



Fundación  Sanatorio Güemes

# ¿QUÉ APRENDIMOS DE LAS REFORMAS DE SALUD?

*Evidencias de la experiencia internacional  
y propuestas para Argentina*

DR. FEDERICO TOBAR



Tobar, Federico.

¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. 1a ed.-

Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2010.

144 p. ; 15.5x22.5 cm.

ISBN: 978-987-24399-1-0

1. Salud. I. Tobar, Federico. II. Título

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

# ¿QUÉ APRENDIMOS DE LAS REFORMAS DE SALUD?

---

*Evidencias de la experiencia internacional  
y propuestas para Argentina*

EDICIONES

Fundación  Sanatorio Güemes



**ÍNDICE***Pág.*

Autor . <b>Dr. Federico Tobar</b>	9 y 10
.....	
Presentación . <b>Dr. Mario Iván Lugones</b>	13
.....	
Prólogo . <b>Prof. Dr. Carlos María Juliá</b>	14 y 15
.....	
Capítulo 1. <b>Volver a reformar</b>	17 a 24
.....	
Capítulo 2. <b>Evidencias de las Reformas de Salud</b>	25 a 42
.....	
Capítulo 3. <b>¿Qué aprendimos sobre las funciones del Estado en Salud?</b>	43 a 73
.....	
Capítulo 4. <b>¿Qué aprendimos sobre Atención Primaria de la Salud?</b>	75 a 87
.....	
Capítulo 5. <b>¿Qué aprendimos sobre gestión de hospitales?</b>	89 a 108
.....	
Capítulo 6. <b>¿Qué aprendimos sobre regulación de seguros de salud?</b>	109 a 124
.....	
Capítulo 7. <b>¿Qué aprendimos sobre la cobertura de las enfermedades de alto costo?</b>	125 a 132
.....	
Capítulo 8. <b>¿Qué aprendimos sobre la sostenibilidad de las Políticas?</b>	133 a 142



Para Amira:

*Tan madre, que está dispuesta a volver a parir, todos los días.  
Tan valiente, que encuentra una causa nueva por la cual luchar, todos los días.  
Tan mujer, que tiene luz en sus ojos, para encontrar el camino.  
Tan compañera, que me extiende su mano cada vez que estoy exhausto.*





## AUTOR

### **Dr. Federico Tobar**

Doctor en Ciencia Política (Universidad del Salvador). Máster en Administración Pública (Fundação Getúlio Vargas- Brasil). Licenciado en Sociología (Universidad de Buenos Aires). Profesor de Sociología (Universidad de Buenos Aires).

Ha publicado más de cien artículos científicos en revistas especializadas y periódicos de divulgación y como capítulos de libros. Es autor de catorce libros: "Cómo sobrevivir a una tesis en salud" (2007), "Gestión y descentralización de programas de enfermedades transmisibles" (2006), "Universalismo Básico, una alternativa para las políticas sociales en América Latina" (2006), "Salud para los Argentinos" (2004), "El futuro del Acceso a Medicamentos en Argentina" (2004), "Más salud por el mismo dinero: bases para la reforma del sistema de salud en Argentina" (editado en 1997 y reeditado en 1999), "Sistemas de seguro de salud y acceso a medicamentos" (editado en 2001 y en inglés en 2002), "El mercado de medicamentos en Argentina" (1999), "Cómo hacer tesis en políticas, sistemas y servicios de salud" (editado en 1998 y reeditado en 1999), "Cómo se faz uma tese em saúde pública" (editado en portugués en 2001, 2002 y 2003), "Organizaciones solidarias" (2000), "Investigaciones en economía y gestión en salud" (1997) y "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" (2002), "Utilización del nombre genérico de los medicamentos" (2003) y "Hacia un Federalismo Sanitario efectivo" (2004).

Desde 1989 a 1994, fue becario de perfeccionamiento en Economía de la Salud en la Fundação Oswaldo Cruz de Brasil. Desde 1995 hasta el 2002, ha sido director del Programa de Investigación Aplicada de la Fundación Isalud. En el 2002 asumió como jefe de gabinete del Ministerio de Salud de Argentina, desde donde impulsó el Programa de Emergencia Sanitaria y la construcción de la Política Nacional de Medicamentos. A partir del mes de mayo de ese año, asumió la coordinación General del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud donde implementó el Programa Remediar de provisión gratuita de medicamentos. En 2004 ejerció la coordinación general del Programa de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES) del Banco Interamericano de Desarrollo en la ciudad de San Pablo, Brasil.

Desde 2004 actúa como consultor internacional en la formulación y gestión de políticas de salud. Desempeña estas funciones en Brasil, Chile, El Salvador, Honduras, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Estados Unidos, Ecuador y Argentina.

Como docente universitario ha dictado clases en Argentina, Brasil, Uruguay, Guatemala, Perú y Estados Unidos. En Argentina, en la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Diseño, Arquitectura y Urbanismo, y Escuela de Salud Pública), en la Universidad Favaloro, en Universidad Isalud, en la Universidad Torcuato Di Tella, en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), en el Doctorado en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad del Salvador y en más de treinta cursos de posgrado en todo el país. En Brasil ha sido docente en la Universidad de São Paulo (Escola de Saúde Pública), en la Fundação Getúlio Vargas (Mestrado y Doutorado en Políticas Públicas), en la Universidade Estadual de Rio de Janeiro y en la Fundação Oswaldo Cruz. En Estados Unidos ejerció como profesor del INDES (Instituto de Desarrollo Social) del Banco Interamericano de Desarrollo en Washington D.C. En Uruguay es profesor de la Maestría en Gestión de Salud del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH).





## PRESENTACIÓN

Este es el primer libro publicado bajo el nombre de Ediciones Fundación Sanatorio Güemes. El solo hecho representa un inmenso orgullo y, al mismo tiempo, nos impone un desafío renovado para todos los que estamos involucrados en ella.

La elección de la obra y de su autor tiene su propia historia. En septiembre pasado tuve la oportunidad de escuchar una exposición del Doctor Federico Tobar sobre la reforma del sistema de salud de los EEUU, en la que se trazaba un primer análisis y se enumeraban los aspectos pendientes a futuro. Fue una disertación clara y objetiva, cimentada sobre una base argumental de singular inteligencia. Pensé entonces que el contenido de aquella charla, sin duda, merecía trascender ese ámbito específico y le sugerí la posibilidad de publicarla. Grande fue mi alegría cuando, esa misma tarde y a través de un e-mail, Federico aceptó la propuesta. De aquel embrión surgió este libro que aquí presentamos.

Conozco al autor desde hace más de 15 años y tengo la certeza que muy pronto, si es que ya no lo es, se convertirá en un indiscutible referente del sector de la salud. Nadie podría dudar de sus conocimientos ni de su profunda generosidad para transmitirlos, así como también de su capacidad para elaborar propuestas, muchas de las cuales son desarrolladas a lo largo de la presente obra.

Quisiera finalizar estas líneas agradeciendo. En primer lugar a Federico por su invaluable aporte y también al Profesor Doctor Carlos María Juliá, director del Posgrado y Coordinador del Eje de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, por su colaboración prologando este trabajo.

**Dr. Mario Iván Lugones**

*Presidente*

*Fundación Sanatorio Güemes*

## PRÓLOGO

Es para mí una gran satisfacción y un honor prologar en nombre de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, este trabajo de Federico Tobar, de tan agradable lectura por su prosa, y de tanto interés para aquellos que vivimos y trabajamos en el sistema de salud de los argentinos y en la formación de recursos humanos para el mismo.

El autor nos conduce de manera muy documentada y objetiva en el contexto de las experiencias vividas por las reformas del sistema de salud que se fueron produciendo en nuestro país y en otras regiones del mundo.

Aunque el lector pueda disentir en la interpretación de los hechos históricos en virtud de haber sido protagonista o testigo de los más próximos, no cabe ninguna duda que este trabajo aporta elementos de juicio muy ricos para el análisis y la promoción de un espíritu crítico constructivo de los interesados en aportar ideas para el aprovechamiento de las experiencias descriptas y de las propuestas del autor.

El libro presenta una estructura de capítulos muy prolija sobre las enseñanzas de las reformas que han ido modelando un sistema de salud que no satisface, por sus resultados, las reales necesidades percibidas por nuestra población sobre su salud y los problemas que la afectan.

Las referencias bibliográficas e históricas, el conjunto de datos que fundamentan las afirmaciones, el lenguaje y el abanico de temas tratados, incluyendo su desagregación, abren el interés del lector para profundizar reflexiones.

Desde el “¿Por qué hace falta reformar?”, surgen consideraciones que conforman un diagnóstico muy claro de las inequidades en los resultados de salud, en la estructura, y en la ineficacia de los procesos que determinan las graves irracionalidades que afectan al sistema de salud de los argentinos.

El relato histórico de las reformas en Argentina llevan al autor a señalar el proceso de despolitización de la salud al no formar parte del debate sobre las Políticas de Estado que marquen un rumbo sostenido hacia la solución de los problemas manifestados en el diagnóstico. Y es aquí donde nos hace “Diez propuestas para un modelo argentino de salud”. No necesariamente estas sean todas ni mucho menos, ya que del posterior recorrido de la obra surgen muchas otras.

El desarrollo de lo que Federico Tobar llama “Las Olas de Reformas” en el mundo llega a la conclusión que ha producido un traspaso del poder desde el sector salud

a los sectores de la economía y las finanzas. Y con mucho tino nos presenta una serie de lecciones sobre las experiencias internacionales.

Más adelante se introduce en las funciones del Estado sobre el manejo de la salud y va elaborando propuestas que parten desde el surgimiento del paradigma reformista, la rectoría en salud, el enfoque de determinantes de la salud, hasta confluir en la importancia de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Constituye esto la base para el direccionamiento del sector hacia resultados que superen inequidades y que colabore eficientemente en la construcción de la calidad de vida de la población. Como es de rigor, la obra describe en este capítulo lecciones sobre las funciones del Estado en salud que no pueden dejar de servir para un debate inteligente y comprometido para quienes tienen responsabilidades legislativas, normativas y ejecutivas.

No podía faltar un excelente desarrollo de las experiencias sobre la Atención Primaria de la Salud, de lo que no es y de lo que debería ser. Aquí las enseñanzas surgen desde antes de Alma Ata, a partir de Carlos Alvarado en el norte argentino entre las décadas de los 60 y 70 hasta llegar a nuestros días, proponiendo enseñanzas que nos permitan definir los “contenidos de una nueva estrategia superadora”.

El autor tampoco ha eludido discernir sobre los modelos de gestión hospitalaria y sus dilemas que, como en toda la obra, completa con propuestas inteligentes.

Debo concluir que se trata de una obra muy atractiva y orientadora, tanto para aquellos que priorizan la lectura de temas vinculados con el manejo de la salud, como para quienes tienen inquietudes políticas al servicio de la comunidad y los que tenemos la responsabilidad de formar recursos humanos para el sistema de salud.

Se podrá disentir en las reflexiones e interpretaciones de los hechos que fundamentan la obra, pero ella contribuye fuertemente al debate que nos debemos los argentinos.

Sólo me cabe felicitar a Federico Tobar por este libro que no hace más que confirmar su calidad de escritor, analista y proponente de reflexiones sobre la Salud de los Argentinos ya demostrada en sus numerosas publicaciones.

**Prof. Dr. Carlos María Juliá**

*Director del Posgrado y Coordinador del Eje de Salud Comunitaria  
Facultad de Medicina, Universidad del Salvador*





## CAPÍTULO 1. VOLVER A REFORMAR

*Primero vinieron y se llevaron a los comunistas  
y como no éramos comunistas, no nos preocupamos...  
Después vinieron y se llevaron a los judíos  
y como no éramos judíos, no nos preocupamos.  
Luego vinieron por los negros  
y como no éramos negros, tampoco nos preocupamos  
Ahora están golpeando a nuestra puerta...*

Martin Niemöeller

La cita del epígrafe refleja, en parte, nuestra encrucijada sanitaria. Porque la respuesta social organizada a los problemas de salud de los argentinos se fue construyendo a través de estructuras independientes, edificadas de forma sucesiva. Esto creó una ilusión de autonomía que nos encandiló. Así, el sindicalismo podía resultar indiferente al vaciamiento progresivo del aparato prestador estatal (subsector público), porque las obras sociales no eran el sector público. Las prepagas podían permanecer indiferentes al desfinanciamiento de la seguridad social porque, aun cuando compartían su aparato prestador, los seguros privados no eran seguros sociales. Pero mientras cada cual atendía su juego, el sistema de salud argentino se hacía insostenible para todos.

### ¿POR QUÉ HACE FALTA REFORMAR?

En un evento reciente que inauguró un espacio para el debate sectorial, el profesor George B. Moseley de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, nos instigaba a que los argentinos demostráramos con cifras por qué necesitamos reformar nuestro sistema de salud<sup>1</sup>. La provocación es relevante, e incluso algo humillante, porque evidencia la precariedad de nuestros sistemas de información. Sin embargo, no todo se ha destruido y podemos aportar algunas evidencias respecto a que tenemos problemas sistémicos. Aquí van algunas:

---

<sup>1</sup> ASE- Fundación Medifé. "Reforma del sector salud en EE.UU. un primer análisis de lo que se hizo y lo que falta hacer". Ciudad de Buenos Aires. 24 de agosto de 2010.

1. Aunque la mortalidad infantil está en baja, las brechas entre las provincias se mantienen. En el año 2003, la tasa nacional de mortalidad infantil había sido del 16,5 por mil y en el 2009 llegó al 12,1 por mil. Sin embargo, las diferencias entre las provincias que detentan los mejores y peores resultados no se han reducido. Hace una década, en 1998, la provincia de Chaco detentaba una tasa de mortalidad infantil (TMI) del 22,9 cada mil nacidos vivos, mientras que Tierra del Fuego registraba 11,9, lo que indica una brecha del orden del 63%. En el último reporte (2009), la provincia de Formosa presenta una TMI de 22,9 por mil nacidos vivos, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se redujo a 8,4<sup>2</sup>.

2. El 34,1% de los menores de 2 años y el 30,5% de las mujeres embarazadas tienen anemia por déficit de hierro. Según lo registra la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), realizada en los años 2004 y 2005, con representatividad nacional, regional y provincial.

3. Sólo el 38,5% de las mujeres realizaron el primer control del embarazo durante el primer trimestre de gestación en el año 2007, según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), sobre un total de 156.761 partos registrados en el sistema en 2007. Esto, entre otros factores, explica por qué la tasa de mortalidad materna se mantuvo elevada, con oscilaciones anuales entre 4 y 4,8 por diez mil nacidos vivos en el período 2004-2007.

4. La mortalidad muestra diferencias importantes cuando se la analiza por provincia. Para 2008, la tasa de mortalidad ajustada por edad era de 5.75 por 1.000 habitantes para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6.45 para hombres y 5.30 para mujeres), mientras que para Chaco alcanzaba el 8.65 (9.29 para hombres y 7.88 para mujeres)<sup>3</sup>.

5. Ricos y pobres mueren por diferentes causas. Los perfiles de mortalidad varían entre los estratos de pobreza de las provincias. En los estratos de menor privación (I y II) prevalecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias como principales causas de muerte, mientras que en los de mayor privación (III y IV) priman otras causas, las mal definidas y las lesiones.

---

<sup>2</sup> Ver. OPS. *Indicadores básicos de salud de Argentina 1999 y 2009*. Disponible en [http://new.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&task=view&id=160&Itemid=304](http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=304)

Ver también: Ministerio de Salud de La Nación (2010). *Subsecretaría de Salud Comunitaria. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Plan Para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes*. Buenos Aires. Página 28.

<sup>3</sup> OPS. *Indicadores básicos. Argentina 2009*.

6. El gasto total en salud es el más alto de la región, pero los resultados obtenidos no lo reflejan. Según el Banco Mundial, los argentinos destinamos a la salud unos U\$s 658. Este valor nos sitúa apenas por encima de Uruguay (U\$s 653), casi duplica a Chile (U\$s 336) y a Costa Rica (U\$s 273). Pero estos tres países presentan mejores resultados de salud, medidos a través de indicadores como la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.

7. El gasto público en salud per cápita varía mucho entre las provincias. Aquellas que cuentan con más recursos como Tierra del Fuego y Santa Cruz, gastan nueve veces más que la que detenta menos recursos (Misiones) y 6,4 veces más que la provincia de Buenos Aires<sup>4</sup>, donde está el 40% de la población argentina sin cobertura de seguros de salud. Esto evidencia una gran inequidad en la financiación.

8. Los médicos están altamente concentrados. Mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hay un médico cada cien habitantes (ó 1.011,7 médicos cada cien mil habitantes), en la provincia de Formosa la razón llega a un médico cada 740 (o 135,1 médicos cada cien mil habitantes).

9. La infraestructura está distribuida de forma irracional. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo, hay prácticamente un Centro de Atención Primaria de la Salud por cada 83 camas hospitalarias públicas.

10. El acceso a la cobertura de empresas de medicina prepaga está muy restringido a personas de ingresos medios y altos y se concentra en la Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza.

Los datos anteriores dan cuenta de las inequidades en los resultados de salud, en la estructura y en los procesos, así como de ineficacias en los procesos que afectan a políticas y servicios. Pero, fundamentalmente, dan testimonio de las graves irracionalidades en el sector. Tomando prestadas las categorías que utilizaba Jürgen Habermas para el análisis de las crisis en el capitalismo tardío, podríamos afirmar que nuestro sistema padece una crisis de legitimación y otra de racionalidad<sup>5</sup>. Manifestación concreta de la primera, es nuestra incapacidad para satisfacer tanto las necesidades de salud como las expectativas de los ciudadanos. Manifestación concreta de la segunda, es que no hemos encontrado una función de producción de salud eficiente. En otras palabras, hay otros sistemas que consiguen más salud con el mismo dinero.

---

<sup>4</sup> Calculado en función de datos de la Dirección de Gasto Público del Ministerio de Economía de la Nación para 2008.

<sup>5</sup> Habermas, Jürgen (1982). *Problemas de Legitimación en el capitalismo tardío*, Buenos Aires, Amorrortu

## ¿QUÉ APRENDIMOS DE NUESTRAS ANTERIORES REFORMAS?

No es la primera vez que los argentinos nos proponemos reformar el sistema de salud. Hemos tenido reformas frustradas y otras exitosas. Entre las primeras, cabe mencionar la intención de Ramón Carrillo de incorporar a los beneficiarios de las obras sociales así como sus recursos dentro del mismo sistema público. En el Segundo Plan Quinquenal se proponía que la responsabilidad central por los cuidados de salud permanecería en el Estado, pero las obras sociales y mutuales deberían contribuir, de la misma manera que los sectores de alto poder adquisitivo deberían pagar por las prestaciones en los servicios públicos. Esto generó una fuerte tensión al interior del sistema. La propuesta de Carrillo perdió el apoyo del gobierno y el primer ministro de salud del país acabó renunciando a su cargo en julio de 1954.

