

LA VISPERA DEL AÑO 2000: LOS SISTEMAS DE ATENCION A LA SALUD. CONCEPTOS Y EJEMPLOS*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 5-23

*Dr. Carlos Montoya Aguilar***

SUMMARY

This is an introduction to the study of national health care systems, based on recent reports from both industrialized and developing countries. The context of economic, demographic and epidemiological changes is related to the distortions currently affecting health care systems and system "reforms" and to the challenges confronting them.

These complex organisms can be described summarily as living bodies, with their "head" –health concepts, principle-objectives, orientations and policies–; "limbs" or pillars, namely the financing intermediaries, the financial sources, the providers of services and the users; and a "trunk" in which elements and mechanisms operate that make for the execution of the activities and the attainment of the results which constitute the finality of this kind of systems.

The organs, cells and secretions perceived inside the trunk are: organization; management; planning; financial, human and technological resources; and the flows of services and resources inside the body and across its envelope.

At the end, a commentary is included about the roles of the population and of physicians in the inception and workings of health care at different times and places.

Key word: Health care systems.

RESUMEN

Se introduce el estudio de los sistemas nacionales de atención a la salud, destacando las situaciones de cambio económico, demográfico y epidemiológico en que están insertos, y que abren hoy una etapa de serios desafíos. Se ilustran los problemas que aquejan a muchas de las "reformas" en curso.

Estos complejos organismos pueden ser representados esquemáticamente como cuerpos que tienen una "cabeza" –doctrina, principios, objetivos, orientaciones y políticas de salud; unas "extremidades" o pilares, que son los intermediarios financieros, las fuentes de recursos, los proveedores de servicios y la población usuaria; y un "tronco" en que operan los elementos y mecanismos que permiten –bien o mal– la realización de las actividades para las cuales existe este género de sistemas.

Los órganos, células y secreciones que vemos en el tronco incluyen: la organización; el manejo; la planificación; los recursos financieros, humanos y tecnológicos; y los flujos de servicios al interior y hacia el exterior del cuerpo sanitario.

Se analiza el papel de la población y de los médicos en la conformación y funcionamiento de la atención de salud.

El texto se basa en informes recientes acerca de los sistemas de un importante número de países industrializados y en desarrollo.

Palabra clave: Sistemas de Atención de Salud.

* Curso de Anatomía Comparada de Sistemas de Salud del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 22 de abril-6 agosto de 1998.

** Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

A. EL CONTEXTO. APUNTE DE HISTORIA

La fisonomía de los sistemas de salud y la manera de pensarlos dependen de grandes grupos de factores que se hallan en cambio rápido pero discontinuo y asincrónico. Entre esos determinantes se destacan la historia y la cultura de cada país en materias como la solidaridad y la equidad social o la relación médico-paciente; la capacidad económica; el tamaño y distribución de la población; y la relación entre las fuerzas políticas interesadas en respaldar un grado mayor o menor de organización y coherencia de las instituciones.

Al igual que en la morbilidad y la demografía, presenciamos una transición en la atención a la salud. Esta transición no es unidireccional, pues está asociada a los ciclos económicos; y aunque éstos se globalicen cada vez más, los países entran y salen de ellos con un cierto desfase, y lo mismo ocurre con los sistemas que nos interesan. Sobre los ciclos económicos se superponen alternancias políticas en los gobiernos, que suelen constituir acciones y reacciones frente a aquéllos.

En el período 1930-1950 el mundo vivió grandes dificultades: depresión, segunda gran guerra, convalecencia de esta catástrofe. En cierta medida esto reforzó la solidaridad entre connacionales y entre países: la primera hizo realidad los sistemas nacionales de salud del Reino Unido y de países de la antigua Comunidad Británica, así como de Chile, y también el reforzamiento de la seguridad social en Estados Unidos; la segunda originó el nuevo sistema económico mundial, las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, y el apoyo de Estados Unidos a América Latina en los temas de salud y saneamiento.

En 1950-1973 ocurrió en los países industrializados y en uno "recién industrializado" -Japón- un espectacular crecimiento económico con aumento del poder adquisitivo de muchas personas y de muchos gobiernos. Ello fortaleció la tendencia solidaria de los "Estados de bienestar"; pero al mismo tiempo amplió significativamente el lucrativo negocio de asegurar y proveer servicios de salud al segmento más pudiente de la población. La bonanza parece haber llevado a descuidar la racionalización del gasto médico en los Estados Unidos, Holanda, Francia y otros países en que dicho gasto se acercó o superó al 10% del Producto Interno Bruto (PIB). Países con un sistema más organizado, como el Reino Unido y Chile, o menos benefactor, como Singapur y Taiwan, pudieron mantener ese índice en 5 ó 6%.

Las crisis económicas de 1973-74 y sobre todo la de 1982-83 terminaron con aquella aceptación de costos y demandas crecientes (alimentadas por el desarrollo tecnológico y el envejecimiento acelerado de la población), sin acabar con las expectativas de beneficios ya creadas. En esta fase de la transición, la coexistencia contradictoria entre los principios-objetivos de solidaridad y de lucro, planteada en el período anterior, se ha resuelto en muchos lugares en desmedro del primero y a favor del segundo. La ideología de los asesores del Sr. Reagan y de la Sra. Thatcher, y de académicos como Enthoven, parecía ofrecer una solución a gobiernos que no podían demandar más impuestos, a través de medidas que se ilustran más adelante. Chile fue tal vez el primer país (1979) en que se ensayaron esas medidas, sugeridas directamente desde la escuela económica de Chicago y adoptadas in toto por el gobierno de la época. Siguiéron, a fines de los años '80, el Reino Unido, Nueva Zelanda y Holanda, así como en otro contexto los Estados Unidos. La doctrina fue elaborada, en el marco de los reajustes económicos, por el Banco Mundial, el cual ha promovido una catarata de "reformas" que han tomado cuerpo desde 1990 en América Latina (con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo) y la Organización Panamericana de la Salud, en Asia, y en países europeos como Portugal.

El propio Banco y sus colaboradores dentro de los países difunden la noción de que los sistemas públicos de salud están en crisis, al tiempo que se contribuye a crearla, al reducir sus capacidades y desarticular sus políticas y estructuras y al crear condiciones artificialmente favorables para el subsector comercial de la salud, que actúa como una bomba aspiradora de recursos humanos y financieros.

Algunas de las "reformas" son simplemente cosméticas: en el Reino Unido y Nueva Zelanda avanzan y retroceden, según los resultados electorales; otras, como las de Portugal, México, Colombia, carecen de objetivos claros y compatibles con las políticas declaradas de equidad, eficiencia y efectividad.

Desde el año 2000, a medida que se comprueba que las "reformas" no ofrecen los frutos de economía esperados sino mayores grados de inequidad y que al mismo tiempo se encuentran con una oposición cada vez más informada y sólida en la esfera técnica y social, y en los niveles nacional, académico e internacional, un número creciente de países emprenderá la construcción de sistemas nacionales de salud. Estos tendrán, en

general, al Estado como pagador único y entregarán una provisión equitativa y suficiente de servicios a toda la población, a cargo de una combinación planificada y eficiente de prestadores públicos y privados. En la antinomia entre solidaridad y lucro en el campo de la atención de la salud, el primero de estos principios recuperará la hegemonía, como condición necesaria del desarrollo social y económico. Chile debería entrar ya a esta nueva fase. La experiencia nacional e internacional es más que suficiente, enseñando que no puede aplicarse una receta económica global a todos los países y que dentro de cada nación el sector salud tiene rasgos específicos que hay que respetar y que –bien manejados– son garantía de seguridad a través de los vaivenes de la economía. La más reciente depresión financiera, llamada “crisis asiática”, amenaza a Chile con la aparición de un importante número de cesantes, que sólo podrán satisfacer sus necesidades de atención de salud en el subsistema público.

B. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS SISTEMAS DE ATENCION A LA SALUD

1. Introducción

1.1. *Esquema general*

Los sistemas de atención a la salud pueden homologarse a organismos vivientes. Como ellos, tienen una filogenia, una ontogenia, una fisiología y disponen de un cuerpo que podemos examinar.

Este cuerpo tiene cabeza, tronco y extremidades, como se ilustra en el diagrama.

La cabeza está constituida por los principios que presiden el comportamiento de cada sistema y que pueden darse con distintos énfasis: equidad, efectividad, eficiencia, seguridad, participación, lucro, solidaridad. Tales principios representan los objetivos superiores del sistema y se apoyan en una doctrina de salud determinada, en un modelo de atención y en otras decisiones de política que dan forma al resto del cuerpo-atención de salud.

A la cabeza le siguen en importancia los pies y manos –los pilares– del sistema, que son:

- la población atendida, que puede ser la totalidad de los habitantes como en Inglaterra, Francia, España o Japón; o una parte de ellos, como en Estados Unidos; o puede estar adscrita a varios sistemas esencialmente diferentes, como en Holanda o en Chile, México y otros países de América Latina.

