata de, por ejemplo, devolver un préstamo de diez mil millones de dólares a un organismo internacional.

Un tercer tipo de costo es el costo-pérdida, el que, a diferencia de los anteriores, no se puede recuperar, como los debidos a incendios, robos, entre otros.

De acuerdo con otro criterio, los costos se clasifican en directos e indirectos. Los costos directos son aquellos que son identificables con el servicio o con el bien que se produce, vende o compra. Así por ejemplo, en una cirugía, los anestésicos, las suturas, las jeringas, el jabón especial, la ropa y guantes del cirujano, y el propio trabajo del cirujano constituyen costos directos.

Los costos indirectos, a la inversa, son aquellos que no pueden identificarse con el bien o servicio en cuestión pero son indispensables para producirlo o prestarlo. Por ejemplo, en el caso de la cirugía anterior, el salario del directivo de todo el hospital es un costo indirecto. El directivo no interviene en la operación, pero sin él no podría funcionar la institución de salud. Otros costos indirectos no identificables con la operación son: sueldos del personal de apoyo, lavandería, impuestos, depreciación de la planta, servicios públicos, insumos de aseo, además de los costos de oportunidad.

Los costos directos e indirectos pueden asignarse a un departamento o división determinada, que se denomina centro de costos. Este es un método importante para efectos del control de costos.

Los costos directos son fácilmente controlables y por esto es sencillo aplicar un programa de racionalización de costos con ellos –por ejemplo, no es deseable utilizar los mismos guantes para dos operaciones, pero hay hospitales tan pobres que los lavan para volver a usarlos–. Por el contrario los costos indirectos son difíciles de calcular y de controlar y, por lo general, no se ejerce acción alguna sobre ellos; la atención se centra en los costos directos, fáciles de controlar. El control de los costos debe iniciarse precisamente examinando esta omisión; la mayoría de las veces los costos indirectos resultan mayores que los directos.

¿Qué hacer con esos costos que no pueden ser identificados con el servicio prestado? Una posibilidad es identificarlos con una división determinada a la cual cargárselos, la de Administración o Mantenimiento o Servicios Generales, por ejemplo.

Si no existe una división en la cual concentrar todos los costos, la otra posibilidad es distribuirlos entre todas las divisiones de la organización –entre todos sus centros de costo– o solamente entre las divisiones con las cuales guarden alguna relación (pueden existir costos que no guarden relación alguna con determinado departamento, entonces a éste se le exime del reparto).

Supongamos que debemos repartir el costo de la energía eléctrica. Escojo este ejemplo porque no hay un solo centro de costos en un hospital que no utilice energía eléctrica. Obviamente no podemos asignarle una misma proporción a todas las

divisiones. El centro de costo Lavandería o la división de Cirugía no van a tener el mismo consumo de energía que Consulta Externa, por ejemplo. Es indudable que los dos primeros consumen mucha más energía que el tercero.

Es necesario entonces establecer una base o un criterio de reparto que refleje la "causación" del costo. En el ejemplo, éste puede ser el número de instalaciones; no es perfecto, pero es útil para ilustrar el concepto. Si una división tiene más instalaciones, se le carga un mayor consumo de energía. Igualmente, si lo que se va a repartir es el consumo de agua, el criterio será el número de grifos. Debe tenerse en cuenta que la base de reparto apropiada en una organización no es necesariamente tan apropiada en otra, por una serie de condiciones. Es imprescindible que la administración identifique plenamente los costos indirectos con un servicio o un departamento.

Los costos de los departamentos de soporte se distribuyen entre los departamentos funcionales que tengan relación con ellos. Si, por ejemplo, existen cinco departamentos: Cirugía, Consulta Externa, Farmacia, Mantenimiento y Administración, los dos primeros son funcionales y los tres últimos de soporte. Funcionales son los que realmente prestan el servicio. Por su parte, los costos de los departamentos funcionales se asignan al servicio en función del número de servicios prestados o del número de pacientes atendidos, por ejemplo.

Sobre los costos indirectos existe un menor control, a veces la responsabilidad sobre ellos se diluye más fácilmente, particularmente sobre los que provienen de otros departamentos. Para un jefe de departamento es fácil identificar los costos de su departamento: su sueldo, el de su secretaria, la depreciación de los muebles que están en su departamento, la depreciación de los equipos asignados a su departamento. En cambio le es muy difícil aceptar la asignación de costos de otros departamentos, peor aun cuando la absorción de esos costos determina que su servicio –el servicio que presta– se encarezca. Al jefe del departamento de Cirugía, por ejemplo, le debe molestar que sus operaciones resulten muy onerosas porque se les carga parte de los costos de Mantenimiento. Por ello es muy importante identificar y cuantificar los costos indirectos hasta los niveles que sea posible.

La administración debe proveer una adecuada estructura que haga posible una distribución objetiva de los costos, que refleje fielmente la relación entre la actividad de cada departamento y los costos en los que incurre. Esta estructura, además, debe ser lo suficientemente flexible para permitir que, cuando esa relación se altere, se puedan cambiar los patrones de asignación. Si, por ejemplo, se descubre que el número de instalaciones no es el criterio correcto para repartir los costos de energía eléctrica, la administración debe ser lo suficientemente hábil para cambiar ese patrón de reparto, puede usar la potencia de las máquinas, por ejemplo.

Volviendo a la diferencia entre departamentos funcionales y departamentos de soporte, los costos de los departamentos de soporte no se distribuyen solamente entre los departamentos funcionales, también entre los otros departamentos de soporte. Por ejemplo, los costos del departamento de Administración –seguimos con nuestro hospital de cinco departamentos– se reparten no solamente entre Cirugía y Consulta Externa, sino también entre Farmacia y Mantenimiento. Esto para expresar que un departamento de servicio también puede ser departamento de soporte para otros departamentos de servicio. El departamento de Farmacia incurre en sus propios costos y también debe responder por los servicios que recibe de Mantenimiento y de Administración.

Pero ¿qué criterio usar para distribuir los costos de estos departamentos? Pueden repartirse en partes iguales si eso refleja la "causación" de los costos, pero si no es así se debe buscar un criterio de distribución. En el caso del departamento de Administración puede ser la cantidad de funcionarios, porque mientras mayor sea la planilla de determinado departamento mayor será el trabajo que demande de Administración. En el caso del departamento de Mantenimiento puede ser la cantidad de horas que dedique a cada departamento. Si se le da más horas de mantenimiento al departamento de Cirugía, éste deberá absorber mayor proporción de los costos de mantenimiento. Por último, en Farmacia el criterio podría ser la cantidad de medicamentos consumida en cada uno de los departamentos.

Me he extendido sobre los criterios de reparto y sobre la forma de cargar los costos de los departamentos de soporte a

los departamentos funcionales porque es preciso tener muy claros dos conceptos: el primero, la cantidad de servicios y los costos involucrados en un servicio prestado y, el segundo, los criterios para distribuir esos costos.

Cuando un usuario sale de Cirugía o de Consulta Externa ha hecho uso de toda una organización y causado una serie de costos. Para saber cuánto cuesta una consulta de 20 minutos o de media hora no basta repartir los costos del departamento de Consulta Externa entre todos los pacientes o entre el número de consultas; es necesario realizar todo un trabajo de levantamiento de costos de los departamentos de soporte y asignarle a Consulta Externa la parte que le corresponde.

Igualmente, hallar cuánto le cuesta a la organización un minuto de cirugía requiere calcular otros costos diferentes a los directos.

Supongamos que una organización hace uso de la sala de cirugía durante 8 de las 24 horas disponibles. Para poder prestar el servicio de 8 horas ha sido necesario usar toda una logística, luego todos esos costos deben ser considerados. No obstante, en este caso debe tenerse en cuenta algo muy importante. Si la sala de cirugía está disponible durante 24 horas y sólo se le utiliza 8 horas, hay una capacidad ociosa de 16 horas. La pregunta es quién absorbe esa capacidad ociosa. La capacidad ociosa debe absorberla la organización, no el usuario. En este caso la organización debe tomar una decisión de carácter estratégico, concentrar las cirugías en un determinado hospital o reducir la logística hasta ajustarla a la demanda. Lo importante de este ejemplo es ilustrar el hecho que los costos pueden resultar muy elevados si no hay una correspondencia entre los servicios demandados y la logística preparada para esa demanda.

Respecto de las consultas externas sucede algo similar. Acabo de revisar un estudio hecho en Barranquilla en el que se compara los costos de atención a pacientes en unas 10 poblaciones, incluyendo Barranquilla. En esta última ciudad, atender a un paciente costaba aproximadamente la tercera parte de lo que costaba en muchas de las otras poblaciones, porque la logística montada en Barranquilla correspondía a la gran demanda de pacientes, mientras que en los otros pueblos, la demanda no era tan grande pero había que mantener un médico allí y pagarle el mismo salario que al médico de Barranquilla.

Otra de las grandes clasificaciones de los costos es la que los divide en costos fijos y costos variables. La principal característica del costo fijo es que no cambia aunque la actividad varíe, obviamente dentro de cierto rango de tiempo y grado de actividad. El costo variable, por el contrario, varía en función de la actividad.

Supongamos que una clínica gasta 50 mil dólares en depreciación –la expresión contable del desgaste físico– de los equipos, del edificio y de los vehículos, y que gasta en salarios de sus directivos, médicos y enfermeras una suma parecida. Considerando otros rubros gasta en total 150 mil dólares. Este costo fijo tiene la característica de que permanece igual cualquiera sea el número de pacientes atendidos, ya sean uno, dos o mil. El costo variable, por el contrario, aumenta a medida que el número de servicios aumenta. Por ejemplo, el gasto en jeringas aumenta según el número de pacientes que las hayan requerido. Mientras mayor sea el número de servicios menor será la proporción de costo fijo atribuido a ese servicio, sea éste cirugía o consulta externa. Me he referido prácticamente sólo a los costos fijos porque en materia de racionalización de costos, tratar con los costos variables es mucho más fácil.

Entonces, moraleja: se debe procurar utilizar al máximo toda la logística disponible para prestar los servicios si se quiere que el costo fijo por servicio prestado se reduzca también al máximo. Si la logística disponible excede el número de servicios vendidos, la organización debe revisar los aspectos administrativos. Para empezar, ¿por qué elaboró un presupuesto para determinadas unidades de servicios si el mercado solamente era capaz de absorber la mitad?

Seguramente la organización considerará varias opciones, unas de mercado y otras administrativas; pero lo primero, desde mi punto de vista, sería considerar si el mercado puede demandar algo más; y si no puede, desmontar la logística existente hasta el tamaño de la demanda.

Dado que la tarifa cobrada al usuario no puede alterarse, cuando la demanda por los servicios disminuye, la institución debe absorber los costos fijos que los usuarios no alcanzan a absorber. Cuando se opera por debajo de la capacidad instalada, la organización debe responder por los costos, no los usuarios.

En ocasiones puede ser razonable disminuir la tarifa para incentivar la demanda, sobre todo si se presume que el alto precio de los servicios está ahuyentando a los usuarios potenciales. Si la medida da resultado disminuirá la porción de costo fijo que cada cliente debe absorber, esto es, el costo unitario. Generalmente cuando un servicio involucra tecnología costosa las tarifas son elevadas, como en el caso de la resonancia magnética, por ejemplo. No pretendo dar lecciones, pero quizá si la organización se atreve a ingresar en otros mercados, en el de las clases de menores recursos, sería capaz de abarcar un mayor número de usuarios, disminuir las tarifas y lograr que mayor proporción de los costos fijos sea absorbida por los usuarios.

Volviendo a la preocupación original: determinar cuánto le cuesta al hospital un servicio y cuál es la utilidad obtenida en los diferentes niveles de la actividad, quisiera poner énfasis en dos o tres aspectos. En primer lugar, en que el costo fijo por servicio disminuye a medida que la actividad aumenta; y en segundo lugar, que si la suma del costo variable más el costo fijo por servicio es menor que la tarifa, se obtiene una utilidad, en caso contrario, una pérdida.

Conozco muchas instituciones cuya situación no es la deseable, pero no se dan cuenta porque siguen obteniendo utilidad de efectivo. No perciben que están perdiendo el edificio, las máquinas, las instalaciones y los vehículos. La depreciación tiene un objetivo: acumular para que en el futuro se pueda reponer los activos. Cuando la utilidad contable es negativa significa que la organización no dispone de fondos suficientes para hacerlo.

La importancia de manejar la estructura de costos es ésa, saber diferenciar la utilidad de efectivo de la utilidad contable. Algo más, poder determinar el punto de equilibrio, es decir, el nivel de actividad donde los ingresos igualan a los costos, donde no se pierde ni se gana, donde los usuarios están cubriendo todos los costos fijos y los costos variables.

Una adecuada estructura de costos permite identificar con claridad cuáles son los costos fijos y cuáles son los costos variables. Si esto no se hace, tampoco se puede conocer cuál es el punto de equilibrio y, por lo tanto, no se conocerá cuándo se ha iniciado la pérdida, porque se pierde cuando se opera por debajo del punto de equilibrio.

Hay un rango de actividad en el cual se puede estar obteniendo utilidad, sin que ésta sea la máxima. No obstante, no se puede sobrepasar determinado nivel, el de la capacidad, sin incurrir nuevamente en costos fijos adicionales, capaces ya no de generar utilidad, sino de incentivar las pérdidas.

LA ADMINISTRACION DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE REFORMA Y PRIVATIZACION DEL SECTOR

César Oyarzo

Dentro del largo título de esta exposición, la palabra clave es "reforma". Durante los últimos años, por mi vocación para el estudio del sector salud, he estado trabajando en proyectos estructurales de reforma de este sector en algunos países latinoamericanos, empezando por Chile, que es el caso que más conozco y al cual me referiré.

Voy a partir de una breve descripción del complejo sistema previsional de Chile, en el que coexisten dos subsistemas, uno público, cuyo órgano central es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y uno privado, formado por un conjunto de instituciones de salud previsional conocidas como ISAPRES.

En el subsistema público la cotización es obligatoria, proviene de los trabajadores y equivale al 7 por ciento de sus ingresos. En el subsistema privado hay mayor flexibilidad, además de la cotización legal del 7 por ciento, se permite cotizaciones voluntarias de trabajadores y de empleadores.

En materia de beneficiarios, el sistema público mantiene la definición legal de los sistemas tradicionales: fundamentalmente los cotizantes y sus cargas legales. En el sistema privado el concepto beneficiario es, obviamente, mucho más flexible, porque los planes de salud pueden incluir a personas que no constituyen cargas legales, todo depende del precio pactado por el plan.

Con relación a los beneficios previsionales, por definición ambos sistemas cubren básicamente la misma canasta: exáme-

nes preventivos, controles, subsidios por medicina curativa y subsidios por maternidad.

Lo que llama la atención del sistema de salud chileno es que incluye un paquete de prestaciones bastante caro, un paquete de prestaciones previsionales que la tradición asoció con salud. Básicamente se trata del pago de las licencias laborales, que dentro del sistema privado representa alrededor del 20 por ciento del costo total y, por lo tanto, es una cuestión muy importante de considerar. Cuando uno se refiere al sistema de salud chileno, en materia de lo que es la administración del financiamiento, está refiriéndose a una mezcla entre prestaciones propiamente de salud y lo correspondiente a algunos componentes que son estrictamente de orden previsional, como los subsidios por maternidad y los de incapacidad laboral.

Con relación a la cobertura, el Fondo Nacional de Salud tiene todavía una concepción de sistema público. Todos los afiliados están incluidos dentro de un plan único que, para bien o para mal, se define como de carácter universal, es decir, pretende dar una cobertura completa. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta para el análisis de estos sistemas, porque en la realidad esto no se logra, hay todo un conjunto de restricciones de oferta que se introducen de manera implícita. En teoría el sistema público brinda todo, pero en la realidad da todo lo que le es posible dar y en la fecha cuando le es posible hacerlo por la limitación de recursos. Eso es lo que yo llamo un sistema de exclusiones implícitas.

El sistema privado, por el contrario, funciona con un conjunto de exclusiones explícitas. Cada persona cuenta con un plan de salud expresado en términos de un contrato legal donde se establece cuáles son los beneficios que la institución de salud previsional se compromete a otorgar.

Desde el punto de vista cultural, ésta es una de las diferencias más notables entre ambos sistemas. Las exclusiones explícitas producen sentimientos muy intensos, por lo menos en mí país, y constituyen la principal fuente de las críticas adversas. Yo sostengo que debemos acostumbrarnos a elegir entre dos sistemas con formas de exclusión distintas. La opción, naturalmente, la tiene el país, pero siempre teniendo en cuenta las exclusiones propias de ambos sistemas.

Con relación a otras características, el sistema público chileno funciona con un plan único pero que ofrece distintas modalidades de atención. Hoy en día, sus afiliados pueden elegir entre utilizar la modalidad de libre elección y recurrir a prestadores privados, o utilizar el sistema público. Esta segunda modalidad se denomina atención institucional y equivale al tipo de atención cerrada del sistema de prepago puro –como el de Estados Unidos–, en el cual el administrador del financiamiento está integrado verticalmente con el prestador de servicios.

Las formas de pago difieren según las modalidades. En la modalidad de libre elección, los afiliados copagan una cantidad muy significativa de recursos. Los copagos del Estado nominalmente son del 50 por ciento, pero en la realidad sólo alcanzan al 30 por ciento. Menciono la diferencia entre lo nominal y lo real porque la bonificación la establece el Estado en función de los aranceles que éste mismo fija. Sin embargo, los precios de los prestadores privados son libres y en muchos casos difieren de los aranceles establecidos por el sistema público.

Me explico. Por ejemplo, si el Estado establece como base de bonificación por día/cama la suma de $ 10 y el precio de mercado es $ 20, la persona debe aportar los $ 5 que le demanda el Estado por lo legal y los $ 10 adicionales correspondientes a la diferencia entre el valor efectivo de mercado y el precio oficial. Por lo tanto, y de acuerdo con nuestras estimaciones, los afiliados al sistema público que usan el sistema privado de atención tienen una carga de copago muy importante, alrededor de más o menos 70 por ciento, en promedio, de las prestaciones. Este copago es independiente del nivel de ingreso, simplemente quien quiera utilizar el sistema privado debe estar dispuesto a copagar el 70 por ciento.

La alternativa que ofrece el sistema estatal para las personas de menores ingresos es, obviamente, la modalidad institucional, donde los copagos son menores y hasta gratuitos, dependiendo del nivel de ingreso. Las personas indigentes, denominadas de tipo "A", reciben una bonificación estatal del 100 por ciento; también las personas del tipo "B", quienes están bajo la línea de indigencia, siempre que se atiendan en hospitales públicos.

Las personas ubicadas sobre la línea de indigencia, las de los tipos "C" y "D", tienen que copagar 25 y 50 por ciento respecti-

vamente del costo de sus prestaciones; el Estado les entrega la diferencia. De nuevo se debe hacer aquí una distinción entre lo nominal y lo real, pero esta vez la base de aranceles juega a favor de las personas. El sistema público no dispone de un buen sistema de costos y sus aranceles son extremadamente bajos; en consecuencia, las personas copagan muy poco con relación al costo efectivo del servicio, el 50 por ciento de un día/cama equivale a no más del 10 por ciento de su costo efectivo.

Así funciona en líneas generales el sistema público. Las personas ejercen su libertad de elección según su capacidad de pago. Si uno está en condiciones de hacer un desembolso importante puede usar infraestructura privada; si no lo está, queda obligado a usar los hospitales públicos.

En el sistema privado sucede lo contrario. La variedad de planes ofrecidos a los afiliados determina distintos sistemas de copagos y distintas posibilidades de atención. En general, todavía predominan en Chile esquemas de libre elección dentro del mercado de la salud previsional. Las ISAPRE ofrecen a sus afiliados la posibilidad de elegir entre una lista muy amplia de médicos –prácticamente la totalidad del mercado– y de usar cualquier tipo de establecimiento.

No obstante, y como una forma de contención de costos, en los últimos tiempos se ha ido introduciendo la figura de la integración vertical. Hoy en día, son muchas las instituciones de salud previsional que practican esta modalidad –podría denominarse– de planes cerrados. Se les ofrece a las personas una cobertura determinada siempre y cuando recurran a un número limitado de establecimientos clínicos o una lista más reducida de médicos.

De hecho, una de las ISAPRE más importantes del mercado chileno –la que absorbe aproximadamente el 25 por ciento– ha adoptado una política abierta de uso muy restringido de planes, utilizando en su lugar la modalidad de integración vertical. En los últimos años, incluso, ha estado contratando médicos funcionarios para poder atender a sus afiliados en sus mismos establecimientos, estrategia usada fundamentalmente para contener costos.

No obstante, todavía hay una amplia gama de tipos de comportamiento entre las ISAPRE. Algunas están básicamente orientadas hacia una política de integración vertical y constituyen sistemas de prepago puro, mientras otras están dedicadas particularmente al tema de la administración del financiamiento y no intervienen en el campo de los proveedores. La ley faculta, obviamente, cualquiera de las dos estrategias.