Un segundo intento, en el mismo sentido, fue la formulación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974, que también buscó asumir al sector estatal como eje articulador del sistema, procurando asegurar al conjunto de la población un acceso igualitario. El proyecto original sufrió importantes modificaciones, reflejando el conflicto de intereses que planteaba para las organizaciones médicas, de prestadores privados y de trabajadores. Perdió fuerza al no lograr incorporar dentro del sistema a las obras sociales sindicales, y sólo concitó la adhesión de escasas jurisdicciones. No obstante, en ellas (San Luis, La Rioja, Chaco, Formosa) tuvo espectaculares avances hasta su intervención tras el golpe militar de 1976.

Una tercera reforma fallida fue impulsada por el ministro Aldo Neri, en 1985, con el proyecto del Seguro Nacional de Salud. Aunque en este caso las obras sociales pasaban a ser el eje del sistema, todavía se reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, se planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las obras sociales. El gobierno propuso la implantación de la reforma por la vía legislativa, pero no consiguió su aprobación al enfrentar una fuerte oposición del sindicalismo.

A partir de entonces, se apaga el debate político respecto al destino de nuestro sistema de salud. Esto no significa que no haya habido reformas sino que las mismas fueron sustraídas de la cosa pública (la *Res pública* siguiendo el sentido etimológico). Las propuestas de reforma adquirieron un carácter más técnico, no fueron publicadas ni debatidas y las pocas discusiones que tuvieron lugar fueron guiadas por documentos de organismos internacionales<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> González García, Ginés & Tobar, Federico. *Salud para los Argentinos*. (2004) Ediciones Isalud. Buenos Aires. Página 275

Las medidas más relevantes posteriores ocurrieron en 1993 y no a través de una ley sino de decretos presidenciales. Por un lado, instaurando un flujo financiero que permitió a los hospitales públicos recuperar los gastos, cobrando a las obras sociales por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. Esto se concretó con el Decreto N° 578/93, estableciendo el “Hospital Público de Autogestión” que a partir del año 1999 pasaría a llamarse “Hospital de Gestión Descentralizada”. Por otro lado, con la desregulación de las obras sociales nacionales que se instrumentó ese mismo año a través del Decreto 9/93 al permitirse la libre elección.

Esta última reforma es la única en nuestra historia que, con algo de buena voluntad, podría considerarse exitosa. Aunque no hay mucha precisión en la respuesta a la pregunta: ¿qué problema se resolvió con la reforma? Los servicios públicos no resultaron mejor financiados por la autogestión. Primero porque se demoró artificialmente, durante diez años, la construcción de un padrón de beneficiarios de las obras sociales. Luego porque los aranceles fueron congelados y recién se actualizaron en 2009, a través de la resolución 760/09 que aún establece valores muy inferiores a los vigentes en el mercado prestador.

A su vez, la desregulación no favoreció a las obras sociales sindicales que sufrieron un fuerte descreme de sus beneficiarios de mayores ingresos los cuales migraron hacia prepagas y, fundamentalmente, hacia una obra social de dirección que probablemente haya sido la única ganadora con el nuevo esquema. Por ese motivo, desde hace unos años los Superintendentes de Servicios de Salud han recibido insistentes sugerencias de los gremios para poner un freno a los cambios de afiliación implementando un “corralito”. Además, para las empresas de medicina prepaga la desregulación incrementó los costos de transacción, ya que para captar a los afiliados de las obras sociales deben asociarse con una obra social que, sin brindar prestaciones, se queda con un porcentaje de los recursos de aportes y contribuciones.

En conclusión, nuestras anteriores reformas no consiguieron construir una autoridad sanitaria suficientemente fuerte como para conducir al sistema y las políticas de salud. La debilidad del Ministerio de Salud de la Nación fue tal, que a principios de esta década se llegó a debatir la posibilidad de extinguirlo y casi no se alzaron voces en su defensa. El Consejo Federal de Salud, que desde su creación en 1981 había sesionado de forma regular, suspendió sus actividades en 2001. Las propuestas iniciales de reforma, que asumían como eje al sector público, resultaron inviables e incluso hasta la reforma del Seguro Nacional de Salud que desplazaba el eje hacia las obras sociales pero intentaba mantener el protagonismo del Estado como regulador, tampoco resultó plausible.

Al mismo tiempo, se operó una despolitización del ámbito sanitario. Es decir, la salud dejó de ser objeto del debate político. Estuvo ausente en todas las plataformas electorales durante los últimos veinte años. Ningún candidato a presidente y ni siquiera los candidatos a gobernadores, querían comprometerse con propuestas o afirmaciones sobre cómo mejorar el funcionamiento del sistema superando los déficit de racionalidad y legitimidad. Pero mucho menor aún resultó el compromiso de los legisladores. Las comisiones de salud en el Congreso Nacional eludieron debatir los problemas del sector. Mientras en otros países de la región se discutieron y sancionaron docenas de leyes fundacionales del sistema (leyes generales de salud –LGS-, leyes orgánicas de salud –LOS-, leyes de reforma de salud), en la Argentina no se avanzó absolutamente nada.

## DIEZ PROPUESTAS PARA UN MODELO ARGENTINO DE SALUD

El sistema de salud argentino ya ha fraguado. Sus principales subsectores: a) público, b) obras sociales y c) privado; están consolidados. Aun cuando enfrentan un conjunto de dificultades y amenazas que pueden atentar contra su sostenibilidad, la realidad es que hoy son los grandes responsables por la salud que supimos conseguir. Brindan atención médica a cuarenta millones de ciudadanos. Incluso a veces lo hacen para ciudadanos de países vecinos que acuden tanto a los servicios públicos (por falta de respuesta en sus propios países), como a los privados (en ocasiones el mercado nacional ofrece intervenciones más convenientes en términos de costo y calidad). Movilizan cada año un volumen de recursos que ronda los cien mil millones de pesos o veinticinco mil millones de dólares norteamericanos. Esto significa alrededor del 10% del Producto Interno Bruto. El sector emplea de forma directa e indirecta a más de medio millón de trabajadores.

Estas dimensiones nos obligan a pensar al sistema de salud con cierto cuidado. Necesitamos aplicar la máxima médica de *primum non nocere* (primero no hacer daño), atribuida a Hipócrates. Soluciones vehementes, discutidas en décadas pasadas, que buscaban eliminar alguno de los subsectores resultarían demasiado costosas, en todo sentido.

A continuación, se postulan diez medidas para construir una agenda que permita avanzar hacia un nuevo y mejor modelo sanitario para la Argentina. No son las únicas ni las mejores, pero están basadas en la revisión y análisis de las evidencias recolectadas desde la experiencia internacional. En los capítulos siguientes que integran este volumen serán desarrolladas y fundamentadas tales evidencias. La intención es comenzar a impulsar un debate sectorial que nos ayude a superar la situación actual.

**1. Acordar las funciones de cada subsector.** Es cuestión de alcanzar algunos consensos que nos permitan definir qué papel deben desempeñar los servicios públicos (en cada nivel de complejidad y en cada jurisdicción), qué papel deben cumplir las obras sociales y las prepagas. Como Brasil celebró su “Pacto por la vida” a nivel de gobierno, los argentinos necesitamos un gran pacto por la salud que, en primer lugar, nos ayude a que todos juguemos al mismo juego y no que “cada cual atienda su juego”.

**2. Construir la autoridad sanitaria para el modelo.** Una vez alcanzadas las bases programáticas del modelo argentino de salud, el pacto debe continuar buscando la construcción de una verdadera autoridad sanitaria. No hay rectoría mientras el Ministerio de Salud no tenga influencia sobre las obras sociales nacionales (en especial sobre el PAMI), las prepagas, la APE, las obras sociales provinciales y todos los servicios públicos (CAPS y hospitales). No se trata de recentralizar al sistema sino de acordar una unidad de mando sobre, insisto, bases programáticas consensuadas.

**3. Plasmear estas definiciones en una ley nacional de salud.** Hemos visto que las verdaderas reformas se apoyan en leyes. Sabemos que es una condición necesaria pero no suficiente. Por lo tanto, una vez logradas las principales definiciones para construir nuestro sistema, precisaremos una gran Ley de salud pública que defina el papel que corresponde a cada actor para construir la salud de los argentinos.

**4. Generar protecciones por líneas de cuidados.** En lugar de derrumbar los edificios de protección social existentes, debemos construir puentes entre ellos logrando que frente a determinadas patologías (al principio pocas y luego más) todos los subsistemas tengan respuestas homogéneas en calidad.

**5. Consolidar las redes de salud.** En particular partiendo de la estrategia de APS, con médicos de cabecera o equipos de salud familiar que asuman responsabilidad nominada sobre una determinada población a su cargo. Fortaleciendo y supervisando su respuesta.

**6. Trazar el mapa sanitario de la Argentina.** En el cual se programe una distribución equitativa y racional de la oferta de servicios. Tanto a nivel público como privado. Precisamos ponerle un freno a la irracional distribución de los recursos. Sabemos que hoy faltan algunos servicios críticos en ciertos lugares y que al mismo tiempo hay excesos en otros. No se trata de cerrar servicios sino de asumir un plan para que las incorporaciones futuras (como inversiones públicas o privadas) respondan a criterios sanitarios.



**7. Recuperar la infraestructura.** Los hospitales públicos que nos dieron orgullo cuando fueron creados, hoy tienen su infraestructura deteriorada. Si en países de Europa o en Canadá los sectores medios y altos acuden a los servicios públicos de salud es porque estos son buenos en todo sentido. Si ellos son buenos en todo sentido, es también porque los sectores más poderosos de la sociedad los asumen como propios. Podemos copiar esta idea. No es un derroche el endeudarse para tener hospitales de primer mundo. Y el modelo de atención, de gestión y de financiación resultarán más fáciles de cambiar cuando inauguremos edificios recuperados.

**8. Definir metas y asignar los recursos en función de su logro.** La financiación se puede vincular al logro de objetivos sanitarios. Tenemos buenos ejemplos de ello, tanto en el caso de los efectores como en el de los aseguradores. Quienes cumplan de forma adecuada con las líneas de cuidados priorizados, quienes consoliden la responsabilidad nominada de la población a cargo de los servicios, quienes armen sus redes de servicios con criterios de derivación y seguimiento adecuados; merecen ser premiados.

**9. Construir un seguro nacional de enfermedades catastróficas.** Reuniendo el *pool* de riesgo adecuado, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y generando economías de escala para la compra de medicamentos y tecnologías médicas. Estas prestaciones pueden ser eliminadas del PMO y ello aumentaría la viabilidad de los seguros (obras sociales y prepagas). Con las eficiencias obtenidas, los recursos que hoy detenta la APE resultarían suficientes para alcanzar cobertura universal.

**10. Instaurar un debate permanente.** Estas propuestas, que cosechamos de la revisión de las experiencias internacionales, pueden ser mejoradas y corregidas. Pero el único fracaso es el que jamás se intentó. Como argentinos necesitamos recuperar la búsqueda del ideal de salud para todos.

## CAPÍTULO 2.

# EVIDENCIAS DE LAS REFORMAS DE SALUD

*Las enfermedades masivas ¿no señalan acaso disfunciones de una sociedad? Uno puede culpar a las condiciones atmosféricas o cósmicas, u otras similares. Pero estas por si solas no producen jamás epidemias...*

*La historia de las epidemias artificiales es, por esto, la historia de las perturbaciones de la cultura humana. Aquellos cambios nos anuncian, con señales gigantes, el giro de la cultura hacia nuevas direcciones. Las epidemias se asemejan a grandes señales de advertencia en las cuales el verdadero hombre de estado puede entender que la evolución de su país ha sido perturbada hasta un punto que ni siquiera la política más miope puede ignorar.*

Rudolf Virchow

¿Cómo definimos las reformas de salud? Hay una vasta literatura al respecto<sup>7, 8, 9, 10, 11, 12, 13</sup>, pero nos limitaremos aquí a considerar como tales a los cambios estructurales que redefinen actores y roles dentro del sistema. En otras palabras, hubo reformas cada vez que cambiaron los actores que asumen responsabilidades en la producción de salud así como los roles que estos desempeñaron.

---

<sup>7</sup> Fleury Teixeira, Sonia. *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo. Cortez Editora. 1989

<sup>8</sup> Kickbusch, I. (1997), "New players for a new era: responding to the global public health challenges", *Journal of Public Health and Medicine* V. 19, N. 2:171-8.

<sup>9</sup> Abel-Smith, Brian (1995) "Health Reform: Old wine in new bottles". En: *Eurohealth* (vol 1) N° 1. Junio.

<sup>10</sup> Buss, Paulo & Labra, María Eliana (org) (1995). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo -Rio de Janeiro. Editora Hucitec -Editora Fiocruz. 259 páginas.

<sup>11</sup> Frenk, Julio (1997). "Las dimensiones de la reforma del sistema de salud" in: RUIZ DURAN, Clemente. *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C. páginas 361-382.

<sup>12</sup> Medici, André Cezar (1997). *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IAHCS. Octubre. 170 páginas.

<sup>13</sup> Musgrove, Philips (1996). "Public and Private roles in Health". *World Bank Discussion Papers* n° 339. World Bank. Agosto.

Desde esta óptica, es posible registrar en las últimas décadas una pandemia de cambios múltiples en los sistemas de salud. Si tuviéramos que fijar una evolución de las reformas, podríamos distinguir cuatro grandes olas de transformación de los sistemas de salud.

La construcción de las reformas depende de múltiples factores. En primer lugar, es requisito garantizar su consistencia técnica, a la que llamaremos factibilidad. La misma surge del análisis de las experiencias previas, propias y ajenas. Por eso, nos proponemos aquí revisar las políticas de reforma de salud y, en particular, las implementadas en nuestra región, para extraer lecciones aprendidas. Así como en la asistencia médica buscamos hoy incorporar una Medicina Basada en la Evidencia (MBE), necesitamos formular Reformas Sanitarias Basadas en la Evidencia (RSBE)<sup>14</sup>.

En segundo lugar, consolidar reformas sanitarias requiere construir su viabilidad política. Esto no es otra cosa que conseguir alinear las acciones de los actores involucrados detrás de objetivos comunes. Encontrar soluciones donde todos (o al menos una gran mayoría) visualicen que podrían operar en condiciones mejores a las actuales o a las que podrían devenir si no modifican su accionar. Construir la viabilidad política es persuadir, es conseguir erigir banderas comunes. Pero volveremos a este tema más adelante.

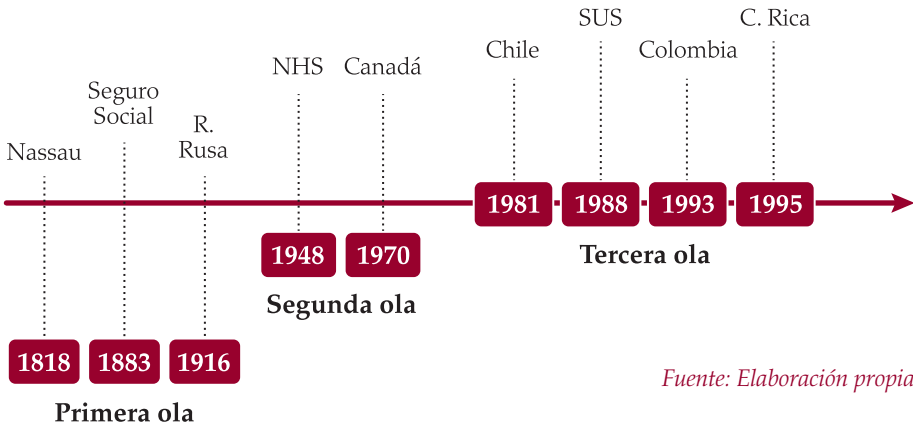
## OLAS DE REFORMA

Para revisar las evidencias obtenidas en la redefinición de los sistemas de salud precisamos partir de un ordenamiento. Una posibilidad para ello consiste en distinguir diferentes impulsos de mutación dentro de la historia. No se trata de otra cosa que de identificar diferentes tendencias con cierta consistencia interna a las que llamaremos “olas de reforma”, entre las cuales identificamos cuatro principales.

---

<sup>14</sup> Gray, J.A M (2001). *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2nd.ed.

Diagrama 1. Cronología de las Primeras Olas de Reforma Sanitaria



Fuente: Elaboración propia

### La primera ola de reformas de salud

Un trabajo clásico de Henry Sigerist ubica al primer antecesor de los sistemas de salud de cobertura universal en el ducado alemán de Nassau, en 1818<sup>15</sup>. Pero en los anales históricos, fue el canciller Otto Von Bismarck quien instaura las tres leyes que inauguran el seguro social: ante los eventos de enfermedad (1883), accidentes de trabajo (1884), vejez y muerte (1889). No hubo investigación ni evidencias que fundamentaran el modelo del seguro social más que el olfato político y el sentido de oportunidad del “Canciller de Hierro” para extender una respuesta que, hasta entonces, constituía una forma solidaria y autogestionaria de los gremios.

Consolidar el seguro social por ley fue una maniobra para poner freno a una ola expansiva de reclamos sindicales que, a la vez, regulaba la fuerza de trabajo (el seguro se otorgaba sólo a los trabajadores de los sectores de actividad que concertaban con el gobierno). Sonia Fleury Teixeira afirma que “fue una forma desde el Estado para buscar, a través de los derechos sociales, impedir la penetración de las ideas revolucionarias en el proletariado”<sup>16</sup>.

Su financiación tripartita (integrada por aportes de los asalariados, contribuciones patronales y aportes del Estado) aumentaba la gobernabilidad y, por

<sup>15</sup> Sigerist, Henry (1986). *Hitos en la historia de la salud pública. México. Siglo XXI.*

<sup>16</sup> Fleury Teixeira, Sonia (1992). *Estados sem cidadãos. Sao Paulo. Hucitec.*

lo tanto, contribuía indirectamente a la competitividad de la industria alemana. Aunque decididamente incrementaba los costos de producción (hoy Alemania detenta los mayores costos salariales del mundo).

Sin embargo, el modelo del seguro bismarckiano si generó repercusiones sobre el conocimiento y llegó a constituirse en paradigma. En 1889, se creó en París la “Asociación Internacional de Seguros Sociales”. Sus postulados pasaron a ser temas relevantes en los congresos especiales de Berna en 1891; de Bruselas en 1897; de París en 1900; de Dusseldorf en 1902; de Viena en 1905 y de Roma en 1908. En el Congreso de Roma se propuso además la creación de conferencias destinadas a conseguir la concertación de convenios internacionales, las primeras de las cuales tuvieron lugar en La Haya en 1910; en Dresden en 1911 y en Zurich en 1912. En 1919, mediante el Tratado de Versalles, los líderes políticos del planeta pusieron fin a la Primera Guerra Mundial y, como producto de ese histórico acuerdo, nació la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Un segundo momento, dentro de esta primera ola de reformas, surgió con la revolución bolchevique en Rusia que propuso un sistema nacional de servicios de cobertura universal. Pero su construcción fue lenta y progresiva. Es importante no perder de vista el contexto económico y productivo de ambos procesos políticos. La Alemania de Bismarck lideraba la segunda revolución industrial posicionándose a la vanguardia tecnológica, incluso en medicina. Mientras que la Rusia zarista anterior a la revolución de octubre, recién se aproximaba a los albores del capitalismo. En otras palabras, a mediados del siglo XX un trabajador alemán (asegurado) accedía a un espectro de cuidados médicos mucho mayor que los entonces disponibles para los ciudadanos soviéticos.