- los proveedores o prestadores, que atienden directamente a las personas y comunidades, así como a los aspectos del ambiente que se relacionan con la salud. Ellos pueden actuar como individuos, o en pequeños grupos, o en establecimientos privados con o sin fines de lucro, o en establecimientos estatales.
- entidades intermediarias entre la población y los proveedores. Ellas reciben de los usuarios, por distintos canales, un prepagado y con este dinero pagan a los proveedores por sus servicios o bien reembolsan a los usuarios por los gastos incurridos. El prepagado puede ser de toda la población o de una parte de ella; puede cubrir total o parcialmente el costo de la atención; y puede ser voluntario u obligatorio. Es importante distinguir entre sistemas en que el intermediario es único –como ocurre en Inglaterra, Canadá y España con el Estado–; o es múltiple, como ocurre con los seguros sociales de salud en Francia, o con los seguros comerciales de salud en Estados Unidos o en el caso de las ISAPRE en Chile.

Habitualmente, las entidades de intermediación financiera desempeñan también el papel de organizadores del sistema.

- las fuentes o canales de financiamiento: puede usarse el sistema tributario general; puede haber contribuciones específicas para salud, hechas por los usuarios, por sus empleadores y/o por el Estado. Una tercera modalidad es la del pago directo por el usuario de todo o parte del valor de una atención. Otras formas de financiamiento son las donaciones y los préstamos. En última instancia la única y gran fuente de financiamiento es la población; pero la carga puede estar distribuida de distintas maneras.

Entre la cabeza y los pilares –pies y manos– está el tronco del sistema que consiste en una estructura que puede revestir variadas formas y tiene diversas modalidades de funcionamiento. Estos atributos articulan entre sí a las partes de los sistemas y explican los méritos y las desventajas de unos y otros.

Sobre estos mecanismos y sobre el sistema total influye también su entorno: el contexto histórico, social, económico, político y cultural del país.

1.2. El concepto de sistema de atención de salud

Lo que distingue a un *sistema* de atención, como objeto de análisis, construcción y renovación, es la manera holística, “sistémica”, con que son enfocados los objetivos e instrumentos de mejoramiento de la salud. Los *programas*, en cambio, aplican la ciencia y tecnología pertinente a problemas, actividades o grupos de edad y sexo específicos. La ciencia y tecnología suministra el contenido de las actividades de cada programa; el sistema ejecuta los programas y forja la unidad de los mismos en un solo conjunto. Los programas no pueden ser implementados con efectividad y eficiencia si el sistema no es suficientemente fuerte y coherente.

Los principios-objetivos deseables en salud sólo pueden ser atendidos y realizarse desde un punto de vista sistémico. Por ejemplo, la equidad en salud y atención de salud no se logrará en los países mediante la aplicación de tecnologías o programas aislados. El establecimiento de prioridades requiere la revisión completa de *todos* los problemas de salud de toda la población. La asignación justa de los recursos requiere tener información acerca de y control sobre la *totalidad* de los recursos actuales y potenciales disponibles para la atención, incluyendo los de otros sectores afines. La evaluación y selección de las tecnologías no logrará los objetivos de que sean efectivas, eficientes y pertinentes a no ser que la política respectiva

considere *todas* las tecnologías propuestas al sistema. La *efectividad* de la atención requiere que ésta y la formación de los recursos humanos respectivos se dirijan a cada persona como una entidad biopsicosocial integrada; y a todas las personas de cada familia y comunidad.

Por estas razones, la “estrategia global de salud para todos”, diseñada en 1977 por todos los países en el seno de la OMS, fue definida explícitamente como: la *organización de sistemas de salud nacionales* (country wide). Estos deben desarrollarse según los principios de la atención primaria de salud (Alma Ata, 1978). Estos principios, hasta hoy, han sido comprendidos con dificultad, precisamente porque se los ve fuera del contexto necesario de los respectivos sistemas nacionales de salud: incluso, ha habido Ministerios de Salud que han creado Departamentos de Atención Primaria o han nombrado Directores de Atención Primaria; e instituciones que proponen formar “médicos de atención primaria”. Con ello sólo se obstaculiza el desarrollo de verdaderos *sistemas* de atención integrados y capaces de realizar los principios de Alma Ata. De aquí la importancia de difundir y promover el concepto de sistema de atención de salud y su papel en relación con el objetivo de “salud para todos”. De aquí la necesidad de comprender su organización y manejo —específicos para cada país— y de apoyar la creación de la legislación y de los recursos apropiados para ellos.



C. Montoya (1998).

2. Los pilares del sistema. Ejemplos

2.1. Los intermediarios (y organizadores)

Los diferentes tipos de intermediarios están clasificados en el Recuadro 1.

RECUADRO 1

Clasificación de Intermediarios Financieros de Sistemas de Salud

I. De Orientación Social:

1. El Estado:
 - a) Sistema o Servicio Nacional.
 - b) Seguro Nacional, público.
2. Seguro Obligatorio, de administración privada.
3. Seguro Voluntario, patrocinado por empleadores o municipios.
4. Mutuales, asociadas a ocupación.
5. Caridad o Beneficencia.

II. De Orientación Comercial:

Seguro Voluntario con fines de lucro:

- a) Tradicional, con poca regulación, mucha libertad de elección, pago por acto a los proveedores y alto costo.
- b) Integrado con provisión regulada ("administrada"):
 - b1. Health maintenance organizations (HMOs), con afiliados cautivos en un panel de proveedores.
 - b2. Preferred provider organizations (PPOs), con afiliados solamente persuadidos a utilizar el panel, mediante ventaja económica.

Diferentes autores han hecho notar las limitaciones que tienen los Seguros de Salud, aunque sean públicos y obligatorios, en comparación con los Sistemas o Servicios Nacionales de Salud. Las características generales de los Seguros, públicos y privados, se resumen en el Recuadro 2.

Los seguros comerciales con provisión regulada (HMOs, PPOs) han sido promocionados en EE.UU. y América Latina como una alternativa más eficiente respecto a los Seguros Tradicionales. En Europa se terminaron a comienzos del siglo XX, por la acción de los médicos organizados, de la población y del gobierno, que condujo a la creación de Seguros Obligatorios Nacionales (Abel-Smith, 1988). Sus características específicas están señaladas en el Recuadro 3.

Ejemplos:

El Estado a través de un sistema o Servicio Nacional de Salud, es el intermediario único o casi exclusivo en el Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda, Suecia y España; también lo fue en Chile en el período 1953-1979.

Otros países tienen como intermediario único o muy preponderante a un Seguro Nacional Obligatorio. En el 1987 Costa Rica incorporó al Seguro Social funciones del Ministerio de Salud y hoy tiene como cotizantes al 85% de la población y otorga acceso a la atención al 100% de los habitantes (Greene, 1997). Taiwan se ha dado un Seguro Único Obligatorio, que es manejado por una Fundación de derecho privado (Chung-Tung, 1998). El Seguro de Salud de Corea del Sur nació en los años 80 en las comunidades rurales y hoy es obligatorio y universal, siendo administrado por múltiples empresas intermediarias con diferentes primas y beneficios; estas empresas están reunidas en una Federación Nacional (Shin, 1998). Mucho más antiguo es el Seguro Nacional Obligatorio de Francia donde tras diez años de acalorado debate, los trabajadores y los médicos impusieron su vigencia, a partir de 1930; su organización actual data de 1945 (Abel-Smith, 1998). En Colombia, una reforma lanzada en 1993 propuso un Seguro Obligatorio de Salud, manejado por múltiples aseguradores, públicos y privados, en mutua competencia por afiliados; habría dos regímenes, de acuerdo al nivel de ingresos, con un nivel de primas y un paquete de prestaciones uniforme, al interior de cada uno (Bossert, 1998).

RECUADRO 2

Características de los Seguros de Salud en General

Contribuyen a allegar fondos para la atención de salud y a reducir el pago directo en el momento de la necesidad; PERO

1. aseguran contra el riesgo económico de enfermar, más que contra la enfermedad misma, por lo tanto,
2. enfatizan lo curativo: bienes asegurables, con un precio;
3. sólo los asegurados se benefician, es decir, hay inequidad,
4. Deben cuadrar sus cuentas dentro del monto de las primas; por lo tanto,
5. otorgan beneficios limitados, llamados "planes" o "paquetes", y
6. llevan sistemas de información detallados, principalmente con fines de control económico.
7. Tienen autonomía respecto al Gobierno.
8. Sin control superior.
9. Sus costos administrativos son altos.
10. Su poder es considerable, en proporción a su manejo de los fondos de los cotizantes.

RECUADRO 3

Características específicas de los seguros comerciales con atención regulada

1. Compiten entre sí.
2. Están centrados en la atención ambulatoria general.
3. Emplean médicos generales como "porteros" (gatekeepers), y les pagan por acto, o por capitación o por salario, o con bonos.
4. Requieren que estos médicos procuren limitar el gasto del seguro en hospitalización, en especialistas, en medicamentos y otros rubros.
5. Tales médicos son más responsables ante el seguro que ante el paciente.
6. El seguro selecciona afiliados de bajo riesgo: "descreme".
7. Negocian rebaja de aranceles con los proveedores.
8. De este modo pueden pedir primas más bajas a los afiliados.
9. Dan a los médicos un punto de apoyo para entrar al "mercado", pero no les dan seguridad de empleo.
10. Constituyen escenario de conflicto potencial con los proveedores y con los afiliados.