En términos de la vigencia del plan y sus readecuaciones, el sistema chileno público se adscribe, nuevamente, al modelo clásico: la duración del contrato es indefinida. El Estado nunca deshaucia el contrato y el afiliado tiene la opción de irse cuando quiera. Bajo esta concepción de plan único tampoco hay discriminaciones de precio por los diferentes riesgos de la salud de las personas.

Las variaciones de los costos en materia de salud implican el aumento del precio del plan para el conjunto, es decir, ajustes periódicos iguales para todos los afiliados según la inflación, cambios de costos técnicos y reestructuración de beneficios.

El sistema de salud previsional privado funciona con esquemas de modificación de contrato o de duración indefinida de contrato desde el punto de vista de la institución que ofrece el contrato. En el caso chileno, la ISAPRE no puede cancelar por sí sola el contrato firmado con el afiliado, salvo, naturalmente, cuando se producen violaciones legales; pero por regla general no puede hacerlo. Sin embargo, al cabo de un año las personas sí pueden cancelar el contrato si optan por cambiarse a otra institución de salud previsional. Para compensarlas, la ley faculta a las ISAPRE a modificar el contrato anualmente. Si bien no pueden variar las condiciones, pueden variar los precios de los planes o su cobertura, es decir, los beneficios establecidos. En la práctica este elemento le brinda la posibilidad de cancelar el contrato. Si multiplica los precios por siete, por ocho o por diez, está obligando al afiliado a renunciar a éste.

Para terminar con esta descripción, conviene señalar que en el caso de mi país, el Estado paga una parte significativa del costo de la salud con ingresos provenientes de la estructura de impuestos generales de la nación. El sistema público funciona con algunos subsidios estatales. Aparte de las cotizaciones previsionales recibe un aporte fiscal que destina a financiar los programas de fomento y prevención, la atención institucional gratuita a los indigentes y la atención institucional a beneficia-

rios de CONAPSA, total o parcialmente subsidiados según su nivel de ingreso. Además el Estado proporciona lo correspondiente al subsidio materno.

Por otra parte, el Estado también entrega al sistema de las ISAPRE un subsidio, el llamado de cotización adicional legal. El objetivo de éste es incentivar a los trabajadores para que abandonen el sistema público y se afilien al sistema privado. Funciona de la siguiente manera: quien se afilia a una ISAPRE recibe de su empleador un aumento de sus ingresos equivalente al 2 por ciento, suma que el empleador descuenta de sus impuestos. En la práctica, por lo tanto, el desembolso corresponde al sistema de impuestos generales de la nación, razón por la cual está considerado como subsidio estatal. Finalmente, las mujeres afiliadas al sistema de salud previsional privado también reciben el subsidio materno de los fondos comunes del Estado.

Algunos datos pueden ayudarnos para comprender la dimensión de ambos sistemas en Chile. Desde el punto de vista de la cartera de afiliados, el 66,7 por ciento de los cotizantes está inscrito en el sistema público; y la diferencia, 33,3 por ciento, en el sistema ISAPRE.

Con relación a la categoría de afiliados –cotizantes activos o pasivos– se observa un hecho significativo: el 97,6 por ciento de los cotizantes pasivos están afiliados al sistema público. Como veremos más adelante, por una razón bastante lógica los sistemas privados en sus inicios no pueden dar respuesta adecuada a la tercera edad. El Estado sigue siendo responsable –por lo menos por lo que a la administración del financiamiento se refiere– de prácticamente todos los trabajadores de edad avanzada.

Respecto del gasto en salud, el 55 por ciento corresponde al sistema público y el 44 por ciento al sistema de las ISAPRE. Esta diferencia entre el número de cotizantes y la participación del gasto está mostrando evidentemente que el gasto per cápita en el sistema de las ISAPRE es significativamente más alto que en el sistema público.

En cifras absolutas, mientras el sistema ISAPRE gasta anualmente alrededor de 200 dólares per cápita, el sistema público chileno desembolsa casi 100 dólares anualmente. La relación es de dos a uno y el gasto en promedio ponderado para el sistema de salud chileno como un todo es de unos 130 dólares per cápita.

Desafortunadamente no dispongo de las cifras en dólares, pero el tipo de cambio en Chile (1 a 400) y las cotizaciones reflejan la diferencia de renta promedio entre los afiliados al sistema privado y los afiliados al sistema público. En las ISAPRE la cotización promedio es de $ 14,000, mientras en el sistema público llega sólo a $ 4,900; la relación es de 2,8 a 1. En términos de gastos, la diferencia se reduce por el subsidio estatal que fundamentalmente se dirige al sistema público.

Hasta aquí la descripción. Quisiera continuar con aspectos más conceptuales. Además de referirme al caso chileno, quisiera compartir con ustedes el marco de referencia analítico que está orientando algunas de las líneas centrales del proceso de reforma en Latinoamérica, que incluye algunos elementos técnicos, pero también otros francamente ideológicos.

Chile se caracteriza por haber emprendido a lo largo de su historia grandes procesos de reformas. No sorprende por ello el proceso de transformación en el área de salud que está experimentando a partir de la década de 1970 –principalmente en 1979– y particularmente después del gobierno militar. Las bases de este proceso siguen vigentes aún, pero el gobierno instaurado en 1990 pretende introducirle algunos cambios.

A diferencia de la agenda de cambios de los años ochenta cuyo elemento central era la privatización, la idea en la presente década es estructurar una mezcla entre lo público y lo privado que sea razonable en función del objetivo perseguido por el sistema de salud: eficiencia, equidad y, naturalmente, el resultado esperado en términos de salud de la población. Por una serie de condiciones estructurales, sabemos que las soluciones mágicas no se encuentran exclusivamente ni en el campo de lo privado ni en el campo de lo público porque ambos sectores tienen papeles fundamentales que cumplir.

La palabra mágica de la nueva concepción es lo que se ha venido a denominar la mezcla público-privada, que, como lo entendemos los economistas participantes en este proceso, es un espacio de competencia entre lo público y lo privado donde las reglas de juego comunes, no razones ideológicas, van a definir los espacios particulares de cada cual. Si el sector privado es

eficiente debe demostrarlo dentro de un ordenamiento legal, no esperar que esta característica se le reconozca como algo inherente a su naturaleza. Por su parte, el sistema público no se puede amparar en los conceptos de bienestar social y de solidaridad para evitar dar pruebas de su capacidad.

Las condiciones particularmente imperantes en Chile permiten afirmar que es posible intensificar la competencia entre el sector público y el sector privado, tanto en el campo de los prestadores como en el campo de la administración del servicio, de manera que cada cual vaya definiendo su propio espacio y se les dé a los afiliados la posibilidad de elegir libremente cuál de los dos sistemas prefieren.

No tenemos una opción ideológica de partida con relación a lo público o a lo privado, pero sí mucho cuidado en identificar los puntos de las actuales normativas, legales o no, que pueden traducirse en ventajas para alguno de los dos actores; no necesariamente para el sector privado, como pudiera pensarse.

La necesidad de cambio en esta dirección es inevitable, fundamentalmente porque tres factores ineludibles y presentes desde los años ochenta están adquiriendo hoy en día mayor importancia. Se trata, en primer lugar, de la crisis macroeconómica y de la consecuente restricción de recursos que ha obligado a exigir eficiencia a sectores normalmente reacios a buscarla, como el sector salud.

El segundo factor impulsor de este proceso de reforma es el cambio ideológico respecto del papel que debe asumir el Estado. Con relación a esto quisiera destacar que el sector salud va a ser todavía el último bastión donde los ofertantes predominen largamente sobre los demandantes, aun cuando, desde el punto de vista ideológico, el consumidor adquiere día a día un papel más importante en todo el mundo. Lo sucedido tradicionalmente en materia de salud nos impide pensar en cómo el consumidor puede ir adquiriendo un lugar preponderante. Pero, sin duda, los sistemas públicos no tienen ninguna posibilidad de sobrevivir si siguen adoptando exclusivamente el punto de vista de la tecnocracia para resolver los problemas de salud de la población.

Chile es un país cuyo sistema de salud puede probablemente exhibir, junto con Costa Rica, grandes logros en materia de

efectividad. Quienes trabajamos en el sistema de salud chileno y en el de Costa Rica podemos estar absolutamente orgullosos de nuestros indicadores de salud; por ejemplo, respecto de lo que gastamos. No obstante, la población de ambos países está altamente insatisfecha de lo que recibe del sistema público. Esta aparente contradicción, a nuestro juicio, obedece fundamentalmente a un problema de dimensión en torno a la satisfacción del consumidor que estos sistemas nunca han abordado. Hoy en día, los sistemas de salud, cualquiera sea la opción de esta mezcla público-privada, deberán reconocer el papel relevante que la demanda del consumidor está adquiriendo en el mundo.

Finalmente, el tercer factor es la constatación de que los sistemas de salud en el mundo están cambiando básicamente porque el perfil epidemiológico se ha transformado de manera significativa. Este hecho nos obliga a enfrentarnos con la necesidad de adaptar la estructura de nuestros sistemas de salud anteriores.

En otra dimensión del problema que está orientando las reformas, quisiera llamar la atención sobre dos o tres aspectos.

El primero de ellos es la coexistencia de dos mercados diferentes relacionados con la salud. Hoy en día, desde el punto de vista económico, los sistemas de salud deben ser visualizados como integrados por dos mercados claves con formas de comportamiento distintas y con relación a los cuales la elección de políticas y del *timing* de la reforma puede ser distinta. Uno es el mercado de los proveedores de servicios, ámbito donde se ubican los prestadores médicos, las clínicas, etc.; el otro es el mercado de la administración del financiamiento o el mercado de los seguros de salud.

Esta distinción es fundamental y debe ser tenida en cuenta en cada país al momento de estructurar la reforma del sistema. Hemos escuchado cómo en Costa Rica las reformas están siendo pensadas en función del mercado de los proveedores. Con relación a la administración del financiamiento siguen manteniendo el esquema de seguro único de salud de carácter estatal.

Cuando se califican las experiencias de otros países de exitosas o menos exitosas, sería conveniente caracterizarlas también de acuerdo con la participación privada en los dos mercados, el del ámbito de la administración del financiamiento y el del ámbito

de los proveedores. La evidencia motiva la reflexión. En el caso de Canadá, por citar un ejemplo, la prestación de servicios es mayormente privada, pero la administración del financiamiento no sólo es de origen público, sino que corresponde a los gobiernos provinciales. Allí encontramos, obviamente, la tradición europea: prácticamente toda la participación privada cae dentro del campo de la provisión de servicios, mientras que la administración del financiamiento todavía sigue siendo fundamentalmente de carácter público.

Chile es el caso inverso, un caso atípico: el sector de la administración del financiamiento ha sido elegido como el primer mercado en el cual introducir la privatización. Con la excepción de Estados Unidos, probablemente no hay países con estructura de sistemas de seguros privados, ni países que –particularmente en términos de reforma en los últimos años– hayan copiado este modelo de empezar la privatización por el mercado de la administración del financiamiento.

Creo que en este aspecto existe una instancia de reflexión importante; es muy significativo elegir cuál mercado privatizar primero. Es necesario preguntarse qué efecto va a tener el privatizar la administración del financiamiento sobre el mercado de prestadores para ir acomodando su estructura.

Otra cuestión sobre la cual es preciso llamar la atención –aunque sea extremadamente básica– es la referente a los mecanismos de asignación de recursos. Tampoco la paradoja está siendo planteada entre los sistemas públicos de planificación central y el sistema privado con mercados competitivos.

Hoy día, particularmente en el mercado de la salud, la idea de la competencia o del uso del mercado trasciende el ámbito privado y toca el ámbito de lo público. Sabemos que la opción de competencia y de mercado puede ser combinada con cualquier opción de forma de propiedad. En la reforma del sistema inglés se está observando, por ejemplo, el intento de combinar la estructura pública con la opción de competencia.

Por otra parte, los esquemas privados, por las condiciones del mercado de la salud, no garantizan necesariamente una total competencia, que es de donde realmente se espera surja la mayor eficiencia. Está en plena discusión si conviene introducir un esquema completamente competitivo o si es preferible la

existencia de mercados con menor grado de competencia en los que el Estado cumpla un papel regulador.

También está la pregunta de si es necesario mantener el sistema de asignación de las personas a espacios poblacionales. Los salubristas sostienen que en el caso particular de la atención primaria, el servicio debe ser proporcionado en función de una dimensión no comprendida en términos individuales, sino que contemple la relación de la persona con su ambiente. Apelan a razones de eficiencia en la atención para justificar la organización de estos esquemas de asignación de las personas a ciertos espacios poblacionales. Para un economista este criterio es muy difícil de manejar. Desde nuestro punto de vista, en un sistema privado la persona debería poder elegir dónde ser atendido. Yo, por ejemplo, podría estar inscrito en mi comuna o en la comuna que está veinte kilómetros más allá.

El problema es la libertad de elección, derecho que nosotros defendemos en casi todos los mercados y que la concepción de los salubristas restringe al considerar una dimensión que trasciende a la persona.

Por otra parte, hoy en día en el ámbito de los seguros se está comprendiendo de manera creciente que los seguros de salud individual pueden adolecer de fuertes deficiencias intrínsecas con relación a la simetría de la información y al costo de transacción y que por ello es necesario pensar en esquemas de seguros que vayan más allá de lo individual y pasen necesariamente por grupos colectivos, ya sean éstos empresas, organizaciones comunales u otras.

La privatización no va a producir automáticamente las ganancias naturales que los economistas le atribuimos al sistema competitivo por oposición al sistema monopólico; podemos enfrentarnos a organizaciones privadas que actúan en mercados con alto grado de imperfecciones. En este caso, la estrategia de un Estado regulador se convierte en una necesidad vital. Pero debe ser una regulación inteligente, porque algo que hemos aprendido es que las fallas del mercado a veces pueden ser menos costosas que las regulaciones imperfectas de los Estados. Debe entenderse que las imperfecciones del mercado de la salud requieren de una forma de regulación que sea poco costosa, apunte al objetivo final y no cree burocracias innecesarias ni

trabas adicionales a la competencia, aparte de las inherentes al mercado mismo. Este es un desafío planteado para todos los esquemas.

Pensar en un esquema de privatización y de uso del mercado con un Estado preocupado sólo por el aspecto de la solidaridad es, a mi juicio, un sueño. Las imperfecciones del mercado de la salud reclaman una regulación inteligente que acompañe el proceso.

Estos son, básicamente, algunos de los parámetros centrales de la concepción del proceso de reforma: participación del sector privado y del sector público dentro de un esquema que puede combinar ciertos grados de competencia y de regulación.

Voy a dedicar la última parte de mi exposición a explicar cuál ha sido la concepción que ha estado detrás de la reforma chilena ocurrida a partir de la década de los ochenta, y luego intentaré delinear cuál ha sido el impacto de esta reforma. Posteriormente y como un caso de aplicación práctica de lo que les he venido refiriendo, intentaré analizar hacia dónde se dirigen las transformaciones planteadas en la década de los noventa para el caso chileno.

Las reformas emprendidas por el gobierno militar tuvieron por objetivo, por un lado, el perfeccionamiento del sistema público y, por otro lado, la profundización de la privatización.

Con relación al sistema público, la reforma del año 1979 se realizó fundamentalmente bajo el esquema de profundizar su descentralización y delimitar sus funciones.

La ley encargó al Ministerio de Salud las funciones de planificación y de regulación, al menos en teoría –después veremos que no siempre las leyes se aplican en la práctica– y separó de este Ministerio un sistema nacional de servicios de salud altamente descentralizado, al que se le entregó patrimonio propio y prácticamente todas las facultades para que fuera administrado independientemente del Gobierno Central. También se creó el Fondo Nacional de Salud, organismo encargado de la función de financiamiento.

Con relación a esto último y a la luz de los años noventa, creo que a esa ley le faltó comprender la diferencia entre la función

de compra y la función de producción de los servicios. Los proveedores eran los entes de la producción y el FONASA debió ser creado, más que como administrador del financiamiento de estos servicios, como la institución compradora de estos servicios. La delimitación clara de estas dos funciones genera un compromiso y una orientación mayor hacia el consumidor.

Algo más. Entre 1980 y 1981 se estableció la llamada municipalización del nivel primario de atención, que consistió en entregarle a la administración municipal toda la red de consultorios y postas del país. En realidad no se entregó todo lo correspondiente a la atención primaria, porque los hospitales de menor complejidad se mantuvieron dentro del sistema público.

Como veremos después, de aquí surge la interrogante de si conviene descentralizar un sistema de salud cortándolo por niveles. Creo que la experiencia chilena demuestra que existen algunas ventajas, pero también serias desventajas. Esto con relación al ámbito de lo público.

Respecto del ámbito privado, al inicio de los ochenta el gobierno militar incluyó en la ley de creación del Sistema de Administración Previsional Privado –equivalente a la AFP peruana– un artículo bastante ingenuo que establecía que parte de las cotizaciones previsionales destinadas a la salud se podían destinar a cualquier institución, no necesariamente a la pública. Este pequeño agregado dentro de la ley previsional dio paso a las llamadas ISAPRE, que empezaron a funcionar entre 1982 y 1983.

Pero fue recién dentro del conjunto de reformas de 1990 y prácticamente cuando expiraba el gobierno militar chileno –un día antes de la entrega del mando– que se promulgó la ley de las ISAPRE, la cual establecía principalmente la creación del organismo contralor del sistema. En el último minuto, y después de ocho o nueve años de funcionamiento del sistema, el gobierno creaba el mecanismo de regulación.

En sus inicios, pues, el sistema prácticamente no estuvo sometido a regulación alguna y, es más, dada la forma y la premura con que fue creado, tampoco pudo ser objeto de discusiones previas. Como es de todos conocido, el sistema fue concebido por los economistas responsables de la reforma de manera tal que se le daba la mayor importancia a la competencia, y para incentivar ésta se permitió a las personas cambiar de ISAPRE

cada mes. Ustedes se pueden imaginar el desastre que esto produjo. Todos los actores de este mercado comprendieron rápidamente que ésta no era la forma bajo la cual el sistema podía funcionar; las posibilidades de fraude se incrementaban notablemente, y el control que debía ejercerse para evitarlo también; en consecuencia, los costos de administración se elevaban significativamente. El caso clásico era el de los partos. Una mujer embarazada podía quedarse en el sistema público los ocho primeros meses, trasladarse el último mes a una ISAPRE y luego del parto volver al sistema público; con estos cambios se aseguraba una mejor atención.

La respuesta a todo esto fueron los periodos de carencia: la defensa del sistema contra las trampas. En Chile todavía el sistema funciona con una gran cantidad de carencias; además se ha establecido la llamada declaración de salud, de acuerdo con la cual ninguna dolencia preexistente es cubierta por el sistema.

Dentro de esta racionalidad se entiende también la vigencia anual de los contratos. Si los contratos fueran de más largo plazo muchas de las carencias no tendrían sentido. Todas las limitaciones que se establece para contratos de corto plazo tienen una racionalidad económica muy clara. Debe promoverse una legislación destinada principalmente a crear mercados de más largo plazo con contratos de largo plazo; si no hay un respaldo legal para la contratación de largo plazo es muy fácil que se produzcan incentivos perversos para las partes, que cada uno busque obtener algunas ventajas particulares.

Volviendo al tema, la creación del sistema de 1980, que se hizo por la vía del sistema previsional, no contenía un gran marco de regulación, prácticamente la única regulación provenía del mismo FONASA, al que el Estado le otorgó la condición de juez y parte. En efecto, siendo en la práctica una especie de competidor de las ISAPRE, se le encargó la función de fiscalización inicial. No obstante, el FONASA se limitó exclusivamente al ámbito de lo financiero, cautelando que las instituciones creadas cumplieran con cierto monto mínimo de capital y lo mantuvieran.

Todo lo descrito es en líneas generales el paquete de reformas que el gobierno militar chileno puso en marcha al inicio de los años ochenta.

Quizás en el ámbito de lo público convenga referirse a la Ley de Salud promulgada en 1985, porque desde mi punto de vista es de signo contrario a la creación del sistema ISAPRE y apuntó a otra dirección. Me explico. La reforma de 1970 había intentado unificar las distintas cajas de previsión vigentes en esa época creando el Sistema Nacional de Salud: los obreros pertenecían a un régimen previsional y los empleados a otro –como dirían los norteamericanos, los de cuello azul estaban separados de los de cuello blanco–. Y esta separación existió en Chile hasta 1985, cuando la ley del gobierno militar unificó el sistema. A partir de entonces tanto obreros como empleados tuvieron derecho a ambas modalidades: la institucional o la de libre elección. En la práctica, perteneciendo al sistema público todos tienen los mismos derechos.

También durante ese periodo se elevó fuertemente la cotización previsional que se había fijado en 4 por ciento al inicio de los ochenta. Saltó del 4 al 7 por ciento, lo que para los fines de la estructura de financiamiento marca uno de los cambios importantes del sistema. Hoy el sistema de salud de Chile se financia con las cotizaciones previsionales.