### **La segunda ola de reformas**

La segunda ola de reformas se alimenta de evidencias científicas. El National Health Service (NHS) inglés que data de 1948 constituye, tal vez, la primera reforma basada en la evidencia ya que surge del informe de Sir William Beveridge, decano del University College de Oxford. Ernest Bevin, Ministro de Trabajo del gobierno conservador de Winston Churchill, solicitó su asesoramiento respecto al funcionamiento de la seguridad social en el país. El informe, titulado *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* (Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan), se hizo público en noviembre de 1942. Este informe preconiza que todo ciudadano en edad laboral debe pagar una serie de tasas sociales, con el objetivo de establecer un piso de protecciones sociales en caso de enfermedad, desempleo, jubilación y otras. Para convencer a los conservadores escépticos, Beveridge explica que la asunción por

parte del Estado de los gastos de enfermedad y de las pensiones de jubilación permitía a la industria nacional beneficiarse del aumento de la productividad, y como consecuencia, de la competitividad.

Entre la primera y segunda ola de reformas, aparece una tensión que va a signar toda la construcción de sistemas de protección social en salud y consiste en privilegiar un avance de la cobertura horizontal (desplegar cuidados de salud para más personas) o un avance de la cobertura vertical (más cuidados de salud para las mismas personas). Por su propia naturaleza, el modelo del seguro social involucra una dinámica evolutiva más sensible al crecimiento de la cobertura vertical que deriva de presiones corporativas, así como de demandas individuales que repercuten por la vía judicial. A su vez, los sistemas nacionales de servicios asumen la bandera de la universalidad y por lo tanto, su prioridad es maximizar la cobertura horizontal. En los casos más racionales, como el del mismo NHS británico, pero también en otros como Australia, España, Portugal y hasta el más incipiente SUS brasileño, la inclusión de nuevas prestaciones resulta de la recomendación de organismos gubernamentales dedicados a la evaluación de tecnologías sanitarias.

En la década de 1970 se realizó la reforma que concluyó en el actual sistema de salud de Canadá. Aunque el mismo se apoya en la experiencia de Shaskatewan que se remonta al final de los 40<sup>17</sup>. Se trató de un caso emblemático. Por un lado, por la valoración que ese sistema ha conseguido a través de evaluaciones como el ranking mundial realizado por la OMS en 2000<sup>18</sup>. Pero también resulta relevante, al menos para los argentinos, porque se trata de un sistema que avanza hacia la construcción de derechos igualitarios en salud, respetando las autonomías de los gobiernos provinciales.

En nuestra región, hasta la posguerra, predominaron sistemas en donde la participación del Estado nacional era secundaria, pues el peso recaía sobre comunidades religiosas, sociedades mutuarías, municipios, provincias o particulares. Se ha analizado que en su construcción la contribución de la investigación a los servicios fue casi inexistente<sup>19</sup>. Es, de forma decidida a partir de la posguerra, que se despliegan nuestras respuestas a los problemas de salud de la población. Pero

---

<sup>17</sup> OECD (1992). *Health Care Reform Project. National Paper. Canada. Ministers of Health and Financing Meeting. Junio 17-18.*

<sup>18</sup> OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.*

<sup>19</sup> Arias, Jaime & Yepes, Francisco (1996). "La investigación de Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la luz de las reformas". IDRC. LACRO. *Eventos y Conferencias. Disponible en: [http://www.idrc.ca/es/ev-23078-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/es/ev-23078-201-1-DO_TOPIC.html). Visitado el 10/08/2010.*

sí en un primer momento la intervención del Estado resulta decisiva, aunque luego este vaya concediendo protagonismo a los gobiernos provinciales (descentralización) y a los seguros sociales.

En la Argentina, durante la segunda mitad de la década de 1940 se construyeron nueve grandes hospitales nacionales que duplicaron la cantidad de camas por habitantes. En Chile, en 1952 se constituyó el Servicio Médico Nacional. Luego, favorecidos por una dinámica de expansión del empleo, los seguros sociales pasaron a cobrar mayor peso y fundamentalmente autonomía. En la Argentina se frustró un intento de articular un Sistema Nacional Integrado de Salud durante la primera mitad de la década de 1970. En Colombia, en 1975, se consolidó un modelo similar al argentino de múltiples seguros sociales. En los países más pequeños, en lugar de un modelo de múltiples seguros se concentró la protección social en manos de una única institución. En México fueron dos (una para empleados públicos y otra para trabajadores del sector privado) y en Brasil, la dictadura consiguió frenar las presiones sindicales para mantener un modelo de múltiples cajas, unificando todos los seguros en el INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

### **La tercera ola de reformas**

Centrándonos más en América Latina, podríamos destacar cuatro casos emblemáticos de grandes reformas de salud: Chile, Brasil, Colombia y Costa Rica. Con certeza no son las únicas pero cabe aquí destacarlas porque definen grandes vías de transformación de la protección social en salud. Tienen en común que todas ellas apuntan a consolidar la universalidad de la cobertura, pero utilizan, como medio para ello, mecanismos de mercado tales como integrar un mix público-privado de prestadores y orientar el financiamiento a la demanda. En la medida en que constituyen una nueva base fundacional para los sistemas, estas reformas son institucionalizadas a través de grandes leyes. Sin embargo, los cuatro casos que destacamos constituyen estrategias contrapuestas.

En 1981, Chile privatizó los seguros sociales creando un mercado de aseguramiento en el cual las Isapres (Instituciones de Salud Previsional) se disputan la contribución del orden del 7% del salario, ofreciendo planes que llegan a tener los coseguros más altos de la región. Aunque la reforma garantizó la universalidad de la cobertura, sus ejes fueron la libre elección de asegurador (para los sectores más pudientes) y la racionalización del financiamiento eliminando los subsidios cruzados.

En el extremo opuesto, la Constitución brasileña de 1988 instauró el Sistema Único de Salud, universal, con prestaciones gratuitas y financiado con recursos de

contribuciones e impuestos provenientes de los tres niveles de gobierno (federal, estadual y municipal). En primer lugar, se unificó al aparato prestador del INAMPS con la red pública y estos fueron complementados con contratos de prestación con servicios privados. En segundo lugar, se constituyó un Fondo Nacional de Salud que transfiere recursos a fondos de los estados y municipios. En tercer lugar, se asumió a los municipios como unidad territorial responsable por el sistema aunque, por razones de economía de escala y racionalidad del modelo de atención, los hospitales mayores permanecieron en manos de los estados y del gobierno federal.

En Colombia, en 1993, se sancionó la ley 100 creando el Seguro Nacional de Salud como un modelo de competencia estructurada en el cual múltiples aseguradores (denominados EPS: Entidades Promotoras de Salud), entre los cuales hay entidades públicas, se disputan los recursos de un fondo tripartito (FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía). La mayor innovación consistió en que estos seguros no recibieran en función del salario del beneficiario sino del costo que representa su cobertura. El FOSYGA asigna una cápita ajustada según riesgo en función del costeo del paquete cubierto (POS: Programa Obligatorio de Salud).

Por último, en 1995 Costa Rica unificó el sistema universalizando la cobertura de la Caja Costarricense del Seguro Social. Se fortaleció el modelo de atención poniendo énfasis en la atención primaria y en el subsidio del gobierno a la cobertura de la población no cotizante.

Pese a un aparente consenso en el discurso sanitario, los sistemas de salud continuaron operando de forma predominante, bajo el modelo curativo hospitalocéntrico y el principal motor de las reformas de salud de los 90 no fue de corte sanitario sino económico. Los presupuestos sanitarios de los países continuaron creciendo y la función de producción no se logró redefinir de forma contundente, al menos en el inicio.

Como sintetiza Naomar de Almeida Filho: “actualmente en muchos países, las políticas y los modelos de atención a la salud han sido redefinidos de modo más o menos radical. Sin embargo las reales condiciones de salud de las poblaciones no han mejorado en la misma medida”<sup>20</sup>. Dichas reformas persiguen diferentes propósitos; sin embargo la mayoría de ellas, y en especial las surgidas durante la última década del siglo XX, buscan contener el gasto en salud. El principal motivo es que ese gasto ha aumentado a un ritmo vertiginoso en casi todos los países del mundo, al punto que prácticamente se duplicó entre los años 60 y los 90. Un es-

---

<sup>20</sup>Almeida Filho, Naomar (1992). “Por una Epidemiología (esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)” *Cuadernos Médico Sociales* N° 61: 43-7. Septiembre.



tudio demostró que los cinco países que más gastan en salud aumentaron dicho gasto en una cifra superior al 70% entre 1965 y 1982<sup>21</sup>.

En síntesis, un tercer paradigma sanitario se impone desde fines de los 80 y con mayor énfasis durante la década de 1990. En el mismo, la premisa mayor consiste en reformar los sistemas de salud debido a que cada vez resultan más caros y sus rendimientos sanitarios son decrecientes. El eje del debate se desplaza del sanitarismo hacia la economía de la salud y la Organización Mundial de la Salud cede protagonismo en el debate a los organismos de crédito internacional. En ese contexto, los procesos descentralizadores en salud se expanden rápidamente por todo el mundo asumiendo un papel central en la epidemia reformista.

Entre los 80 y los 90, la literatura especializada reemplazó el término “reforma sanitaria” por el de “reforma de los sistemas de servicios de salud”. En términos generales, se entiende por tales a transformaciones más o menos amplias, fuertemente vinculadas con procesos externos al sector salud (cambios de contextos económicos, políticos, ideológicos y sociales) que introducen cambios en: a) la concepción doctrinaria -cómo se define el derecho a la salud-, b) estructura de poder sectorial, c) bases financieras, d) lógica sistémica -que involucra desde el marco institucional, pasando por la organización de los modelos de atención, hasta la definición de la cobertura poblacional<sup>22</sup>. Este proceso reformista se apoya en la premisa de la fuerte ineficiencia del Estado en la provisión de servicios y propone la búsqueda de incentivos de mercado o empresariales para alcanzar una relación más adecuada entre oferta y demanda, o entre impuestos y beneficios, o aún entre consumidor y servicios. Las recetas imperantes se apoyaron en la superación de la crisis de racionalidad, incluyendo tanto la racionalización fiscal como el racionamiento de los beneficios. Así, se suponía que el sistema reformado resultaría aquel capaz de adaptarse a un entorno más competitivo y dinámico.

Es en este contexto, y en el caso particular de los países en desarrollo donde la mayoría de las veces la cobertura asistencial (o al menos el acceso efectivo a los bienes y servicios de salud) aún está lejos de alcanzar la universalidad, surge este tercer movimiento reformista que debe cumplir simultáneamente con las expectativas de ambas reformas, la sanitaria y la del Estado. Así, como señala Celia Almeida, en América Latina la inclusión de la reforma sectorial en la agenda de políticas públicas se da de forma bastante compleja<sup>23</sup>:

---

<sup>21</sup> Stiglitz, Joseph (1989). *La Economía del Sector Público*. Barcelona. Antoni Bloch Editor. Página 313.

<sup>22</sup> Almeida, Celia (2002). “Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4)905-925, Julio-agosto.

<sup>23</sup> *Op. Cit.*

- Por la exacerbación de los alarmantes índices de pobreza y el agravamiento de la situación de salud de las poblaciones;
- Por la disminución de las inversiones públicas en el área;
- Por el surgimiento de nuevos actores que representan demandas sociales emergentes;
- Por las condicionalidades de la reestructuración económica y de los acreedores internacionales;
- Por la imperiosa necesidad de una profunda reforma del Estado, en la cual el capítulo sectorial adquiere creciente prioridad;
- Por los desafíos de sustentar regímenes democráticos en consolidación y restaurados a través de complicadas transiciones políticas.

Un estudio de los procesos de reforma de salud en 14 países de América Latina destacó que entre los aspectos comunes de los países de la región se destacaba<sup>24</sup>: a) la pérdida de peso de las carteras de salud a favor de las de hacienda, b) el protagonismo creciente del Banco Mundial en la definición de las agendas sectoriales, c) el surgimiento de enfermedades reemergentes como nuevas amenazas a la salud de la población, d) la restricción de la oferta de servicios, e) la descentralización de los servicios públicos.

En otra de las revisiones más importantes sobre estos procesos recientes de reformas del Estado que involucraron la reestructuración de los organismos de salud, Catherine Conn (1994) definió tres grandes áreas que marcan un fuerte impacto sobre los ministerios de Salud<sup>25</sup>: la reforma del Estado en su conjunto que repercute sobre el sector redefiniendo las funciones del gobierno en salud, la descentralización y una creciente necesidad de articulación con el sector privado.

### **La cuarta ola de reformas**

Puede ser algo controvertido afirmar que hay una nueva ola de reformas que se diferencie substancialmente de la anterior. Pero vale la pena destacar que hay una nueva tendencia reformista que cumple con dos características fundamentales: a) capitaliza en mayor medida que las anteriores el aprendizaje acumulado por las experiencias previas, b) busca corregir errores o defectos del sistema que en algunos casos han sido creados o profundizados por medidas reformistas anteriores, con frecuencia se les denomina "reforma de la reforma".

---

<sup>24</sup> ISALUD (1998). "Reforma de los sistemas de salud en América Latina". Buenos Aires. Mimeo.

<sup>25</sup> Conn, Catherine (1994). "Restructuring Ministries of health: Issues and Experiences in Organizational Reform." Draft prepared for the World Health Organization, Division of Strengthening Health Systems, National Health Systems and Policies Unit. Junio.

Hay muchos ejemplos de reformas recientes en la región, como el seguro popular de salud de México, el Aseguramiento Universal de Salud de Perú, el Seguro Familiar de Salud de República Dominicana. Sin embargo, nos interesa aquí mencionar dos experiencias que nos parecen emblemáticas.

En primer lugar, el Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas (AUGE) incorporado en Chile a partir de 2002, que marca un punto de inflexión en las reformas asumiendo líneas de cuidados que se constituyen, de forma progresiva, en protecciones sanitarias. Su base es eminentemente técnica ya que partió de identificar las enfermedades que más peso tienen sobre la carga de enfermedad del país, buscando conquistar una respuesta adecuada a las mismas. No se trata de un criterio de racionamiento de las prestaciones sino, por el contrario, de su jerarquización. En otras palabras, no se trata de recortar la cobertura a pocas prestaciones sino de consolidar la calidad y la adecuación de la respuesta comenzando por aquellas que resultan más esenciales por su alto impacto epidemiológico y porque hay suficiente evidencia acumulada al respecto sobre cómo deben ser tratadas.

A través de un estudio epidemiológico y en función del análisis de su peso sobre la carga de enfermedad de aquel país, fueron seleccionadas 57 enfermedades cuyo tratamiento correcto es política de Estado. Se comenzó con sólo 17 patologías, pero luego se fueron extendiendo las protecciones para garantizar a toda la población del país los cuidados correspondientes a esas enfermedades, estableciendo el esquema de cuidados que debe ser seguido. Los ciudadanos tienen derecho a reclamar ante la justicia si la entidad responsable de su salud, sea esta pública (el FONASA) o privada (una Isapre), no brinda el acceso a los tratamientos tal como han sido definidos en el Plan. El AUGE fue incorporado por la Ley N° 19.966 en 2005.

En Uruguay, se implementó el Sistema Nacional Integrado de Salud para lo cual se sancionaron tres importantes leyes de reforma. Una que consolida la Junta Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), otra que le otorga autonomía a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), quien pasa a constituirse como un asegurador público que, al igual que las mutuales, puede disputar recursos del FONASA.

La tercera ley, o ley grande, es la 18.211/2007, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Con ciertos parecidos al modelo colombiano, se constituyó un sistema de competencia estructurada en la cual un conjunto de aseguradores (a los que se denominó “prestadores integrales de salud”) brindan a los beneficiarios un paquete de prestaciones y reciben para ello una cápita ajustada según riesgo a la que se agregan algunos incentivos por el cumplimiento de metas prestacionales.

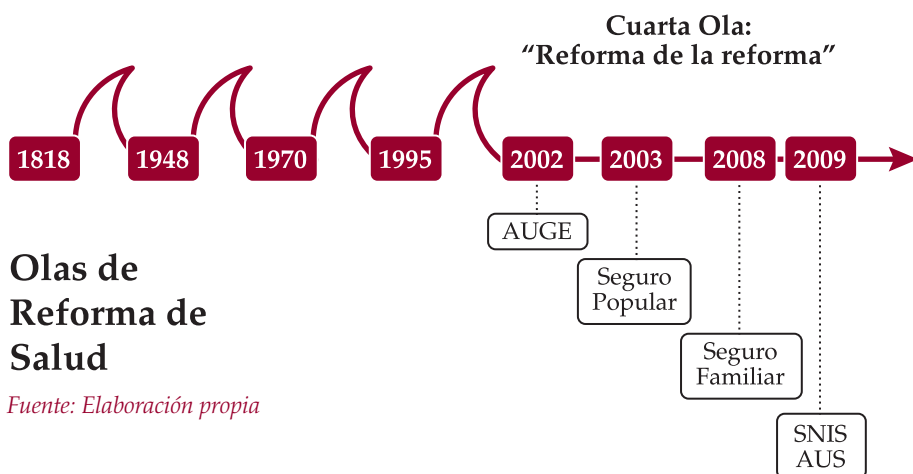
Pero otra innovación que aporta la experiencia uruguaya es el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que se constituyó, de forma progresiva, en un seguro nacional de enfermedades catastróficas que brinda cobertura universal a los uruguayos, que acredita prestadores, pero también incorpora instrumentos de gestión clínica en la medida que define y supervisa protocolos de atención para dichas patologías. Esto permite al país, por un lado alcanzar el pool de riesgo adecuado para cubrir de forma sostenible las patologías de baja prevalencia y alto costo, ya que estas son responsabilidad del FNR y no de los prestadores integrales. Pero más importante aún es que se consigue así garantizar que todos los uruguayos que padezcan la misma enfermedad tengan acceso a cuidados idénticos en calidad.