Noruega, junto con Suecia, es ejemplo de un Estado que actúa como intermediario principal con subdivisión de responsabilidades entre los niveles central, de condado y municipio: el gobierno central administra los grandes hospitales nacionales, además de regular el sistema, autorizar las nuevas inversiones hospitalarias y financiar la investigación. Además hay en Noruega un Seguro Nacional Obligatorio, cuya rama de Salud reembolsa los gastos ocasionados por la atención de partos, de niños menores de 7 años y accidentes laborales; financian parcialmente otras prestaciones. Este seguro es administrado por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. En Noruega no hay seguros privados de salud (OECD, 1988). Australia presenta una situación similar a la de Noruega, salvo que el papel del Seguro Obligatorio de Salud consiste en financiar el 80% de la atención de nivel primario.

El Seguro Obligatorio es también importante en Alemania, pero la afiliación a sus múltiples administradoras está limitada por un techo de remuneraciones y quienes ganan más recurren a seguros comerciales.

Chile (1980 en adelante) y Venezuela se han dado dos intermediarios: el Estado y los Seguros Comerciales. En Chile el Estado sostiene un Sistema Nacional de Salud que cubre el 60% de la población (el 100% en prevención y fomento de la salud). Venezuela ha debido descentralizar la intermediación estatal a las gobernaciones de los Estados y, en algunos casos, a los Municipios (Rondón, 1996).

La no-intermediación, es decir, el pago directo de las prestaciones, predomina en la mayor parte de los países del Caribe; esto es complementado por seguros comerciales, que cubren (1997) al 12-20% de la población. Ambos mecanismos coexisten también en Suiza, pero la proporción es inversa: los seguros comerciales cubren alrededor del 75% de los gastos y la diferencia corresponde a copagos y a algunos subsidios estatales.

Holanda, Portugal y México ilustran una situación más compleja, en que coexisten tres tipos de intermediarios importantes: el Estado, el Seguro Obligatorio y Seguros Comerciales. En Holanda toda la población está asegurada contra gastos catastróficos por enfermedad; quienes ganan menos de una cierta suma deben asegurarse contra la mayor parte de los otros gastos, en algunas de las muchas aseguradoras privadas sin fines de lucro; los que ganan más utilizan los seguros comerciales (Montoya 1997). Desde 1979, el Estado portugués financia un Sistema Nacional de Salud; ade-

más, un 26% de la población, siendo beneficiaria de dicho Sistema, lo es, adicionalmente y mediante el pago de una pequeña cotización, de subsistemas paralelos (caso de los empleados del gobierno, de los bancos y de los seguros). Finalmente, un 17% de los portugueses están afiliados a un seguro comercial (OECD, 1998). En México, cerca de la mitad de la población es beneficiaria de un Seguro Público de Salud cuyo principal administrador es el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); el estrato de ingresos altos utiliza los seguros comerciales y el Ministerio de Salud es responsable del financiamiento de la atención del resto de los mexicanos. En este país hay en marcha una reforma que se orienta a la reducción del papel del Ministerio, al aumento de los seguros comerciales, a la consolidación del Seguro Social y al financiamiento por éste de HMOs privadas (OECD, 1998).

Más intermediarios aún existen en Estados Unidos: seguros comerciales "tradicionales" y "administrados"; seguros voluntarios ofrecidos por los empleadores como parte de la remuneración; pago directo; y el Estado como financiador, en parte, de la atención de ancianos y de pobres.

En Malasia el Estado ha sido históricamente el intermediario principal, pero el gobierno está estimulando mecanismos alternativos, que incluyen: pago directo, seguros comerciales, aseguramiento voluntario por los empleadores. Junto con esto los usuarios asumen una responsabilidad directa por su seguridad social a través de un seguro obligatorio no comercial y no solidario que toma la forma de una "cuenta de ahorro" a la cual va un 23% de la remuneración; de esta cuenta, el trabajador puede retirar un 10% para hacer frente a gastos críticos de atención de salud (Barraclough, 1997). Singapur tiene un esquema similar de ahorro obligatorio (Medisave), al cual agrega un seguro voluntario para gastos elevados (Medishield) y un subsidio estatal para los indigentes (Medifund) (Meng-Kin, 1998).

2.2. *Las fuentes de financiamiento*

Una fuente importante es la tributación general: en España, por ejemplo, contribuye con el 83% del gasto en atención de salud. A ella pueden agregarse impuestos marcados a ciertos consumos; en Venezuela están propuestos tributos sobre el alcohol y los cigarrillos. Sin embargo, estos impuestos específicos ayudarían a la prevención de daños más que al financiamiento del gasto.

Los impuestos apoyan, en general, el rol del Estado como intermediario y organizador del sistema de salud. Sin embargo, esto no es siempre así: el dinero puede ir a otros intermediarios, por ejemplo, seguros voluntarios comerciales o sin fines de lucro. Esto puede ocurrir por la vía de rebaja de impuestos –Malasia– o por un mecanismo de subsidio a la demanda, como se ha propuesto en Chile.

Otra fuente puede ser la cotización (prima) pagada en forma obligatoria a fondos solidarios o en forma voluntaria a cuentas individuales. Chile constituye una excepción al permitir que la cotización obligatoria pueda usarse como prima para un seguro individual contratado con empresas comerciales.

Las cotizaciones o prepagos pueden constituir una fuente preponderante para el gasto en salud; en tales casos existe el temor de que –al encarecer el costo de la mano de obra– se dañe la posición de tales empresas y países en el mercado. La propuesta de “reforma” en México ilustra este punto, al sugerir que se reduzca el porcentaje de contribución al Seguro Social, con el argumento de que habrá, además, menos evasión, mejor control y más afiliados voluntarios (trabajadores independientes).

Las cotizaciones pueden ser moduladas de distintas maneras. En Corea del Sur, una parte de ellas va a un fondo de ajuste de riesgos; en Colombia, sobre una cotización del 12% de los salarios, uno por ciento se agrega a un fondo que subsidia la atención de los pobres; en Portugal, donde el Sistema Nacional de Salud se financia (con dificultades) mediante el presupuesto fiscal, una pequeña cotización de algunos grupos de empleados les permite obtener mayores beneficios.

Una tercera fuente está constituida por los pagos directos y los copagos de los usuarios o de las pequeñas comunidades a los proveedores. Paradojalmente, se la usa más en países pobres y de ingresos medianos y ha sido estimulada por el Banco Mundial y otros organismos internacionales, particularmente para financiar atención primaria y/o compra de medicamentos. Investigaciones de la OMS y de algunos gobiernos (África Occidental, Jamaica) han demostrado que la introducción o el aumento de los copagos aumenta la brecha del consumo de Servicios de Salud entre los más necesitados y los más pudientes. (Greene y Le Franc, 1996; Creese y Kulsin, 1995).

2.3. Los proveedores

La atención es brindada por hospitales y por entidades extrahospitalarias. Proveedores indirectos

son los productores de insumos: escuelas, industria farmacéutica, arquitectura médica, ingeniería médica.

Desde el punto de vista de la propiedad, hay:

- proveedores públicos (estatales)
- privados, sin fines de lucro
- comerciales
- profesionales independientes

Estos tipos de prestadores coexisten en los países en distintas proporciones. El fenómeno reviste importancia ya que, en general, la estructura de la provisión determina la estructura de la demanda y de la utilización de servicios.

En los países industrializados la mayor parte de los hospitales (de las camas hospitalarias de agudos) son públicos; en ellos trabaja la mayor parte de los médicos, en general especialistas. Por el contrario la atención extrahospitalaria corresponde principalmente a profesionales médicos y a dentistas independientes, los cuales, eso sí, dependen del intermediario, Estado o Seguro Obligatorio, para su financiamiento; esto no impide que defiendan con éxito sus ingresos económicos.

Tiende a haber una integración vertical entre el Estado o el Seguro Obligatorio pagador y los hospitales públicos. Sin embargo, estos últimos pueden transformarse en corporaciones públicas, con cierto grado de autonomía: así ha ocurrido con la reforma de 1990 en el Reino Unido y en Nueva Zelanda, aunque más recientemente el hecho se ha revertido parcialmente en el primer país y totalmente en el segundo (cambio de partidos en el poder) (Barnett, 1998). En Holanda, los hospitales han sido siempre privados y sin fines de lucro, pero el hecho de que sean financiados por el régimen de Seguro Obligatorio, unido al alza de costos, ha hecho que su regulación por el gobierno sea cada vez más estricta.

En los países de ingresos medios crece el número de hospitales comerciales: Malasia, Venezuela, Singapur, Chile son ejemplos bien documentados. Tienden a constituir complejos industriales con ramificaciones internacionales (Barraclough, 1997; Meng-King, 1998).

La atención extrahospitalaria absorbe, en Portugal, al 27% de los médicos, mayoritariamente generalistas. En Singapur, absorbe al 31% de los médicos, también generalistas, y éstos ofrecen el 82% de la atención primera línea. En Noruega, el 50% a 60% de los generalistas son profesionales independientes; esta proporción disminuye en España y en Portugal, donde la mayoría de los médicos generales y especialistas básicos trabaja en

equipo con otros profesionales en Centros de Salud del Sistema Público, similares a los que subsisten en Chile desde la época del Servicio Nacional de Salud (1953).