Mi juicio respecto de la reforma del gobierno militar, con relación a eficiencia y equidad lo puedo resumir más o menos así. En el ámbito público, el proceso de descentralización se hizo en toda la estructura jurídica, pero se amarraron dos elementos que son centrales en un proceso de descentralización: el presupuesto y el personal.

Los trabajadores siguieron estando bajo el régimen general de la administración pública, sometidos a un esquema de sueldos comunes, a las leyes de inamovilidad y al esquema de puestos determinados por el Estado. Por lo tanto, las instituciones de salud, particularmente los hospitales, se vieron privadas de una de las principales armas de la gestión: tenían poder para hacer lo que quisieran, pero no con el personal. Esto los obligó a asignar el presupuesto en función de su base histórica –si por ley se tiene una planta de trabajadores se les debe garantizar sus remuneraciones– y, por lo tanto, a reducir su margen de maniobra, porque prácticamente el 70 por ciento del presupuesto estaba amarrado. Este elemento es clave para entender por qué hay una descentralización en el papel pero no una descen-

tralización efectiva. En el Chile de los noventa el sistema público, descentralizado a medias, adolece de serias ineficiencias.

Tampoco se le introdujo al sistema público elemento alguno de competencia. Por ley, en teoría, los chilenos pueden acudir a cualquier hospital, pero el presupuesto de los hospitales no depende del número de pacientes, es fijo. En consecuencia, el hospital no gana nada por atender a una persona y, más bien, se siente incentivado a no hacerlo. En la práctica, la libertad de elegir del paciente es un absurdo desde el punto de vista económico. Bajo este esquema, no es de extrañar que el sistema siga siendo fuertemente ineficiente.

Respecto de la atención primaria, creo que la municipalización logró desviar más recursos. En los esquemas públicos, cuando los incentivos no se establecen de manera transparente, los grupos de poder son los que asignan los recursos, y los grupos de poder –perdónenme los médicos presentes– están fuertemente concentrados en los grandes hospitales públicos. En efecto, en la mayor parte de nuestros países, cuando los presupuestos se asignan históricamente de acuerdo al grado de complejidad, el pedazo más grande de la torta queda para los hospitales de mayor complejidad y a los niveles primarios sólo llegan porciones ínfimas.

El proceso de municipalización chilena logró romper este círculo, en parte, al darle presupuesto propio a los sistemas de atención primaria, lo cual produjo efectivamente una mayor expansión de los establecimientos y del personal que allí labora. Con todos los problemas de cobertura que todavía existen en mi país, el sistema fue bastante mejorado por esta descentralización de la atención primaria.

Sin embargo, hay problemas serios, este corte obligado por niveles de atención se traduce en un esquema de derivación bastante perverso. En Chile, hoy en día el nivel de atención primaria alcanza aproximadamente 70 por ciento de resolución. Yo no soy médico, pero en otros países he visto que el nivel primario funciona al 90 por ciento de resolución y aun esperan llegar al 95 por ciento. El incentivo está en que al municipio se le paga por atención prestada, entonces multiplica las atenciones pero no resuelve, traslada los problemas a los niveles secundarios y terciarios.

Otro factor a considerar es la insatisfacción laboral del gremio médico, que constituye un elemento de presión en contra del sistema de municipalización y causa una altísima rotación de médicos en el nivel primario. Los médicos de mi país, por lo menos, no están dispuestos a estar toda la vida en el nivel primario de atención, aspiran a estar en un hospital. Por lo tanto, este cambio de sistema también implica un quiebre de la profesión médica. Se verían médicos que siempre harían el control prenatal, pero nunca atenderían un parto, y otros médicos que siempre estarían dentro de hospitales. Este quiebre de sistema es uno de los aspectos que la experiencia chilena aún no puede resolver.

Respecto del campo de lo privado, la experiencia de privatización –la privatización a la chilena– se lleva a cabo con serios costos en cuanto a la equidad y la eficiencia. De hecho, el proceso chileno, por su forma de aplicación a partir de un sistema único de salud, implica una reforma tributaria regresiva. Los sectores de altos ingresos pertenecen al mismo fondo solidario que el resto de la gente, lo que equivale a cobrarles un impuesto específico de contribución con la labor de solidaridad del Estado. No es la única manera de hacerlo, podría pedírseles que hagan este aporte por la vía de los impuestos generales. El Estado puede recolectar fondos para su labor de solidaridad o de redistribución con impuestos generales, no tiene por qué hacerlo en cada uno de los mercados de una manera específica.

El que los sectores de altos ingresos puedan trasladar sus aportes hacia un sistema de cuentas individuales y acceder a mejores planes de salud, sin que en compensación el gobierno cree impuestos generales, equivale a realizar una reforma tributaria regresiva, por muy razonable que sea la decisión desde el punto de vista del gobierno. Los sectores de bajos ingresos quedan dentro del sistema público, pero en condiciones desventajosas. Al menos desde el punto de vista teórico, el Estado podía haber privatizado toda la administración del sistema, entregar todo el sistema público a una administración privada, ¿por qué no?

La alternativa –por lo menos la planteo en teoría– hubiera sido crear las cuentas individuales y al mismo tiempo incrementar los impuestos generales, de manera que los mayores

recursos se destinaran a los pobres y se privatizara sin perjudicarlos. Esa medida no se tomó en el caso chileno y, evidentemente, el gasto público destinado a los más pobres experimentó una caída sustancial durante la década de los ochenta. Es de destacar que la privatización nació con este estigma, porque la gente la asocia con el deterioro de la salud de los más pobres. Actualmente la gente culpa a las ISAPRE de todo el costo que debió pagar el sistema público de salud.

La estrategia particular que se eligió en Chile no es el único camino hacia la privatización. Desde el punto de vista de la equidad debemos ser muy cuidadosos en la separación de los distintos elementos que estuvieron presentes en la experiencia chilena. Desde el punto de vista de la eficiencia, en el esquema privado de seguros individuales se observó los mismos problemas que se suscitan en el resto del mundo y se llegó a un sistema con costos de administración a la norteamericana.

En un primer momento, las ISAPRE funcionaron con costos de administración equivalentes a aproximadamente el 20 por ciento del total de ingresos; es decir, la quinta parte de las cotizaciones previsionales se destinaba a la administración del sistema. Actualmente esta proporción ha disminuido, pero sólo hasta 17 ó 16 por ciento. Y éste es un aspecto en el que comparten críticas los sistemas chileno y norteamericano –con cifras superiores al 15 por ciento– de administración de financiamiento de seguros individuales. Como se sabe, los sistemas de administración de fondos colectivos en el mundo funcionan con costos que no superan el 10 por ciento de los ingresos.

También está el esquema de preexistencias, de exclusiones, al cual el sistema no estaba acostumbrado. El sistema privado fue bastante inocente en sus concepciones. El sistema público entrega una serie de productos. En su esquema de universalidad y de contrato indefinido se produce una especie de reparto intergeneracional que resuelve, por ejemplo, el problema de la tercera edad. Como se sabe, las personas mayores significan mayores costos, pero en el sistema de salud único los jóvenes los subsidian por un compromiso implícito de, a su vez, ser subsidiados por la siguiente generación.

El problema de los sistemas de seguro individuales es que no se producen intercambios intergeneracionales; uno cotiza por un seguro de un año de duración, no para el futuro. Cuando alcanza la tercera edad el sistema previsional privado lo expulsa hacia el sistema público. Esto no parece ser un problema solamente de Chile. Estados Unidos, que funciona con un sistema de seguros privado, también ha terminado inevitablemente con sistemas de seguros que cubren a los más pobres y a los más ancianos.

Quizá ésa sea la única forma de solucionar este problema, pero tal vez podría pedírsele al sistema otras opciones dentro de su lógica, como contratos de largo plazo, por ejemplo, que consideren valor presente, valor actual, y constituyan una forma de que los jóvenes ahorren para cuando sean ancianos. Si esto no se produce y no se comprende ocurrirán situaciones inadmisibles.

Me explico. En el sistema público los jóvenes sostenían a los ancianos, ahora pasaron a un sistema en el cual no tienen que sostener a los ancianos, pero tampoco pueden acumular para sostenerse cuando ellos mismos lleguen a ancianos.

Actualmente, su cotización permite a los jóvenes chilenos acceder a seguros de salud privados muy convenientes pero de algún modo engañosos, porque en ellos consumen una parte significativa de los recursos que necesitarán posteriormente, cuando los costos de mantener su salud se incrementen. Tal vez el subsidio esté ímplicito, tal vez los jóvenes crean que cuando sean ancianos el Estado los va a mantener. Puede ser una forma lógica de entender la responsabilidad que el Estado adquiere, pero el sistema partió sin esta visión de largo plazo y sin resolver el problema de la tercera edad. El Estado organizó el nuevo sistema, cortó la relación intergeneracional y es lógico suponer que debe hacerse cargo de los chilenos de más de 65 años.

Las ISAPRE, es claro, no pueden responsabilizarse por lo que corresponde al pasado. No se les está pidiendo eso, sino planes de salud con una visión de largo plazo que permitan a los jóvenes mantenerse en el sistema aun cuando sean ancianos. De lo contrario, cuando llegue ese momento serán expulsados por no poder pagar.

La transferencia de recursos de los sectores de altos ingresos y, particularmente de jóvenes, hizo posible que el sistema privado chileno empezara a funcionar con montos significativos que

no les ofrecía ningún incentivo para contener costos. Se observó, entonces, durante los primeros cinco o seis años de operación, lo que se observa en la mayor parte de los países donde existe un sistema de seguro privado, que los costos comienzan a subir.

Ninguna tecnología de contención de costos fue introducida por el sistema privado de salud chileno en los primeros años. Al contrario, se prefirió las modalidades de pago más caras, las que producen los mayores crecimientos de costos: libre elección, pago por acto. Los médicos, reacios al principio al sistema de las ISAPRE, dejaron de serlo a los tres o cuatro años porque los prestadores han sido los principales ganadores con este esquema.

Pero el encarecimiento de los costos no se observa sólo en el sistema privado, un rebrote muy significativo ocurre en el sistema público. Este es otro de los elementos de la experiencia de transición. La creación de sistemas de seguro privados fortalece la estructura privada en materia de prestadores; en consecuencia, los sistemas públicos pierden su capacidad monopsónica en el mercado de los factores y, por lo tanto, la capacidad de controlar los costos.

En los últimos dos años las remuneraciones de los médicos del sistema público chileno han subido considerablemente. Les puedo contar una anécdota: los sindicatos ya no recurren a las huelgas, la última negociación que debió enfrentar el gobierno y la que está enfrentando ahora tuvo como arma la renuncia de los médicos. Los médicos de los servicios de urgencia de los sistemas públicos pusieron sus renuncias a disposición del gobierno. El mercado cambió drásticamente, el gobierno no puede como antaño contener costos como cuando manejaba todos los hospitales y todos los médicos pertenecían al sistema público. Ahora hay una realidad absolutamente distinta. Precisamente ahora, las enfermeras están haciendo lo mismo, no están amenazando con huelga, sino preparando sus renuncias. Esto constituye una clara expresión de que el sistema está funcionando bajo otra dinámica. El sistema privado chileno es microeconómicamente eficiente; y el sistema público, microeconómicamente ineficiente.

Pero ser microeconómicamente eficiente no significa controlar costos. Los propios sistemas públicos controlaban costos,

entre otras causas, por el uso de su poder monopsónico en el mercado de los factores. Cuando se introduce la competencia se observa necesariamente una elevación importante de los costos, lo que está sucediendo actualmente en el mercado de salud chileno. Este sistema, pues, no ha favorecido la contención de costos.

Para hacer equilibrados los juicios debemos señalar que en los últimos dos años se está observando la maduración del sistema de las ISAPRE, esto es, las tasas de crecimiento del mercado empiezan a disminuir. Antes se registraban tasas anuales de entre 20 y 25 por ciento, ahora llegan a sólo 12 por ciento. Para captar a los sectores de menores ingresos se debe ser capaz de ofrecer planes de menor costo, y para ello empezar a pensar en ser eficientes.

El sistema privado chileno está cambiando su política de contención de costo. Actualmente está considerando la integración vertical, el uso restringido de la infraestructura y la construcción de clínicas con utilería de menor nivel para poder reducir costos. También se está dando crédito a todas aquellas buenas ideas respecto de cómo controlar a los proveedores.

El sistema público chileno está introduciendo formas de pago basadas en esquemas per cápita y en esquemas de pago de diagnóstico relacionado, y no me cabe la menor duda de que el sistema privado también lo hará dentro de muy poco tiempo como una forma de controlar costos, porque no hay nada inherente al proceso de la privatización. Si se establece reglas de juego para obligar a las ISAPRE a ser eficientes, van a ser eficientes. Si se les facilita la captación de los sectores de más altos ingresos cuya cotización mínima es del 7 por ciento de sus ingresos, no se puede esperar que sean eficientes, no tienen incentivos para serlo. Si se quiere crear un sistema privado eficiente se debe establecer reglas de juego que estimulen la eficiencia. No se puede esperar que la privatización genere eficiencia de manera automática.

En particular, debe tenerse en cuenta que poseer un sistema de seguro obligatorio es distinto a deber pagar una cotización obligatoria como porcentaje del ingreso. La racionalidad de los sistemas públicos expresada en un porcentaje del ingreso es una forma de redistribución. En el sistema privado de salud, el por-

centaje obligatorio del ingreso no tiene lógica alguna. Se puede obligar a tener un seguro, pero obligar a la gente a pagar un porcentaje de su ingreso es algo distinto. En el caso chileno, a los jóvenes sin cargas familiares y en buen estado de salud se les obliga a pagar un 7 por ciento de su renta, pero se les está sobreasegurando.

Como diría un economista, cuando se fija un precio mínimo por encima del equilibrio, no hay muchas formas de eliminar la alta rentabilidad que se genera, y el sistema chileno de las ISAPRE partió con una alta rentabilidad y sigue con una alta rentabilidad, el promedio obtiene más de 30 por ciento de utilidad con relación a su capital, hecho que expresa, justamente, la protección del Estado, principalmente por esa cotización del 7 por ciento de los ingresos.

FUNCIONAMIENTO ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE PREPAGO EN EL PERU

Jorge Ruiz

En nuestro país hay tres formas principales de financiar la salud: el pago por acto médico, el sistema de prepago y el sistema subsidiado. En esta ocasión me referiré, en especial, a las organizaciones de prepago en el Perú, a su definición, componentes, características y configuraciones principales.

El pago por acto médico es la forma tradicional de la práctica privada. El usuario recibe la atención y paga por ella sin obtener reembolso alguno. La demanda por servicios de salud bajo esta modalidad se ha reducido últimamente porque el deterioro gradual de la capacidad adquisitiva ha causado que la población de los niveles socioeconómicos altos y medios altos migre hacia los sistemas privados de prepago, y la población de menores ingresos lo haga hacia la seguridad social.

El sistema de prepago presenta dos modalidades: el sistema privado, formado por las compañías aseguradoras, los fondos, algunas clínicas; y el sistema de la seguridad social.

El sistema de salud subsidiado está formado por las instituciones de salud que reciben aportes de terceros, principalmente por el Ministerio de Salud, cuyos fondos provienen del Estado, vía impuestos, y por las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención de salud, básicamente a planificación familiar y a nutrición. Así mismo, prestan servicios subsidiados las parroquias, algunas municipalidades y las fuerzas armadas.

En cuanto al tema de esta ponencia, ¿qué entendemos por una organización de prepago? En sentido estricto y adecuado a

nuestro medio, es la organización de derecho público o privado que brinda atención médica con servicios propios o contratados a grupos de personas afiliadas a ella voluntaria u obligatoriamente, quienes deben pagar anticipadamente (prepago) por la atención de su salud.

En el Perú puede encontrarse prácticamente todas las modalidades de instituciones de prepago que, como hemos escuchado, existen en otros países. Difieren entre ellas por sus formas de organización, financiamiento y cobertura; no todas están legisladas, algunas operan sin adecuarse a reglamento alguno.

A continuación me referiré a los varios aspectos de su operación: modalidades de afiliación, precios y formas de pago, costos de atención, beneficios ofrecidos y exclusiones.

En cuanto a la modalidad de afiliación, la afiliación voluntaria es propia del sector privado y, de alguna manera también, de la seguridad social en el caso de los trabajadores independientes. La afiliación es obligatoria básicamente para muchos de los trabajadores dependientes, caso de la seguridad social y de algunas empresas que mantienen fondos o autoseguros. A su vez, el sujeto de la afiliación puede ser un individuo o un grupo, los trabajadores de una empresa, por ejemplo.

Por su cobertura, la afiliación puede ser abierta o cerrada. Es cerrada cuando sólo los miembros de determinado grupo pueden ser afiliados. Es el caso de los fondos de empresas cuyos trabajadores son los únicos sujetos de la afiliación.

Respecto de los precios y forma de pago, en el caso de las instituciones privadas los precios se fijan en función de las coberturas proporcionadas –prácticamente hay coberturas de todo precio–; en el caso de la seguridad social los precios se establecen como porcentaje del ingreso del afiliado. Las formas de pago varían, desde el descuento por planilla para la seguridad social hasta las modalidades de pago mensuales, bimensuales, trimestrales, tanto en moneda nacional como en dólares.

Con relación a los costos de atención, se diferencian los costos compartidos de los que no lo son. En teoría, el costo no compartido se observaría en la seguridad social, donde el usuario tendría derecho a recibir los servicios de salud sin costo

adicional alguno; sin embargo, en la práctica, la cobertura insuficiente de la seguridad social ocasiona que el usuario deba incurrir en algunos gastos: compra de medicinas o de ciertos servicios. En el sector privado el costo compartido está definido bajo la forma de copagos, pagos a cuenta que el usuario debe realizar al momento de solicitar la atención médica. Estos pagos pueden corresponder a montos fijos (en dólares o en soles, como se especifique), en cuyo caso se denominan deducibles, o ser establecidos como porcentaje del costo total de la atención recibida, en cuyo caso se denominan coaseguros. Los copagos son mecanismos disuasivos, empleados para evitar que el consumidor solicite atención por malestares leves. Son establecidos por los aseguradores o administradores de fondos de acuerdo con el perfil de siniestralidad –léase consumo de primas– de la población asegurada. Esto quiere decir que a una población asegurada disciplinada en el consumo de servicios puede fijársele copagos mínimos, mientras que a una población indisciplinada puede fijársele copagos altos.

Los beneficios ofrecidos varían desde el beneficio universal –la atención integral total de la salud– hasta los beneficios restringidos a algunos servicios, los que excluyen explícitamente el servicio de ambulancia, la atención odontológica, entre otros. Una característica destacable de los beneficios ofrecidos es que la mayoría de organizaciones ofrecen recuperación de la salud, muy pocas brindan servicios de prevención o de mantenimiento de la salud.

Estos beneficios, comúnmente clasificados en atención hospitalaria, ambulatoria y de emergencia, pueden brindarse bajo la modalidad de libre elección del establecimiento prestador del servicio o bajo la modalidad de sistema cerrado, limitado a algunos establecimientos. Es importante recalcar aquí el peso que los usuarios dan a los medicamentos. La experiencia demuestra que los usuarios de los servicios pueden tolerar la falla de cualquier paso en la atención, pero no la falta de medicamentos. Si esto sucede empiezan las dificultades. Este es uno de los elementos de la cultura del paciente, del consumidor de salud peruano.

En el sector privado existe otra modalidad de beneficios, los llamados beneficios adicionales, servicios que anteriormente no

se cubrían pero que poco a poco se han ido incorporando a la mayoría de programas de salud. Son los servicios odontológicos, oftalmológicos, de maternidad y ambulancia, principalmente. Incluso algunas compañías de seguros han empezado tímidamente a incluir atención siquiátrica y chequeos preventivos en sus programas, los que hasta hace muy poco tiempo eran considerados como riesgos no cubiertos.

En nuestro país, además, se ofrece una combinación no observada en otros países. Aquí se ofrecen beneficios no médicos incorporados a los beneficios de salud, como seguros de vida, seguros de incapacidad, de sepelio. Incluso hubo un caso de auxilio mecánico comprendido en un programa de salud.

Otro punto de interés son las exclusiones, que van perdiendo terreno por la presión del mercado. Una de las principales es la edad. Hasta hace muy poco tiempo, la mayoría de aseguradoras excluía al anciano de sus programas de salud. Ahora, sin embargo, se les está incluyendo; obviamente, por una aportación mayor. Otro tipo de exclusiones son las preexistencias: los problemas congénitos, la necesidad de prótesis, la fármacodependencia, entre otras.

El sistema de prepago como un todo está compuesto básicamente por tres elementos: los intermediarios financieros, los prestadores de servicios de salud y los usuarios. Un cuarto elemento, no siempre presente, son los corredores de seguros.