La reforma impulsada por el presidente Barack Obama pasa, ahora, a constituirse en la más emblemática de esta nueva ola<sup>26</sup>. Es, tal vez, la más importante en la estructura social y económica de ese país desde el *New Deal* implementado por el presidente Franklin D. Roosevelt para enfrentar las consecuencias de la depresión de 1929. Por un lado, porque la Ley de reforma incorpora protecciones sociales en salud. Por otro, porque es el intento más ambicioso de llegar al corazón del monstruo de la inflación médica. Ya que busca racionalizar el mayor mercado de salud de la mayor economía del mundo. El elemento más importante de la ley Obama es que establece el carácter obligatorio del aseguramiento en la sociedad norteamericana, obligando a los habitantes a tomar un seguro de salud y, al mismo tiempo, a las empresas aseguradoras a otorgar estos seguros de salud a una población que se extiende a unos 30 millones de personas, quedando afuera del sistema unos 24 a 26 millones de personas dentro de los cuales se encuentran los 13 millones de inmigrantes ilegales que viven y trabajan en la sociedad estadounidense.

---

<sup>26</sup> Tobar, Federico (2009). "La reforma de salud en EEUU: Derecho o mercancía" *Isalud Volumen 4-Número 19*. Septiembre. Páginas 28-30.

Diagrama 2. La cuarta ola de reformas sanitarias



## DIEZ LECCIONES DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

A continuación se presentan algunas lecciones extraídas de las revisiones de las experiencias internacionales de reforma de salud:

**1. El gasto en salud siempre tiende a crecer.** En la actualidad el gasto en salud representa el 9% del Producto Bruto Mundial, en 1990 era el 5%. Los costos continúan aumentando en las reformas que fracasan porque no consiguen incorporar una función de producción eficiente. Pero en las reformas exitosas, que consiguieron expandir cobertura y alcanzar funciones de producción en salud más racionales, el gasto también crece, porque la cantidad de prestaciones aumenta. En otras palabras, los sistemas de salud son víctimas de su propia eficacia. Cuando consiguen brindar respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población, esta vive más y demanda prestaciones más caras y por más tiempo. Un estudio reciente sobre 10 países de la OCDE registra que, entre 1970 y 2002, el gasto en salud creció 2,5 veces por encima del producto bruto. Al indagar respecto a qué factores explican mejor esa expansión, los autores concluyeron que la extensión de la cobertura vertical fue responsable por el 89% del incremento mientras que la expansión de cobertura horizontal explicó solo el 11%<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Kotlikoff, Laurence J & Hagist, Christian (2005). "Who's going broke? Comparing Healthcare Cost in ten OECD countries". National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper 11833 Diciembre de 2005. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w11833>

**2. Cuando el gasto público se retrae, el gasto privado se expande.** Los economistas de salud han pasado mucho tiempo intentando descubrir qué tipo de sistema resulta más eficiente. Se ha verificado que los países en donde el peso de la financiación pública dentro del total del gasto en salud era mayor, conseguían mejores resultados de salud y registraban una inflación sanitaria relativamente menor. Eso explica, al menos en parte, por qué los EEUU destinan el 16% de su PBI a salud mientras que España sólo el 6%. Sin embargo, en este último país el gasto en salud representa un tercio del gasto público total y en el actual contexto de crisis fiscal hay fuertes presiones para retraerlo. La alternativa que más se debate es incorporar coseguros lo cual no significa contener el gasto, sino pasarle la cuenta a la población.

**3. Las reformas de la primera ola encuentran dificultades para extender la cobertura.** Por un lado, la extensión de cobertura horizontal se activa con el crecimiento de la economía formal. Frente a la precarización del empleo y los ajustes propulsados por el denominado “consenso de Washington”, las posibilidades de extensión de cobertura a más personas por la vía del empleo formal resultaron cercenadas. La CEPAL advertía que 69 de cada 100 empleos creados durante la década pasada se generaban en la economía informal. Fue así que algunos países inauguraron como alternativa los “régimenes subsidiados” del seguro social. Chile fue el primero. Desde su reforma, todos los asalariados aportan un 7% de sus haberes y pueden optar por dos modelos: el de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y el Sistema Público de Salud (Fonasa). En este último, casi la mitad de los beneficiarios son no cotizantes y su cobertura se financia a través del subsidio público. En Colombia, el régimen subsidiado se incorporó en 1995 y sus beneficiarios pueden optar entre diferentes aseguradores (EPS). Hoy el régimen subsidiado representa dos tercios de los asegurados. En el mismo año, el Estado de Costa Rica pasó a subsidiar servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social para la población que, hasta entonces, no estaba asegurada. En la Argentina se crea también en ese año, por el decreto N° 292, el Programa Federal de Salud para brindar asistencia médica a beneficiarios de pensiones no contributivas. Reformas posteriores recurren a esta modalidad, como el Seguro Popular en México y el Seguro Familiar de Salud en República Dominicana y el AUS en Perú. En la Argentina, una propuesta formulada por Mónica Panadeiros a finales de los noventa sugería que el Estado licitara la cobertura capitada del PMO para la población sin seguro<sup>28</sup>.

**4. Reformas sólidas se basan en leyes.** Las reformas requieren que se defina cómo se va a producir salud y qué función le corresponderá a cada subsector

---

<sup>28</sup> Panadeiros, Mónica (1996). “Organización del Seguro de Salud en Argentina. Análisis y Propuesta de Reforma”. *Desarrollo Económico*. N° ESPECIAL VOL 36: 87-101.

y cada actor institucional. La evidencia indica que esto no se logra por la suma de esfuerzos parciales porque estos se suelen discontinuar y contradecir. En los casos exitosos, se asumieron grandes leyes de salud como nave insignia de las reformas. Sin leyes no hay status normativo ni creación de derecho. En el caso de Argentina, esto nunca ocurrió y el sistema público nunca tuvo su ley de salud como si la tiene la educación. Como se observa en el siguiente diagrama, la mayoría de los países de la región fue incorporando leyes que redefinieron su función de producción en salud. Una primera generación se constituyó como un conjunto de leyes generales de salud que, en la mayoría de los casos venían a reemplazar a los antiguos códigos sanitarios. Una segunda generación, más sincronizada con la cuarta ola de reformas, instituyó leyes orgánicas de salud y leyes de reforma de salud.

**Diagrama 3. Leyes que consolidan reformas sanitarias en América Latina**



*Fuente: Elaboración propia*

**5. Los modelos universales de salud pueden ser más eficaces en la conquista de resultados sanitarios.** Se puede argumentar que, independientemente del nivel de gasto, la organización del sistema de salud involucra niveles diferenciales de eficiencia. Un estudio de Elola<sup>29</sup> y colaboradores avanzó por esta segunda vía correlacionando los resultados de salud con los modelos de sistema en 17 países europeos. A través de este diseño cuasi-experimental se controló las variables ingresos y gastos en salud del país. Los autores concluyeron que, a niveles similares de la economía y del gasto total en salud, los sistemas universalistas consiguen menores niveles de mortalidad infantil, sin embargo no se registraban variaciones sensibles sobre la variable esperanza de vida. Poco tiempo después Barbara Starfield demostró que los sistemas más efectivos son aquellos que privilegian la APS y esta tiene como condición previa la universalidad<sup>30</sup>. Pero, además, dentro de estos últimos, los más poderosos resultan aquellos que instrumentan modelos de responsabilidad nominada de los servicios sobre la población en donde hay una clara puerta de entrada al sistema junto a esquemas de cuidados progresivos. En la misma línea, un trabajo reciente conducido por Clare Bambra, postula que los mejores resultados de salud se logran en los países que alcanzan los mayores niveles de desmercantilización de la salud<sup>31</sup>. Entiende por tal a la desvinculación del acceso de los individuos a los servicios de salud de su posición dentro del mercado de trabajo y a la provisión de servicios de un país independiente del mercado.

**6. Las reformas centradas en servicios públicos han encontrado más dificultades en conquistar calidad uniforme de las prestaciones.** Al revisar los motivos de fracaso de las reformas Nuria Homedes y Antonio Ugalde, afirman que en nuestra región la cobertura de servicios de salud es muy variada y oculta significativas diferencias en acceso, calidad y eficiencia para las diferentes regiones y segmentos de la población<sup>32</sup>. El de la calidad homogénea es, tal vez, la mayor de las deudas para las reformas latinoamericanas. Aunque la cobertura horizontal se ha expandido durante los últimos años, las desigualdades se han incrementado. En ese contexto, los sistemas de seguros resultan menos

---

<sup>29</sup> Elola, Javier; Daponte, Antonio; Navarro, Vicente. "Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe". *American Journal of Public Health* (vol. 85) No 10:1397-1401. Octubre de 1995.

<sup>30</sup> Starfield Barbara (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.

<sup>31</sup> Bambra, Clare. (2005) *Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy*. *Social Policy & Society* 4(1): 31-41

<sup>32</sup> Homedes, Nùria & Ugalde, Antonio (2002). "¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?". VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Octubre. 2002 .



vulnerables porque sus beneficiarios tienden a tener mayor poder de reclamo. La focalización de los servicios públicos, ha contribuido a que las presiones para mejorar la calidad se disipen. En parte, la calidad alcanzada por los servicios de los sistemas nacionales de salud europeos se apoya en el hecho de que los servicios son utilizados por todos los sectores sociales, esto impide que se conviertan en “pobres servicios para los pobres”.

**7. La sostenibilidad de un sistema de seguros depende en gran medida de la evaluación de costos.** Las reformas de la tercera ola buscaron definir un menú de prestaciones a ser cubiertos. La premisa impulsada por el Informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial de 1993 era que cada país debiera definir su canasta básica de servicios de acuerdo a los recursos disponibles. Pero en muchos casos la expansión de cobertura vertical acabó minando esa premisa y los costos de las prestaciones cubiertas acabaron disparándose sin ningún monitoreo ni control. Un trabajo encomendado por la OPS para revisar las evidencias a ser generadas en apoyo a las reformas, destaca la necesidad de un cálculo permanente de cuánto cuesta brindar las protecciones de salud a ser cubiertas porque, mientras los ingresos y los gastos no se equilibren, la cobertura será sólo un simulacro y el aseguramiento no será un verdadero derecho de la población<sup>33</sup>.

**8. En el modelo del seguro, la extensión de cobertura tiende a ser vertical y se da por vía judicial.** Un estudio comparativo de las reformas en los países desarrollados concluye que los sistemas nacionales, de cobertura universal como el británico tienen mayor capacidad para controlar la incorporación de tecnologías y la consecuente expansión de costos que esta genera<sup>34</sup>. Sin embargo, el diseño del sistema no es la única variable interviniente y la configuración institucional influye. Si no hay instituciones sólidas (y, lo que es más difícil, libres de intereses comerciales), resulta muy difícil regular con criterios sanitarios la expansión vertical de la cobertura. La judicialización de la cobertura no es exclusiva del modelo de seguros. De hecho, en el SUS de Brasil es significativa. Solamente para el Ministerio de Salud Federal los gastos ordenados por dictámenes judiciales para compra de medicamentos aumentaron veinte veces entre 2005 y 2008, pasando de R\$ 2,5 millones a R\$ 52 millones<sup>35</sup>. Sin embargo, para los sistemas nacionales (como el británico, el español y hasta el mismo

---

<sup>33</sup> Arias, Jaime & Yepes, Francisco (1996). *Op. Cit.*

<sup>34</sup> Moran, M. (1999) *Governing The Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany.* Manchester: Manchester University Press

<sup>35</sup> Medici, André. “Judicialização, Integralidade e Financiamento da Saúde”. *Monitor de saúde*. 4 de Abril 2010. Disponible en: <http://monitordesaude.blogspot.com/2010/04/judicializacao-integralidade-e.html> Visitado el 10/08/2010.

SUS de Brasil) ha resultado más viable incorporar agencias de evaluación de tecnología que racionalizan la expansión de la cobertura vertical.

**9. Las patologías de alto costo requieren de un pool de riesgo adecuado que inviabiliza el aseguramiento competitivo.** Es conveniente desplegar líneas de cuidados que universalicen la protección frente a ellas, implementando una “discriminación positiva” que consiste en brindar un trato diferencial a prestaciones de baja prevalencia y alto costo, simplemente porque el sistema se enferma si se las provee de forma desregulada y descentralizada. Colombia avanzó en ese sentido. En parte también lo hizo Chile con el AUGE, ya que buena parte de las patologías para las cuales se protocolizó la atención y se garantizó su financiación, son de alto costo. En Brasil hay prestaciones especiales y medicamentos excepcionales que no son exigidos a los seguros y que son adquiridos y contratados por el gobierno federal. Incluso, la Ley de Reforma que el presidente Obama de EEUU firmó el 23 de marzo de 2010 contempla esta lección. Propone que los estados federales establezcan pools de alto riesgo para enfermedades preexistentes hasta que en 2014 se concrete un nuevo esquema de aseguramiento. Pero, en nuestra región, donde más se avanzó en la construcción de respuestas adecuadas a las enfermedades de alto costo ha sido en Uruguay con su FNR. Es importante destacar la diferencia entre las soluciones que generan un pool de riesgo, captan economías de escala para adquirir medicamentos de alto costo y buscan reducir la variabilidad de la práctica médica de otras menos eficientes que en el mejor de los casos funcionarían como un reaseguro, como es el caso de la APE en la Argentina.

**10. Aún no hemos conseguido avanzar de aparatos prestadores a verdaderas redes de servicios.** Alcanzado cierto nivel de desarrollo de los servicios de salud, sus rendimientos en términos de resultados logrados, pasan a depender más de la coordinación entre ellos que de incrementos marginales en la oferta, producción e incluso asignaciones presupuestarias. Las evidencias respecto a que, en salud, más no siempre es mejor, reorientan el análisis hacia los modelos de atención. En este giro, el objetivo de fortalecer el funcionamiento en red de los servicios adquiere cada vez mayor protagonismo<sup>36,37</sup>. Recuperar el enfoque de redes involucra una revisión de los paradigmas de reforma impulsados en décadas pasadas. En 2009, la OPS publicó el documento sobre las Redes

---

<sup>36</sup> OPS (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)*. Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre de 2005.

<sup>37</sup> *Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.*

Integradas de Servicios de Salud (RISS) que identifica las causas de la fragmentación: “Las reformas sectoriales de los años 80 y 90 tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre distintos proveedores y aseguradores. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y aumentó la fragmentación de los servicios de salud”<sup>38</sup>.

Una propuesta para consolidar el funcionamiento en red de los servicios de salud destacó once premisas<sup>39</sup>:

- I. Cuanto mejor definido esté el circuito que recorre cada paciente que ingresa al sistema, mejores condiciones de funcionamiento en red.
- II. Cuanto mayor es la resolutivez del primer nivel de atención menor es la carga que se genera en el segundo nivel.
- III. Cuanto mejor coordinados estén los circuitos por los que el ciudadano transita dentro de la red de salud mejor será el desempeño del sistema de atención médica en su conjunto.
- IV. Lo más importante en la definición de los circuitos de producción en salud es establecer una “puerta de entrada” al sistema.
- V. La responsabilidad nominada de los servicios del primer nivel de atención con una población a cargo constituye la forma más efectiva para producir salud.
- VI. Un adecuado funcionamiento en red no significa que cada servicio haga más ni mejor, sino fundamentalmente que haga lo que tiene que hacer.
- VII. La red no funciona bien si los servicios no cuentan con las condiciones adecuadas.
- VIII. El funcionamiento en red requiere procesos estandarizados.
- IX. Dentro de los procesos resultan fundamentales los mecanismos y criterios de referencia y contrarreferencia.
- X. El funcionamiento en red también tiene requisitos de legitimidad.
- XI. Cuando mejora el funcionamiento en red mejora la accesibilidad de la población a los servicios.

---

<sup>38</sup> OPS/OMS. 49o Consejo Directivo. 61.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009. Punto 4.12 del orden del día provisional CD49/16 (Esp.). *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*. 13 de agosto de 2009.

<sup>39</sup> Anigstein, Carlos, Acosta, Luis; Althabe, Mariano; Fernandez Pardo, Carlos y Martich, Evangelina. (2010). *Redes en Salud en Argentina: Contribución al Plan Federal de Salud*. Buenos Aires. 12 de Marzo. Mimeo.

## CAPÍTULO 3.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE LAS FUNCIONES DEL ESTADO EN SALUD?

*La medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son unas intervenciones de salud pública en su sentido más profundo.*

Rudolf Virchow

*Conocer tus propias fuerzas y conocer las de tu enemigo, pero más aún conocer el territorio donde se libra la lucha es uno de los factores claves para definir el destino de una batalla.*

Sun Tzú

Tanto la concepción de salud como la de Estado han evolucionado y se han configurado históricamente en respuesta a cambios sociales y políticos. En este capítulo, se propone un análisis de dichos cambios para concluir postulando un conjunto de lecciones aprendidas respecto a las funciones del Estado en salud.

### **Funciones del Estado en salud**

Formular políticas de salud involucra decidir que rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien “gasto en salud” no significa “política de salud”, en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos.

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio, las políticas de

salud tienen su génesis en la identificación de problemas en la situación de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, entre otras, que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tienen mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios). Pero no toda vez que se identifica un problema de salud, el mismo es incluido en la agenda gubernamental como objeto de una política.

Philips Musgrove (2001) identifica cinco instrumentos de intervención pública: avanzando desde la menor a la mayor intrusión en las decisiones privadas, los mismos son<sup>40</sup>:

**1. Informar:** A consumidores, a productores de bienes y prestadores de servicios y a aseguradores o financiadores de salud. Se trata de proveer información para mejorar sus decisiones. Esto puede significar persuadir, pero no demanda la acción de nadie (no prohibir). Los gobiernos lo hacen al publicitar los riesgos para la salud del hábito de fumar, o cuando incluyen educación para la salud o higiene básica en las escuelas públicas, cuando advierten sobre efectos colaterales o sustancias tóxicas, cuando informan al público las listas de espera que hay en los hospitales o los derechos de los asegurados. Estos son ejemplos de información dirigida a los consumidores, pero los gobiernos también informan a los proveedores de atención y de suministros de atención médica, y también a través de la investigación y difundiendo información sobre los patrones de enfermedad y los efectos y riesgos de los procedimientos médicos. Musgrove señala que se trata del conjunto de actividades de mayor alcance y al mismo tiempo la que involucra menor nivel de intervención en los procesos de mercado porque facilitan en lugar de ordenar<sup>41</sup>.

**2. Regular.** Es establecer las condiciones bajo las cuales se realizarán las actividades de salud<sup>42</sup>. Los gobiernos a veces regulan la profesión médica estableciendo pautas para los profesionales médicos o acreditando a los hospitales. También a través de esquemas de autorregulación ya que estas actividades pueden ser llevadas a cabo por organismos privados. Y la regulación estatal es común en la industria del seguro, en la producción e importación de equipa-

---

<sup>40</sup> Philips Musgrove (2001). "La protección en salud en América Latina: ¿Qué debería hacer el Estado?". En: CIPPEC- Grupo Columbus. *Hacia un nuevo Estado en América Latina*. Buenos Aires. Grupo Columbus. Páginas: 161-200.

<sup>41</sup> Op. Cit:169-170.