Francia representa un caso extremo en cuanto a la proporción de médicos generales independientes: 49% del total. Este desequilibrio contribuye a un sobreconsumo de consultas y significa un elevado costo para el Seguro Nacional de Salud.

En Nueva Zelanda y en el Reino Unido los médicos independientes han comenzado a agruparse: en el primer caso, en Independent Practice Associations (IPA), y en el segundo, en General Practice Trusts.

Entidades extrahospitalarias bien diferenciadas en los países de la comunidad británica son los servicios comunitarios y preventivos de salud. En Inglaterra se procura –sin mucho éxito– vincularlos a los gobiernos locales. En Canadá y Nueva Zelanda actúan bajo el alero de los hospitales; esta curiosa situación corresponde a la naturaleza casi exclusivamente curativa e individual de la “atención primaria” que entregan los médicos generalistas.

2.4. La población

Al comparar sistemas de salud y dirigir la atención a lo que ocurre con la población, la preocupación se centra en *la equidad*.

Es más difícil lograrla en países de ingreso medio y bajo en que los intermediarios principales son los seguros –públicos o comerciales– o las propias personas (pago directo). Se mencionó antes a Colombia, donde se ha diseñado un esquema de Seguro Obligatorio estratificado según *nivel de ingresos de los afiliados*. También en Venezuela hay –en el sector público– un plan básico y un plan adicional. La “reforma” de la salud de México contempla un “paquete especial” con doce prestaciones para los diez millones de pobres marginales no asegurados; éste es más “económico” que el paquete que los Estados descentralizados (los más prósperos) deberán proveer a “sus” no asegurados. En Jamaica los seguros comerciales voluntarios alcanzan al 1% de la población de los dos quintiles más bajos de consumo, contra el 29% del quintil más alto; y aquéllos tienen cobertura per cápita por US\$ 280 anuales, contra US\$ 750 de estos últimos (OECD, 1998). El sector público de Jamaica destina sólo US\$ 120 al primer quintil, US\$ 380 al estrato medio y equitativamente US\$ 100 al quintil más alto (Greene, 1996). En Chile los asalariados de mayores ingresos dispo-

nen a través de su seguro comercial de una suma per cápita una y media vez más alta que el resto de la población, que es beneficiaria del Sistema Nacional de Salud; bien es cierto que –de aquella suma– casi la cuarta parte es absorbida por utilidades y gastos de administración. La inequidad de la atención de salud también está documentada para otros países: Corea, Asia Meridional. Los países de la hasta hace poco próspera Asia Sudoriental exhiben inequidad respecto a los trabajadores inmigrantes.

A la inequidad por estratificación legal y financiera se agrega la inequidad por la selección o “descreme” que hacen los seguros y los proveedores comerciales. Ejemplos de esto se dan en Chile, donde los seguros comerciales establecen exclusiones y “preexistencias” y pueden terminar o modificar contratos según sus intereses; tales prácticas están ampliamente estudiadas en los Estados Unidos. En contraste, los países europeos, aunque presentan alguna desigualdad económico-social en sus tasas de mortalidad, han alcanzado un alto grado de equidad en la atención de salud. También la ha alcanzado Cuba. Países como Sri Lanka y Tanzania ocupan una posición intermedia.

3. El tronco del sistema

3.1. La organización

Un aspecto clave del sistema es su organización, tanto que puede confundírsela con el sistema mismo. La organización es la estructura material del sistema: qué recursos comprende, para qué están y cómo se combinan.

Hay distintas formas en que el sistema puede estar organizado. Cuál de ellas haya adoptado un país determinado depende de sus principios-objetivos –los del sector salud y los de la sociedad en general– y de las circunstancias actuales.

Los elementos estructurales del sistema son los intermediarios financieros o “pagadores”, los proveedores de servicios y los proveedores de insumos. Los pagadores y los proveedores pueden estar relacionados entre sí por niveles decisorios y administrativos comunes de ámbito nacional, regional o local. O bien, en otros tipos de organización, pueden estar relacionados a través del mercado, por contratos de corto o largo plazo.

En España, Cuba y Chile (1953-1979) los niveles administrativos y técnicos se integran, formando un verdadero sistema, con redes de establecimientos que sirven de manera mutuamente complementaria y bajo una dirección única en cada

región. Esto es posible con un modelo de atención integral y objetivos reales de equidad y eficiencia; y con el Estado actuando como intermediario financiero principal.

Los proveedores de servicios se organizan en establecimientos y unidades y éstas pueden clasificarse según niveles de complejidad técnica: primario, secundario, terciario. En última instancia, cada elemento consta de una dotación de recursos en cantidad y de calidad determinada. Estos recursos son el material objeto de la organización. La suficiencia del sistema depende de la razón entre recursos y población: 4 camas y un médico por mil habitantes son más probablemente suficientes para atender a una población que cantidades inferiores; pero igualmente importante es la forma en que esos recursos estén organizados.

El atributo principal de la organización es el grado de integración versus el grado de segmentación de los elementos del sistema. En algunos países hay un pagador único, generalmente el Estado o un Seguro Nacional Obligatorio; en otros, son múltiples, particularmente en el caso de Seguros que son o fueron voluntarios. Los proveedores pueden actuar aislados y, aún, en competencia entre sí, sobre todo si son de propiedad privada; o pueden estar articulados en redes que permiten ofrecer servicios con continuidad y del nivel requerido a toda la población de un área geográfica. La segunda alternativa ocurre más fácilmente si las unidades son de carácter público.

Sin embargo, en Inglaterra, Canadá, Nueva Zelandia, donde el pagador único es el gobierno, hay, por razones históricas, una separación neta entre el nivel primario, la atención comunitaria y los hospitales; esto pone en riesgo la integridad y la eficiencia económica del servicio.

Si hay distintos intermediarios y más aún cuando éstos obedecen a principios diferentes —seguridad social y lucro, por ejemplo— es inevitable que exista una fragmentación de todo el sistema. Es el caso de Holanda, con sus múltiples seguros mutuales y privados; el de Francia, que también tiene un gran número de seguros con y sin fines de lucro, y, coexistiendo con ellos, una fuerte área hospitalaria estatal (De Pouvourville, 1997).

Chile, a partir de 1981, y sobre todo desde 1989, es otro caso de país dividido; aquí no sólo coexisten distintos intermediarios sino que, además, los consultorios generales y postas del subsector público están entregados a la administración municipal.

Puede haber un grado mayor o menor de integración “vertical” entre elementos pagadores y elementos proveedores, y esto, tanto en sistemas privados como públicos. Un ejemplo de tal integración son las Health Maintenance Organizations (HMOs), que comprenden al menos un seguro comercial y un “panel” de profesionales de nivel primario.

Una organización segmentada lleva a una fragmentación de la población, en cuanto usuaria de servicios de salud, y a una desigualdad en los beneficios. También conduce a una desintegración de funciones, por ejemplo, entre curación y prevención. Como ilustración en los países de Asia Meridional existe la queja de que ciertas funciones selectivas se dejan al subsector público y las curativas (lucrativas), al subsector comercial. (Gadeer, 1997).

La división deliberada de funciones, ya propuesta en Chile, dejando los bienes públicos (prevención) a la Subsecretaría de Salud y los personales o privados (curativos) a un régimen de Seguros, acentuaría, a su vez, la segmentación del sector. Es necesario entender que el sistema nacional de salud, ahí donde existe, es un bien público en su integridad, y no trozos de él.

Otros síntomas de la fragmentación son los desequilibrios entre funciones asistenciales, como se dan en Chile entre la atención primaria subdotada (municipalizada) y la de urgencias sobrecargada (en los hospitales del Ministerio de Salud). También en Francia se da un desbalance, ahí entre médicos generalistas (en exceso) y especialistas.

Por definición, un sistema de atención debe asociar a todos sus componentes en función de un grupo de objetivos y valores comunes. En un nivel de mayor detalle, hay mecanismos “favorables a un funcionamiento sistémico” que los países aplican diversamente. Uno de ellos es el equilibrar la separación entre el rol de “comprador” (pagador) —por una parte— y el de proveedor —por otra. En el sistema público chileno actual las Direcciones de Servicios de Salud están diseñadas para ser “compradores técnicamente bien informados” respecto a los establecimientos de su área; pero hay la propuesta de que una Dirección Económica autónoma asuma este papel, en forma centralizada y con énfasis financiero-contable. Un importante factor “pro-sistema” sería el lograr un balance adecuado entre centralización y descentralización; el discurso predominante de hoy acentúa la descentralización, pero en países pequeños ello puede desintegrar la atención de la gente, disminuyendo la efec-

tividad, eficiencia y calidad del sistema. En Noruega, por ejemplo, el reparto de la administración de los hospitales en dos niveles gubernamentales diferentes —el centro y los “condados” (comparables a las provincias chilenas)— ha debilitado la red y hoy se considera la conveniencia de transferir los hospitales al nivel central o a uno macro-regional (OECD, 1998). En Chile, la administración municipal de los Centros de Salud daña fuertemente la integridad de la atención y la sustentabilidad de otras funciones municipales y de la acción hospitalaria, sin haber producido verdadera descentralización ni participación social en las decisiones atinentes a la salud.