Las compañías de seguros, los autoseguros, los fondos y el propio Instituto Peruano de Seguridad Social, IPSS, son intermediarios financieros. Los hospitales, las clínicas, los centros médicos y los consultorios independientes, como los afiliados al programa PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada) del IPSS, son prestadores de servicios de salud. Los usuarios son los consumidores del sistema, esto es, los pacientes.

Los autoseguros y fondos no guardan relación directa alguna con las compañías aseguradoras. Son instituciones promovidas por empresas que tienen gran número de trabajadores, generalmente de los sectores bancario-financiero, minero, pesquero. En algunos casos los autoseguros se constituyen con personería jurídica propia, diferente a la de la empresa promotora (es el

caso del Banco Central de Reserva). Eventualmente se puede encontrar una relación indirecta si a la compañía de seguros se le encarga expresamente la administración del fondo o del autoseguro.

Los corredores de seguros actúan como intermediarios en los sistemas privados en donde existe una compañía de seguros de por medio, y como administradores en los fondos y autoseguros. En el primer caso, el corredor de seguros es un intermediario entre el asegurado y el asegurador y debe velar por los intereses del primero en su relación con el segundo. En el caso de los autoseguros (como los del Banco de Crédito o Banco Latino), el corredor de seguros se encarga de la administración del programa (por ejemplo, Inti) a cambio de una comisión.

Se ha logrado determinar qué cantidad de población está cubierta o es beneficiaria de estos sistemas de prepago. La información disponible no es exacta por las limitaciones de los sistemas estadísticos –tanto públicos como privados–, pero se calcula que están afiliadas al IPSS aproximadamente seis millones quinientas mil personas, esto es, considerando titulares y dependientes (esposa e hijos menores de edad); a las compañías aseguradoras, 330 mil beneficiarios, repartidos en un total de 17 compañías. Con relación a los autoseguros y fondos, se estima 220 mil beneficiarios en los doce principales fondos que existen en nuestro país, aunque sólo tres de éstos concentran casi la mitad de los beneficiarios.

Respecto de los programas de atención prepagados que brindan las clínicas y otros prestadores de salud, no se ha podido determinar a cuántos beneficiarios comprenden. Se trata de servicios con escaso desarrollo, en el caso de los ofrecidos por las clínicas, y muy específicos en el caso de los ofrecidos por otros prestadores, tales como los de tratamiento oncológico o los servicios de ambulancia.

¿Cómo se configuran estos sistemas? En realidad hay varias formas de organizarlos. Desde el punto de vista de la propiedad de los establecimientos de salud las opciones son básicamente dos: en la primera y más frecuente, el intermediario financiero contrata la prestación del servicio de salud en el sector

privado; en la segunda, el propio intermediario financiero es propietario de los servicios de salud.

Pero la realidad no es así de sencilla, se presentan situaciones más complejas. En algunos casos los proveedores son dueños de toda la infraestructura de atención de la salud, tanto de los locales como del equipamiento de todos los servicios. En otros casos, los proveedores simple y llanamente actúan como intermediarios, es decir, aportan sólo la infraestructura física básica así como los sistemas de administración, y agrupan a médicos propietarios de equipos de diagnóstico y de tratamiento, quienes brindan la atención a los pacientes y reciben como pago un porcentaje de lo producido.

Analicemos la primera configuración básica. El usuario compra una póliza de asistencia médica a una compañía de seguros (intermediario financiero), directamente o a través de un corredor de seguros (*broker*). A su vez, la compañía de seguros contrata los servicios de un establecimiento de salud para ofrecérselos al asegurado. El establecimiento de salud atiende al paciente y extiende la factura a la aseguradora, la que responde por el pago.

Las modalidades de pago identificadas entre el intermediario financiero y los prestadores de servicios de salud en este caso son básicamente dos: pago por acto y pago por listado. Los pagos por acto son los tradicionales, el prestador del servicio atiende, presenta su factura –todo bajo un sistema de tarifas– y la compañía de seguros le paga, es el más frecuente en nuestro medio.

El pago por listado o "capitación" consiste en que la compañía de seguros pague una cantidad fija mensual al prestador de servicios a cambio de que éste proporcione atención de salud a un grupo de personas (listado, per cápita). De esta manera es el prestador de servicios el que asume el riesgo. No obstante, si bien lo óptimo sería que realizara actividades de prevención para disminuir ese riesgo, lo que hace es simplemente restringir al máximo el servicio a los pacientes del listado y, eventualmente, proporcionarles servicios de baja calidad. Esta modalidad de pago tiene un escaso nivel de desarrollo en nuestro país, aunque tiende a extenderse. (A propósito, se ha identificado un caso aislado. Una empresa aseguradora está pagando por listado a dos establecimientos, es un sistema cerrado, pero el usuario que ha contratado los servicios no sabe que lo que ha comprado es un sistema por el cual el pago al proveedor de servicios es por listado, el asegurado cree haber comprado una póliza normal y que al proveedor de servicios le pagan por acto brindado, no está al tanto de las restricciones del proveedor).

Por su parte, los prestadores de servicios de salud pagan a sus profesionales de diferentes maneras, normalmente un porcentaje del precio del acto brindado o un sueldo fijo; en otros casos prefieren un sistema que combina las dos opciones anteriores. Cuando los médicos son a la vez propietarios de los establecimientos de salud, reciben las utilidades obtenidas por la empresa. Esta modalidad es poco frecuente.

El pago por acto genera una serie de distorsiones, principalmente duplicación de la infraestructura y actos innecesarios. El profesional que trabaja bajo el sistema de porcentaje se verá estimulado a realizar más atenciones por razones obvias. Por su parte, el establecimiento de salud va a ganar más mientras más servicios facture.

El pago por listado podría estimular una política sólida de prevención siempre y cuando el sistema involucrara al médico en los riesgos y beneficios del negocio. Esto es, si percibiera utilidades cuando se producen excedentes, y asumiera las pérdidas en el caso contrario. Sin embargo, las organizaciones no estan preparadas para este tipo de sistema y tratan de manejarlo sólo mediante la restricción al máximo de los servicios para evitar el consumo.

En el segundo modelo que se presenta en nuestro país, el intermediario financiero es un fondo o autoseguro que contrata servicios de salud. Pero básicamente es un modelo cerrado, es decir, circunscrito a un grupo determinado de población: los trabajadores de una empresa en particular y sus dependientes. Bajo esta modalidad, el intermediario financiero también le paga al proveedor tarifas establecidas, no por listado. Se está observando también autoseguros y fondos que compran programas de atención específica: tratamientos oncológicos, servicios de ambulancia y algunos programas odontológicos.

Otra modalidad muy frecuente, similar a la anterior, es la del administrador de fondos y autoseguros, un elemento adi-

cional entre el intermediario financiero y el proveedor de servicios, que maneja prácticamente todo el aspecto administrativo del programa de la empresa o del fondo por una cantidad fija de dinero o por un porcentaje preestablecido de la facturación. En nuestro mercado se ha identificado compañías de seguros, *brokers* y empresas creadas exclusivamente para convertirse en este tipo de administradoras.

La segunda gran configuración del sistema de prepago es aquella donde el intermediario financiero es propietario de su infraestructura. El caso típico es el del IPSS, pero algunas clínicas están optando por lo mismo y ofreciendo programas de beneficios limitados bajo distintas modalidades. Normalmente consisten en sistemas de descuento por un pago fijo mensual. El cliente obtiene un porcentaje de descuento sobre las tarifas preestablecidas cuando hace uso de los servicios de salud prestados por el proveedor. Estos descuentos pueden ser fijos o progresivos, y en este último caso alcanzar prácticamente el 100 por ciento de la atención. Son programas que se ofrecen combinados con paquetes, básicamente, de atención de maternidad y casos de emergencia.

A esta modalidad corresponden también los prestadores de servicios de ambulancia –propietarios de su infraestructura–, cuyos pacientes son del tipo de usuario por listado; también los grupos que ofrecen tratamiento oncológico, planes odontológicos, entre otros.

En suma, he querido mostrarles que todas las configuraciones habidas se están dando en nuestro mercado. Sin embargo, es necesario tomar conciencia de que existen posibilidades de colaboración entre la seguridad social y el sector privado y de que el sistema de salud como un todo depende de los tres elementos básicos descritos: intermediario financiero, prestador de servicios y usuarios. Generalmente, de acuerdo con lo que he podido observar, los intermediarios financieros y los proveedores de salud no siguen el mismo camino. Y respecto a los usuarios, se han dado casos patéticos, de fondos inicialmente muy solventes traídos abajo por sus propios beneficiarios.

MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Arturo Iglesias

En esta exposición quiero dar a conocer algunos elementos básicos del planteamiento para la reforma del sector salud que estoy elaborando por encargo de la Fundación Friedrich Ebert y que será publicado próximamente. Para esta ocasión he debido ajustar la información recogida y orientar el análisis hacia la modernización del sector salud y el papel de la seguridad social en este proceso.

La comprensión cabal de la problemática de la salud será posible a partir del análisis de la situación de salud en el Perú, de la situación de los servicios de salud, del desarrollo del mercado de los servicios de salud, y de los mecanismos de cambio y de moralización a través del financiamiento.

El tema de la reforma del sector ocupa el centro del debate político tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Pero algunos de los instrumentos para modernizar la gestión de los sistemas de salud, por ejemplo la Calidad Total, deben ser discutidos para determinar si es posible introducirlos en países subdesarrollados, como el nuestro. Creo que extrayendo aspectos del debate sobre la salud pública en el mundo podremos establecer cuáles son relevantes para la reforma que se quiere llevar a cabo en el país.

En sociedades subdesarrolladas, el proceso de transición demográfica es un proceso asimétrico, la mortalidad comienza a dis-

minuir, pero la tasa de natalidad continúa siendo alta; por ejemplo, en la década de los cuarenta la tasa global de mortalidad en el país era aproximadamente de 23 por 1.000; y en la década de los ochenta, de 10 por 1.000, mientras en todos esos años la tasa de natalidad ha crecido siempre por encima de 2,5. En el Perú, la composición de la población ha empezado a cambiar. Siempre hemos tenido una población muy joven, pero ahora comienza a prolongarse la expectativa de vida media de los peruanos y la población de la tercera edad comienza a aumentar; en este momento, por ejemplo, el porcentaje de personas mayores de 65 años alcanza el 4 por ciento y para el año 2030 llegará a 9 por ciento.

¿Qué impacto causa la transición demográfica sobre la transición epidemiológica? La tasa de fecundidad ha venido disminuyendo continuamente en el país, según los últimos datos registrados –los de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar, ENDES, 1991-1992– es actualmente de 3,6, lo que quiere decir que el promedio de hijos de una mujer en edad fértil es de 3,6. Se trata de una disminución relativamente rápida si se tiene en cuenta las tasas registradas entre 1970 y 1975.

En cuanto a la mortalidad, hay cambios significativos, entre ellos el de la mortalidad infantil. La información que les voy a presentar es realmente sorprendente. En un país que ha estado sometido a una prolongada crisis económica y vivido un proceso de hiperinflación tan prolongado, era de esperar un incremento notable de la tasa de mortalidad infantil y de los niveles de desnutrición. Pero la realidad desmintió estos pronósticos.

Entre las políticas de UNICEF está medir los efectos que las medidas de ajuste y la recesión causan sobre la situación de la salud de los niños. Este organismo internacional utiliza para ello grandes encuestas de población aplicadas en todo el mundo con métodos similares, estandarizados, de tal forma que el valor científico de las encuestas no pueda ser puesto en duda ni sus resultados ser expuestos a manipulación política.

Estas encuestas se han venido realizando en el país desde 1984, debido a la falta de un sistema de registros en el Ministerio de Salud y para obtener información fidedigna sobre lo que está ocurriendo. Los resultados indican que la tasa de mortalidad infantil en el país ha venido disminuyendo en lugar de

aumentar. Según el último dato, la tasa de mortalidad es de 60 por 1.000 nacidos vivos, lo que quiere decir que entre 1984 y 1992 ha venido disminuyendo a una tasa promedio de 3 por ciento anual.

Obviamente, la cifra mencionada indica un panorama global, pero si se comparan los resultados de las distintas regiones o los del campo con los de la ciudad o los de distritos de una misma ciudad, se podrá encontrar enormes variaciones en la tasa de mortalidad.

Es importante plantear hipótesis con relación al resultado general porque la mortalidad infantil es el resultado de una serie de factores. Es un tema que demanda un análisis mucho más profundo y que sí se ha realizado en otros países. En Costa Rica se ha encontrado una perfecta correlación entre la disminución acelerada de la tasa de mortalidad infantil y la extensión de los servicios de atención primaria. En menos de una década, este país redujo a casi la mitad sus altas tasas de mortalidad infantil simplemente por el desarrollo de una red de atención primaria de salud. Más adelante trataremos de plantear algunas hipótesis sobre nuestro caso.

El análisis de los resultados sobre las principales causas de muerte (morbilidad) en el primer año de vida confirmaría el hecho que el Perú está entrando en una etapa de transición epidemiológica. Tradicionalmente, las principales causas de muerte infantil en los países subdesarrollados han sido las enfermedades infecto-contagiosas, fundamentalmente enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades debidas a la falta de vacunación, pero los datos del Ministerio de Salud de 1990 contradicen esto. Las principales causas de muerte ahora son las enfermedades del periodo perinatal. Este desplazamiento desde las enfermedades infecto-contagiosas hacia las perinatales es un patrón observado en países desarrollados.

Un estudio realizado en Arequipa en 1988 llega al mismo resultado: las principales causas de muerte durante el primer año de vida son también las enfermedades del periodo perinatal (43,7 por ciento), le siguen las enfermedades infecciosas (24,4 por ciento). Probablemente el nuevo patrón existe ya en las grandes ciudades de la costa.

¿Qué respuestas se pueden encontrar para estos cambios?, ¿qué ha hecho el Estado durante estos diez últimos años? Las campañas de vacunaciones diseñadas por UNICEF, las famosas VAN, que continúan hasta ahora, se iniciaron precisamente cuando la cobertura de las inmunizaciones en el Perú habían llegado a su punto más bajo. En 1983 ó 1984 la cobertura de la vacuna BCG era de aproximadamente 40 por ciento, ahora llega al 88,3 por ciento; la cobertura de la vacuna antipolio, en ese entonces de aproximadamente 20 por ciento, ahora alcanza el 60 por ciento; la cobertura de la vacuna DPT es hoy de 58,9 por ciento; y la de la antisarampionosa, de 51,2 por ciento. En términos generales las coberturas se han triplicado, aunque todavía no alcanzan los niveles ideales.

Otro aspecto sobre el que se tenía presunciones desfavorables, por el programa de ajuste económico, era el de la nutrición. Se especulaba mucho con relación a que la gente, y especialmente la población infantil, se estaba muriendo de hambre. Pero según los resultados de la encuesta ENDES 1991-92 –mencionada antes–, los niveles de mal nutrición infantil en el país continúan las tendencias históricas, es decir, son los mismos que han existido históricamente en el país. No se encuentra una relación directa entre crisis, reajuste y mal nutrición infantil, la situación no se ha deteriorado más, como se pensaba. El indicador talla para la edad, que mide la mal nutrición crónica, está en 36,5 por ciento, porcentaje similar al que siempre se ha registrado en el Perú. Significa que de cada 100 niños, 36 aproximadamente están mal nutridos y por eso son pequeños para su edad. El indicador peso para la edad igualmente se mantiene en niveles históricos, es de 10,8 por ciento. Sin embargo, sí se ha registrado un ligero aumento en el indicador peso-talla, que mide la mal nutrición aguda. Antes oscilaba entre 0,8 y 0,9, nunca llegaba a 1, ahora ha llegado a 1,4.

Todavía no se ha hecho un estudio serio que nos permita relacionar estos hallazgos con determinadas causas, sólo se puede plantear explicaciones a nivel de hipótesis. Una de ellas es el acelerado proceso de urbanización que vive el país: el 70 por ciento de peruanos vive en ciudades. Hace cuarenta años sucedía lo inverso, el Perú era un país fundamentalmente rural. Este cambio ha influido mucho sobre la accesibilidad y la utilización

de los servicios de salud del Estado. Los establecimientos pueden estar mal equipados y los servicios mostrar serias deficiencias, pero la población tiene acceso a ellos, eso es lo importante. En todos los países del mundo se ha encontrado la misma relación: aumento de la urbanización y disminución de la mortalidad infantil.

Otra hipótesis relaciona la mortalidad infantil con el nivel educativo de la madre. Mientras más educada es la madre, menores son las posibilidades de que el niño muera. La mujer que vive en una ciudad está más al tanto de lo que sucede a través de los medios de comunicación –televisión, radio–, está informada de cómo puede prevenir las enfermedades y evitar la muerte.

Una tercera razón, siempre a nivel de hipótesis, puede hallarse en el diseño de programas de intervención selectivos que canalizan recursos, fundamentalmente de la cooperación internacional, para acciones específicas orientadas a ampliar la cobertura de inmunizaciones, a prevenir las enfermedades por causas diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, a promover la lactancia materna; todo el paquete aplicado por la UNICEF en la década de los ochenta comienza a dejar sentir sus efectos. Son intervenciones muy eficaces con relación a sus costos, es decir, son poco costosas y causan un gran impacto.

Personalmente creo que este tipo de intervenciones en salud pública han tenido un peso enorme en la reducción de la mortalidad infantil en el Perú. En 1983 la UNICEF lanzó a la arena de la salud pública internacional su estrategia de supervivencia infantil y los fondos de la cooperación internacional para estos programas se comenzaron a canalizar con estrategias selectivas.

No obstante, hay que tener en cuenta que éstos son programas especiales, no se han basado en los servicios, el Estado tuvo que crear estructuras especiales y asignarles recursos y personal para manejarlos. Hubo una gran inversión en el componente de capacitación de los profesionales de la salud, de actualización de sus conocimientos. En lo futuro debemos pensar en la utilización de los pocos fondos que tiene el Estado y escoger intervenciones altamente eficaces en función de los costos. Afortunadamente, muchas de estas intervenciones están fuera del ámbito de la atención hospitalaria, muchos se desarrollan a nivel de

las comunidades de base y a través de la red de centros de salud.

Para terminar con esta parte, en el Perú siempre se ha pensado que la situación de la salud de la población es mala. No obstante, los datos indican que no es tan mala y, sobre todo, que es posible mejorarla si se utilizan adecuadamente los recursos del Estado.

Entre 1984 y 1986 se llevó a cabo el estudio más grande que sobre la salud se haya hecho en el Perú: Análisis del Sector Salud, conocido por sus siglas, ANSSA, y auspiciado por la AID. Por primera vez un número considerable de instituciones profesionales se reunieron para hacer un diagnóstico de la realidad de la salud en el país. En este estudio participó ESAN y, creo, a partir de allí comenzó su interés por el sector.

Este estudio señalaba, entre otros hallazgos, que los objetivos de la política de salud diseñada por los gobiernos en el sentido de aceptar la estrategia de "Atención de Salud para Todos en el año 2000" no se podían alcanzar con el entonces sistema de distribución de los recursos del Estado.

Se llegó a la conclusión que había una incorrecta e inequitativa utilización de los recursos del Estado. Estos se concentraban fundamentalmente en los grandes hospitales, que absorbían entre el 60 y el 80 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud y mayor porcentaje aun en el caso del IPSS. Como hemos visto, no son los hospitales los mayormente involucrados en las medidas que han logrado mejorar los indicadores de salud de los niños, por ejemplo.

A esto se agregaba la incorrecta distribución espacial de los recursos, es decir, la infraestructura y el personal estaban concentrados en los lugares donde la gente tenía menos necesidades de salud. El gran porcentaje de peruanos que vivían en situación de extrema pobreza no tenía acceso a los servicios de salud.

El estudio ANSSA describía el sistema de salud peruano como integrado por tres elementos: el Ministerio de Salud, que proveía servicios para la población de menores ingresos; la Seguridad Social, que atendía a quienes tenían un trabajo estable; y el

sector privado, cuyos servicios se dirigían a la población de mayores ingresos. Señalaba también que este sistema mixto de salud no funcionaba adecuadamente y planteaba –ya en ese entonces– un nuevo esquema para la relación entre el sector público y el sector privado, un esquema que contemplaba cómo movilizar más recursos del sector privado, cómo involucrarlo más en la provisión de servicios de salud.

Volviendo a los servicios, ¿qué está sucediendo con la utilización? Un estudio de CUANTO publicado en 1993 pero con datos correspondientes a octubre-noviembre de 1991, encuentra que el sector privado, es decir, clínicas y consultorios, atiende al 27 por ciento de la demanda. Más aun, se observa que los tres proveedores de servicios –Ministerio de salud, IPSS y sector privado– se reparten prácticamente en partes iguales la atención a la población. En este caso concreto se le preguntó al encuestado –era una encuesta– dónde había sido atendido en las dos últimas semanas (problemas agudos) o en los dos últimos meses (problemas crónicos).