<sup>42</sup> Aunque en el citado texto Philips Musgrove se refiere exclusivamente a actividades privadas, la función se puede considerar extensiva a servicios públicos autónomos.

miento médico, medicamentos y suministros, y en la protección de la calidad del agua y los alimentos. En términos más generales, los gobiernos pueden influenciar la actividad privada de la atención médica de modos diferentes, frecuentemente combinando la regulación con algunos incentivos financieros para contrabalancear los costos pero sin financiación pública. La regulación obra, usualmente, según una ley, y con frecuencia está determinada por un organismo ejecutivo o administrativo.

**3. Dictar normativas.** Implica exigir que un individuo o una organización haga algo. Por ejemplo, vacunar a los niños o cubrir la atención médica de un conjunto explícito de prestaciones médicas para la población asegurada. Obrar de acuerdo con las reglamentaciones también puede implicar sustanciales costos privados; pero una actividad decretada por mandato es diferente en cuanto debe ser ejecutada mientras que un productor privado puede responder a la regulación decidiendo no emprender la actividad. Los mandatos están usualmente especificados en la ley, lo cual puede subsecuentemente estar bosquejado por la regulación. Los mandatos más importantes, en términos financieros, son aquellos que estipulan que los empleadores provean servicios o seguro de salud a sus empleados, o contribuyan con los fondos del seguro social a dicho fin. Los gobiernos también pueden imponer mandatos a los individuos, por ejemplo, exigiendo que los chicos que ingresan a la escuela estén inmunizados.

**4. Financiar.** Es abonar la prestación de servicios, sean estos brindados en instalaciones públicas o no. La financiación involucra tanto el pago de prestaciones en seguro concreto con clientes y beneficios determinados, o el sustento de la oferta de servicios para toda la población, a través del presupuesto público.

**5. Proveer.** Es suministrar servicios, usando instalaciones de propiedad pública y personal asalariado de la administración pública. Esto es lo que sucede con los ministerios de salud en la mayor parte de los países pobres; al igual que varios organismos públicos en muchos países con diversos niveles de ingreso. Una vez que una sociedad ha decidido financiar los servicios de salud con fondos públicos, se presenta la disyuntiva de si proveerlos a través de las instalaciones públicas o pagar a proveedores privados para que los suministren. El modo adecuado de considerar esta alternativa es como la decisión entre "hacer o comprar". Los problemas para el gobierno son los mismos que para una empresa privada, y giran sobre los costos -¿es más económico producir algo que comprarlo a un proveedor externo?- y sobre los riesgos y dificultades de hacer cumplir los contratos y evitar el fraude en el trato con dichos proveedores.

Cabe señalar las similitudes y diferencias entre regular y dictar normas desde este enfoque, ya que desde una perspectiva microeconómica ambas suelen ser consideradas parte de lo mismo. Regular un mercado es corregir sus fallas, en general a través de instrumentos como normas e incentivos. Sin embargo, en salud con frecuencia los organismos regulatorios no son los mismos (o al menos no son los únicos) que establecen las normativas a ser cumplidas. Por ejemplo, cuando el Poder Legislativo sanciona una ley que obliga a brindar cobertura integral a los pacientes portadores de SIDA, al tratamiento de la obesidad o la fecundación asistida, introduce deberes no sólo para las entidades responsables de la financiación de dichos servicios sino para los organismos de control. En muchos casos, incluso, complican la actividad de control de los organismos regulatorios porque las leyes no contemplan las fuentes de financiación para las prestaciones que exigen. Por lo tanto, las funciones de dictar normativas y financiar pueden superponerse (cuando el gobierno exige una determinada prestación y la financia) o existir en forma independiente.

### **Evolución de las funciones del Estado en salud**

Se pueden distinguir al menos tres momentos diferentes en la definición de las cinco funciones básicas del Estado en salud. El primer momento fue previo a lo que se ha llamado “transición epidemiológica”, en el cual las enfermedades transmisibles diezmaron a la población y había disponibilidad de tecnologías sanitarias de bajo costo que registraban alto impacto sobre los resultados de salud. Las actividades de información desplegadas por el Estado continuaban más vinculadas a la policía de las familias que al Estado consejero. Los sanitaristas no eran percibidos como figuras populares. En la Argentina, por ejemplo, pintores famosos retrataron la intrusión de las fuerzas del Estado en los hogares en plena epidemia de fiebre amarilla durante la presidencia de Sarmiento. En Brasil, las revistas de actualidad caricaturizaban a Oswaldo Cruz como un tirano maniaco de las jeringas.

En ese primer momento, la provisión de servicios era una práctica exclusivamente privada. En el primer nivel de atención los pacientes recurrían a los profesionales que se desempeñaban en sus consultorios particulares. Los pagos se acordaban libremente y no había ningún requisito de habilitación ni control de calidad o mala praxis. Los servicios hospitalarios surgieron en occidente muy asociados a la beneficencia y a esquemas de solidaridad mutual. Pero el Estado fue desplegando una creciente oferta propia de servicios, en primer lugar por la necesidad de asistir a sus tropas en contextos bélicos y en segundo lugar para atender a los pobres y desposeídos. Sólo en la segunda mitad del siglo XX los hospitales se transformaron en poderosas organizaciones asistenciales de creciente resolutivez.

Toda la expansión en cantidad y calidad de los servicios hospitalarios surge primero en el ámbito estatal. Así, la financiación pasa de ser predominantemente privada y directa (los enfermos pagaban directamente de su bolsillo a los médicos) a ser predominantemente pública donde la mayoría de los edificios son del Estado y los profesionales son empleados públicos.

La función de regulación fue la última en desplegarse. Aunque Europa y Estados Unidos fueron pioneros en este sentido, América Latina continuó mucho tiempo sin avances significativos. El ejercicio de los profesionales de la salud no estaba sometido prácticamente a ningún requisito. Por estos motivos, no había en el Estado organismos de control que habilitaran servicios ni evaluaran tecnologías. En la Argentina, por ejemplo, hasta 1943 los temas de salud eran competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior y, aunque el Ministerio de Salud tiene más de cincuenta años de funcionamiento, aún no ha asumido competencias en la acreditación de los servicios de salud.

La segunda fase se corresponde con la consolidación del denominado modelo médico hegemónico. La ciencia médica continuó avanzando a ritmos acelerados y también generó aplicaciones sanitarias a nivel de promoción y prevención. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud asumieron un papel fundamental en la difusión mundial de las prácticas preventivas y de promoción. Sin embargo, el ritmo evolutivo de las acciones públicas en salud colectiva disminuyó. El rol informador del Estado se tradujo en un conjunto de campañas como las de vacunación y servicios de educación para la salud, sanidad escolar y laboral.

La prioridad absoluta pasó a ser la expansión de los servicios, incrementando la oferta de bienes y servicios para alcanzar una mayor cobertura horizontal y mejorar el acceso. Esta expansión continuaba siendo impulsada desde el Estado pero no siempre de forma directa. Es decir, a medida que se institucionalizan los seguros sociales crece la provisión privada de servicios y se consolida un creciente mercado de prestaciones de salud.

Surge entonces una fuerte tendencia a la duplicación de las funciones del Estado en salud. Es decir, por un lado, este asume un papel central en la financiación y por otro en la provisión. Pero estas acciones se superponen entre diferentes jurisdicciones (niveles de gobierno) y con los seguros sociales. Los países de Europa avanzaban en la consolidación de un modelo de seguridad social universalista en los moldes del *Welfare State* con ligeras variaciones sobre la propuesta de William Beveridge. En los Estados Unidos, el Estado no incorporaba la función de provisión y daba lugar a un incipiente mercado privado tanto de prestadores de servicios médicos como de aseguradores. Pero en América Latina se expandía el



seguro social en los moldes bismarckianos (financiado con contribuciones salariales obligatorias) y de forma simultánea, un sistema público de acceso y cobertura universal financiado con recursos públicos (impuestos).

De esta forma, la provisión de servicios deja de ser responsabilidad central del Estado ya que crece el mercado de servicios privados. Prácticamente en toda América Latina hay más camas hospitalarias privadas que públicas.

El Estado comienza a buscar formas de regular los seguros y prestadores privados. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad regulatoria es lento y muy condicionado por la estabilidad institucional. Hasta la década del 90, los seguros privados no tuvieron prácticamente ningún tipo de regulación en la región. Para el control de los seguros sociales se desplegaron una sucesión de organismos administradores que en algunos casos lograron racionalizar el sector pero avanzaron muy poco en la regulación. Los países de la región comenzaron a establecer normas para habilitar establecimientos y servicios aunque con marchas y contramarchas y a una velocidad muy inferior a la desplegada para ello en los países del norte.

En el marco de este objetivo de expandir la cobertura, con mucha frecuencia, los poderes legislativos dictaron un conjunto de leyes “garantistas” puesto que establecían el derecho a recibir asistencia por parte del beneficiario, en particular para patologías de alto costo, pero con escasa mención a las formas de financiación de las prestaciones involucradas en dichas normas. Es interesante señalar que esto no ocurrió solamente bajo gobiernos democráticos sino también durante regímenes militares.

## **SURGIMIENTO DEL PARADIGMA REFORMISTA**

En la década de los 90 se registró un cambio significativo con las premisas reformistas. La consigna central era separar la provisión de la financiación e incrementar la competencia como mecanismos para buscar eficiencia en el uso de los recursos.

El Estado debía garantizar flujos financieros estables para las prestaciones pero no necesariamente proveer servicios de forma directa. Servicios públicos y privados dejan de aparecer como el agua y el aceite y se comienza a hablar de un *mix prestador público-privado*. Así, en muchos países el gobierno pasa a comprar servicios de salud a prestadores privados y los aseguradores privados a los hospitales públicos.

Bajo la influencia neoliberal se buscó consolidar mercados e incluso “cuasimercados” (mecanismos de competencia en los servicios públicos). Pero para ello era necesario que los servicios públicos tengan mayor autonomía en el manejo de sus recursos.

Esto significa pasar a financiar a los servicios por la demanda en lugar de garantizar la oferta pública de servicios médicos a través de presupuestos centralizados.

La premisa de la competencia también se extendió a los seguros de salud. En este caso, financiar la demanda significa “que el dinero siga al paciente”, permitiendo a los beneficiarios de los seguros sociales elegir la entidad aseguradora. Aunque se trata de un cambio en el marco regulatorio, este esquema fue denominado “desregulación”.

La función normativa adquiere un peso creciente. Por ejemplo, aparece la noción de un paquete explícito de prestaciones que deben ser garantizados por los seguros de salud. Mientras tanto, la función de información incorpora nuevas vertientes como la de informar al “consumidor” en salud sobre cuáles son sus derechos y obligaciones y cómo elegir aseguradores, prestadores o bienes.

Recién en la década de 1990 y bajo la inspiración de la experiencia norteamericana, surge la idea de crear agencias relativamente autónomas capaces de fiscalizar el cumplimiento de normas, acreditar y controlar calidad de bienes y servicios, así como sancionar por incumplimientos. Como ejemplos se pueden citar la Superintendencia de Isapres en Chile y la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina (ambas de 1997), sus homólogos de Colombia y Brasil son algo posteriores. En cuanto a medicamentos, alimentos y tecnología, en 1993 se creó la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en la Argentina, casi cinco años después la Agencia de Vigilancia Sanitaria brasileña (ANVISA) y sólo a fines de la década, el Instituto de Vigilancia Medicamentos y Alimentos (Invima) colombiano.

## **SURGIMIENTO DEL CONCEPTO DE RECTORÍA EN SALUD**

Con la vigencia de este paradigma reformista donde la redefinición de las funciones del Estado y los procesos de descentralización se hacen imperativos, aparece una nueva prioridad: definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud utilizó el concepto de “rectoría” para designar a esa función del Estado en salud que pasaba a ser indispensable en el nuevo entorno<sup>43</sup>. La advertencia para los ministerios y gobiernos en general es “remén menos y conduzcan más”<sup>44</sup>. La noción de rectoría involucra una profunda revisión de la simple función de dictar normas y requiere de mayor

---

<sup>43</sup> OPS/OMS (1997). *Rectoría de los Ministerios en los Procesos de Reforma del Sector Salud*: CD40/13 Washington D.C. Septiembre.

<sup>44</sup> Musgrove (2001). *Op. Cit.* Página 172.

responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. Deriva de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, la mayor autonomía de los servicios públicos, el desarrollo de los seguros competitivos, así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada y de la aparición de nuevas amenazas como las epidemias propagadas con objetivos terroristas. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.

En síntesis, luego de casi dos décadas de reformas sectoriales la rectoría de los sistemas es consagrada como una función clave del Estado central en salud. La misma comprende las tareas de:

- a) **Conducción:** Definir prioridades de políticas y objetivos sectoriales.
- b) **Regulación:** Establecer las reglas del juego para provisión de bienes y servicios de salud y aseguramiento en salud.
- c) **Funciones esenciales en salud pública:** Se han identificado once tareas que resultarían indispensables para las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y locales<sup>45</sup>:
  - i. Monitoreo y análisis de la situación de salud.
  - ii. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos.
  - iii. Promoción de la salud.
  - iv. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos.
  - v. Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión.
  - vi. Reglamentación e implementación de la salud pública.
  - vii. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.
  - viii. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
  - ix. Asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población.
  - x. Investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública.
  - xi. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud.
- d) **Adecuación de los modelos de financiamiento:** Tal como los mismos han sido definidos anteriormente, esto implica velar por la sustentabilidad y adecuación de las fuentes así como por la correcta asignación de los recursos en función de las prioridades establecidas (en la tarea de conducción).
- e) **Vigilancia del aseguramiento:** No sólo hace falta establecer el elenco de

---

<sup>45</sup> OPS/OMS (2000). Consejo Directivo de OMS/OPS. *Funciones esenciales de la Salud Pública: CD42/15 Washington D.C. 25 al 29 de Septiembre.*

bienes y prestaciones que deben ser asegurados sino vigilar que los seguros de salud (públicos, sociales o privados) cumplan con los mismos. Esto involucra velar para que no se introduzcan barreras de acceso a los asegurados.

**f) Armonización de la provisión de servicios:** Esto involucra recuperar la programación desde el modelo de atención que resultó prácticamente abandonada desde la década del 80. Establecer qué servicios (públicos y privados) hacen falta en cada lugar, dentro de cada red o de cada sistema, qué debe hacer cada prestador, así cómo fijar parámetros de referencia y contrarreferencia.

## SURGIMIENTO DEL ENFOQUE DE DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud de la población depende de muchos factores más que del desarrollo de los servicios de salud. Este es uno de los grandes aportes del enfoque de determinantes sociales de la salud. Su embrión se puede encontrar en un antiguo informe encargado por el gobierno canadiense y comandado por el profesor Marc Lalonde (en 1974) titulado "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses", que identifica cuatro determinantes generales que influyen en la salud: a) biología humana, b) ambiente, c) formas de vida y d) la organización del cuidado de la salud.

El abordaje de determinantes constituyó un punto de inflexión en la concepción de las políticas de salud y el rol del Estado y fijó la piedra angular sobre la cual se construyeron luego iniciativas como las de políticas saludables y de Municipios Saludables.

Pero abordar los determinantes de salud requiere necesariamente de un enfoque multisectorial<sup>46</sup>. La respuesta adecuada a gran parte de los problemas de salud de la población requerirá de esfuerzos conjuntos que además de los actores y autoridades de salud involucren, de forma progresiva, a otros actores y autoridades representativos de los demás sectores políticos, económicos, sociales y culturales. Promover la inclusión social y, en un sentido más amplio, concretar la cohesión social; requiere garantizar respuestas que abarcan mucho más que el acceso a los servicios y cuidados de salud<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Así lo proclamaron 60 ministros de Salud, Ciencia y Tecnología, Educación y Agricultura en la Declaración formada en Bamako (Mali) en 2008. Cf. "The Bamako Call to action: Research for health". *The Lancet*, Volume 372, Issue 9653, Page 1855, 29 November 2008

<sup>47</sup> CEPAL incorpora el concepto de cohesión social afirmando que se refiere no sólo a los mecanismos instituidos de inclusión y exclusión en la sociedad sino también a cómo estos influyen y moldean las percepciones y conductas de los individuos ante una sociedad o comunidad en particular. Cf. CEPAL-División Desarrollo Social. *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL. Santiago. 2007

Le llevó a la Organización Mundial de la Salud treinta años el absorber e institucionalizar este abordaje. Recién en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el director general de la OMS, Lee Jong-Wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.

## LA PROPUESTA DE POLÍTICAS SALUDABLES

Durante los últimos veinte años la prioridad absoluta de las políticas de salud pasaron a ser los sistemas y servicios con sus ineficiencias mucho más que la promoción, prevención y combate a las enfermedades prevalentes. Todos los países iniciaron reformas e incluso ha sido llamativo que aún cuando los sistemas de salud imperantes fueran diferentes se encararon reformas muy homogéneas que partían de diagnósticos similares. En otras palabras, lo que podemos definir como un paradigma reformista consolidó su hegemonía.

El reformismo avanzó en algunos de sus principales objetivos. Por ejemplo, entre 1990 y 1998 se obtuvieron conquistas a nivel de indicadores de procesos y de resultados. Entre los primeros, la cobertura de vacunación subió del 79% al 90% y los partos asistidos pasaron del 78% al 86%. Entre los segundos, la mortalidad infantil bajó diez puntos (del 39 al 29 por mil) y la esperanza de vida al nacer se extendió dos años.

Pero el principal objetivo reformista era contener el gasto. El diagnóstico oficial era que, en salud, nuestros países gastaban mucho y mal. En las naciones de mayores ingresos, que ya destinaban una parte significativa de su riqueza a la salud, la participación de la misma en el PBI se retrajo un 8%, contra un incremento del orden del 71% en países similares de otros continentes. Por otro lado, en los países que registraban (y en algunos casos aún registran) niveles de gasto sanitario muy bajos, se logró un incremento de los recursos. Sin embargo, el reformismo fracasó si se considera que el gasto de las familias (que se caracteriza por ser más regresivo y menos efectivo) ha crecido más que el gasto público. Por otro lado, dentro del gasto público ha crecido la participación de los créditos externos. Sólo el BID pasó de 10 préstamos sectoriales por un total de U\$s 400 millones entre 1982 y 1991 a 29 préstamos por un total de U\$s 1.700 millones en la década siguiente (1992-2001).

Por otro lado, centrar la prioridad en curar los sistemas generó, en ocasiones, un descuido del combate a las enfermedades. La consecuencia epidemiológica de esta prioridad fue que, durante los últimos años, enfermedades que deberían ha-

berse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes. Entre las primeras se encuentra la malaria que duplicó la cantidad de casos (pasando de 527 mil en 1990 a más de un millón en 1999) e incluso el Chagas, enfermedad que sólo existe en el continente americano y aún afecta a 16 millones de personas causando 50 mil muertes anuales. En segundo lugar, reemergieron enfermedades como la tuberculosis cuya tasa pasó de 196 a 221 por cada 100 mil habitantes en el mismo período. Y a esto se suman nuevos flagelos como el SIDA que, a mediados de la década pasada, ya afectaba a 1,8 millones de latinoamericanos.