Otros mecanismos organizacionales “pro-sistema” son: el diseño de procedimientos de referencia y contrarreferencia entre establecimientos; la dirección común de los distintos establecimientos de un área; el personal clínico compartido entre hospitales y centros de salud; el trabajo en equipo multiprofesional; la sectorización de la atención; la capacidad de atender integralmente a las personas, sus familias y las comunidades.

Situaciones demasiado complejas de organización y de modos de pago, como las de Francia y Holanda, obligan a recurrir a numerosas regulaciones de los precios y de la calidad, las cuales son costosas y generalmente terminan por ser ineficaces.

El tipo de organización es decisivo para el cumplimiento de las funciones y propósito del sistema. Por ejemplo, Canadá mejoró sus resultados y su costo-efectividad en salud al introducir, a fines de los años 60, un sistema público universal. (Contandriopoulos, 1988). Algo similar ocurrió en el Reino Unido en 1948 y en Chile, en 1953. El Banco Mundial reconoce que un sistema único es el más eficaz y eficiente para atender a los pobres; sin embargo recomienda a los gobiernos dividir sus sistemas, reduciendo las funciones públicas e incentivando la privatización (Feacham, 1997).

Los países en que hay un subsector público y un subsector comercial reconocen que los principios-objetivos de uno y otro son diferentes e incompatibles. El corolario de este diagnóstico debería ser la exigencia de que los seguros comerciales se limiten claramente a actuar como aseguradores que financian aspectos no esenciales de consumo: medicamentos no incluidos en el Formulario Nacional, hotelería de lujo, intervenciones no médicamente necesarias. Otro requisito de normalización organizacional es que tales seguros se financien sólo con las primas voluntarias de quienes desean y pueden acceder a ellos.

3.2. La planificación

Los métodos de planificación, presupuestación y evaluación son aplicados rigurosamente por cada entidad comercial con el fin de maximizar las utilidades obtenidas. En cambio, su uso a nivel nacional suele estar debilitado a causa de la diversidad de influencias divergentes y sobre todo si la organización es fragmentada; tal debilitamiento repercute en la equidad, efectividad, calidad y eficiencia de los servicios. Los partidarios de la privatización comercial argumentan que el mercado es la mano invisible que optimiza la asignación de los recursos; en el mismo sentido, procuran disminuir la importancia de la programación y de los programas en el subsector estatal.

3.3. El manejo

Al interior de un sistema de salud puede predominar el objetivo de obtener ganancias económicas para las empresas o el de optimizar la efectividad y la eficiencia con que se promueve la salud de la población. En el primer caso el manejo se orienta hacia el éxito en la competencia, aplicando estrictamente la planificación al interior de cada agencia y usando de modo reservado la información que sirve en dicha competencia.

En el segundo caso el manejo se orienta hacia la coordinación, colaboración e integridad del sistema; debería utilizar al máximo los métodos de planificación y las fuentes de información en el ámbito nacional. Sin embargo, esto suele no ocurrir: la información puede ser lenta, la coordinación, laxa y la planificación, subestimada en su valor. Ello puede deberse a conflictos de intereses, deficiencias de capacitación, empeños ideológicos o alternancias de política partidaria. Así, en Holanda se han creado por ley condiciones artificiales para hacer realidad la competencia entre aseguradoras, dentro del régimen de seguro obligatorio. En el Reino Unido y en Nueva Zelanda se decidió abrir el campo a la competencia comercial entre hospitales públicos, a partir de 1990-91; la tendencia se revirtió luego de las elecciones de 1995 y 1996 (Barnett, 1998).

Un aspecto importante del manejo es el costo administrativo: éste tiende a ser elevado en los regímenes comerciales, por los gastos de publicidad, la carrera por adquirir tecnología, los altos salarios gerenciales, etc. En las ISAPRE chilenas, por ejemplo, ascienden al 19% de los ingresos. En Canadá, en cambio, el costo de administración alcanza sólo al 1%.

3.4. Recursos humanos

La política de recursos humanos es clave en la determinación de los resultados del sistema. Suele haber problemas en el balance cuantitativo y cualitativo entre su oferta y la demanda respectiva. En Francia se limita el número de admisiones a las Escuelas de Medicina; esta regulación es más difícil ahí donde se está privatizando la formación, como ocurre en Chile y en los países de Asia Meridional. La calidad (incluida la ética) puede sostenerse mediante la acreditación de las instituciones formadoras y, durante el ejercicio profesional, a través de instituciones como el Consejo Médico General y los Reales Colegios de las especialidades de Inglaterra. El costo de los profesionales para el sistema está determinado en gran medida por lo que cuesta su educación; luego de graduados, el tipo de agencias empleadoras, la forma de pago y la organización gremial contribuyen a determinar su nivel de remuneraciones.

El tipo de conducción o liderazgo de los sistemas, además de las realidades y expectativas de remuneración, influyen en el clima organizacional: por ejemplo, se ha debido transformar el modo de pago de los médicos de los Centros de Salud de España a fin de mantener su rendimiento (OECD, 1996). También se informa que en Noruega el personal de los hospitales necesita un incentivo económico para resolver las listas de espera y que los médicos generalistas se hacen esperar, dan consultas muy breves y no personalizan su atención (OECD, 1998).

Con motivo de la introducción de relaciones mercantiles al interior del sistema sueco, se describe una autocracia de los administradores que genera inseguridad y una actitud de defensa en el equipo técnico; entonces éste se reorienta desde la lógica de la atención (del "cuidar") hacia una burocratización y una lógica de negocios: se destruyen los valores y se dividen las profesiones. Las gerencias suelen manejar la situación con mejoramientos de la comodidad en el trabajo o bien captando a algunos profesionales a través de capacitación en gestión o en computación, en lugar de abordar el problema en un plano humano, ético, intelectual y cultural. (Gustafsson, 1995).

3.5. La tecnología

Un cuarto grupo de factores dice relación con la *infraestructura tecnológica*. Las inversiones en edificios, equipamientos y medicamentos contribuyen a determinar la calidad y la eficiencia del

sistema; a su vez dependen del monto de recursos que el país asigna al sector de la salud y de la manera en que están organizados y manejados. En el sistema de salud inglés el consumo de medicamentos y el nivel de inversiones están enmarcados en un presupuesto global. Chile fue pionero en establecer un Formulario Nacional de Medicamentos, basado en genéricos, hoy promovido por la OMS y adoptado en parte por otros países como Noruega y México.

En Holanda se legisló desde 1971 para regular las nuevas inversiones en hospitales, incluyendo el requisito de obtener autorización para entregar servicios de alta tecnología; gracias a esto hubo, hasta 1990, una reducción de 8 mil camas de agudos y un descenso de los días de estada desde 15 en 1983 a 10,7 en 1993. En Portugal y otros países el plan de inversiones está centralizado; así Noruega ha logrado también reducir el número de camas de agudos y el promedio de días de estada. Solamente en 1996 Francia comenzó a establecer protocolos de manejo de los pacientes a los cuales los médicos particulares deberían atenerse a fin de realizar una medicina basada en evidencias; pero el cumplimiento de tales normas es difícil de supervisar (De Pouvourville, 1997). Japón regula escasamente el uso de la tecnología; Chile no lo regula en el subsector privado del sistema.

Estas situaciones llevan a una duplicación innecesaria —y por tanto ineficiente— de edificios y equipamientos destinados a atender a ciertos grupos, en tanto que para otros puede haber una falencia. La Organización Mundial de la Salud recomendó que los sistemas de atención funcionales para el objetivo de "Salud para Todos" usaran "tecnologías apropiadas", es decir, efectivas, costeables, pertinentes al perfil de morbilidad de cada lugar y que pudieran ser bien utilizadas y mantenidas. (Brundtland, 1998; OMS, 1998).

Este propósito supone necesariamente que cada país posee el control de la tecnología que utiliza; obviamente, esta condición choca con las reglas actuales del mercado neoliberal y de la globalización del comercio. La OMS y la Organización Mundial del Comercio (OMC) se encuentran abocadas a examinar en conjunto este problema.

3.6. Formas de pago a los proveedores

Las formas de pago están estrechamente ligadas a los costos de los sistemas de atención. El pago por acto es la forma "natural" que corresponde a una época pretérita con poca inter-

mediación financiera; desde ahí las formas de pago se han ido diferenciando bajo la presión del aumento del volumen de prestaciones y en relación con el poder relativo de los intermediarios y de los proveedores para imponer sus intereses. El Cuadro 1 resume la situación e indica ejemplos de países en que predomina una determinada modalidad.

Como se observa en el cuadro, en la mayoría de los países los hospitales públicos reciben un presupuesto global fijo, como una manera de hacerles compartir el esfuerzo por contener los costos. Esto ha sido necesario incluso en Holanda, donde los hospitales son privados.

El pago "por episodio tratado" (DRG) es una variedad del pago por acto, que tiende a reducir los gastos, pero con el riesgo de reducir la calidad del servicio.