Con relación a la infraestructura instalada, concretamente número de camas, ninguno de los prestadores destaca sobre los demás. El Ministerio de Salud, el IPSS y el sector privado tienen prácticamente la misma capacidad. En los últimos años el sector privado ha incrementado fuertemente su oferta de camas.

La importante participación del sector privado, creo, se explica por una de las características de la práctica médica en nuestro país. El médico que atiende en su consultorio privado también trabaja en algún establecimiento del Ministerio de Salud o del IPSS. No se encuentra una clara línea divisoria entre el sector privado y el sector público con relación a la prestación de servicios; se observa, más bien, una superposición.

Otra encuesta, aplicada en Arequipa en 1990, justo antes del cambio de Gobierno, a una muestra compuesta por 500 familias de los tres estratos socioeconómicos –alto, medio y bajo– dio resultados similares. Si bien se observa ciertas tendencias marcadas debidas al factor socioeconómico –la población de mayores ingresos recurre mayormente al sector privado; la de ingresos medios al IPSS; y la de menores ingresos al Ministerio de Salud–, también se encuentra una mezcla o una superposición de los servicios respecto de los usuarios atendidos. Por ejemplo,

la población de bajos ingresos asiste tanto a consultorios privados como a establecimientos del IPSS o del Ministerio de Salud.

El resultado es sorprendente cuando se "cruza" la información respecto del tipo de establecimiento al que se ha acudido con el tipo de seguro que se posee: el del IPSS, un seguro privado o ambos a la vez. Quienes acuden a los establecimientos del Ministerio de Salud generalmente no tienen seguro alguno, pero se ha encontrado que también acuden a éstos quienes son asegurados del IPSS y quienes poseen un doble seguro. Después vamos a tratar de hallar una explicación a este comportamiento.

El IPSS atiende mayormente a sus afiliados, pero un segmento significativo de sus usuarios está formado por quienes no lo son o por quienes siéndolo poseen además un seguro privado. Por su parte, el sector privado atiende a todo tipo de usuarios, a quienes no poseen seguro alguno, a afiliados al IPSS y a quienes poseen seguros privados. Es decir, hay una gran mezcla en la utilización de los servicios. ¿Qué se podría concluir de esta evidencia? ¿Han mejorado los servicios del sector público?

Desde hace un tiempo se han empezado a modificar las políticas de gestión de los hospitales del sector salud, se ha implantado el cobro por servicios y abierto clínicas internas. La capacidad de los hospitales públicos para absorber usuarios distintos a la población de menores ingresos, debido a la calidad profesional de sus médicos, muestra que el mercado de los servicios de salud se está diversificando y desarrollando en medio de la crisis y de la escasez de recursos. En el caso de Arequipa, debe tenerse en cuenta que el Hospital Honorio Delgado es un hospital docente cuyo cuerpo médico goza de gran prestigio profesional.

Un aspecto que requerirá atención será el efecto que estas políticas causarán sobre los costos, porque evidentemente se producirán "cruces" de subsidios.

Por último, en esa encuesta, como en todas las encuestas sobre demanda de servicios de salud, afloró un componente clave: la satisfacción de los usuarios. Con relación a este factor, gozan de mayor aceptación las clínicas privadas, les siguen los establecimientos del Ministerio de Salud, primero sus centros de salud y luego sus hospitales; el menor porcentaje de aceptación corresponde al IPSS. Pero debe tenerse en cuenta que este estudio data de la primera mitad de 1990, cuando el IPSS atravesaba por su peor momento.

El gasto en salud tiene profundas connotaciones políticas. Siempre se reclama al Estado una mayor inversión en salud, pero el del Ministerio de Salud no significa ni representa todo el gasto de la sociedad peruana en el sector salud. A la inversión del Estado debe sumarse la del sector privado y el gasto de la población, el gasto en medicinas.

Según el último reporte del Banco Mundial, en el Perú el gasto en salud equivale al 3,2 por ciento del PBI, 1,9 por ciento corresponde al gasto público –Ministerio de Salud e IPSS– y 1,3 por ciento al sector privado. El gasto total per cápita es de 49 dólares. Si bien en comparación con otros países estamos en inferioridad de condiciones –el promedio en Latinoamérica es de 110 dólares–, las cifras se distorsionarían si sólo se considerara el aporte del Ministerio de Salud.

Durante la década de los sesenta, el ingreso per cápita en el Perú, Chile y Colombia era casi el mismo, no se observaba diferencias significativas, tampoco las había con relación a la mortalidad infantil. Treinta años después, el desastre económico ocurrido en el país nos distancia de nuestros vecinos. El ingreso per cápita del Perú es de 1.090 dólares, mientras que Chile ha subido a 2.160 dólares y Colombia está en 1.280 dólares. En ese mismo periodo Chile disminuyó notablemente su tasa de mortalidad infantil y lo mismo Colombia, cuyo ingreso per cápita no es muy distinto del nuestro. Si comparamos los otros dos indicadores que tradicionalmente se utilizan para medir el nivel de salud y el bienestar de una población, es decir, la tasa de fecundidad y la esperanza de vida al nacer, se encuentra lo mismo: Chile y Colombia han logrado mayores avances que el Perú.

La explicación puede hallarse en la forma cómo el Estado, la sociedad, utiliza sus bienes, cómo invierte en salud. Como señala el estudio de ANSSA, en el Perú hay una incorrecta utilización de los recursos, una inequitativa distribución de los recursos.

En Chile, el sector privado se ha expandido y el sector social se ha fusionado, esto es, el Ministerio de Salud y la Seguridad

Social. Ahora hay una mejor utilización de los recursos; la gran capacidad ociosa instalada es una inversión perdida. Colombia, por su parte, ha avanzado porque ha acelerado el proceso de descentralización de sus servicios de salud. Este país posee una gran red de servicios de atención primaria. Estos datos nos deben motivar a reflexión. El mejor uso de nuestros recursos puede orientar el cambio de la política de salud.

¿Qué relación se establece entre proveedores y usuarios, entre quienes prestan los servicios y quienes utilizan los servicios? ¿Cómo funciona el mercado de servicios de salud? ¿Consiste la atención médica en una relación bilateral entre quien vende unos servicios y quien los compra?, ¿responde al mismo patrón que cualquier otro bien?, ¿existe alguna distorsión en el mercado de los servicios de salud? En una economía de mercado el usuario es el centro del interés de los vendedores, y para poder elegir debe estar bien informado.

El diseño de la política de salud debe partir del conocimiento del mercado y evaluar qué es más conveniente, poner énfasis en la demanda o en la oferta. En Estados Unidos, donde funciona el sistema más liberal del mundo, se puso énfasis en la demanda y se logró avances sorprendentes desde el punto de vista técnico-científico. Estados Unidos es el país que más gasta en salud (14 por ciento de su PBI); no obstante, sus servicios de salud son muy costosos y gran parte de su población –35 millones de personas– no tiene acceso a ellos por no contar con un seguro. ¿Cómo puede un sistema altamente eficiente ser al mismo tiempo tan inequitativo como para marginar casi al 15 por ciento de sus supuestos beneficiarios? Poner el énfasis en la demanda les ha costado este tipo de distorsiones.

La otra opción, la de los ex países socialistas y la de los seguros universales, es poner el peso en la oferta, es decir, en la provisión de los servicios. Pero el colapso de los países socialistas y las profundas modificaciones de los seguros universales en los países europeos demuestran que éste tampoco es el camino correcto. En efecto, en Europa se está asistiendo ahora a la búsqueda de un balance entre la eficiencia del sistema norteamericano y la equidad de los sistemas de seguridad social tradicionales. La idea de los planificadores de salud y de quienes diseñan la política de salud es propiciar un intercambio, determinar qué pueden aprender los norteamericanos de los europeos y qué los europeos de los norteamericanos. Por lo que a nosotros respecta, la pregunta sería qué podemos aprender del mundo desarrollado.

Vamos a concentrarnos entonces en las distorsiones del mercado. La relación médico-paciente no es una relación bilateral con reglas de juego claramente establecidas y en la que el usuario tenga acceso a toda la información; por el contrario, está distorsionada por una serie de factores endémicos.

Este es un modelo de intercambios bilaterales entre tres elementos: los pacientes, los proveedores de los servicios y quienes van a pagar por los servicios, es decir, los sistemas de seguros de salud públicos y privados. Creo que en las exposiciones anteriores se ha insistido hasta el cansancio en que la recuperación de la salud es muy costosa en todo el mundo y en que alguien debe pagar por ella. El mito del sistema inglés según el cual provee de atención gratuita a toda la población no es más que eso, un mito, porque esos servicios se pagan con los impuestos que todos los ingleses están obligados a pagar a partir de los 18 años.

¿Quiénes deben establecer las reglas de juego en este mercado? La mayor parte de los países del mundo son conscientes de que la escalada de los costos de los sistemas de salud distorsionan la economía y de que es preciso ponerle fin creando mecanismos de contención. Pero, ¿a quién corresponde hacerlo?, ¿al Estado, al sector privado, a un ente paraestatal o a un ente mixto?

Los ingleses siguen pensando, no obstante la gran transformación del servicio nacional de salud de su país, que el Estado sigue jugando ese papel a pesar de haber liberalizado los servicios. En otros países se está dando mucha participación a los usuarios, es decir, a los consumidores de estos servicios, a organizaciones privadas sin fines de lucro, por ejemplo. No hay regla fija, la elección depende de cada país, pero lo que sí resulta necesario es encontrar mecanismos de control de costos, mecanismos que deben establecer las reglas de juego, los estándares mínimos de calidad, los protocolos, los costos por los servicios.

Si vamos a desarrollar el mercado de los servicios de salud y transformar el sistema de salud debemos tender a costos únicos y a un único sistema de precios basado en esos costos. Ahora unos y otros están distorsionados, de algún modo subvencionados en el sector público y en la seguridad social. Se deberá abrir espacios de regulación en los que participen no sólo el Estado, sino también otras entidades: colegios profesionales, sociedades científicas.

Volviendo al esquema anterior, tanto los prestadores como los financiadores de los servicios pueden ser entidades públicas o privadas. Veamos las combinaciones posibles. La primera, el financiamiento y la entrega de los servicios en manos del sector público. Es el caso de los sistemas nacionales de salud, como el inglés antes de la reforma de abril de 1991 y como el del antiguo IPSS.

La segunda combinación posible es el financiamiento público y la entrega de los servicios a través del sector privado. El IPSS ha comenzado ahora a trabajar así, es el caso de su paquete de cirugía menor y el de su Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada, PAAD. Los fondos son públicos, pero los servicios son privados.

La tercera combinación es el financiamiento privado y la entrega de los servicios a través del sector público. Es el caso de los sistemas de recuperación de costos implantados en los establecimientos de salud del Estado: pago directo por servicios ofrecidos por establecimientos públicos u oferta de camas privadas en hospitales públicos, esto es, la apertura de ciertas salas de los hospitales públicos para atender exclusivamente a pacientes privados.

Finalmente, la última combinación posible, el financiamiento privado y la entrega de los servicios también por el sector privado, corresponde a dos submodalidades. En la primera de ellas el financiamiento proviene de seguros privados y la atención es brindada por clínicas o consultorios privados. En la segunda, tanto el financiamiento como la provisión de servicios son brindados por prestadores de servicios, por las conocidas organizaciones de mantenimiento de la salud. Esta última submodalidad comenzó a desarrollarse en Estados Unidos y está apareciendo también en los países subdesarrollados. Los propios prestadores

recaudan el dinero para el financiamiento de los servicios que van a vender. La gran ventaja de este sistema es la disminución enorme de los costos operativos.

Veamos ahora las imperfecciones del mercado de la salud y de los servicios de salud públicos. El mal endémico del mercado del financiamiento de los cuidados de la salud es el riesgo moral. Consiste éste en la sobreutilización de los servicios producida cuando los proveedores –llámese médicos– y los usuarios –los pacientes– no pagan directamente por la utilización de los servicios. Las personas acuden con mayor frecuencia al médico y los médicos tienden a indicar más exámenes auxiliares. Es decir, se despreocupan por el gasto porque no va a ser asumido directamente por ellos sino por un tercero.

Otro inconveniente proviene de las exclusiones. Los seguros de salud no admiten en sus programas a quienes sufren de enfermedades crónicas (preexistencias) o constituyen riesgos altos por su edad, realizan lo que se conoce como la selección adversa. Esta ausencia de equidad en los servicios de salud –concretamente de Chile– ha sido criticada incluso por el Banco Mundial en su último informe. No se cuestiona el sistema en sí, sino este aspecto. El tema ha dado lugar a tanta controversia que hasta el Presidente de la República ha intervenido en ella.

Se debe tener en cuenta que los seguros de salud no son perfectos, tampoco lo son las reformas. En todo caso, el diseño de políticas debe incluir el examen de los aspectos negativos y de los positivos.

Por su parte, las imperfecciones de los sistemas públicos de servicios de salud son conocidas. La ineficiencia aumenta enormemente los costos, la estancia prolongada por hospitalizaciones, el tiempo de espera de los pacientes, las colas; además existe otro elemento: la corrupción. No quisiera acusar, pero me gustaría entender qué pasó, por ejemplo, con las grandes inversiones en equipamiento del régimen anterior. Se destinó millones de dólares del endeudamiento público para adquirir equipos que no llegaron, o si llegaron se malograron a los pocos meses de funcionamiento. ¿Ante quiénes responden los administradores de los servicios públicos de salud, los directores?, ¿son sensibles a las demandas de los usuarios?, no; ¿son sensibles a los costos?, tampoco. ¿Están organizando los servicios,

planificándolos en función de la patología prevalente, del perfil epidemiológico?, ¿están tratando de readecuar los servicios de acuerdo con la información recogida a través de los servicios?, tampoco. Todos esos aspectos de la ineficiencia de la gestión de los servicios públicos, ampliamente conocidos, deben ser corregidos.

Actualmente se está discutiendo qué se va a hacer con los grandes préstamos para equipamiento que van a llegar del Banco Mundial y del BID. ¿Se van a entregar a los hospitales para que los sigan administrando mal?, ¿o se los van a entregar como un préstamo con cargo a que los devuelvan?

¿Qué sucede si cambia el sistema de gestión? ¿Si los servicios de salud son administrados por un ente totalmente independiente del Ministerio de Salud y de los grupos de poder de turno y dan lugar a un mercado competitivo? Los bienes de capital serían muy bien cuidados porque su propia utilización generaría mayor demanda y se invertiría para reponerlos o para cambiarlos por otros mejores. Cambiaría totalmente la administración de este tipo de préstamos, lo que redundaría en la mejora de los servicios públicos.

Regresando al tema del papel del Estado, hay cierto tipo de intervenciones en el campo de la salud pública que son de responsabilidad del Ministerio de Salud, sobre todo, las que dan lugar a grandes externalidades, esto es, a beneficios o pérdidas transferibles de un individuo a otro. Esto está relacionado, sobre todo, con el control y la erradicación de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, cuando a mediados de la década de 1980 se liberalizó el sistema de salud en China, se implantó un sistema por el cual los usuarios debieron pagar por los servicios. Como consecuencia de esta medida, la incidencia de la tuberculosis aumentó y, por ende, las posibilidades de contagio de parte de la población sana.

Cuando se vacuna a un niño sano, no solamente se está protegiendo a ese niño, se está protegiendo también al resto de niños de la comunidad, porque no todas las vacunas tienen una eficacia de 100 por ciento, hay un margen de error. Un niño vacunado puede adquirir la enfermedad, pero para que esto suceda debe ser contagiado por un niño no vacunado. Este tipo de intercambios de beneficios y de pérdidas a nivel del individuo y a nivel de la comunidad es lo que se conoce como externalidades.

Una externalidad positiva se produce cuando con la curación de un individuo se evita la propagación de la enfermedad a la comunidad. Estas externalidades positivas deben ser asumidas por el Estado, el caso de las vacunaciones es típico.

Otro campo de acción del Estado es la inversión en bienes públicos relacionados con la sanidad y el control de enfermedades tropicales –malaria, dengue–. Me refiero, por ejemplo, a la instalación de agua y desagüe, que en países como el nuestro presenta serias deficiencias. El Estado no puede renunciar a su responsabilidad de prestar ciertos bienes o servicios públicos, porque el sector privado no lo va a hacer.

El segmento de población en situación de extrema pobreza en el Perú ha aumentado como consecuencia de la prolongada crisis económica, más de la mitad de los peruanos (54 por ciento) viven por debajo de la línea de la pobreza. El Estado debe intervenir para atender a estas personas, incapacitadas para hacer frente a sus necesidades de salud. Debe comenzarse a pensar, entonces, en qué tipo de servicios clínicos esenciales brindar a esta población.

Finalmente, con relación a la conducta de los proveedores, de los profesionales de la salud, es importante tener en cuenta que a través del sistema de financiamiento y de pago se moldea la conducta de los proveedores y de los usuarios. Todos sabemos que un médico no actúa de igual manera en un servicio de salud del Estado que en su consultorio privado o en una clínica particular. En los establecimientos públicos se limita a cumplir con su trabajo lo más rápido posible, mientras que a sus pacientes particulares los trata con esmero y les dedica mayor tiempo porque sabe que de lo contrario no regresarán. Por esta razón, cuando el usuario dispone de dinero para cuidar su salud acude a un consultorio o clínica privada, y cuando no dispone de éste va a los servicios de salud del Estado.

La reforma del sistema de salud deberá poder cambiar esta forma de relación entre proveedores y usuarios. Tendrá que estudiarse qué mecanismos o incentivos utilizar.

La remuneración fija al profesional por un periodo de trabajo dado –36 ó 40 horas a la semana– ofrece la ventaja de facilitar

el trabajo administrativo –la elaboración de presupuestos, por ejemplo–. Pero la desventaja principal de esta modalidad es que el paciente pierde influencia sobre el comportamiento del prestador de servicios, a menos que los ingresos de éste dependan de alguna manera de la satisfacción de aquél –como en el caso de la conducta impropia de ciertos médicos que "trasladan" a sus pacientes particulares a hospitales públicos cuando deben practicarles intervenciones quirúrgicas–. En esta modalidad, por lo general, el prestador de servicios no tiene incentivo alguno para atender al paciente y su productividad se reduce.

En el otro extremo, cuando se paga honorarios por servicios prestados, los ingresos del prestador se relacionan directamente con el esfuerzo realizado y su desempeño puede evaluarse fácilmente. El gran inconveniente está en que puede causar el incremento de los costos porque estimula el uso de muchos exámenes auxiliares.

No obstante, entre una y otra modalidad hay otros caminos. Los sistemas de salud interesados en reducir costos están utilizando una de dos estrategias. La primera es implantar el sistema de pago por casos. La segunda consiste en pagar a los profesionales por el sistema de "capitación", es decir, por el número de pacientes atendidos.

El país ha adquirido compromisos internacionales que en la práctica no ha podido cumplir. Debió aplicar una política de "Salud para Todos", pero no pudo hacerlo por falta de un adecuado manejo del aspecto financiero de los recursos que el Estado destinó al sector salud. Mientras tanto, en el resto del mundo todos los sistemas de salud se están transformando en la búsqueda de equidad con eficiencia: la equidad de los sistemas de seguro universal y la eficiencia de los sistemas de libre prestación.

El otro componente que nuestro país debe tener en cuenta es el problema de la pobreza. Como ya lo mencioné, es responsabilidad exclusiva del Estado establecer sistemas de financiamiento y de prestación de servicios de salud para la población más pobre, ese 25 por ciento de peruanos que no tiene acceso a servicios de salud.

El último elemento para la formulación de políticas de salud es la utilización de información científica, de la información de mercadeo social para la toma de decisiones, uno de los ejes de la gestión moderna de los servicios de salud.

Con esos antecedentes ¿qué lineamientos de política se podrían trazar? Indudablemente, como hemos visto, los sistemas de financiamiento y la descentralización de los servicios de salud son los mejores mecanismos de cambio. El país debe tender al uso racional de los recursos públicos y a concentrarlos fundamentalmente en los sectores de extrema pobreza. Por los mapas de la pobreza elaborados por el Banco Central de Reserva se sabe dónde están las personas de más bajos ingresos. El Estado debe movilizar sus recursos hacia ellos no sólo a través de una mayor inversión, sino mediante un uso eficiente de los recursos que actualmente posee. Y aquí surge el problema de la descentralización de los servicios. Una posibilidad es que los establecimientos de salud: hospitales, policlínicos, centros de salud, y aun los departamentos y los servicios de los hospitales, se transformen en pequeñas empresas con autonomía relativa o en organismos semiautónomos, manejados en ambos casos por los cuerpos médicos, por los triángulos de profesionales de la salud, y dirigidos por consejos en los que intervengan los municipios, entidades vinculadas a la defensa del consumidor y entidades representativas de la comunidad. Los consejos directivos se encargarían de administrar los servicios de salud con fondos transferidos por el Estado. En el Perú ha habido un extraordinario desarrollo de organizaciones sociales: comedores populares, comités de vaso de leche, etc., a través de las cuales la población de menores recursos ha podido amortiguar los efectos del shock económico.