Sin embargo, la reacción comenzó. El paradigma que hoy conocemos como "políticas saludables" alcanza envergadura a partir del informe del Dr Jake Epp también en Canadá (1986). Ha comenzado la revisión crítica del discurso reformista y, a la vez, recuperan protagonismo las políticas activas de salud. Volvemos a la mar, luego de dos décadas en las que nos pasamos más tiempo "tratando de arreglar el barco que navegando". Es hora de recuperar las políticas saludables asumiendo objetivos sanitarios y luego encauzando el financiamiento junto a todos los esfuerzos para alcanzarlos. Esto significa comenzar a ver a las personas antes que a los sistemas, a los ciudadanos antes que a las burocracias y los aparatos de poder.

Los denominados Objetivos del Milenio (ODM), promovidos desde las Naciones Unidas involucran un primer avance en ese sentido. La premisa es organicemos todos nuestros esfuerzos (la cooperación internacional y la política nacional) para conseguir ocho grandes objetivos en el 2015. Cuatro de estos objetivos involucran esfuerzos directos en el área de salud. Su problema es que fueron diseñados pensando en los países de África y a veces no reflejan las prioridades sanitarias de los países de América Latina. Por ejemplo, los ODM no consideran al Chagas, que es un flagelo en nuestra región y debería haberse controlado hace décadas. Por eso necesitamos implementar modelos epidemiológicos apropiados para identificar nuestras prioridades sanitarias. Ellos nos permitirán trazar la ruta para avanzar hacia la organización y sincronización de nuestros esfuerzos y recursos de modo que generen más salud para nuestra gente.

Cada cambio en los modelos de intervención se corresponde con innovaciones tecnológicas. A menudo estas innovaciones se corresponden más con tecnologías blandas (aquellas que se concretan como organización, vínculos, formas de relacionamiento de las personas) que con tecnologías duras (aquellas que se plasman en artefactos y materiales y se basan principalmente en el conocimiento de las ciencias duras, como la física y la química)<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Tobar, Federico "Remedios contra las epidemias" *Revista Médicos* N° 55. Julio 2009. Páginas 27-8.

La revitalización de políticas saludables involucra su vinculación con nuevas tecnologías blandas como la gestión por resultados. Las políticas de salud en promoción y prevención sólo pueden ser consideradas políticas activas, dentro de este nuevo paradigma, en tanto sean evaluadas, se acrediten sus efectores y se monitoreen los resultados alcanzados. Por ejemplo, aumentar la compra y distribución de profilácticos y anticonceptivos no es suficiente para incorporar políticas saludables o políticas de prevención activas en salud sexual y reproductiva. Para que así sea, haría falta medir el impacto logrado con la estrategia de intervención propuesta, identificar las lecciones aprendidas, así como detectar dónde y por qué funcionó mejor. Lo mismo ocurre con el tabaquismo o el combate al sedentarismo. La propuesta de las políticas saludables no se restringe a difundir spots publicitarios, requiere una evaluación permanente y progresiva de desempeño y asignar los recursos en función de ello.

## LA PROPUESTA DE MUNICIPIOS SALUDABLES

A mediados de los 80, nace en Europa el movimiento de Ciudades Saludables como una iniciativa para aplicar la promoción de la salud a los problemas y entornos locales, y por lo tanto, operacionalizar la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. En 1988, la iniciativa es incorporada en los Estados Unidos (Indiana y California) así como en Canadá (Quebec). En América Latina el movimiento asumió el nombre Municipios y Comunidades Saludables (MCS) y se adaptó a los procesos de descentralización que tuvieron lugar durante los años 80. Hoy, 11 países -Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú- han establecido oficialmente redes nacionales o regionales de MCS, que contribuyen significativamente al fortalecimiento de la estrategia en la región.

Constituir a un municipio en saludable es concebir al espacio local como la unidad territorial y el conjunto poblacional de referencia para el diseño de acciones de promoción y prevención en salud. Pero para convertirse en saludable no alcanza con que un municipio despliegue acciones de promoción. Debe cumplir con tres condiciones esenciales<sup>49</sup>:

**a) Posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.** Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción. La asistencia médica debe ser una función

---

<sup>49</sup> Tobar, Federico & Anigstein, Carlos (2008). *Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables*. Organización Panamericana de la Salud - Universidad Isalud, Buenos Aires. 2008

secundaria. La iniciativa de municipios saludables debe operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. Por lo tanto, es necesario que despliegue acciones desde los servicios de salud. Pero en los casos que lo haga, estas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.

**b) Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables.** Aunque el fin es la salud, el camino es la política. La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Instaura una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones. Los municipios saludables crecen sumando actores y voluntades en un pacto por la salud. Instauran así una lógica de un compromiso creciente por conquistar respuestas en salud a la población. Se trata de un pacto social que se hace sostenible en la medida que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.

**c) Incorporar lógicas de acción participativas.** Es que la identidad de los municipios saludables tiene más que ver con cómo se hacen las cosas que con qué cosas se hacen. Y en ese cómo se destaca el eje en la conducción local y su afinidad con el despliegue de la gestión territorial (que será abordada a continuación), la incorporación de la participación ciudadana en salud y un necesario avance hacia un enfoque la multisectorial.

## PROGRAMAS VERTICALES VERSUS ABORDAJES HORIZONTALES

El primero de los ejes sobre los cuales se ha polarizado la discusión contemporánea respecto a cómo producir salud es la tensión entre abordajes verticales y horizontales. Se puede esquematizar afirmando que el enfoque vertical postula una función de producción de salud donde el bienestar de la población resultaría de la sumatoria de diversos programas que brindan respuestas puntuales a los problemas de salud. En tanto, el segundo plantea que es más adecuado producir salud agregando respuestas por niveles crecientes de complejidad (ver cuadro 1).



Cuadro N°1: Diferencias entre los programas verticales y aproximaciones horizontales

Programas verticales	Aproximaciones horizontales
Provisión de servicios a través de programas mayormente independientes	Provisión de intervenciones de salud a través la infraestructura regular de servicios de salud
Diseñados para atacar una particular enfermedad o condición	Enfatizan importancia de servicios integrados (especialmente, curativos y preventivos)
Objetivos precisos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas	Mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo, que involucra participación de otros sectores como educación, agua y saneamiento
Programas de control de la malaria, viruela y frambesia, surgidos a mediados de los años 50 y 60	APS, concepto consolidado luego de Alma-Ata 1978

*Fuente: En base a Oliveira-Cruz et.al. (2003)*

Programas verticales es la designación que refiere a la provisión de cuidados de salud a través de programas mayormente independientes. Estos programas son diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con claros objetivos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas. Los avances científicos de mediados de los años 50 y 60 permitieron la implementación de programas verticales de control de la malaria, viruela y frambesia que alcanzaron niveles de éxito suficientes como para diseminar su modelo organizativo sobre el resto de la salud pública<sup>50</sup>.

Desde el punto de vista organizativo se asemejan a la forma divisionaria identificada por Henry Mintzberg, al ser comparables a las empresas que dividen su trabajo en gerencias responsables cada una por una línea de producto<sup>51</sup>. Aunque por definición se debería tratar de esfuerzos acotados en el tiempo. Esto aproxima a los programas verticales con otra forma organizativa identificada por Mintzberg, la adhocracia o estructura *ad hoc*, conformada para gestionar un proyecto

<sup>50</sup> Oliveira-Cruz, V., Kurowski, C. & Mills, A. (2003), "Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate", *Journal of International Development*; V. 15: 67-86.

<sup>51</sup> Mintzberg, Henry (1980). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Editorial el Ateneo. Buenos Aires.

determinado. Una modalidad frecuente en empresas de servicios como las consultoras y agencias publicitarias.

Se trata de una modalidad de producción de salud con alta capacidad para incorporar los avances e innovaciones científicas porque las intervenciones son operadas por equipos altamente especializados que comparten lenguajes y formaciones comunes. Pero los cuidados son segmentados en determinados problemas de salud a los cuales se enfrenta de manera puntual.

Las aproximaciones horizontales, también denominadas integrales, constituyen una modalidad de provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de los servicios de salud. El ejemplo más importante de aproximación horizontal es la Atención Primaria de la Salud (APS), concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata en 1978, que enfatiza la importancia de servicios integrados (especialmente, los curativos y preventivos). Estas aproximaciones consideran las mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo que involucra la participación de otros sectores como educación, agua y saneamiento.

Se ha generado un arduo debate académico respecto a cuál de las dos formas presenta mayores ventajas para producir salud<sup>52, 53, 54, 55, 56, 57, 58</sup>. Sin embargo, es el plano del policymaking donde la tensión se hizo más manifiesta. Por eso, tal vez las marchas y contramarchas de esta tensión resulten mejor expresadas en la historia de las reformulaciones de las estructuras organizativas de los ministerios de salud que en la literatura de salud pública.

La distinción teórica entre programas verticales y aproximaciones horizontales encuentra diversos matices en el terreno empírico. Por un lado, la gestión

<sup>52</sup> Mills, Anne. (1983) "Vertical Vs. Horizontal Health Programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency", *Social Science and Medicine*; V. 17, N. 24: 1971-1981

<sup>53</sup> Cairncross & Peries, (1997). ), "Vertical Health Programmes", *The Lancet*; V. 349, I. 9066: 20-23. Londres

<sup>54</sup> Kickbusch, (1997). "New players for a new era: responding to the global public health challenges", *Journal of Public Health and Medicine* V. 19, N. 2:171-8.

<sup>55</sup> Oliveira-Cruz, et al. 2003. *Op. Cit*

<sup>56</sup> Shiffman, Beer, & Wu, (2002). "The emergence of global disease control priorities", *Health Policy and Planning*; V. 17, N. 3: 225-234.

<sup>57</sup> Msuya, J (2003). *Horizontal and Vertical delivery of health services: what are the trade off?*, The World Bank. Washington D.C.

<sup>58</sup> Castilla, E (2004). "Organizing Health Care A Comparative Analysis of National Institutions and Inequality Over Time", *International Sociology*; V. 19, N. 4: 403-435

del sistema de salud deviene inevitablemente más vertical en los niveles más altos. Un ministerio de salud nacional es generalmente estructurado de acuerdo a diferentes funciones y actividades del servicio de salud, y alguien tiene que estar a cargo de inmunización o planificación familiar. En contraparte, en un nivel más bajo debe haber menor especialización. Por ejemplo, una enfermera local es responsable a la vez del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), del control de malaria y control de enfermedades diarreicas (entéricas) y otros programas verticales<sup>59</sup>.

## LA PROPUESTA DE LA GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD

La propuesta de la gestión territorial busca resolver las limitaciones de los abordajes verticales. Propone el despliegue de respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad o territorio. La gestión territorial en salud requiere satisfacer cuatro condiciones básicas. En primer lugar, promover un abordaje poblacional. En segundo lugar, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado. En tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral. En cuarto lugar, promover la regulación de la oferta<sup>60</sup>.

La vigencia del paradigma reformista sobre la salud pública en América Latina dejó entre sus saldos una gran cantidad de países que avanzaron en la implementación del proceso de descentralización en salud. Sin embargo, fueron pocas las ocasiones en que tales procesos fortalecieron las condiciones para una gestión territorial. El primer debate al respecto se registró entre la conformación de unidades de gestión bajo una racionalidad técnica o bajo una lógica política. Una descentralización que hubiera sido posible pero no resultó viable, consistía en conformar y/o fortalecer regiones sanitarias, distritos sanitarios o áreas programáticas con suficiente autonomía para coordinar redes de servicios equivalentes. Se trataba de promover iguales condiciones de oferta de servicios para iguales condiciones de necesidades de la población<sup>61</sup>. Sin embargo, esto no sólo no ocurrió sino que además, donde ya existía esa modalidad desconcentradora, fue despojada de su racionalidad sanitaria. Hoy, las áreas, regiones y distritos que subsisten no involucran ni a poblaciones semejantes ni a redes de servicios

---

<sup>59</sup> Cairncross et. al., 1997. *Op Cit.*

<sup>60</sup> Tobar, Federico. "Gestión territorial en salud" En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010. Páginas 4 a 20.

<sup>61</sup> Mendes, Eugênio Vilaça (1991). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec. São Paulo - Rio de Janeiro.

equivalentes en acceso y resolutiveidad. Persisten como supérstites de una vieja racionalidad sanitaria ya olvidada.

Tal vez, los mayores ganadores dentro de esta tensión que generó la construcción de modelos descentralizadores han sido los gobiernos intermedios, provincias, estados federales y departamentos. Fue a favor de ellos que se operaron procesos de devolución de los servicios de salud. Hubo menos casos en los que la devolución de los servicios se realizó a favor de los gobiernos locales o municipios y en los casos en que esto sucedió tendió a limitarse a los servicios del Primer Nivel de Atención no hospitalario.

Por lo tanto, donde no hay servicios de salud locales o municipales, la gestión territorial permanecerá en el nivel de gestión intermedia (provincias, estados federales y departamentos). Donde existan servicios locales, el desarrollo de abordaje horizontal debe favorecerlos definiendo con precisión áreas de influencia geográfica, identificando la población bajo su esfera de influencia, nominalizando la responsabilidad de los servicios sobre esa población, programando localmente acciones, organizando e implementando dispositivos de referencia y contrarreferencia y monitoreando resultados.

Sin embargo, son los municipios quienes detentan hoy las mejores oportunidades para construir modelos de gestión territorial en salud. No son los únicos actores de la gestión territorial, pero sí pueden ser los más importantes. Son llamados a constituir la piedra angular del nuevo modelo de gestión territorial en salud. Pero esto exige tanto un esfuerzo por avanzar hacia estrategias saludables como hacia abordajes horizontales.

## LA PROPUESTA DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS

Mientras que en la década pasada predominaron los enfoques administrativos centrados en estructuras y procesos (en particular en su reingeniería), durante los últimos años viene adquiriendo protagonismo la propuesta de incorporar modelos de Gestión por Resultados (GPR), que desplazan el eje hacia los fines de las instituciones. Mediante la implementación de nuevos modelos de gestión, se tiende a dotar a la administración pública y privada de un conjunto de metodologías y técnicas, para lograr consistencia y coherencia entre los objetivos estratégicos y los planes de cada uno de los organismos o entidades de los sectores productivos.

La gestión por objetivos o resultados constituye una vertiente de cambios exógenos al sector salud, pero que viene impulsando transformaciones relevantes y puede constituir un punto de apoyo para futuras reformas sectoriales.

Desde el pensamiento organizativo, la GPR representa un desplazamiento desde la preocupación centrada en medios hacia los fines de la organización. Fue propuesto por primera vez por Peter Drucker en su libro *Managing for Results* de 1964, en el que postulaba que tanto el modelo burocrático como el enfoque de la Escuela Clásica de Administración que enfatizaba el control de procesos, podrían resultar contraproducentes. Las organizaciones que cada vez incorporan más controles sobre sus agentes generan resistencias entre ellos. Para superar ese círculo vicioso, la propuesta consistió en acordar los objetivos de cada unidad y conceder mayor autonomía de gestión a los agentes responsables por alcanzar dichos objetivos.

Con algo de optimismo, se podría postular que comienza a emerger un nuevo tipo ideal de reforma del Estado. Una generación de reformas centradas en la direccionalidad estratégica de las dependencias y organismos públicos desde los logros que deben alcanzar para cumplir con las expectativas y necesidades de la sociedad y la ciudadanía. Pero no se trata de un modelo único y uniforme, sino de un conjunto de premisas y herramientas que se pueden incorporar de forma flexible y progresiva. Pero que en todos los casos requieren:

- a) Recuperar la planificación desde el Estado (en lugar de librar el destino de los servicios a los designios de una “mano invisible”).
- b) Recuperar el protagonismo de la política pública: definiendo no sólo las funciones del Estado sino también las prioridades de gobierno en cada gestión o mandato.
- c) Poner el eje en la creación de valor público, fundamentalmente a través de la construcción de ciudadanía y aumento de la competitividad de la economía.
- d) Incorporar herramientas de evaluación y monitoreo para medir el nivel de avance hacia los objetivos trazados.

La GPR introduce la lógica de “lo que se mide se hace”<sup>62</sup>. Es decir, sin evaluación no hay GPR. Lo único que aporta la GPR es un marco instrumental para garantizar coherencia de la evaluación con los objetivos de la política de gobierno, por un lado, y la misión de la organización por el otro. Además, entendida como proceso, la GPR no se limita a identificar y medir indicadores sino que busca modificar prácticas cotidianas en las organizaciones para maximizar los resultados. En el sector público, requiere de herramientas propias adicionales que pueden

---

<sup>62</sup> Ver pie de página 128.

adquirir diferentes denominaciones y alcanzar mayor o menor desarrollo, pero genéricamente se pueden enunciar como cinco grandes requisitos instrumentales<sup>63</sup>:

a) **Lineamientos generales de la política de gobierno:** Que deben superar el status de enunciativas para llegar al menos a políticas sustantivas y en lo posible operativas, definiendo los objetivos del gobierno para cada sector.

b) **Plan de acción para la implementación de la GPR en cada ministerio:** El proceso para incorporar la GPR involucra el desarrollo de planes estratégicos, de medir su *performance* y mantener un sistema de información que los muestre. Ello, en general conectado con su presupuesto, e inclusive como base del presupuesto solicitado para su discusión parlamentaria, en los casos avanzados. El plan estratégico involucra una revisión de la misión de la jurisdicción y de sus objetivos, en relación con el ámbito externo y con las capacidades internas de esta unidad, y ello proyectado al futuro por varios años.

c) **Acuerdo programa:** Es un documento en el cual se formaliza el proceso que incorporará de forma progresiva la GPR en el ministerio, organismo o jurisdicción correspondiente. Es firmado por el ministro y la autoridad coordinadora desde el gabinete central de la presidencia (director de la Oficina de Presupuesto y Planificación o jefe de Gabinete de Ministros). En él, se acuerdan los pasos y la metodología que culminarán en la definición de resultados del ministerio u organismo acordes con los Lineamientos Generales de Política de Gobierno. Es posible desagregar este acuerdo programa en dos momentos:

I. Acuerdo marco en el cual se define el compromiso con una determinada metodología de trabajo y se establecen los recursos para ello.