El salario es la manera más eficiente de pagar a los proveedores individuales, siempre que el nivel sea razonable en relación a las circunstancias del país respectivo y siempre que haya una conducta ética de parte de los profesionales funcionarios. En España y en Portugal se ha convertido una parte de la remuneración de los médicos de centros de salud en pago per cápita, con el objeto de estimular su desempeño; ello requiere abrir la posibilidad de libre elección de los usuarios. En Noruega se ensayan distintas combinaciones para compensar a los médicos del nivel primario: salario; salario parcial más pago por acto; o capitación más pago por acto (OECD, 1998).

En Francia, los médicos independientes son pagados por acto según aranceles fijados por acuerdo de los Seguros Sociales con los sindicatos médicos; recientemente, el gobierno ha fijado normas referenciales para los pagos totales que resultan. En cuanto a los hospitales comerciales franceses, los seguros les pagan aranceles que descienden a medida que sube el volumen de días-cama facturados; en Canadá se ha establecido una fórmula similar para pagar a los médicos independientes.

En Japón, el pago por acto a los médicos y a los hospitales —en su gran mayoría privados— es la regla; pero en compensación, los aranceles son bajos. Los médicos tienen —como en otros países orientales— una entrada adicional al estar autorizados a vender medicamentos a sus pacientes y también por la costumbre tradicional de que se les hagan obsequios. El resultado es que el gasto japonés en salud sólo asciende al 7,3% del PIB (Arai, 1998; Iglehart, 1988).

3.7. *El gasto del sistema*

El gasto es un índice-resumen del nivel al cual funciona un sistema de atención.

El sentido común nos dice que el nivel de gasto posible está condicionado por el PIB de cada país. Cuando éste crece, el gasto médico tiende a crecer aún más: tiene una elasticidad positiva. Una organización racional del sistema logrará que dicho aumento sea moderado. El Servicio Nacional Inglés debe a esta característica el no costar sino el 5,5% del PIB (1996). En Estados Unidos, en cambio, esa proporción alcanza al 13%, ocupando el lugar más alto del mundo; en las Américas, el nivel menor corresponde a Haití, con un 3,4%.

Ahí donde predomina el mejoramiento de la salud como principio-objetivo y se procura tener un sistema que sea eficiente, efectivo y equitativo, el gasto permanece razonablemente bajo control. Cuando la atención de salud se convierte en una "industria" o comercio, el gasto médico nacional es la resultante de una combinación de cálculos: los proveedores buscan ofrecer más prestaciones a mayor precio unitario a más usuarios e intermediarios; y procuran reducir sus gastos en insumos e infraestructura. A su vez los intermediarios comerciales desean aumentar sus ingresos (primas y "resultados no operacionales") y buscan reducir sus gastos por tres vías: maximización de los copagos, selección o "descreme" de afiliados poco consumidores (jóvenes, sanos, de nivel económico alto), y minimización de los pagos a los proveedores (atención administrada). "Industrias" que reúnen la intermediación y la provisión operan de modo de equilibrar esas diferentes claves, sin excluir la posibilidad de conflicto entre sus distintas gerencias.

El gasto público en salud es mucho mayor que el gasto privado en Europa: en este continente Portugal es una excepción al tener un gasto privado algo superior al 40% del total. En las Américas, en general y con excepción de Canadá, Cuba y Costa Rica (y Chile 1953-1979), el gasto privado es superior al público.

Otro criterio de análisis del gasto médico es la proporción destinada a la atención de primera línea. Esta es del orden del 28% en Suecia, del 22% en el Caribe, del 15% en el subsector público de Chile. Entre nosotros y en otros países de América Latina y el Caribe la elasticidad de lo gastado en hospitales tiende a ser mayor que la del presupuesto destinado al primer nivel.

El gasto en medicamentos es importante y tiene una fuerte tendencia al alza. A pesar de las

CUADRO 1

Formas de pago a los proveedores. Ejemplos de países

Proveedores		Formas de pago							
		Por acto	Presupuesto	Per cápita	Salario				
Instituciones	Públicas	Chile Noruega	• por día-cama • por episodio tratado • por examen • por prescripción	Chile Noruega Inglaterra Canadá Francia México	• según historia • según personal • según complejidad necesidades	Chile (municipios)	• según personas inscritas	n/a	
	Privadas	EE.UU. Francia Portugal Japón							
Individuos	Independientes		Chile Francia Portugal Japón Canadá Holanda N. Zelandia Taiwan EE.UU.	• por consulta • por visita • por examen	n/a	Inglaterra México	• según personas inscritas	n/a	
	en inst. públicas	Hospitales	-		n/a	-		Chile Noruega Francia Inglaterra Canadá	• por tiempo
		Centros de Salud	Noruega	• por consulta			Noruega España Portugal	• según inscritos	Chile Noruega España Portugal
	en inst. privada	Hospitales	Chile EE.UU.	• por consulta • por visita • por cirugía • por parto • por examen	n/a				EE.UU. Francia Holanda
Centros de Salud		Chile EE.UU.				EE.UU.	• según inscritos	EE.UU.	n/a

Nota: En los seguros comerciales con atención administrada (HMOs y similares) se complementa la modalidad de pago per cápita al médico con bonos y deducciones según el grado en que cautele el uso de recursos.

estrictas políticas en vigor, ese gasto subió en el Reino Unido desde un 10,5% del presupuesto del SNS, en 1985, al 11,5% en 1995, lo que en moneda constante de 1985 representó un aumento desde dos mil a tres mil millones de libras esterlinas, sólo soportable por un país rico y en auge económico. En América Latina y el Caribe el gasto farmacéutico per cápita varió (1992) entre US\$ 5 en Haití y US\$ 100 en Barbados, cifra esta última similar al gasto del Reino Unido (Greene, 1996). En Chile (1992) el gasto nacional en medicamentos fue del orden de US\$ 21 ó 22 per cápita y se estima que habría subido, en moneda corriente, a US\$ 38 per cápita en 1998.

3.8. *Flujos de demandas y recursos en sistemas de atención de salud*

En todo sistema de atención ocurren continuamente intercambios que modifican temporal o definitivamente sus estructuras y sus resultados.

Una fuerza impulsora de tales flujos es ésta: difícilmente quedará completamente insatisfecha una demanda de la gente. Por ejemplo, si el "plan" o paquete vendido por los seguros comerciales no cubre alguna necesidad de sus afiliados, éstos buscarán respuesta en el subsector público. Si los consultorios o los médicos generales no dan abasto, las personas irán a los servicios de urgencia. Si no hay una especialidad en la Región A, la gente viajará a la Región B, o al país X, si aquí se encuentra. Cuando la medicina oficial no acoge, o no alivia, o no explica un caso, éste recurrirá a ofertas alternativas.

Otros móviles de la circulación de personas y recursos entre los compartimentos de los sistemas son las diferencias económicas. Así, los profesionales y técnicos formados en un subsector se trasladarán a otro en que haya mejor remuneración; o emigrarán a otro país, como ocurre con las enfermeras caribeñas y latinas que se van a Estados Unidos. El dinero destinado a salud puede buscar usos económicamente más interesantes en la banca o en empresas consultoras. Cotizaciones previstas legalmente para financiar la atención a la salud ocupacional pueden ser desviadas a inversiones para medicina curativa general.

Se estima que los impuestos generales son la fuente más equitativa de recursos para la atención; pero esto es cierto sólo si el esquema tributario nacional es progresivo. Hoy se han generalizado los impuestos regresivos que gravan a los consumos básicos. Así se crean flujos entre los

estratos económicos de la población, flujos cuya dirección suele ser opuesta a aquella que sería socialmente justa y eficiente; y ello a causa del manejo bien informado del poder económico y político. Las cotizaciones pagadas por los empleadores para un Seguro Obligatorio pueden ser cargadas a los precios de artículos básicos y terminar así siendo costeadas por los consumidores más pobres.

El dinero legislado para los subsistemas públicos pasa a los subsistemas comerciales por la vía, ya mencionada, del traspaso de pacientes desde éstos hacia aquéllos; también, por la venta de servicios bajo el costo real desde lo público a lo privado o por la operación inversa: la compra de prestaciones en forma onerosa para los establecimientos públicos. Se prevé que el financiamiento privado de inversiones en hospitales públicos, dispuesto en Inglaterra en 1992, significará en la práctica una enajenación de dichos hospitales y el pago de elevados intereses por muchos años. En Malasia empresas estatales participan de la interesante rentabilidad de la atención hospitalaria comercial invirtiendo en e incluso creando empresas de este giro (Barraclough, 1997).

Otro tipo de circulación es el de los capitales invertidos en la industria médica: éstos tienden a concentrarse en oligopolios, y es frecuente ver cómo empresas formadas por médicos son absorbidas por grandes consorcios financieros apenas empiezan a mostrar buenos resultados.

También hay flujos internacionales en materia de atención de salud; países tan dispares como Estados Unidos, Cuba o Singapur exportan servicios médicos, insumos, infraestructuras y conocimientos gerenciales del campo de la salud (Meng-King, 1998).

4. La cabeza del sistema

4.1. *La orientación*

No es posible abordar aquí todo el campo de las doctrinas, conceptos, principios, valores y políticas atinentes a la salud. En las secciones anteriores estos temas han aparecido en algunas de sus relaciones con los pilares y el tronco de los sistemas. Aquí se mencionarán algunos ejemplos de orientaciones que han surgido en el debate actual acerca de los sistemas de atención.