La economía peruana vive un proceso de reconversión y sus empresas se están adecuando a las exigencias de la modernidad. El mismo fenómeno debe producirse en el sector salud; en efecto, ya estamos asistiendo a cambios sustanciales en la propia estructura del Ministerio de Salud. Sus hospitales –como vimos– han implantado el cobro por los servicios prestados y abierto salas privadas dentro de sus locales para recuperar sus costos y autogenerar recursos. El Hospital Cayetano Heredia está recaudando un monto equivalente al 50 por ciento de los

recursos que recibe del Tesoro Público. Otro caso es el del Hospital San José del Callao, establecimiento antes público y hoy transformado en una cooperativa administrada por profesionales de la salud.

En los centros de salud se ha optado por algo similar. Anteriormente estos establecimientos atendían de 8 de la mañana a 2 de la tarde y durante el resto del día permanecían cerrados, desperdiciándose la capacidad instalada y el instrumental existente. Ahora, por común acuerdo de los profesionales, los centros de salud abren sus puertas por las tardes para generar sus propios recursos.

Estas actividades adicionales formarían parte del sistema denominado de riesgo compartido. El ingreso generado se reparte, una porción se destina al mejoramiento o mantenimiento del establecimiento; y otra porción, a mejorar los niveles de ingreso de los profesionales que voluntariamente se adscriben al sistema. Este mecanismo ha surgido al margen de la ley y puede ser considerado como parte del desarrollo del mercado de la salud en los servicios públicos. La reforma del sector ya se está dando, al margen de la ley y al margen de la voluntad política de este Gobierno.

Las organizaciones no gubernamentales, más conocidas como ONG, y la seguridad social también están contribuyendo a la modernización del sector. Para citar un caso, en Arequipa una ONG ha asumido la responsabilidad administrativa de un distrito sanitario –ahora sería una ZONADIS–. Recibe fondos de la cooperación internacional para todas sus actividades preventivas y promocionales y va a aplicar sus programas en gran escala con toda su experiencia acumulada en educación, comunicación y trabajo con comunidades de base.

En cuanto a la seguridad social, la gestión de la actual administración ha mejorado notablemente en el aspecto financiero y está llevando a cabo un proceso de privatización al interior de su estructura. Por ejemplo, la seguridad y la limpieza de los hospitales están encargadas a empresas privadas, se ha implantado el sistema PAAD, y en provincias hay la misma proporción de personal de salud contratado que de planta. El contratar servicios privados para brindar servicios públicos en instalaciones públicas es una forma de privatizar.

Así, a partir de los cambios que están ocurriendo en el Ministerio de Salud y en la seguridad social y de la incorporación de otros agentes de prestación de servicios, como son los organismos no gubernamentales, es posible afirmar que la reforma ya está en marcha. Lo principal, sin embargo, es prestar atención al gran objetivo de la lucha contra la pobreza. Si los servicios hospitalarios de segundo o tercer nivel acentúan o extienden su política de recuperación de costos, el Estado invertirá menos en ellos y podrá progresivamente destinar mayores recursos a las poblaciones en extrema pobreza, en la forma de paquetes de servicios básicos esenciales.

Se puede pensar en separar completamente el financiamiento de la entrega de los servicios. Con relación a esto existen varias opciones de política, como decidir si la seguridad social seguirá siendo un sistema regresivo. Un sistema de seguridad social público es regresivo cuando mantiene un tipo de servicios a un segmento de la población; y es progresivo cuando un porcentaje de la población económicamente activa –63 por ciento en el caso de Costa Rica– financia casi la totalidad de los servicios hospitalarios en general, es decir, va más allá de la población asegurada.

Si se opta por el desarrollo de un sistema de seguridad social progresivo, el Estado todavía puede manejar e invertir fondos públicos en los hospitales para garantizar su accesibilidad a los sectores de menores recursos. Es decir, en una economía de mercado se puede tratar de lograr un balance para favorecer a los grupos más necesitados. Los pobladores de grandes ciudades tienen mayores posibilidades de recuperación en comparación con los pobladores de zonas deprimidas porque sus niveles de ingreso son mayores. Esta diferencia debe ser tenida en cuenta porque puede crear problemas.

Otra opción de política es la universalización de la prestación pública a través de la seguridad social, para lo cual el Estado otorgaría mayores recursos, como en otros países.

Finalmente, la tercera opción es el pleno apoyo al desarrollo de los sistemas privados de salud. Estos son los lineamientos básicos de la política de salud que se está comenzando a discutir.

PROPUESTA DE LEY SOBRE EL SISTEMA PRIVADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

José Carlos Vera

Uno de los errores que caracterizó el debate sobre las administradoras de fondos de pensiones, AFP, fue la polarización de las opiniones en torno a si este sistema era mejor o peor que el sistema de pensiones del IPSS. Fue un craso error, porque la discusión se revistió de un carácter ideológico y político y no arribó a resultado positivo alguno. Era evidente que el IPSS estaba quebrado en cuanto al régimen de pensiones y se hacía necesario crear sistemas nuevos; no había razón alguna para discutir si uno era mejor que el otro. Si en lugar de ello el debate se hubiera centrado en mejorar la legislación sobre las AFP el país hubiera ganado algo más.

Se debe tener en cuenta esta lección ahora que toca el turno al sistema privado de seguridad social en salud. No tiene sentido enfrascarse en una discusión sobre cuál sistema es mejor, sino, más bien, reflexionar sobre cómo ambos pueden coexistir y complementar sus servicios para bienestar de todos los afiliados, de todos los trabajadores. En nuestro país hace falta servicios de salud, policlínicos, centros de salud, es decir: inversión en salud. Si el IPSS pudiera hacerla sería una opción; pero si no puede, es necesario darle paso a otros agentes económicos que sí puedan realizar este tipo de inversión.

Voy a dedicar mi exposición a tres aspectos, tratando de ser lo más breve posible para dar paso a los panelistas y luego a quienes deseen intervenir en la discusión. En primer lugar, me referiré al estado actual de la seguridad social, cuáles son sus

problemas y qué posibilidades tiene de ofrecer soluciones en cuanto a la prestación de sus servicios. En segundo lugar, y a partir de este breve diagnóstico, presentaré la propuesta de ley sobre el sistema privado de seguridad social en salud comparándola con el sistema chileno, marco obligado de referencia. De antemano, les debo decir que el proyecto de ley peruana se diferencia sobremanera del sistema chileno, por la simple razón de que la nuestra es una realidad totalmente distinta de la chilena; partimos de sistemas de seguridad social totalmente distintos y, en consecuencia, las leyes de reforma de éstos no tienen por qué ser parecidas o similares, cada cual tiene sus propias características. En nuestro caso, la propuesta de ley pretende que el sistema de seguridad social deje de ser monopólico, pero no que pierda su carácter social.

Por último, terminaré señalando cuáles son las ventajas de la creación de instituciones privadas de seguridad social en el campo de la salud. Estoy utilizando deliberadamente esta denominación, "sistema privado de seguridad social en el campo de la salud", porque quiero poner énfasis en el carácter social del sistema privado que se está propugnando.

Desde hace mucho tiempo, la atención prestada en los hospitales o establecimientos del IPSS genera descontento y malestar entre los afiliados; es necesario formar cola para solicitar cualquier servicio: consulta ambulatoria, hospitalización o intervención quirúrgica. Es cierto que la administración del IPSS ha mejorado notablemente, pero todavía subsisten una serie de problemas de gestión, de administración y de financiamiento.

¿Por qué existen estos problemas? No es porque el manejo del IPSS sea ineficiente; por el contrario, con relación a otros años ha mejorado notablemente. Pese a ello, el IPSS no puede atender a los seis millones o seis millones y medio de afiliados que debería, por la simple razón de que no cuenta con la suficiente infraestructura de salud para hacerlo.

Esta es una realidad inobjetable. De acuerdo con indicadores de la Oficina Panamericana de la Salud (número de camas por habitante), para su volumen de afiliados el IPSS debería tener 66 hospitales y sólo tiene 22. De las encuestas realizadas –como las

mencionadas por el Dr. Iglesias– se desprenden similares resultados. Solamente el 9 por ciento de quienes tienen derecho a atenderse en los establecimientos del IPSS acuden a éstos cuando se sienten enfermos o sufren algún accidente. Menciono datos fidedignos recogidos a través de encuestas nacionales, son cifras objetivas del porqué del descontento: no hay suficientes establecimientos de salud.

Aparte de 66 hospitales grandes, el IPSS requeriría 112 centros médicos, 224 policlínicos y 230 puestos de salud para atender adecuadamente a sus afiliados. Pero no los tiene. Entonces, o esperamos que los cree o que suscriba contratos con terceros, o dejamos que otras instituciones participen en este mercado.

Por otro lado, el IPSS constituye fundamentalmente un sistema financiero, un sistema de prepago –recibe un porcentaje del ingreso de sus afiliados a cambio de cubrir su riesgo de enfermarse–, pero es un sistema financiero que, además, posee hospitales. En otros países la seguridad social no cuenta con establecimientos propios –es el caso de Argentina, si no me equivoco–; no le hacen falta, contrata servicios de terceros. Es esta mezcla de sistema financiero con sistema de servicios de salud lo que torna ineficiente la gestión del IPSS. A mi juicio, su parte financiera debería comportarse como una compañía de seguros, ser manejada por muy pocas personas con sistemas de información automatizados y computarizados; mientras que su parte de prestación de servicios debería estar totalmente descentralizada, separada de la anterior. Esta sería una opción, una forma de administración racional.

Otro punto crítico es lo injusto del monopolio ejercido por el IPSS. Todos los trabajadores están obligados a entregarle parte de sus ingresos aunque en la práctica muchos no reciban a cambio servicio alguno y deban adquirir seguros privados. Al IPSS no lo controla entidad alguna, no hay unidad ajena a éste que controle sus cuentas o sus servicios. Quienes podrían ejercer algún control, los afiliados, deben limitarse a formar colas porque sus protestas no son escuchadas. Una institución de esta naturaleza, sobre la cual ninguna otra ejerce control o tiene algún nivel de competencia, no puede operar en una economía moderna. Si a los consumidores se les otorga la facultad de decidir dónde solicitar atención de salud, el IPSS empezaría a

ser cada vez más eficiente porque lo controlaría el mercado. Tal como está estructurado, el sistema del seguro social es injusto. Como ejerce un monopolio y tiene una gran masa de afiliados puede contratar los servicios de las clínicas privadas y lograr precios por debajo de los que éstas fijan para otros clientes. Este tipo de situaciones existen y no deberían mantenerse por más tiempo. La seguridad social hubiera podido mejorar mucho más si hubiera hecho el esfuerzo de atender a sus casi siete millones de afiliados de una manera racional. Es decir, si hubiera admitido que le faltaban establecimientos de salud y optado por contratar los servicios de las clínicas a precios de mercado. El utilizar su situación monopólica para negociar con ventaja ha debilitado el sistema y obligado a los más altos niveles de decisión del país a buscar una opción más racional.

Creo que es necesario terminar con este monopolio. Abrir el mercado de la salud no significa sino otorgarle al afiliado la libertad de elegir dónde solicitar atención: en los hospitales del Ministerio de Salud, en los hospitales del IPSS, en las clínicas privadas, en consultorios particulares, etc; todo este mercado debe competir para ofrecer servicios. Abrir el mercado significa que si alguien quiere formar un seguro social privado puede hacerlo y contratar como proveedores de servicios a los hospitales públicos o a los hospitales del IPSS o también a clínicas privadas. Si las organizaciones de servicios de salud, OSS (así se las está designando) contratan los servicios de hospitales públicos, por ejemplo, el Ministerio de Salud incrementaría notablemente sus ingresos, lo que redundaría en beneficio de los más pobres.

¿En qué consiste la propuesta sobre seguridad social privada en el Perú y en qué se diferencia del sistema chileno?

En Chile los mercados de la salud están totalmente separados. La mayor parte de los trabajadores, el 70 por ciento, están afiliados al sistema estatal, FONASA; y el resto, al sistema privado. Como estos dos mercados no tienen vinculación alguna, el que cuenta con menor demanda –el privado– tiende a elevar sus precios. Por eso es que cada vez los costos suben más en el sistema chileno. Esto no sucederá en el Perú porque aquí se está planteando una apertura total del mercado.

Otra diferencia fundamental con el caso chileno es que en el Perú la llamada preexistencia no será causa de impedimento de afiliación. En Chile, quien adquiere una enfermedad crónica estando afiliado a una ISAPRE puede verse obligado a salir del sistema por el alza de los copagos. En el Perú no sucederá eso, la persona seguirá en el sistema porque se está previendo un fondo para este propósito. Quiero destacar que éste es uno de los elementos que garantiza el carácter social del sistema privado de seguridad. Al mismo objetivo apunta el aporte de solidaridad, que tampoco existe en Chile. En el Perú se está planteando destinar el 1 por ciento de los ingresos de los afiliados al sistema de OSS a financiar servicios de salud para las personas de menores recursos.

Gran parte de las críticas al sistema privado se basan en un probable desfinanciamiento del IPSS. Se arguye que las personas de mayores ingresos se afiliarían al sistema privado de modo que el IPSS vería reducidos significativamente sus ingresos. Esta apreciación no es correcta, como lo voy a demostrar posteriormente, pero aun así la misma ley contempla la posibilidad de hacer frente a esta eventualidad.

Otra gran diferencia con el sistema chileno radica en las coberturas. Es preciso señalar que en el sistema de las OSS no habrá tope de cobertura, todo tratamiento será financiado, sea cual sea su costo. Este aspecto lo diferencia sustancialmente de los seguros privados actuales que, como se sabe, ofrecen planes de salud con cobertura definida por la póliza que cada empresa o individuo adquiere. Pero, ¿cómo hará una OSS para financiar tanto gasto? La respuesta está en el sistema de reaseguro, que la ley propuesta introduce justamente para diluir el riesgo de una cobertura ilimitada. Quienes manejan seguros saben que esto se cumple. El reaseguro podrá contratarse con cualquier institución: el seguro social, una compañía nacional, internacional o multinacional. El afiliado no tendrá que preocuparse: no correrá el riesgo de quedar desatendido o que parte de sus gastos en salud no puedan ser financiados.

Otro punto de la legislación propuesta son los contratos, entre el afiliado y la OSS, y entre ésta y los prestadores de salud: clínicas, hospitales públicos, hospitales del IPSS. Se ha planteado una vigencia de dos años para estos contratos, tanto para

darle estabilidad al sistema como para estimular la competencia. Además la Superintendencia de OSS deberá estar informada de los contratos suscritos. Este es un punto crucial de la propuesta, porque la obligatoriedad de cumplir con lo que el contrato establece evitará la impunidad observada en el caso del IPSS: no cumple con sus afiliados pero no se le aplica ninguna sanción.

Este tipo de sistema exige que el Ministerio de Salud mejore notablemente y cumpla las funciones para las cuales fue creado. Entre otras, dar las normas para la acreditación de los establecimientos de salud, esto es, los requisitos para el otorgamiento de determinada categoría y la licencia de operación correspondiente. No obstante, es preciso señalar la conveniencia de que el propio Ministerio no acredite para evitar los casos de corrupción. Esta tarea debe ser encargada a un comité de acreditación integrado por representantes de los hospitales del IPSS, del propio Ministerio de Salud y de las clínicas privadas. Este comité también fiscalizaría el cumplimiento de los requisitos de acreditación.

Con relación a este punto, es importante que el Ministerio de Salud asuma el papel que debe tener. Actualmente es un simple administrador de hospitales, cumple funciones relacionadas con la salud pública, pero más allá de esto no tiene injerencia sobre la prestación nacional de servicios de salud. El Ministerio de Salud debe poder ejercer control sobre los asuntos de su competencia (en todo el sector público se está buscando lo mismo, reducir el tamaño de las instituciones pero dotarlas de un efectivo poder de control). Con el comité de acreditación no habrá burocracia de por medio, simplemente todos los elementos del sistema de prestación de salud se controlarán entre ellos bajo normas establecidas por el Ministerio de Salud. No puedo afirmar que un sistema de este tipo vaya a ser perfecto, pero creo que corregirá algunos de los defectos de otros tipos de sistemas.

La prevención obligatoria es otro de los aspectos claves de la ley de las OSS. El reglamento establecerá a qué tipos de exámenes deberán someterse los afiliados y con qué periodicidad o a qué edad. Lo importante es que el mantenimiento del seguro estará condicionado al cumplimiento de esta norma. Por ejemplo, si se establece que los hombres de 40 años deben someterse

a un examen de próstata y determinado afiliado se niega a ello y después contrae cáncer de próstata, perderá su derecho a ser atendido por su seguro. De la misma manera, el fumador debería perder su seguro, ya que la sociedad, la masa de aportantes, no tiene por qué pagar por el hábito perjudicial de uno de sus miembros. He dado ejemplos drásticos a propósito, para explicar mejor la idea.

Una diferencia importante entre el sistema del IPSS y el de las OSS es que se pasa de un sistema de administración de recursos a un sistema de riesgo. El del IPSS es un sistema de administración, está en la obligación de brindar servicios de salud a sus afiliados, pero sólo lo hace hasta cuando el dinero le alcanza. Por esta razón produce cada vez servicios de menor calidad o los restringe mediante el sistema de colas o citando a los pacientes para fechas muy posteriores. El sistema de riesgo introducido en las OSS significa que el aporte que hace el trabajador es de propiedad de la OSS y en retribución ésta tiene la obligación, por un contrato, de cumplir con lo pactado. Si el aporte no le alcanza para cubrir los servicios debe financiarlos con sus propios recursos, pero nunca brindar un servicio de menor calidad. Si el de las OSS fuera un sistema administrado, la calidad de sus servicios no podría ser buena y tampoco habría incentivo para controlar el número de servicios.

Este es a grandes rasgos el sistema que se está proponiendo en el Congreso. Como podrán deducir, es muy diferente al chileno porque mantiene su carácter social. En el fondo, lo que se está haciendo es eliminar el monopolio y establecer la competencia para estimular la prestación de mejores servicios y la construcción de infraestructura adecuada.

¿Cuál será el impacto del sistema privado de seguridad social sobre la economía? En el Perú, las leyes tradicionalmente se dictaban para beneficio de un grupo económico o de un sector de actividad, sin tener en cuenta las consecuencias que acarrearían para el resto de la economía. Por ejemplo, la Ley de Reforma Agraria debió beneficiar a los campesinos, pero no fue así y el resto de la economía quebró junto con el agro. Otro ejemplo, los inversionistas industriales se beneficiaron de la Ley de Pro-

tección Industrial, pero la economía en su conjunto se perjudicó a la larga. Las leyes deben ser elaboradas de acuerdo con un análisis de beneficio–costo, no en función de un grupo o de un sector, sino en función de la sociedad en su conjunto; así se está concibiendo el marco legal propuesto.

¿Qué efectos va a causar la creación de las OSS sobre el IPSS, por ejemplo? Volvamos al tema. Como señalé anteriormente, es falso que será desfinanciado. Se ha calculado que no más del 5 ó 6 por ciento de los asegurados, los de mayores recursos, pueden ingresar de inmediato al sistema. Esto indican las cifras, y la discusión puede empezar por aquí. Este pequeño porcentaje de asegurados representa no más del 20 por ciento de los ingresos del IPSS. Si la institución se maneja racionalmente, puede atender al resto de los afiliados sin problema alguno. El IPSS no se va a desfinanciar porque los salarios de los trabajadores en el Perú están muy deprimidos. No existe la posibilidad, por ejemplo, de que el 30 por ciento de los afiliados se traslade a las OSS.

¿Qué otros efectos sí van a generar las OSS? Evidentemente una cierta inversión en el sector salud, en infraestructura, en camas hospitalarias, en equipos, etc. Debemos tener presente que la PEA ocupada en el Perú es muy baja, apenas dos millones de personas en el mejor de los casos, cuando debería ser el triple o el cuádruple. Si un gran número de trabajadores (ese cuádruple) se incorporase al seguro social, en este momento no habría posibilidad de atenderlo. Si en los próximos 10 años la economía peruana se recuperara y la población económicamente activa consiguiera un trabajo permanente, el IPSS no estaría en capacidad de brindarle servicios recurriendo solamente a sus propios establecimientos, tendría que contratarlos de terceros. De acuerdo con los indicadores de salud establecidos por la OPS, si para el año 2000 la PEA se triplicase, se necesitaría diez mil camas más. Es necesario invertir.

En segundo lugar, las OSS contribuirán a mejorar la situación de salud de la población. Si se evita la doble cotización que existe ahora –al IPSS y a los seguros médicos privados al mismo tiempo– y se establece la facultad de elegir un sólo sistema, el ingreso real de los trabajadores aumentaría, y quizás podrían alimentarse mejor y elevar la condición general de su salud. Además, la posibilidad de escoger estimularía la competencia y,

por lo tanto, cada sector se preocuparía por mejorar la calidad de sus servicios, habría lugares más adecuados donde atenderse.