II. Programación operativa a través de herramientas que vinculan los resultados esperados con las acciones del organismo, tales como el marco lógico.

d) **Compromiso de resultados de gestión:** Es un instrumento de gestión que interpreta y traduce para cada unidad organizativa del ministerio u organismo (dirección o gerencia) el Plan de Acción y el Acuerdo Programa. Asume un conjunto de metas o resultados operativos concretos y, fundamentalmente, define sistemas de información y herramientas de evaluación apropiadas para ello. En Chile se los llamó PMG (Programas de Mejoramiento de la Gestión)

e) **Carta compromiso con el ciudadano:** A través de la cual el ministerio u organismo público asume un compromiso con la transparencia, la receptividad

---

<sup>63</sup> Tobar, Federico (2008). *“¿Qué es gestión por Resultados?. Isalud. Volumen 3 N° 14. Octubre. Páginas 25-34*

y la calidad de sus acciones. Apunta y contribuye de una manera práctica y sintética a desarrollar los medios que dispone la administración pública para aumentar su receptividad y mejorar la relación con los ciudadanos, especialmente en lo vinculado al modo en que el organismo ejecuta las políticas públicas y realiza la prestación de los servicios a la ciudadanía<sup>64</sup>. Figura entre las herramientas más relevantes para la calidad del servicio público<sup>65</sup>.

En el área de salud, en particular, la GPR se ha expandido fundamentalmente a través de la figura de los compromisos de gestión entre jurisdicciones que vinculan la financiación de servicios y actividades al cumplimiento de objetivos de política.

## PROTECCIONES POR LÍNEAS DE CUIDADOS

En los últimos años surgieron discursos revisionistas en salud pública. Entre ellos, comienza una revalorización del modelo de atención y, fundamentalmente, de la necesidad de construir redes de atención. El diagnóstico parte de asumir que hubo progresos vinculados al paradigma reformista pero aún no han contribuido a superar los mayores dilemas de nuestros sistemas que son la fragmentación del modelo de atención<sup>66</sup> y la segmentación institucional<sup>67</sup>. El resultado es que, aún donde se logró la cobertura universal, frente a los mismos problemas de salud, las personas reciban cuidados diferentes.

---

<sup>64</sup> Secretaría para la Modernización del Estado (2001). *Programa Carta Compromiso con el Ciudadano: Guía para su implementación*. Buenos Aires. Eudeba. Página 14.

<sup>65</sup> López Camps, Jordi & Gadea Carrera, Albert. *Servir al Ciudadano*. Barcelona. Gestión 2000. 1995.

<sup>66</sup> *La fragmentación del sistema de salud ha sido definida como la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial; servicios que no cubren todos los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.* (Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007). OPS/OMS. 49o Consejo Directivo. 61.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUSA, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009. Punto 4. 12 del orden del día provisional CD49/16 (Esp.). *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*. 13 de agosto de 2009.

<sup>67</sup> *Segmentación del sistema de salud: es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos "especializado en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social".* (Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007)

Esto sugiere que el mayor problema de nuestros sistemas no es la falta de respuestas sino que hay demasiadas respuestas desarticuladas. Por ejemplo, para las embarazadas que tienen obra social o prepaga, el Programa Materno Infantil obliga a los aseguradores a brindar todas las prestaciones y medicamentos sin costo para el afiliado. Para quienes sólo acceden a los servicios públicos, los programas Remediar y Nacer buscan mejorar el acceso a estos cuidados. Sin embargo, aún hay muchas embarazadas que llegan a parir sin los mínimos controles de gestación, sin haber tomado hierro y ácido fólico para prevenir la anemia y malformaciones, o sin los estudios indispensables para reducir riesgos. Y este no es un problema exclusivo de quienes van al sector público, porque los seguros de salud sólo son obligados a ofrecer acceso a un menú de prestaciones, pero nadie controla que las prestaciones se concreten en tiempo y forma.

La respuesta a este problema consiste en asumir protecciones en salud y fijar a los responsables por brindarlas. En la década del 80, el Estado de Oregón en los EEUU definió que todos los ciudadanos debían recibir iguales cuidados en cantidad y calidad frente un grupo limitado de enfermedades. Se combinó una consulta popular con el juicio de un comité de expertos para definir cuáles debían ser los cuidados cuyo acceso sería garantizado a todos los ciudadanos.

En Brasil, la Norma Operacional Básica de 1996 que instrumenta el funcionamiento del Sistema Único de Salud, incorporó un avance en el mismo sentido. Modificó transferencias fondo a fondo (del gobierno federal a los estados, y de estos a los municipios), definiendo un valor cápita para garantizar un nivel mínimo (piso) de atención básica en todas las localidades del país. A ello se suma un esquema de incentivos a partir del cumplimiento de una programación pactada e integrada. Esto se complementa con la estrategia de Salud de las Familias, un modelo en el que equipos de salud asumen responsabilidad nominada sobre una población bien definida y conocida, que ya brinda cobertura a más de 90 millones de ciudadanos.

Luego, Chile avanzó aún más al implementar en 2002 el Aseguramiento Universal de Garantías Explícitas (AUGE). En este caso las prioridades se fijaron con criterios estrictamente técnicos. A través de un estudio epidemiológico y en función del análisis de su peso sobre la carga de enfermedad de aquel país, fueron seleccionadas 57 enfermedades cuyo tratamiento adecuado debe ser garantizado a toda la población, estableciendo el esquema de cuidados que debe ser seguido. Los ciudadanos tienen derecho a reclamar ante la justicia si la entidad responsable de su salud, sea esta pública (el FONASA) o privada (una Isapre), no brinda el acceso a los tratamientos tal como han sido definidos en el plan.

Hace unos pocos meses, el Gobierno de Perú decidió avanzar por un camino similar al sancionar la Ley 29.344 de Aseguramiento Universal en Salud. Por este



medio, el país asume el objetivo de disponer de un esquema de cobertura garantizada para toda su población, pero sin eliminar instituciones sino regulando su funcionamiento para que todos los aseguradores instrumenten un modelo de atención en el que se definirán no sólo los problemas de salud cubiertos sino también los protocolos adecuados para su tratamiento.

Se ha postulado que la construcción de protecciones sanitarias por líneas de cuidados debe seguir los siguientes pasos<sup>68</sup>:

**a) Jerarquizar problemas de salud prioritarios.** Es responsabilidad de la autoridad rectora el definir un conjunto acotado de enfermedades a ser priorizadas. La idea no es racionar sino hacer una discriminación positiva, jerarquizando la respuesta frente a protecciones básicas. Todas las demás acciones se deben seguir haciendo, mientras sea necesario y no haya evidencia suficiente que indique lo contrario. Pero algunos cuidados de promoción, de prevención, de tratamiento y rehabilitación deben constituir prioridades. Protecciones sociales en salud que los argentinos asumimos como mínimos de ciudadanía no negociables. Conquistas que no pueden volver atrás ante ninguna coyuntura, ni por ciclos macroeconómicos, ni cambios de gestión.

**b) Definir el modelo de atención adecuado.** Modelo de atención es un esquema de división del trabajo sanitario para producir salud. Requiere transformar las protecciones en protocolos para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Luego es necesario validar junto a las entidades médicas, académicas y científicas, los protocolos y guías de atención que se utilizarán para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esas enfermedades. También es necesario desagregar esos protocolos por nivel de atención.

**c) Establecer responsabilidad nominada.** En este esquema de división del trabajo es fundamental establecer quién es responsable por los cuidados de cada persona. Debe haber un profesional o un equipo responsable para que la población, a su cargo, reciba los cuidados y adhiera a los tratamientos. No se trata de prestar un servicio si alguien lo viene a demandar, sino de identificar la necesidad y salir al encuentro de una demanda que a veces no es manifiesta. Sólo cuando hay un servicio que funciona como puerta de entrada al sistema y que, si hace falta, se encarga de gestionar las derivaciones, es que los cuidados de salud se convierten en garantías explícitas. Los servicios públicos tienen que conocer la población que tendrán a cargo y salir a buscarlos, en vez de permanecer a la espera de que la gente venga a demandar las prestaciones.

---

<sup>68</sup> Tobar, Federico (2009). "Para reducir la fragmentación del sistema de salud" *Isalud Volumen 4-Número 20*. Diciembre. Páginas 54-55.

Esto requiere que su desempeño sea evaluado y tiene como condición que se disponga de infraestructura y personal adecuados.

**d) Corregir desigualdades en la infraestructura y recursos humanos.** Para que el heterogéneo subsistema público de salud consiga dar cuenta del desafío de brindar protecciones frente a las enfermedades priorizadas con igual trato en tiempo y forma, hará falta garantizar una oferta efectiva de servicios. El primer paso para lograrlo consiste en que, de una buena vez, los argentinos implementemos una categorización de nuestros servicios de salud. Mientras todos hagan de todo o, peor aún, mientras cada uno haga lo que puede en lugar de lo que debe hacer, no conseguiremos que la salud sea un verdadero derecho para los argentinos. Entonces será posible conquistar de forma progresiva servicios que brinden los cuidados que necesita la población que tienen a su cargo y cuyo desempeño sea evaluado. Pero esa evaluación exigirá, necesariamente, sincerar los recursos disponibles. Y es muy probable que en muchos lugares haga falta incrementar los recursos disponibles en términos de personal, infraestructura y presupuesto operativo.

**e) Construir redes.** El siguiente desafío para el subsector público consiste en integrar verdaderas redes de cuidados progresivos donde la referencia y contrareferencia deje de ser una declamación para convertirse en una realidad palpable. Las redes no se construyen en abstracto sino en respuesta concreta frente a cada problema de salud. Los sistemas de información, como las historias clínicas electrónicas constituyen un apoyo importante para ello.

**f) Regular a los aseguradores.** Una vez que el sistema público pueda garantizar tales cuidados, se exigirá a los seguros que también los brinden. Será tarea de la Superintendencia de Servicios de Salud transformar al Programa Médico Obligatorio en guías de cuidados y verificar que obras sociales y prepagas los concreten en la población que tienen a su cargo.

Estas protecciones sanitarias explícitas construirán puentes entre el sector público, las obras sociales y las prepagas. Los argentinos que padezcan los mismos problemas de salud tendrán respuestas de calidad homogénea. Por estos motivos, se puede afirmar que más que un modelo de reforma de salud es una estrategia para construir ciudadanía.

## **DIVISIÓN INTERGUBERNAMENTAL DE LAS FUNCIONES DE SALUD**

Al problema respecto a qué debe hacer el Estado en salud, se suma una segunda discusión que involucra definir qué parte del Estado debe desempeñar cada función. En ella, las posibilidades de aprender de las experiencias interna-

cionales son limitadas porque se trata de una definición atravesada por otras dos cuestiones:

- a) La conformación institucional del país, distinguiendo los modelos unitarios de los federales.
- b) El nivel y la configuración que ha asumido la descentralización de los servicios de salud.

Puede sostenerse como hipótesis que las reformas sanitarias en los países federales siguen un camino diferente. Aunque no pueda atribuírsele sólo a este factor, la extensión territorial tuvo gran influencia sobre la configuración del régimen de gobierno. No es casualidad que hayan incorporado modelos federales Canadá, Estados Unidos, Brasil, Argentina y México que son los países más extensos de la región. Sin embargo, un estudio cuantitativo que operacionaliza los niveles de descentralización en cuarenta y cinco países, alcanza conclusiones que ilustran los puntos relevantes en la definición del problema según esta concepción<sup>69</sup>. La variable independiente “nivel de descentralización” fue medida a través de la participación porcentual del gasto local sobre el gasto total del país. El análisis demostró que el grado de descentralización en un país depende principalmente del desarrollo de sus recursos económicos y tecnológicos y no de su organización constitucional. En otros términos, el gasto local no resulta proporcionalmente mayor en los regímenes federales que en los unitarios.

Pero, en términos cualitativos, el federalismo de América Latina sigue trayectos que lo diferencian mucho del de Estados Unidos, del esquema canadiense o del modelo alemán. Se repiten en la región rasgos de aquel “federalismo centralista” en el cual si por un lado se concedió autonomía a las jurisdicciones anexadas (del latín *Pro vinci*, que significa “vencidos”), por el otro se las limita fuertemente, como a un pájaro enjaulado al que se deja en libertad luego de cortarle las alas. Dicho de otro modo, es muy difícil encontrar en los países de América Latina señales de aquel contrato voluntario entre partes que resultan jurídicamente libres e iguales luego de la disolución de un poder monárquico.

En virtud de lo hasta aquí analizado es posible formular dos conclusiones principales respecto a la división intergubernamental de las responsabilidades sanitarias:

- a) **Las funciones del Estado en salud no son fijas ni perennes.** El rol del Estado en salud ha venido evolucionando de forma permanente. Su relación con

---

<sup>69</sup> Vieira, Paulo Reis (1971). *Em busca de una teoria da descentralização*. Río de Janeiro: FGV 2.

el mercado, la intersectorialidad y la división de las funciones sanitarias entre las diferentes instancias del gobierno (local, provincial y nacional) se debaten y se reformulan. En parte, estos desplazamientos son exógenos y obedecen a cambios en los modelos de administración pública. Pero otra parte es endógena y responde a la evolución del conocimiento sanitario. Dentro de esta última, se destaca la conformación de un paradigma reformista que priorizó al sistema por sobre las políticas sustantivas, dirigidas a modificar la situación de salud de la población. A su vez, en la organización de los ministerios de salud latinoamericanos persistió el diseño vertical que segmenta las intervenciones.

**b) Las reformas que alcanzaron mayores avances han sido aquellas que lograron un esquema de división intergubernamental de las funciones de salud.** El logro de mayor amplitud decisoria en la gestión sanitaria involucra necesariamente evitar la duplicación de funciones. Que todos los actores involucrados en el sistema público de salud asuman responsabilidades concretas pero diferentes. La devolución de los servicios hacia los gobiernos locales (provincias y municipios) aparece como la figura estratégica que facilita en mayor medida esta división intergubernamental de las tareas sanitarias. En Chile, por ejemplo, los municipios asumen la responsabilidad por el primer nivel de atención mientras que las regiones se hacen cargo del segundo y tercer nivel. En Brasil, aún quedan hospitales en la esfera estadual que funcionan como centros de referencia y derivación para los servicios municipales.

## **Diez lecciones para dividir las funciones del Estado argentino en salud**

A manera de conclusión se presentan, a continuación, algunas lecciones respecto al papel del Estado en la producción de salud.

**1. La más importante función del Ministerio de Salud de la Nación debe ser la rectoría.** La autoridad central debe conducir el sector, en el sentido de organizar, dirigir y controlar la ejecución de la política nacional de salud para velar por el bien público. La rectoría no puede ser compartida, aunque si validada y concertada en el ámbito del COFESA. Por lo tanto, una responsabilidad central del ministerio nacional consiste en convocar y presidir las reuniones del COFESA. Los planes federales de salud y la convocatoria y realización de acuerdos territoriales de gobierno en salud deben ser los instrumentos más importantes de la política de salud.

El ministerio nacional tiene la responsabilidad indelegable de diseñar los modelos de atención e identificar las hipótesis de intervención más adecuadas para resolver los problemas de salud de la población, así como identificar escenarios de convergencia de los sistemas provinciales y municipales hacia un modelo equitativo y universal. La reforma implementada en Canadá en los

90, así como el “Pacto por la vida” implementado en Brasil en esta década, son modelos a seguir. Porque consiguen romper con la lógica de los programas verticales y proponen un modelo integral respetando la autonomía de los estados provinciales.

**2. El Ministerio de Salud también debe incorporar una fuerte regulación de la oferta de servicios.** Es una función hasta ahora postergada. Tanto a nivel público como privado necesitamos avanzar hacia una distribución racional y equitativa de la oferta. La idea es lograr que, en el mediano plazo, se reduzcan las brechas en el acceso así como los excesos de oferta que pueden estimular una sobredemanda tan innecesaria como inflacionaria.

Para regular, el ministerio debería construir un mapa sanitario como herramienta central para el monitoreo, la planificación y la regulación de la oferta de servicios, así como de la disponibilidad de recursos sanitarios, que privilegie la incorporación racional y equitativa de recursos humanos, de tecnología y de nuevos prestadores de servicios médicos. Una vez completado, el mapa consistirá en un sistema de información georeferenciado que registre tanto la oferta de servicios médicos disponible con su correspondiente categorización, indicadores de estructura (como los recursos humanos y la capacidad instalada), de procesos (como las tasas de utilización) y sus principales resultados epidemiológicos. Esto permitirá asumir indicadores para monitorear la accesibilidad de la población a los servicios, su real utilización y la capacidad de resolver las cuestiones sanitarias, definiendo estándares territoriales. Se iniciará a través de un catastro de servicios médicos de alta complejidad e irá incorporando de forma progresiva toda la oferta pública y privada dentro de la provincia, permitiendo delimitar unidades territoriales con idéntica población y acceso homogéneo en distancia y resolutivez.

**3. La función central del COFESA debe ser la coordinación de las acciones y servicios de salud dentro y entre las diferentes jurisdicciones.** Ello requiere que se diseñen e implementen procesos, que los sistemas de información en salud que se implementan en las diferentes provincias y en los diferentes programas nacionales, tengan como definición central la desagregación por provincia y generen reportes periódicos. El COFESA no puede perder densidad política pero debe ganar densidad técnica y operativa.

Otra función del COFESA es consolidar un espacio para el debate académico. En la construcción de una política de Estado en salud, la academia y los intelectuales deben asumir más protagonismo. La investigación como actividad y la academia como arena tienen un rol fundamental alimentando la formulación de políticas públicas. En salud pública más que en ninguna otra área, la formulación de políticas surgió en contextos técnico científicos. En salud aún es difícil que las políticas se implementen por presiones sociales organizadas

desde abajo hacia arriba. No se trata de una peculiaridad argentina. El proceso de producción de la salud es muy abstracto y muy complejo, ello genera asimetrías de información que dificultan mucho la participación social y no estimulan el debate.

Lo que sí es particular de Argentina es la configuración de fuerzas que se generó. Se trata de un modelo de múltiples actores sustentando diferentes intereses, pero además de doble agentes. En otros países esto no es así e incluso existen antecedentes de varios profesores de salud pública que han influido definitivamente sobre la agenda de políticas públicas, en algunos casos convirtiéndose ellos mismos en políticos y, en otros, solamente desde sus publicaciones y sus cátedras.

**4. El ministerio nacional, junto al COFESA pueden consolidar garantías explícitas para protecciones priorizadas.** Por ejemplo, los cuidados gestacionales y de la infancia (COE-Cuidados Obstétricos Esenciales y AIEPI -Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que deberían ser derechos humanos garantizados a toda la población. Así como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia, como es el caso de las cardiovasculares (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus) que constituyen la primera causa de muerte en el país. Garantías explícitas significa: a) que se defina una guía o protocolo de cuidados que garantiza iguales niveles de calidad de los cuidados a toda la población, b) que se establezcan responsables por su concreción y c) que el ministerio vele por su efectivo cumplimiento.