La Dirección y la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud han recomendado una

vez más en 1998 la adopción de modelos integrales de atención, que tengan como características la universalidad, la pertinencia a la situación epidemiológica y el predominio de la colaboración sobre la competencia. Propugnan la ampliación de la gama de prestaciones disponibles hoy; denuncian el alto nivel de la morbilidad y de la inequidad de la salud en el mundo; señalan las amenazas implícitas en los fenómenos de globalización; apoyan el rol público y privado en la provisión de servicios y en la producción de insumos, y desalientan la intermediación financiera privada (Brundtland, 1998).

El Banco Mundial —a partir de los años '80— ha adquirido un interés mayor en influir sobre los sistemas nacionales que en apoyar programas de control de enfermedades y obras de infraestructura. (Feacham y de Ferranti, 1997). Aplica una prescripción uniforme para las reformas, cuyas características se ilustran más adelante a propósito de países determinados.

La orientación de los países de mayores ingresos con respecto a los países pobres, en el campo de la salud, incluye el traslado de sus industrias médicas y farmacéuticas a regiones con salarios e impuestos favorables y con mercados grandes, como Brasil y México; desarrollan en ellos algunas de sus investigaciones; apoyan la vigilancia y el control epidemiológico con el objetivo, entre otros, de proteger a sus nacionales; la erradicación de viruela, polio y sarampión les significa un ahorro permanente y cuantioso (Howson, 1998).

Una orientación especial propia de los países asiáticos es el estímulo a la medicina tradicional o alternativa. En Taiwan ésta se halla cubierta por el Seguro Obligatorio.

Canadá ha dado énfasis en su sistema a la promoción de la salud y a la continuidad de la atención. En Asia meridional, en cambio, ha aumentado el predominio del modelo curativo.

Las "reformas" de los años 80 y 90 son dignas de ser estudiadas con atención. La "reforma" de Noruega ilustra los problemas derivados de la intervención de los políticos locales, de los políticos nacionales, de los economistas y de los médicos.

En Portugal, la "reforma" está orientada hacia la externalización de las actividades del Sistema Nacional de Salud, incluyendo su propia administración; a estimular la demanda de atención privada; que los hospitales públicos que se creen sean empresas públicas manejadas en el marco legal de instituciones privadas; que lo que reste en el área pública sea administrado por los gobiernos loca-

les; y que se induzca la productividad de los médicos mediante incentivos (OECD, 1998).

El objetivo de la reforma de México se ha resumido oficialmente así: "un sistema que debe dar a todos acceso a un conjunto mínimo de prestaciones; que combine una regulación apropiada del gobierno con mecanismos competitivos, y que separe a compradores de proveedores" (OECD, 1998).

La Escuela de Salud Pública de Harvard brinda asesoría técnica al proyecto de Reforma del Sector Salud de Colombia, proyecto que incluye una drástica descentralización administrativa de los prestadores públicos, además del diseño de seguros que se describió antes. Una evaluación posterior por la misma Escuela señala que la reforma se inició y continúa dirigida en forma muy centralizada; y que su promulgación (1993) fue condición para un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo por 40 millones de dólares (Bossert, 1998).

Bangladesh experimenta una "reforma" que fue condición para un préstamo del Banco Mundial por 190 millones de dólares en 7 años, unido a la movilización de otros 282 millones aportados por otros miembros de un consorcio dirigido por el Banco. La política consiste esencialmente en aumentar la provisión privada de servicios y los copagos, en conformidad con la prescripción corporativa global del Banco. Adaptaciones de dicha fórmula a la realidad nacional de éste y otros países podrían ser propuestas por el personal del propio Banco destacado a nivel nacional, si son estimulados a hacerlo por la sede del organismo financiero (Buse, 1998).

Al desarrollar la orientación de un sistema de salud, debe tenerse presente que la economía está sometida a ajustes, recesiones, fluctuaciones de los términos de intercambio y crisis cíclicas, que son cada vez más generalizadas y que afectan a la salud de los pueblos. Los efectos negativos han sido y serán más graves en los países que no han desarrollado sistemas o servicios nacionales de salud y que se han entregado, en cambio, a seguros comerciales.

4.2. Algunos resultados de los sistemas y de sus cambios

Alrededor de 1990 se efectuó una clasificación de países industrializados en función de algunos resultados de sus sistemas de salud (Contandriopoulos, 1988). Por ejemplo, su impacto en la salud, relativo a los costos, se consideró bueno en

Noruega, Dinamarca, Francia y Canadá; y se consideró deficiente en Estados Unidos, Alemania, Austria y Portugal.

La eficiencia económica fue considerada satisfactoria en el Reino Unido, Finlandia y Austria; y no satisfactoria en Estados Unidos, Canadá, Francia y Portugal.

Otro estudio, más reciente, evaluó la equidad lograda por el mismo grupo de países: se encontró que es mínima en Estados Unidos, regular en el Reino Unido y superior en Francia y países escandinavos (Van Doorslaer, 1997).

Llama la atención que un informe oficial de 1997 acerca del sistema noruego encuentre que la suficiencia (cobertura) del mismo está disminuida; existen listas de espera, racionamiento e inequidad geográfica (OECD, 1998). Ella puede relacionarse con lo expuesto más arriba acerca de la orientación del sistema y acerca de la moral de trabajo del personal.

El sistema estatal chileno mostró ser muy efectivo, particularmente en relación con los problemas de salud del subdesarrollo; fue también muy eficiente, lo cual puede atribuirse a su integridad organizacional, a la existencia de un pagador único y al modo de pago y la ética de los profesionales. El sistema sobrevivió a la grave crisis de 1982-83 con profundos daños y con alteraciones estructurales que hacen temer hoy que la efectividad disminuya, en especial con respecto a los desafíos epidemiológicos actuales.

5. Algunas relaciones entre médicos y sistemas de atención

Los médicos, en cuanto proveedores de atención y —a la vez— referentes importantes para la sociedad en todo cuanto atañe a la salud, son un factor importante en la concepción y en la evolución del sistema de atención (Salvador Díaz, 1964).

¿Qué interesa y ha interesado siempre a los médicos, en toda situación y más aún donde existe un sistema o servicio nacional de salud?

En primer lugar, los siguientes aspectos: el progreso profesional, la realización de su vocación natural de servicio, libertad clínica, ingresos razonables, condiciones adecuadas de trabajo, técnicas y humanas, seguridad, participación en las decisiones que les atañen, y llevar una vida personal normal, sin los riesgos de un estrés excesivo.

En segundo lugar, muchos médicos valoran la libre elección por los pacientes y la posibilidad de realizar docencia e investigación.

Cuando un médico se encuentra en un contexto mercantil aparecen —históricamente— otras preferencias: el pago por acto, según un arancel favorable; acceso de todos los médicos a todos los afiliados; evitar una ruinosa competencia mutua entre los médicos mediante un piso uniforme, negociado de remuneraciones, o el pago de una suma alzada a repartir por la organización de los médicos; que los afiliados a seguros paguen directamente al médico, recibiendo después un reembolso del asegurador, como manera de asegurar la “lealtad médico-paciente”; que los seguros obligatorios se apliquen sólo a la población de menores ingresos, dejando a la más pudiente la calidad de clientela “particular”;

¿De qué manera obtienen los médicos la satisfacción total o parcial de sus preferencias?: El factor más importante consiste en su organización. Mientras más fuerte es la asociación profesional, mayor es el ámbito de la política de salud en que el Estado deberá negociar con la profesión y menor es el número de aspectos de la producción de servicios que queda a la discreción de la burocracia estatal (Frenk, 1987); algo similar puede afirmarse respecto a la relación con las empresas financieras del sistema.

Las organizaciones médicas de los países europeos fueron determinantes, a comienzos de siglo, en la consolidación, como intermediarios financieros, del seguro obligatorio o de sistemas nacionales de salud, en lugar de los seguros comerciales competitivos (tipo HMO) que imponen su control a los médicos (Abel Smith, 1988). Por razones de contención de costos, esos seguros renacen ahora en Estados Unidos y se ensayan en América Latina, encontrando nuevamente oposición de los profesionales.

Las sociedades médicas chilenas fueron decisivas en el desarrollo de la Seguridad Social en Salud, principalmente desde la década de 1930 y hasta la creación y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud; como garantías para la consideración de sus derechos obtuvieron la dictación de la ley del Colegio Médico y de una ley sobre remuneraciones.

En Estados Unidos, las organizaciones de los médicos eligieron otro camino para enfrentar la hegemonía de las empresas de atención administrada; crearon sus propios seguros, Blue Cross y Blue Shield. Grupos médicos han gestado, en diversos países, incluso Chile, empresas proveedoras (clínicas); pero se trata de soluciones para minorías que, al lograr éxito, terminan por ser desplazadas por grupos financieros.

Algunos de los medios utilizados por los médicos en apoyo de sus objetivos han sido: el lobbying, la negociación, la desautorización a médicos que aceptan condiciones inferiores, y el boicot a los seguros comerciales. Frente a la limitación de aranceles por parte del ente pagador, los médicos han solido aumentar el volumen de sus prestaciones, hasta el momento en que aquél ha fijado –como en Francia y Canadá– valores referenciales máximos.