En tercer lugar, algo no menos importante, todos los profesionales de la salud verían incrementadas sus remuneraciones: médicos, enfermeras, personal paramédico, etc. Esto ha sucedido en otros países que han establecido sistemas parecidos. El nivel de ingresos de los trabajadores del Ministerio de Salud también subirá; esto es, se produciría toda una serie de efectos positivos.

Finalmente, un beneficio todavía poco percibido. La creación de las OSS generaría la reasignación de ingresos, desde los sistemas y personas que más tienen hacia los sistemas y personas que más necesitan. Me explico. El actual sistema privado de salud cuenta con 500 dólares por afiliado al año; el IPSS, con casi 150 dólares por persona (derechohabiente) al año; y el Ministerio de Salud sólo gasta por persona 9 dólares al año –lo que nos coloca al nivel de los países africanos–. Esta injusta situación podría, en cierta medida, ser revertida por dos de los mecanismos que se derivarán del funcionamiento de las OSS. El primero, el traslado directo de parte de los aportes de sus afiliados hacia el IPSS o el Ministerio de Salud; y el segundo, la compra de servicios que hagan las OSS a los establecimientos de salud del IPSS y del Ministerio de Salud. Ambos mecanismos permitirán financiar los servicios se salud para las personas de menores recursos.

Para terminar y a modo de síntesis: el sistema privado sigue siendo de seguridad social, sólo se rompe el monopolio del IPSS; se está tratando de cautelar que las preexistencias no constituyan una traba para la afiliación; se está buscando lograr una cobertura ilimitada a través de los reaseguros; en suma, se está corrigiendo muchos de los aspectos negativos de otras leyes, como la chilena, que han sido fuertemente criticados.

La apertura del mercado de la salud será completa si, además, se liberalizan los mercados de todos los insumos que concurren al servicio de salud; me estoy refiriendo, por ejemplo, a los medicamentos. Cuando uno va a un supermercado a comprar una bolsa de detergente, por ejemplo, compara los precios

de las diferentes marcas y luego decide cuál comprar. Todos sabemos que los detergentes tienen casi la misma fórmula. Lo mismo debería suceder con los medicamentos. El usuario debe tener la información necesaria para poder escoger. Si el público no está informado de los sucedáneos de los productos que se le receta, no estamos haciendo nada. Si todo el mercado de la salud se abre, la regulación entre todos los agentes que concurren será mayor y el beneficiario será el consumidor, el afiliado, el trabajador: el objetivo que se debe buscar finalmente.

COMENTARIOS DE LOS PANELISTAS

Intervención del Sr. Arturo Rodrigo, representante de las compañías de seguros

No voy a opinar sobre la gestión presente o pasada del IPSS, me quiero referir estrictamente a lo que conozco sobre seguridad social, que no es mucho.

El sector de seguros privados del Perú, donde ha habido o hay coparticipación de alguna empresa del Estado, ha cumplido de alguna manera una función desinflamante de la aguda crisis de los sistemas de salud que se empezó a percibir aproximadamente hace unos treinta años. De este lapso voy a tratar a continuación.

Cuando hace 30 años se empezó a encargar a las compañías de seguros de entonces el desarrollo de planes de salud privados, se empezó a suplir la falta de servicio oportuno que afectaba a quienes aportábamos al seguro social. El aporte era obligatorio, pero como muchos se sentían mal atendidos preferían acudir a médicos particulares y dar por perdido el dinero que se les descontaba. Durante los últimos 30 años, aproximadamente, el sistema peruano de compañías de seguros ha desarrollado un producto de alrededor de 50 millones de dólares al año, sin contar con los planes piratas que pueden haberse vendido hacia o del extranjero; en todo caso, se trata de un tamaño de población muy pequeño.

Este volumen de operaciones –50 millones de primas de seguros por año– ha permitido que entre 500 y 600 mil peruanos,

entre titulares y dependientes, tengan acceso a planes privados de salud, normalmente en hospitales privados del país. En algunos casos graves, delicados, también hemos podido atender problemas de salud que no podían ser resueltos en el país.

Lo contrario ocurrió en Chile, donde al momento de dictarse la ley del sistema privado de seguridad social, en 1981, las compañías de seguros tenían muy poco desarrollado el producto de salud y la aparición de las ISAPRE no las afectó. Desde entonces, las aseguradoras chilenas de ramos de vida o de personas han ido acumulando poco a poco experiencias y hoy también tienen un volumen de operaciones cercano a los 50 ó 60 millones de dólares anuales, porque se han afianzado en aquella porción no cubierta por las ISAPRE.

El anteproyecto de la ley propuesta para nuestro país obliga a las OSS a no poner tope a la cobertura. No quiero anticipar juicios porque supongo que algunas OSS que se instalen en el país brindarán servicios eventualmente al 100 por ciento –y probablemente ofrecerán los servicios de mayor costo–. Pero creo que, aun cuando gran parte de la población actualmente afiliada a un plan de salud de una compañía de seguros se traslade a las OSS, quedará un 20 por ciento que deberá ser cubierto por las aseguradoras privadas. Por esta razón, yo estoy de acuerdo con quienes afirman que el nuevo sistema causará algún perjuicio a las empresas de seguros. Pero creo que nuestra obligación será repensar nuestros criterios y entregar a ese 20 por ciento servicios de buena calidad. Desde el punto de vista de la expansión de nuestra actividad, yo veo con confianza el nuevo sistema.

Intervención del Dr. Guillermo Garrido Lecca, representante de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares

Desde hace mucho tiempo, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados, que reúne a casi 100 de las 251 clínicas existentes en el Perú y cuenta con 45 años de existencia, viene estudiando con sumo interés los diferentes aspectos involucrados en la apertura del mercado de la salud. Precisamente con relación a esto, un médico chileno nos comentó que nuestra infraestructura es

mejor que la que ellos –el sector privado chileno– tenían cuando surgieron las ISAPRE en el país del sur. Tenemos 6,424 camas privadas, algo más que el IPSS.

La Asociación siempre ha estado en contacto con las diferentes instituciones relacionadas con el sector salud: las compañías de seguros –por obvias razones–, la industria farmacéutica, los autoseguros, y estamos muy satisfechos con la próxima apertura del mercado, pero yo quisiera dejar muy en claro nuestro punto de vista: los legisladores deben tener en cuenta que si el sector privado va a enfrentar la competencia de los hospitales estatales y paraestatales y los del IPSS, va a esperar una competencia leal. Las clínicas particulares no gozan de exoneración tributaria alguna, pagan 12 impuestos diferentes, entre municipales y estatales –derechos de aduana, por ejemplo–. Luego, el punto de partida no sería el mismo, los costos de nuestros asociados no son comparables con los de los hospitales del Estado o del IPSS.

Una de las razones por la que no se ha hecho mayor inversión en salud son los elevados costos de los servicios. Sólo para mencionar un caso, el paciente también debe pagar el IGV (impuesto general a las ventas); en otras palabras, la enfermedad resulta gravada. El paciente está en un estado que no puede producir y en lugar de ayudarlo a recuperarse se le grava con impuestos. Pero en fin, es un aspecto que dejo a los economistas porque éste no es mi campo.

Respecto a la acreditación y certificación de hospitales, durante los tres últimos gobiernos la Asociación de Clínicas ha estado participando en la elaboración de sendos proyectos –no se nos permitió hacerlo solos–. El tercero lo acabamos de presentar y esperamos que por fin sea aprobado porque ahora sí parece haber verdadero interés en hacerlo.

Con relación a la ley propuesta, quisiera que nos aclararan algunos puntos. Se establece que será admitido como afiliado quien lo solicite, sin tener en cuenta la edad ni las enfermedades preexistentes. Nuestra pregunta es: ¿cómo se va a manejar esto?, ¿con un examen previo, un mayor pago?, porque no creo que las OSS puedan soportar un compromiso de atención así.

En el Artículo 26 parece establecerse que el contrato con una OSS termina cuando el trabajador cambia de empleo, pero ¿debe

necesariamente cambiar de OSS? En el IPSS uno simplemente cambia de trabajo pero sigue asegurado. El Artículo 36 dice: "Para garantizar la óptima calidad de los servicios de salud, la Superintendencia coordinará con el Ministerio de Salud..." ¿Qué coordinará? El Ministerio de Salud, creo, es una institución aparte; espero que el reglamento aclare estas dudas.

Para terminar, reitero nuestra preocupación por la cuestión tributaria. Por ejemplo, los hospitales estatales y militares pueden traer equipos liberados y ofrecer servicios (exámenes y análisis) mucho más baratos; luego, las OSS preferirán celebrar contratos con estos hospitales subvencionados.

Intervención del Sr. Carlos Fisher, representante de Inti Asesores y Corredores de Seguros

No me corresponde, ni en esta oportunidad ni en el futuro, hacer un comentario respecto de lo que ha significado para el país el IPSS. No viene al caso calificar la acción del Estado, éste ha cumplido una función social y le corresponde continuar haciéndolo en una etapa posterior.

El inicio de la intervención de los representantes del sector privado ha sido significativo. Arturo ha mencionado aspectos relacionados con los seguros propiamente y cómo estos han beneficiado a gran número de personas. Independientemente de esto me parece que se debería mencionar la universalización de la salud producida por la participación del sector privado. Anteriormente, al margen de la acción del Ministerio de Salud y del IPSS, la salud era cuestión de élites. Hoy, afortunadamente, esto ha dejado de ser así, la situación se está modificando de manera sustantiva.

Creo que la eliminación del monopolio del IPSS va a ser esencialmente beneficiosa para todas las partes. Colegas de Chile que participan en las ISAPRE han mencionado el aprovechamiento de la infraestructura hospitalaria del sector salud como uno de los beneficios de la participación privada. El IPSS y el Ministerio de Salud se caracterizan, entre otros aspectos, por sus grandes estructuras hospitalarias, mientras la tendencia actual es, contrariamente, fortalecer los centros periféricos y el

concepto de atención ambulatoria. Se está tratando que las enfermedades y las intervenciones quirúrgicas retengan al paciente en el hospital el menor tiempo posible porque el servicio hotelero es muy caro de mantener.

Si la conjunción del sector privado con el sector estatal logra la puesta en operación de toda esa infraestructura, el país en su totalidad se beneficiará. Ya no se puede pensar que las instalaciones del IPSS no deben ser utilizadas por particulares. A propósito, hace unos años, durante un Congreso de Gerencia en el Centro Cívico, escuché a Milton Friedman, Premio Nobel en Economía, señalar que la competencia leal era un concepto absolutamente fuera de contexto porque, decía, la competencia nunca es leal. En nuestra actividad, por lo menos –y lo digo con una sonrisa–, la competencia es dura y despiadada, y estamos acostumbrados a ella aunque seamos muy amigos entre nosotros.

Lo que sí me preocupa son ciertos aspectos del sistema operativo de las OSS planteados por el expositor, la forma cómo han sido concebidos o lo que se pretende con ellos. Ante todo, una OSS no es una institución de beneficencia, es una institución con fines de lucro, aunque invierta permanentemente y no perciba dividendos. Tiene derecho a crecer, a hacerse muy fuerte y a ser cada día más eficiente.

En primer lugar, me preocupa que se crea que con ese porcentaje del 8 por ciento del ingreso del afiliado se pueda proporcionar los mismos beneficios hoy ofrecidos por los sistemas de prepago. Estos recursos son insuficientes. Afortunadamente el proyecto de ley establece la posibilidad de aportes adicionales. Si el monto de estos aportes adicionales es similar al que el empleador actualmente gasta en conjunto en el sistema de prepago y en el IPSS, la actividad de seguros va a ver con mucho interés la formación de las OSS.

La ley establece que la OSS debe destinar un porcentaje para gastos de administración, yo creo que la OSS deberá administrar el conjunto del monto recibido para proporcionar el mejor servicio y el más eficiente. La OSS que logre el menor monto en gastos administrativos va a captar mayor número de afiliados por cuanto va a dar mayores beneficios. El beneficio que otorgue una OSS deberá estar en función del aporte que reciba.

En Chile, por ejemplo, las ISAPRE no otorgan beneficios por medicamentos. Yo quisiera preguntar si una OSS podría establecerse sin otorgar medicamentos en un país cuya masa laboral está acostumbrada a recibirlos. El 8 por ciento será insuficiente, deberá haber aportes adicionales.

Otro tema clave. Para que una empresa funcione tiene que haber un factor de riesgo. Si no se le concibe desde este punto de vista, el sistema se transformará en lo que el día de hoy es el sistema de prepago en su conjunto: un administrador de siniestros. Bajo este principio no se puede concebir un sistema de salud, salvo que exista un ente paternalista encargado de traspasar fondos para compensar los balances al final del periodo contable.

Y esto trae a colación el tema del reaseguro. En principio no hay inconveniente, pero el reasegurador no va a ser una institución de beneficencia dispuesta a pagar la siniestralidad alta de una OSS. Un extranjero no lo va a ser. El reaseguro implica limitaciones para cubrir un riesgo que asume, preestablecido por una OSS, pero sobre un término preciso.

La OSS es en esencia una entidad de riesgo que garantiza un beneficio a un asegurado, a un aportante, por un período de tiempo determinado y por un programa preestablecido, y ese programa es el que va a reasegurar con respecto a una frecuencia muy alta o a una severidad extrema en un momento determinado. Pero el reasegurador no va a cargar con el costo de subvencionar el sistema de salud en el país. Quiero dejar planteado esto muy claramente, no se puede pensar que el reaseguro va a cumplir una función distinta.

Intervención del Dr. Juan Franco Ponce, ex Ministro de Salud

El doctor Iglesias ha realizado una exposición certera sobre el estado actual de la salud en el Perú, y me alegró bastante saber que ello pudo ser diagnosticado a partir de una encuesta comenzada a aplicar en los años 1983 y 1984 con ayuda de instituciones financieras, como la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Instituto Nacional de Estadística. Fue lo más conveniente, elaborar un diagnóstico de la situación

para poder plantear la solución adecuada y poner en marcha los medios para llevarla a la práctica.

Indudablemente la reunión de hoy y la discusión de la ley sobre las OSS –con las cuales se romperá el monopolio del IPSS en materia de seguridad en salud– son pasos adecuados al momento que vive el mundo, en los aspectos económico y social, y al cual debemos adaptar la situación del país. Sabemos que la salud del poblador peruano está atendida en proporciones más o menos iguales por el Ministerio de Salud, el IPSS y el sector privado –a las sanidades militares corresponde un porcentaje menor–. Creo, entonces, que debe lograrse un servicio de salud nacional coordinando estos tres servicios y asignándole a cada uno de ellos el papel que puede desempeñar con mayor amplitud.

La atención privada ha resuelto un problema –uno de los expositores la calificó de desinflamante, yo la calificaría de analgésica–, un problema que no solucionaba ni el Ministerio de Salud ni el IPSS por las limitaciones de todos conocidas.

No obstante, debe tenerse en cuenta que la atención de la salud en el Perú se brinda en tres niveles. El primer nivel es el de la atención primaria, el básico, cuyo objetivo fundamental –como señaló muy bien el doctor Iglesias– es conseguir salud para toda la población en el año 2000. Pero la atención primaria no se presta en los grandes hospitales, sino a través del desarrollo de la función comunitaria de salud en los centros de salud y en los pequeños hospitales rurales y urbano-marginales –porque nuestra población rural ahora se está convirtiendo en población urbana–. Para financiar este tipo de atención, el Ministerio de Salud recibe fondos de instituciones multilaterales: Banco Mundial, BID, AID, etc., que se debe saber canalizar porque corresponden a proyectos de larga maduración. El dinero no llega todo junto, previamente debe construirse la infraestructura necesaria y, sobre todo, preparar a los recursos humanos que intervendrán en el desarrollo de los proyectos. Las instituciones no entregan el dinero completo, sino a medida que va avanzando determinado proyecto; además el propio país debe aportar una contrapartida.

La atención primaria, creo, debe estar en manos fundamentalmente del Ministerio de Salud; y los otros niveles de atención:

segundo, tercero y especializado, deben ser brindados por el IPSS y el Ministerio de Salud a través de sus grandes hospitales y hospitales especializados, respectivamente.

El sector privado, por ejemplo, no puede montar un hospital como el Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Recuerdo que en 1982 la Fundación Peruana de Lucha Contra el Cáncer me dijo: "Doctor, aquí tiene usted, nos hemos gastado 3 millones de dólares, usted sabrá qué hace con este casco". Entonces hubo que dictar una ley para poder financiar, equipar y terminar ese hospital. Fue una ley –y esto le va a agradar al profesor Vera– que gravaba a los fumadores de tabaco rubio. Como el tabaco produce cáncer, los futuros clientes pagarían su hospital.

Algo parecido sucedió con el Instituto de Salud Mental del Rímac. Alguien había sugerido que nos adelantáramos a la demanda de atención derivada del alcoholismo, la drogadicción, la violencia, etc. y tuvimos la suerte que el Gobierno de Japón –un Gobierno amistoso, aunque un poco menos que ahora– financiara ese instituto totalmente equipado. A nosotros solamente nos correspondió ponerlo en marcha y cubrir la planilla de profesionales.

En suma, la atención primaria implica metas y proyectos de envergadura nacional, e incluso internacional, que comprometen ayuda internacional y que el país no puede desaprovechar.

En cambio, la atención de tercer nivel, la que generalmente demanda la población urbana y la población económicamente activa, debe ser cubierta por el sistema privado, como está funcionando hasta este momento. Pero debe ser regulada por una superintendencia semejante a la que hoy existe para las AFP. Debe haber un manejo muy fino y muy delicado tanto del aspecto financiero como del aspecto operativo para que estas instituciones funcionen satisfactoriamente. Y el Ministerio de Salud debe regular la parte operativa de todas las instituciones hospitalarias y clínicas privadas. El primer paso, indudablemente –como lo ha mencionado aquí mi colega y amigo Guillermo Garrido– es la categorización de las clínicas. No todas tienen la misma infraestructura ni los mismos equipos (un resonador magnético pasa de los 3 millones de dólares y, sin embargo, cada fuerza armada tiene un resonador. Esto es algo que debe corregirse. El Ministerio debe distribuir los recursos porque el país

no puede darse el lujo de tener varios resonadores cuando uno solo puede bastar con una reglamentación adecuada. El mantenimiento de cada uno de estos equipos es carísimo e incluso puede generarse una estructura hospitalaria ociosa. Todos estos aspectos debe tener en cuenta la política de salud.

Yo les hablo un poco así, desordenadamente, porque a través de mi vida profesional he tenido ocasión de desempeñarme como médico de la Beneficencia, como médico de la seguridad social, como médico de la sanidad naval y, por último, como médico de clínicas privadas. Además, en forma casual estuve tres años en el Ministerio de Salud y pude darme cuenta del "teje y maneje" del sector.

Para terminar, quisiera hacer una observación. A las OSS se les va a exigir un capital de cien mil soles. ¿No les parece un monto insuficiente para una entidad que va a manejar fondos cuantiosos? Me parece un requisito un poco "chicha". Creo que desde el punto de vista legal se debería ser más estrictos para evitar los mercados informales ("Polvos Azules" o "Polvos Rosados") en el sector de las OSS.

Intervención del Sr. Angel Pérez, representante del Instituto Peruano de Seguridad Social

Es cierto que el IPSS ha estado mal, pero nosotros somos una nueva administración y quisiéramos exponer nuestro punto de vista.

La remuneración mínima vital del país, en términos reales, pasó de 350 soles en 1980 a 50 soles en 1992. Obviamente las finanzas del IPSS dependen de estos montos. Si las remuneraciones caen se reducen sus ingresos. Y esto ha venido sucediendo con los gobiernos A, B o C. Entonces, la situación de las inversiones, de los servicios, etc., es consecuencia de esta disponibilidad de fondos.

El IPSS no es una isla, señores. El problema no es sólo las remuneraciones; entre 1980 y 1991 también ha disminuido sensiblemente el empleo formal, es decir, el número de personas que se inscribe y aporta al sistema. Estas dos tendencias de la economía del país han afectado al IPSS y también a los seguros

privados, supongo, y afectarán a las OSS. No creo que en los próximos 10 años vayamos a duplicar el empleo en el Perú, necesitaríamos niveles de inversión muy altos.

No quiero ser pesimista, pero ésta es la realidad. Volvamos a las cifras. Según los últimos datos, los de 1993, el promedio ponderado de ingresos de los asegurados de Lima –sector público y sector privado– es de cinco o seis sueldos mínimos, esto es, aproximadamente 350 soles. Y de esta remuneración de referencia, el IPSS recibe el 9 por ciento, más o menos 27 soles. Con este monto el trabajador y su familia tienen derecho a atención médica, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prótesis, etc. ¿Habrá un sistema privado que pueda ofrecer lo mismo?