6. Papel de los usuarios frente a los sistemas de atención

La población es el fundamento de cada sistema, ya que necesita y demanda sus servicios y proporciona los recursos para producirlos.

También participa a través de sus voceros y representantes en el sistema político, en el cual se generan la formación y los cambios del sistema; y esto, en mayor grado en los regímenes democráticos.

Las organizaciones de trabajadores y de empleadores, los Colegios Profesionales, las Asociaciones de funcionarios del sistema, las Sociedades Científicas, las asociaciones de pacientes y otras organizaciones no gubernamentales tienen diversa importancia –variable según los países– como mecanismos de participación.

La legislación o el hábito pueden legitimar el papel de mecanismos oficiales de participación, tales como un Consejo Nacional de Salud, Consejos Regionales y locales, consejos adjuntos a la Dirección de Hospitales y Centros de Salud.

Ante todo la participación de la gente es posibilitada por la actitud de los equipos de salud al salir éstos hacia ella en cada contacto profesional. Esta participación educa (o des-educa) a la población y al equipo, e influye de modo sutil pero continuo en la formación de las políticas y de las estructuras del sistema.

Lamentablemente, la población tiende en muchos lugares a exigir derechos, pero no actúa solidariamente. En algunos de los países más ricos, como Estados Unidos, Francia, Alemania, Rusia (Curtis, 1997), hay en esta etapa histórica una sociedad dual, con “dos humanidades”: los educados, triunfadores en la economía globalizada, enfermos de stress; y los marginalizados, inseguros, subempleados, enfermos de alienación.

BIBLIOGRAFIA

- Abel-Smith, B. 1988, “The rise and decline of the early HMOs, some international experiences”, *The Milbank Memorial Fund Qrtly*, 66 (4): 694-719.
- Arai, Y.; Ikegami, N. 1998, “An overview of the Japanese health care systems”, *J. of P. Health Medicine*, 20 (1): 29-33.
- Barnett, P.; Malcolm, L.A. 1998, “To integrate or to deintegrate: fitting public health into New Zealand’s reforming health system”, *European J. Of. P. Health*, 8 (1): 79- 86.
- Barraclough, S. 1997, “The growth of corporate private hospitals in Malaysia : policy contradictions in health system pluralism”, *Int. J. of Health Services*, 27 (4): 643-659.
- Berleem, G., Rehnberg, C.; Wennström, G. 1994, “The reform of health care in Sweden”, *SPRI Report 339*, Stockholm, enero.
- Bossert, T. *et al.* 1998, “Transformation of Ministries of Health in an area of health reform: the case of Colombia”, *H. Policy and Planning*, 13 (1) 59-77.
- Brundtland, G.H. 1998, “Presentación a la Asamblea de la OMS, al aceptar la Dirección General de la Organización”, mayo.
- Buse, K.; Gwin, C. 1998, “The World Bank and global cooperation in health; the case of Bangladesh”, *Lancet*, 351: 665-69.
- Contandriopoulos, A.P.; Lemay, A. L’*es pays de l’OCDE. Une appréciation empirique de la performance des systèmes de santé*”, *Actas de la 4ª Conferencia Internacional de la International Society for System Science in Health Care*, Lyon, julio.
- Creese, A.; Kutzin, J. 1995, “Lessons from cost recovery in health (Forum on health sector reform)”, *WHO/SHS/NHP/95.5*, Ginebra.
- Curtis, S.; Petukhova, N.; Sezonova, G.; Netsenko, N. 1997, “Caught in the ‘traps of managed competition’. Examples of Russian health care reforms from St. Petersburg and the Leningrad Region”, *International J. of Health Services*, 27 (4): 661-86.
- Chung-Tung, Liu, 1998, “A general overview of the health care system in Taiwan”, *J. of P. Health Medicine*, 20 (1): 5-10.
- De la Fuente, M. 1995, “A propósito del trabajo médico”, *Vida Médica*, 47 (3): 70-72.
- De Pourville, G. 1997, “Quality of care initiatives in the French context”, *Int. J. For Quality in Health Care*, 9 (3): 163-70.
- Departamento de Salud Pública, Colegio Médico de Chile. 1994, “Algunas reflexiones y proposiciones para la reforma de la legislación sobre ISAPRE”, *Vida Médica*, 46 (3): 4-8.
- Díaz, Salvador. 1964, “La profesión médica; sus problemas y metas de la hora actual; rol del Colegio Médico”. *Cuadernos Médico Sociales*, 5 (4): 13-15.

- Feacham, R.; De Ferranti, D. 1997, "Estrategia Sectorial: salud, nutrición y población", Banco Mundial, Washington D.C., octubre.
- Field, M.G. "The need for cross-national studies in health services, in: Crossnational sociomedical research: concepts, methods, practices". A Seminar convened by the Academie für Socialmedizin Hannover, Georg Thieme Publishers, Stuttgart.
- Frenk, J.; Donabedian, A. 1987, "State intervention in Medical Care, types, trends and variables", Health Policy and Planning, 2 (1): 17-31.
- Grant, K.; Collini, E. 1996, "Evolución de la administración del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido", Institute for Health Sector Development. Monografía, agosto.
- Greene, E.; Le Franc, E. 1996, "Caribbean Regional Health Study", OPS-BID, Washington D.C., mayo.
- Gustafsson, R.A. 1995, "Open the black box: paradoxes and lacunae in Swedish health care reforms", International J. of Health Services, 25 (2): 243-58.
- Hester, J.A.; Wouters, A.M.; Wright, N. 1987, "Evaluation of a Preferred Provider Organization", The Milbank Quarterly, 65 (4): 575-612.
- Hospital Management Seminar (OMS). 1993, "The Correct Place of Teaching Hospitals": Australia, Seúl.
- Howson, C.P.; Fineberg, H.V.; Bloom, B.R. 1998, "The pursuit of global health; the relevance of engagement for developed countries", Lancet, 351: 586-90.
- Iglehart, J.K. 1988, "Japan's medical care system - part two", N. Engl. J. of Medicine, 319 (17): 1166-72.
- Jolly, D.; Gerbaud, I. 1992, "The hospital of tomorrow", World Health Organization, SHS/Current Concerns 5/92.1, Ginebra.
- Journal of Public Health Medicine, Editorial. 1998, "Health care systems in transition II East Asia - The roaring tigers", J. of P. Health Med., 20 (1): 3-4.
- Kleczkowski, B.M.; Roemer, M.I.; Van der Werff, A. 1984, "National Health Systems and their re-orientation towards health for all", World Health Organization, Public Health Papers 77, Ginebra.
- Light, D.W.; Schuller, A. (Eds.). 1986, "Political values and health care; the German experience", MIT Press, Cambridge, Mass.
- McKee, M.; Figueras, J. 1996, "Setting priorities: can Britain learn from Sweden?", BMJ, 3112: 691-94.
- Mechanic, D. 1996, "Failure of health care reform in the USA", J. Health Serv. Res. Policy, 1 (1): 4-9.
- Meng-King, Lim. 1998, "An overview of health care systems in Singapore", J. of P. Health Medicine, 20 (1): 16-22.
- Montoya, A.C. 1979, "Coordination of health and welfare services in some industrialized countries". Presentation to the First International Encounter for a study of the sanitary reform, Rome, October.
- Montoya, A.C. 1979, Health care systems analysis and design, WHO/SHS/23.5.79.
- Montoya, A.C. 1996, "Dónde estamos en el proceso nacional de mejoramiento de la atención a la salud", Vida Médica, 48 (3): 18-23.
- Montoya, A.C. 1997, "La reforma del sistema de salud del Reino Unido", Cuadernos Médico Sociales (Chile), 37: 113-18.
- Montoya, A.C. 1997, "La reforma del sistema de salud en Holanda, Rev. Médica de Chile, 125 (3): 358-62.
- OECD. 1996, "Economic Surveys", Spain, París.
- OECD. 1998, "Economic Surveys", México, París.
- OECD. 1998, "Economic Surveys", Norway, París.
- OECD. 1998. "Economic Surveys, Portugal, París.
- Organización Mundial de la Salud. 1998, "Política de salud para todos para el Siglo 21": Declaración de la 51ª. Asamblea de Salud Mundial Ginebra, Mayo.
- Pastor, C.R. 1988, "Trouble with health maintenance organizations", BMJ, 297: 934-35.
- Qadeer, I.; Sen, K. 1997, "Public health debacle in South Asia: a reflection on the crisis in welfarism", South Asian Regional Meeting on health effects of structural adjustment policies, New Delhi. Sept.
- Rondón, M.R. 1996, "Los fundamentos políticos y razones de la reforma", VIII Congreso Venezolano de Salud Pública, Caracas.
- Shin, Youngsoo, 1998, "An overview of health care systems in Korea", J. of P. Health Medicine, 20 (1): 41-46.
- Solorzano, D. 1997, "El sistema de Salud de Canadá y financiamiento", Rev. Panam. Salud Pública, 1 (3): 180-85.
- Theodore, K.; La Foucade, A. 1997, "The inclusion of health under social security coverage", Seguridad Social, Sept.-Oct., N° 208: 133-157.
- Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. *et al.* 1997, "Income-related inequalities in health: some international comparisons", Journal of Health Economics, 16: 93-112.