No es que trate de oponerme a una ley cuya intención es mejorar la situación, pero el país todavía no soluciona los problemas mencionados anteriormente. Las remuneraciones son éstas, y nos estamos refiriendo a Lima, a las casi 850 mil personas que son las mejor empleadas del país y que serán las disputadas por las OSS. Como lo ha dicho el presidente del IPSS, señor Castañeda Lossio, la institución no le tiene miedo a la competencia, pero sí interés en que se conozca un hecho. La masa de dinero aportada por estas personas permite al IPSS financiar la infraestructura de servicios en el resto del país, donde los niveles salariales son menores, equivalentes a dos o tres sueldos mínimos, según la región. Hay un excedente de entre 10 y 15 por ciento que se destina a este fin. Si se retira del sistema parte de los asegurados de Lima, los de mayores ingresos, el IPSS va a ser afectado. Lamentablemente, hace 20 años se tomó la iniciativa de dotar al seguro social de toda una infraestructura propia de servicios y actualmente hay contratos en marcha que deben ser mantenidos. Acabamos de firmar contratos para 3 obras monstruosas: un hospital de 500 camas en Huancayo, comprometido desde 1979, otro en Pucallpa de 400 camas que también data de 1979, y un hospital adicional en Arequipa –porque tenemos uno ya–, de 8 millones de dólares.

Las decisiones ya tomadas en materia de infraestructura deben ser sostenidas, y nosotros lo hacemos redistribuyendo la renta; así funciona el sistema. Pero si éste se rompe, simplemente vamos a tener que cerrar. Ya no habrá IPSS en Madre de Dios ni en algunos lugares de Puno, seguiremos la ruta trazada por

el Ministerio de Salud. Esta institución tiene un hospital nuevo en Iquitos, enorme, de 400 camas, pero subutilizado, apenas usan el 15 por ciento de su capacidad. No nos lo quieren prestar ni vender y nos están obligando a construir otro hospital. Es un problema derivado del mal uso de recursos. En Tacna el Ministerio de Salud tiene un hospital de 5 pisos. El IPSS necesitaba un espacio pequeño pero el Ministerio no quiso prestárselo sino alquilárselo a precios de Lima. Tuvimos que construir un hospital nuevo –a medio millón de dólares– para poder atender a los pacientes.

Por esta razón, cuando se afirma que el sistema de las OSS va a mejorar la infraestructura, yo lo pienso dos veces. La infraestructura en el país está sobrando, tal vez está mal distribuida pero existe. En Huancayo hay un hospital sobredimensionado cuyo sostenimiento nos resulta carísimo y con el que no sabemos qué hacer, y por todo el país podemos encontrar casos semejantes.

Me parece un desperdicio que el Congreso esté elaborando una ley especial para las OSS tan sólo para arreglar el problema del 6 por ciento de la población, cuando lo urgente es resolver el problema del 94 por ciento restante. El Ministerio de Salud presenta una serie de deficiencias porque no ha llegado a un entendimiento con el IPSS, pero entre las dos instituciones podríamos lograr una buena cobertura. Nosotros manejamos un presupuesto de 600 millones de soles al año, y el Ministerio de Salud, un presupuesto de 580 millones al año. Esta debería ser la preocupación de los legisladores.

Reitero que el IPSS no le tiene miedo a la competencia porque es una organización muy grande, cuenta con un cuerpo médico muy bien calificado, un equipo médico moderno y ha invertido casi 60 millones de dólares en los últimos tres años con sus propios ahorros sin financiamiento externo. Está dispuesto a competir, pero en igualdad de condiciones. El IPSS paga impuestos, no el de la renta porque sería el colmo –el Estado le debe más de 600 millones de soles–, pero sí paga impuestos a la importación y otros más.

Quisiera saber, por ejemplo, si la Ley del Trabajo Médico, que es aplicable al IPSS y al Ministerio de Salud, va a ser aplicable también a los servicios privados de salud. A nosotros nos

fiscalizan todo el tiempo 3 ó 4 comisiones del Congreso. ¿Funcionará así también el sector privado? Si vamos a competir, compitamos en igualdad de condiciones. En el Hospital Rebagliati tenemos una buena capacidad instalada ociosa, podemos atender partos a 100 ó 50 dólares y sacar del mercado a todas las clínicas de Lima.

Quisiera que el problema se plantee en forma más integral, en función de todas las regiones del país. Hay otros aspectos tan importantes como este porcentaje de población de Lima ya señalado. En Puno, por ejemplo, hay un hospital nuevo, de 5 años de antigüedad, construido con financiamiento francés. Pero este hospital tiene casi 600 empleados administrativos y sólo 4 ó 5 médicos. Asuntos como éste deben ser arreglados.

El IPSS ha estado cubriendo la brecha que ha dejado el Ministerio de Salud por causa de la caja fiscal. Nosotros no solamente hemos tratado de mejorar la organización del seguro, hemos tomado medidas para mejorar los servicios. Hemos puesto en marcha un sistema de seguimiento permanente para dirigir nuestros equipos de trabajo. Tal vez esto sea lo que nos ha faltado, un sistema de supervisión. Una de las últimas encuestas de CUANTO –una firma seria–, sobre si mejoró o no la atención del IPSS, parece confirmarlo.

Para terminar, el 9 por ciento de los ingresos que los trabajadores aportan al IPSS, bien manejado alcanza para sostener el servicio ahora en época de crisis. Si la economía se expande en los próximos años y ese 9 por ciento comienza a crecer, el problema podría ser resuelto.

Réplica de José Carlos Vera

Una de las razones por las cuales pedí al doctor Freundt organizar este debate es porque considero conveniente recoger otras opiniones, opiniones de personas que han trabajado en el sistema durante años y pueden aportar significativamente a este dispositivo legal. Este texto, como cualquier otro, es perfectible y creo que la reunión de hoy y las que se puedan realizar más adelante harán posible que finalmente podamos entregar algo útil a la sociedad.

He escuchado atentamente todas las intervenciones y voy a tratar de responder a las preguntas y observaciones planteadas, y también a algunos comentarios.

El doctor Garrido Lecca preguntó si las OSS deben admitir a toda persona que lo solicite. Pedir ser afiliado es un ejercicio de la libertad, así como querer comprar una casa. Pero poder pagar el costo del servicio o de la casa ya es diferente. Solamente quienes tengan capacidad de pago podrán acceder a los servicios de las OSS.

El sistema de seguros privados significa que habrá distintos programas de salud, cada cual con sus propios copagos, restricciones, etc., y según se establezca la competencia, unos serán mejores que otros y los ciudadanos decidirán cuál escoger.

Creo que los seguros privados deben establecer el copago, los seguros sociales de otros países funcionan así. En Israel, por ejemplo, el seguro social –uno de los más socializados–cobra un copago. No sé por qué el IPSS no lo hace, así evitaríamos el uso incorrecto del servicio. Este es uno de los aspectos que se debe corregir.

Con relación a otra de las inquietudes del doctor Garrido Lecca, la igualdad de condiciones, estoy completamente de acuerdo. El que unos paguen impuestos y otros no lo hagan significa que el mercado de la salud no está abierto. Supongo que si un hospital del Estado quiere vender servicios a una OSS, se comportará como una empresa privada que brinda servicios de esa naturaleza y, por lo tanto, pagará los impuestos necesarios. Si ese hospital no quiere ofrecer servicios a una OSS, seguirá en su sistema tal cual. Pero el mercado debe funcionar igual para todos, sino el sistema no tendría sentido.

Una de las grandes virtudes de este Gobierno es que está eliminando los privilegios; así ya no se exigirá leyes para favorecer a un grupo determinado sino para favorecer a la sociedad. El sólo hecho de estimular la competencia beneficiará mayormente al paciente, al afiliado, de eso no me cabe la menor duda.

Es evidente que los aspectos financieros del sistema deben ser discutidos con base en cálculos serios y precisos. Las OSS son organizaciones de riesgo, sin duda alguna, y como tales deben comportarse. Quizá tengan problemas al comienzo por el monto de los aportes de los asegurados –como ha mencionado

el señor Angel Pérez–, quizá los afiliados al sistema deban aportar algo más. Además, no todo ese 6 por ciento de la población de la que se hablaba se trasladará inmediatamente a las OSS, lo hará paulatinamente; tal como lo han hecho en el caso de las AFP, el proceso será lento.

Se ha mencionado la posibilidad de un acuerdo entre el IPSS y el Ministerio de Salud para ofrecer servicios de manera coordinada. Eso estuvo muy de moda en la década de los ochenta pero no tuvo buen fin. No podía tenerlo porque esos sistemas de acuerdos no funcionan en parte alguna, tampoco funcionarán en el futuro. Apostar a ello es absurdo. Lo que hay que hacer es liberalizar el mercado y dejar la decisión a los agentes económicos. Si, por ejemplo, el Ministerio de Salud recibe muchos clientes y observa que le hacen falta consultorios, invertirá en consultorios. Si el sistema privado tiene muchos clientes podrá elegir entre invertir o contratar los servicios del IPSS o del Ministerio de Salud. Esta es la manera como funcionan los sistemas. No se puede esperar que funcionen a partir de acuerdos. La historia de los acuerdos entre el IPSS y el Ministerio de Salud es antigua y nunca dio resultado positivo alguno. Es un hecho que se debe aceptar. Como en otros sectores de actividad, industria, pesca, agricultura, se debe dejar que el consumidor decida qué hacer. Será en función de sus demandas que se reordenará el sistema de inversiones, proyectos, etc. La mejor manera de llegar a acuerdos es a través de la elección del consumidor.

Por otro lado, es muy difícil que un sistema financiero como es en esencia el IPSS pueda establecer acuerdos con el Ministerio de Salud, cuya función principal es formular la política de salud y ser responsable de las acciones de prevención y salud pública. Son instituciones totalmente divergentes en sus objetivos. En consecuencia, se debe buscar la apertura de mercado para lograr la racionalidad económica en los servicios de salud.

Hemos escuchado cómo el IPSS y el Ministerio de Salud no se pueden poner de acuerdo con relación al alquiler de un espacio. Con un mercado abierto esto no sucedería. El precio pactado debería ser el del mercado y no otro, no el que una parte esté dispuesta a pagar. En todos los casos es el mercado el que orienta el comportamiento de los agentes.

Ahora quisiera exponer mis dudas respecto de algunos datos mencionados por el señor Angel Pérez. Ha señalado que el IPSS transfiere fondos de Lima a provincias porque aquí están los mayores aportantes. Sin embargo, los hospitales de mayor complejidad demandan mayores gastos y requieren mayor inversión. Si los hospitales de mayor complejidad están en Lima y los trabajadores de mejores remuneraciones también, evidentemente se gasta más en Lima que en provincias. Según mis cálculos, la relación es, más bien, a la inversa: las provincias subsidian a Lima y lo hacen porque el funcionamiento de los hospitales de mayor complejidad requiere mucho dinero, dinero que debe salir de la bolsa de todo el país.

Además, el IPSS no actúa con racionalidad. No tiene establecimientos donde debería tenerlos y los tiene donde no hacen falta. Esto lo puedo demostrar con cifras, datos contra datos si ustedes desean, y puedo señalar dónde faltan, dónde sobran, qué tipo de establecimientos son, cuánto cuesta mantenerlos, cuáles gastan en forma excesiva y cuáles no. Estos cálculos pueden hacerse fácilmente porque conocemos la población, conocemos el número de asegurados y conocemos el tamaño de los establecimientos. El IPSS no está atendiendo donde debe atender; como es un monopolio y no enfrenta competencia, realiza inversiones irracionales. El señor Pérez mencionó un hospital de 500 camas en Huancayo, pero yo creo que por su número de asegurados esta ciudad no necesita un hospital así.

Hace poco llegó a mi oficina un señor de Iquitos interesado en que le diera pautas para convertir un edificio en hospital, un edificio obtenido por el IPSS a cambio de cierta deuda. Entonces le pregunté por qué querían un hospital, y resulta que era sólo porque ya tenían el espacio. Tomé los indicadores de la OPS –no uso otros indicadores–, hice los cálculos pertinentes y encontré que el hospital que ya tenían se bastaba para atender a sus afiliados, no hacía falta otro hospital.

La apertura del mercado supone también –como dijo el doctor Arturo Iglesias– la privatización de la gestión del servicio de salud en los hospitales públicos. No más planilla única. La factura de los indigentes, ésa sí, la pagaría el Estado a través de distintos mecanismos. Los gastos de los pacientes indigentes los pagaría el Estado. También se podría crear un sistema de seguros prepago para una población determinada; por ejemplo, de 10 mil personas, por la cual el Estado pagaría determinada suma de dinero. De esta manera los indigentes recibirían atención gratuita. El Estado seguiría pagando por los servicios de salud de los más necesitados, pero la gestión en esos hospitales no tendría por qué ser estatal. Solamente cuando la gestión de los hospitales públicos sea privada se producirá una verdadera racionalización. Los ingresos de los hospitales dependerán de los servicios que vendan y éstos de si saben atraer a sus clientes. Puede suceder que realmente un hospital no haga falta en determinado lugar y deba cerrar. Luego, también se hará un uso más racional de los recursos, algo que, me parece, el IPSS debió haber hecho hace tiempo.

Con un mercado cautivo asegurado y la gran masa de dinero recaudado hubiera sido muy fácil entregar la gestión a un grupo cualquiera, a los médicos, a la cooperativa, a los trabajadores, a quien se quisiera, y pagarle por acto médico. Así, la eficiencia de los hospitales del IPSS hubiera mejorado de una manera impresionante con toda seguridad.

Es cierto que el nivel de ingresos que se ha mencionado es insuficiente, pero todo el sistema va a ir mejorando cuando los hospitales públicos puedan entrar a competir al mercado, tendrán fondos para operar mejor, para trabajar mejor.

Una pregunta que he dejado a propósito para el final es la referida al capital exigible de 100 mil soles. De hecho, el capital de las AFP es 500 mil soles, sin duda insuficiente para manejar las inversiones de las AFP, que deben haber puesto mucho más dinero del que establecía la ley. Con las OSS sucederá algo similar. La idea de fijar una suma pequeña apunta a no negar la posibilidad de que un grupo pequeño de médicos se instale, por ejemplo, en Villa el Salvador y cree un sistema de esa naturaleza. Por supuesto, una OSS formada en estas condiciones deberá ser supervisada, controlada por la Superintendencia y evaluada de acuerdo con todos los criterios establecidos.

SOBRE LOS EXPOSITORES

Bernardo Ramírez. Vicepresidente de AUPHA (Association of University Programs in Health Administration) y director de la Oficina Internacional y del Programa de Desarrollo Latinoamericano de esta institución. Maestría en Administración y Especialización en Comportamiento Organizacional otorgadas por la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM; médico cirujano de la misma universidad. Es también instructor y facilitador del Center for Creative Leadership, Greenboro, San Antonio, Texas. Ha ocupado cargos importantes en la Secretaría de Salud de México y ha sido asesor de la Secretaría de la Presidencia y del Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado del mismo país. Ha sido director de la Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales de la UNAM. Editor de la Revista de Educación en Administración de Salud de AUPHA; asesor de la USAID, la Fundación Kellog, la OPS y el BID en proyectos de su área en varios países de América Latina. Editor de un libro de casos y autor de varios artículos sobre educación y administración de la salud.

João Mezomo. Director del Posgrado de la Universidade São Camilo (de Administración Hospitalaria); director ejecutivo del CEDAS, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde (São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador); director ejecutivo de IBRAQS, Instituto Brasileiro da Qualidade em Servicos; director y redactor en jefe de la revista *Hospital*. Licenciado en Filosofía, Teología y Administración Hospitalaria; ha obtenido una maestría en Ciencias Bíblicas.

Robert Bradbury. Director del Programa de Maestría en Administración de la Salud de Clark University y de la University of Massachusetts, Medical School. Ph.D. y M.S. en Medicina Preventiva de Ohio State University, Master en Administración de Hospitales de Washington University, M.S. en Admi-

nistración de George Washington University, B.S. en Biología de Holy Cross College, Massachusetts. Tiene una vasta experiencia profesional en planificación y estrategia de sistemas de salud. Ha participado como consultor internacional en el desarrollo de proyectos en varios países de América Latina: El Salvador, Bolivia, Nicaragua, Colombia. Tiene en su haber numerosas publicaciones sobre temas de su especialidad.

David Bergwall. Director y profesor asociado del Departamento de Administración de Servicios de Salud de Florida International University. Doctor en Administración de Negocios de The George Washington University, M.B.A. y B.A. de Ball State University, Indiana. Ha sido profesor de The George Washington University, vicepresidente de AUPHA, director ejecutivo de la Comisión Acreditadora de Programas de Administración de la Salud en Estados Unidos y Canadá. Tiene una gran experiencia en la enseñanza de la Administración de la Salud; conoce casi todos los programas académicos norteamericanos. En los años recientes ha participado en proyectos de su especialidad en América Latina y El Caribe. Ha publicado numerosos trabajos sobre temas de su interés.

Rafael Martínez. Director del Programa de Posgrado en Diseño de Proyectos y Administración de la Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla. Magíster en Investigación y Tecnología Educativa y psicólogo de la Universidad Javeriana, Bogotá. Ha sido consultor de la OPS. Como director de la oficina de AUPHA en Latinoamérica ha asesorado misiones de la AID en Centroamérica sobre proyectos en administración de la salud, y ha dirigido y coordinado programas sobre esta misma problemática en Paraguay, El Salvador y Colombia.

Alicia García Bates. Profesora de la cátedra de Administración de la Salud en la Facultad de Administración y Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Diplomada en Salud Pública y Licenciada en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires y Especialista en Enseñanza de la Administración de la Salud de la Escuela de Salud Pública de Portugal. Ha dedicado su actividad profesional a la educación superior en administración y gerencia de la salud, a la planificación de servicios y sistemas de salud y al diseño y ejecución de proyectos multiinstitucionales de desarrollo social, educación y salud a nivel nacional e internacional. Consultora internacional. Asesora de la Organización Panamericana de la Salud, consultora de la Fundación W.K. Kellogg y de AUPHA, ha realizado asistencia técnica, docencia e investigación en universidades y organismos públicos y privados de Argentina, Brasil, Uruguay y otros países de América Latina.

Mauricio Vargas. Presidente del Consejo de Administración de la Cooperativa Autogestionaria de Servicios Integrales de Salud, Coopesalud, de San José, Costa Rica; director de los Servicios de Salud del nuevo modelo de atención que Coopesalud desarrolla en la Clínica de Pavas, y director del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Magíster en Administración de la Salud de la Universidad Javeriana, Bogotá; especialista en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica (CENDEISSS) y médico cirujano de esta última universidad. Ha sido director de varios centros de salud, y director y coordinador de programas de medicina comunitaria en Costa Rica. También ha trabajado en el Ministerio de Salud de este país. Consultor internacional (OPS) y profesor de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Autónoma de Centro América, consultor de la Universidad Estatal a Distancia en el área de administración de la salud.

Jaime Castrillón. Director del Programa Magíster en Administración de Empresas de la Universidad del Norte, Barranquilla. Magíster en Administración de Empresas de EAFIT, Medellín, y Licenciado en Educación de la Universidad de San Buenaventura, Medellín. Especialista en costos, docente en el área de costos y finanzas en la Universidad del Norte en programas de pregrado y posgrado, tutor en el Programa Gerencia de Servicios de Salud; profesor del curso de Costos y Presupuesto del Programa Gerencia para Clínicas y Hospitales de ESAN, Lima. Visitante consultor en hospitales de varias ciudades colombianas: Cartagena, Riohacha, Valledupar, Santa Marta, Sincelejo.

César Oyarzo. Superintendente de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) de Chile. Profesor de Economía de la Salud, principalmente en el Programa Interfacultades en Administración de la Salud, PIA, de la Universidad de Chile.

Jorge Ruiz. Gerente general de Multiclínicas, gerente adjunto de MEDICSA, asesor médico de compañías de seguros y de fondos. Posgrado en Administración de la Salud, médico cirujano de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ha sido director de Salud de la Región III de la Cruz Roja e investigador de ESAN en el área de administración de la salud.

Arturo Iglesias. Asesor de la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso Constituyente Democrático del Perú. Posgrado en Economía de la Salud de la University of Sussex y posgrado en Salud Pública de la London School of Economics, médico pediatra. Director de la ONG Instituto de Salud Popular.

José Carlos Vera. Profesor auxiliar de ESAN (hasta febrero de 1994) en el área de Economía y coordinador del Programa Gerencia para Clínicas y Hospitales de esta escuela (hasta 1993); consultor del Ministerio de Economía y Finanzas y de la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso Constituyente Democrático del Perú. Master en Desarrollo Económico de la University of Glasgow, economista de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Consultor de diversas organizaciones internacionales: OPS, BID, USAID, Naciones Unidas. Ha sido director general de Planificación Regional del Instituto Nacional de Planificación (INP). Ha publicado artículos sobre economía de la salud y administración de la salud en revistas especializadas del Perú y del extranjero.

SAYWA s.r.l. ediciones
Jr. Cañete 844, Lima
Teléfonos: 324123 - 251894
Lima-Perú

Tiraje: 1.000 ejemplares
Junio 1994