**5. La gestión territorial constituye una oportunidad para superar la fragmentación del sistema.** La gestión local en salud ha sido inventada y reinventada varias veces. Pero, de forma ineludible, establecer un área geográfica con una población conocida e identificada vinculada con una red de servicios que se hace responsable por su salud resulta la forma más efectiva de producir salud. Construir gestión territorial requiere coordinar estrategias de territorio vertical (funcionamiento en redes e integración a redes temáticas) con acciones horizontales. También es posible agregar a estas condiciones otras vinculadas con el abordaje horizontal como el asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria; cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos, asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo. Los servicios de Atención Primaria de la Salud no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada. Deben desplegar acciones extramuros, esto es salir a buscar a la población y realizar acciones y controles preventivos y gestionando la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta. Es mucho

más conveniente que los municipios se centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente. Cuando los municipios incorporan hospitales, duplican las funciones provinciales. Mientras que ni la Nación ni las provincias pueden asumir de forma adecuada el abordaje comunitario. Y este resulta imprescindible porque no se produce salud de forma individual. “Medicina comunitaria vertical”, eso es un oxímoron. Lo que es vertical no puede ser comunitario.

Pero un modelo de gestión territorial de salud tiene también requisitos de funcionamiento en red. Requiere de la coordinación de servicios para articular las derivaciones hacia una complejidad mayor (referencia) y de retorno al servicio primario con responsabilidad nominada (contrareferencia). Es a partir del mapeo de los flujos de pacientes que se puede avanzar hacia la construcción de mapas sanitarios que organicen y sirvan para priorizar la incorporación y habilitación de la oferta.

**6. Los municipios deben incorporar de forma sólida y sostenida la estrategia de municipios saludables.** En ese marco, que un municipio se constituya (o acredite cómo) municipio saludable es un avance aunque no resulta suficiente. Se han postulado tres condiciones para que un municipio sea saludable: a) posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local, b) establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables, c) incorporar lógicas de acción participativas.

**7. Las herramientas de gestión por resultados potencian las capacidades de la gestión territorial.** En los últimos años se han formulado (es discutible si en realidad se han implementado) dos planes federales de salud, uno que involucra el período 2004-2008 y otro que se inicia en 2010 y va hasta 2016. Sin embargo en ninguno de los dos se desagregaron metas por provincia ni mucho menos por municipio. Cabe a las instancias centrales (como el ministerio de salud nacional) o a las esferas colegiadas (como las juntas nacionales y los consejos intergubernamentales) la responsabilidad de definir el modelo de salud a construir y las metas a ser alcanzadas. Pero la gestión es local y, por lo tanto, tiende a ser autónoma. En ese escenario, para construir la rectoría es imprescindible que el gobierno central o la autoridad rectora convoque a las diferentes jurisdicciones para adherir al modelo propuesto. Y esa adhesión no sólo debe ser formal sino también estar vinculada con el monitoreo de resultados y la incorporación de incentivos. Por estos motivos, la figura de los compromisos de gestión entre el gobierno nacional y los gobiernos subnacionales asumirá un carácter cada vez más protagónico en la construcción de políticas de salud. La capacidad de transformación de los compromisos de gestión será función de la visión del modelo de salud con que se opere. Si los compromisos se frag-

mentan por programas siguiendo el modelo de políticas verticales, se estará transmitiendo un mensaje esquizoide a los gobiernos subnacionales. En ese caso no se opera una reforma sino un verdadero gatopardismo sanitario que sólo emparcha los viejos modelos y dilata una crisis paradigmática de larga data. La única forma de implementar políticas que redefinan la función de producción de salud requiere de la construcción de una visión de conjunto, así como de la articulación y concertación entre los actores protagonistas del sistema y sus políticas.

**8. Provincias y municipios con servicios de salud pueden desplegar un modelo de responsabilidad nominada.** Definir servicios de APS con población a cargo es el primer paso de la gestión territorial y una forma adecuada de conquistar resultados en términos epidemiológicos, así como de lograr un funcionamiento más eficiente del sistema de salud. Combinado con la implantación de garantías explícitas, generaría alto impacto sobre la salud de la población. Para incorporar la responsabilidad nominada es necesario que los ministerios de salud provinciales: a) designen centros de salud y/o médicos de cabecera con población a cargo, b) implementen instrumentos de registro de beneficiarios y de historias clínicas familiares, c) incorporen promotores sanitarios que asuman de forma periódica una ronda sanitaria relevando a la población e identificando problemas que requieren solución desde la red de atención, d) incorporen un convenio de adhesión en el cual, tanto el equipo de salud que asumirá la población a su cargo como los pacientes, reconozcan y asuman obligaciones y derechos, e) programen cuidados a ser desplegados desde los servicios sobre la base poblacional identificada y conocida, f) capaciten al personal de salud para implantar el nuevo modelo y para que adquieran competencia en gestionar directamente las derivaciones en caso de ser necesaria y g) diseñen e implementen un esquema para monitoreo y evaluación del modelo de responsabilidad nominada.

**9. Provincias y municipios con servicios de salud pueden desplegar una prevención activa con modelos de gestión de la enfermedad.** Generalmente la mayoría de las personas acuden al médico ante la aparición de algún síntoma con el objeto de ser diagnosticado y de recibir el tratamiento apropiado. Cuando ello ocurre la enfermedad se encuentra en la llamada “etapa sintomática”. Si esto sucede, es que se ha perdido la oportunidad de prevenir su aparición o eventualmente de tratarla en etapa presintomática, cuando el daño es menor. Esta forma de practicar la medicina podría ser llamada “medicina del radar”, en la cual el contacto médico-paciente sólo se produce ante la aparición del síntoma y luego de su resolución el paciente deja de ser captado por el “radar”. Obviamente es una modalidad de atención de probados resultados en pacientes con patología aguda, pero está muy lejos de ser el



ideal tanto en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como en la atención proactiva de personas sanas.

La medicina preventiva tiene como misión el cuidado de la salud de las personas en forma prospectiva, el sistema debe salir en busca del paciente y no ser el paciente quien acuda al sistema cuando lo considere necesario. Está demostrado que la “medicina del radar” no sólo es de menor calidad en cuanto a la prestación sino de un costo más elevado<sup>70</sup>.

Para desplegar una prevención activa, los ministerios de salud provinciales necesitan: a) incorporar guías de práctica clínica que incluya las medidas preventivas recomendadas para cada grupo etario, b) diseñar un formulario que sirva como registro del cumplimiento de dichas medidas (lo ideal sería hacerlo de forma electrónica, pero también se puede hacer en papel), c) implantar circuitos de información que permitan identificar la realización de las prácticas mencionadas dentro del sistema de salud, d) desarrollar alertas que actúen como disparadores de conductas proactivas por parte del sistema (es complejo de pensarlo sin la herramienta informática pero la idea sería que “alguien” pudiera hacer una especie de vigilancia ante cada contacto del paciente con el sistema de salud y verificar el cumplimiento. Lo ideal sería que el sistema pudiera detectar la no realización de determinada práctica y contactar a ese paciente para su realización).

**10. Proponer un contrato sanitario con la población.** Una instancia formal donde se asuma el compromiso de concretar protecciones sanitarias esenciales. El fin último del sistema de salud no es combatir a la enfermedad sino construir ciudadanía. Consolidar a la salud como un derecho. Pero esto requiere que la población no sólo consuma sino que también produzca salud. Involucra deberes y obligaciones. Mientras continuemos reemplazando al “ciudadano” por el “paciente” persistirán los problemas de equidad. Sólo hay efectivas protecciones sanitarias cuando tanto el Estado como el ciudadano y la comunidad saben lo que tienen que hacer y todos exigen y controlan que cada uno cumpla con su parte. Quienes más aportaron a la teoría social desde sus orígenes, pensaron al Estado como un “contrato social”. Si no lo recreamos en un “contrato sanitario”, estaremos haciendo un fetiche del Estado. Por lo tanto, el Estado se tiene que comprometer con garantizar respuestas adecuadas a la población, pero la población tiene que asumir un rol activo que no se agota en la participación comunitaria. Si no hay adhesión a los tratamientos, si no hay cambios de hábitos y estilos de vida, de nada sirve tener una sólida oferta de servicios de salud.

El contrato no sólo se firma en una oficina o repartición pública. No es un modelo de mostrador sino una acción extramuros. Es preciso que promotores de

---

<sup>70</sup> Lifschitz, Esteban (2008). “Los gritos del silencio”. *Adecra* N° 3:34-35.

salud y/o asistentes sociales recorran las casas de familia buscando promover el contrato sanitario. Avanzando desde los sectores periféricos hacia el centro. Porque el desafío que plantean los sistemas donde el ciudadano se tiene que inscribir en un registro es que tiende a haber cierto descreme. Es decir, se inscriben más quienes menos lo precisan y los más vulnerables sólo llegan con mucha dificultad a concretar su demanda.



## CAPÍTULO 4.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD?

*Según cuenta una vieja historia, un noble de la antigua China preguntó una vez a su médico, que pertenecía a una familia de sanadores ¿cuál de ellos era el mejor en el arte de curar? El médico, cuya reputación era tal que su nombre llegó a convertirse en sinónimo de “ciencia médica” en China, respondió: “Mi hermano mayor puede ver el espíritu de la enfermedad y eliminarlo antes de que cobre forma, de manera que su reputación no alcanza más allá de la puerta de su casa. El segundo de mis hermanos cura la enfermedad cuando ya es extremadamente grave, así que su nombre es conocido más allá del vecindario. “En cuanto a mí, perforo venas, receto pociones y hago masajes de piel, de manera que, de vez en cuando, mi nombre llega a oídos de los nobles”.*

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) enfrenta hoy desafíos distintos a los que encontró desde su bautismo oficial en la Declaración de Alma Ata. Por un lado, en América Latina las tres cuartas partes de la población de la región habitan en ciudades. Esto requiere reinventar el modelo de atención y las orientaciones de la promoción y la prevención. Por otro, aunque con ritmos distintos, todos los países hemos evolucionado en términos epidemiológicos. Ambos procesos, junto con otros, introdujeron un conjunto de nuevos desafíos y pueden hacer que las respuestas tradicionales resulten inadecuadas.

Por ello es necesario hacer una revisión de su significado, de los obstáculos que enfrentó y de las condiciones en que se encuentra el camino que deberá recorrer de ahora en más. Buscando contribuir a dicha revisión, en este capítulo son enunciadas un conjunto de hipótesis relacionadas con las siguientes cuestiones: ¿Qué hemos aprendido de los éxitos y fracasos de la estrategia de atención primaria? ¿Qué está aún vigente de la propuesta de Alma Ata? ¿Cuáles deberían ser los contenidos de una nueva estrategia superadora?

## ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE LOS ÉXITOS Y FRACASOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

a) Hay un conjunto identificado y comprobado de intervenciones de promoción, prevención y asistencia en salud de eficacia comprobada que permiten producir salud con equidad y a bajo costo. Contenidos como la vacunación promovida a través del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), las acciones de AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), los COE (Cuidados Obstétricos Esenciales) y todo el elenco de acciones que integran el repertorio de la APS han sido probados, revisados y mejorados. En términos económicos se puede afirmar, sin ningún temor a equivocarse, que se trata del conjunto de intervenciones que presentan la mejor relación de costo efectividad. O, dicho en otras palabras, que permiten conseguir más salud con menor dinero.

¿Sin embargo, por qué su aplicación no se expandió y se consolidó más? Hay muchas explicaciones para esto. Una primera hipótesis es que se ha priorizado extender la cobertura hacia las acciones de complejidad y hacia las innovaciones en atención médica. Es que los servicios que tienen más visibilidad y alcanzan mayor fama suelen no ser los más importantes para preservar y cuidar de la salud. Durante los últimos cincuenta años y en especial con el advenimiento de la medicina hiper-especializada, los servicios del primer nivel de atención se han convertido en el patito feo de la medicina asistencial. Testimonio de ello es que en las reformas sanitarias son muy pocos los casos en donde se la ha privilegiado. Mientras tanto, los servicios de mayor complejidad, que se dedican más a la reanimación y rehabilitación que a preservar la salud, alcanzan fama y notoriedad, son tema central de películas y series televisivas y se instalan en el imaginario social como sinónimo de salud.

b) Para que una población determinada consiga alcanzar definitivos resultados de salud es necesario que los servicios de salud derrumben sus paredes. Por un lado, que los trabajadores de la salud salgan del consultorio, salgan del quirófano, salgan de la sala de internación y se integren activamente en la comunidad ejerciendo las funciones de liderazgo, comunicación y control. Por el otro, que la gente de la comunidad ingrese a los servicios de salud, que participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y en la formulación e implementación de las acciones. Sin letra chica, sin tecnicismos, este es el verdadero significado de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y es el espíritu de la declaración de Alma Ata.

No es lo mismo la APS como estrategia que el primer nivel de atención en salud. Esta es una consigna clara y compartida por todos los que trabajan en APS. Sin embargo, no siempre se percibe que hay una disputa entre la APS y el primer nivel de atención en salud. Donde uno se expande el otro se retrae. La APS como estrategia tiende a crecer más en áreas rurales y suburbanas que

en áreas densamente pobladas. Algunas jurisdicciones han optado por trabajar con áreas programáticas de los hospitales. El saldo ha sido que los centros periféricos tienden a terminar atrofiados mientras los servicios externos del hospital de referencia incrementan su actividad. Esto, a su vez, descaracteriza el perfil de servicio del hospital de referencia que se transforma en un pulpo que despliega actividades en los tres niveles de atención.

Es por eso que la alternativa es salir del sistema médico. Desplegar acciones de base comunitaria y participativa trabajando más afuera de los consultorios que dentro de ellos. El principal fundamento de esta apertura es que la APS puede constituir un poderoso instrumento de inclusión social. Con gran parte de la población sumergida en la pobreza, el desempleo e incluso sucumbiendo ante tácticas desesperadas de supervivencia que los someten a importantes riesgos ambientales como el cirujeo y la recolección de cartones para su posterior procesamiento, no hay ningún ámbito que permita ejercer la ciudadanía en mejores condiciones de igualdad que la APS. Los derechos gremiales, hoy son casi exclusivos de la elite que tiene trabajo, la educación también se restringe a unos pocos, la atención médica especializada sólo iguala desde el sufrimiento. Pero la posibilidad de participar desde la APS en acciones para promocionar y conquistar la salud es igual para todos y genera beneficios comunes. Tanto para ricos como para pobres, para víctimas como para victimarios.

**c) Las consignas de Alma Ata subvierten en gran manera el orden instituido.** Aún hoy, su lectura y las prioridades que de ella surgen sugieren un desenlace completamente radical. Una verdadera comunidad organizada, o mejor dicho, auto-organizada, responsable de su salud, desarrollando acciones sustentables. En fin, todo un conjunto de valores que si bien en el siglo XXI han sido apropiados (y en parte resignificados) por el discurso del desarrollo humano y del capital social impulsado por agencias internacionales, hace unos veinte o treinta años podían sonar como fuertes amenazas al orden nacional e internacional instituido.

En otras palabras, hizo falta que caigan definitivamente el muro de Berlín, las amenazas del foquismo soviético o de irradiación cubana, así como toda alternativa de terceras posiciones y tercermundismo para que puedan ser presentadas nuevamente en sociedad y con cara lavada consignas como “el poder a la gente” (hoy rebautizado *empowerment*) u “organizaciones de base” (hoy bajo formas y rótulos diversos como ONGs, Organizaciones de la Sociedad Civil o aún *Grass Roots*). De la misma manera, luego de años de masacres y persecuciones aparece la noción de “capital social” y los seres humanos pasan a ser considerados valiosos.

**d) La estrategia de APS no se expandirá mientras no logremos garantizar un financiamiento sustentable.** En la puja distributiva por los recursos, la alta

complejidad siempre le ganó al primer nivel de atención. También en la misma disputa, el primer nivel de atención le ganó a la estrategia de APS. Por lo tanto, es imprescindible revisar la distribución y asignación de recursos sanitarios apuntando a equilibrar este desnivel a favor de las acciones puramente asistenciales y, dentro de estas, del segundo y tercer nivel de atención. No hemos avanzado lo suficiente en identificar mecanismos de financiación adecuados para fortalecer y consolidar la APS y esta ha detentado una participación relativamente baja en el total de recursos destinados a la salud.

Pero además de disponer de fondos, hace falta incorporar nuevos mecanismos de asignación que vinculen el financiamiento con resultados de salud. Durante los últimos años se ha conseguido avanzar bastante en la vinculación de los presupuestos de los hospitales con sus perfiles de producción. Esto permitió incorporar incentivos concretos para que los servicios se orienten hacia la atención de determinados casos. Sin embargo, en APS la innovación tendió a limitarse a la introducción de modelos de transferencia que difícilmente introducen incentivos concretos para desplegar acciones de promoción y prevención, como los esquemas capitados.

**e) Hay que pasar de una gestión centrada en procesos a una centrada en resultados.** La APS presenta oportunidades y ventajas para medir el desempeño de profesionales y servicios en términos de su contribución a la salud de la comunidad. Contando con una identificación de metas concretas, habiendo definido las acciones prioritarias y conociendo a la población a cargo, es posible medir la contribución de cada servicio y de cada profesional a la salud de la comunidad. No se trata ni de aumentar la producción ni de reducir los costos, se trata de producir más salud y distribuirla mejor. Esta medición es función del Estado, ya sea en los gobiernos locales o centrales, ya sea en los servicios públicos o privados. Pero mientras no se controle y evalúe el funcionamiento de los servicios, no se asignarán bien los recursos, no se reducirán las brechas, no se aprenderá de experiencias pasadas ni se corregirá el rumbo de las acciones.

A medida que consigamos avanzar en esta evaluación y medición nos resultará más fácil implementar y defender mecanismos de financiación adecuados. Una herramienta que podría ser más y mejor utilizada, en este sentido, son los convenios de gestión que vinculan el financiamiento (o al menos algunos incentivos) a los resultados epidemiológicos concretos.

**f) La APS constituye un poderoso instrumento de redistribución del ingreso.** Las inversiones en APS no sólo son altamente costo-efectivas sino que fundamentalmente tienen un alto impacto redistributivo. Por definición, los centros periféricos se ubican en las zonas más vulnerables. Esto es porque, aun cuando el acceso es universal, los servicios de la red de Centros de Atención Primaria de la Salud son más demandados por quienes más los necesitan, que

en la gran mayoría de los casos son los pobres. En otras palabras, hay muchos más ricos acudiendo a los servicios hospitalarios y de alta complejidad que a los Centros de Atención Primaria. En APS, más que en los demás sectores, la demanda se vincula con la necesidad y por lo tanto las inversiones públicas llegan de forma más directa a los más vulnerables.

**g) Es más viable construir la reforma de salud desde el primer nivel de atención.** Luego de mil intentos y pocos inventos, hemos aprendido que el cambio comienza desde abajo. Es más viable lograr cambios en el primer nivel de atención que en el tercero y, en particular, esos cambios tienen mayor potencial de impacto a nivel de la efectividad de las acciones sanitarias. Es más viable lograr cambiar el modelo de gestión de un centro de atención que redefinir el funcionamiento de una red o, peor aún, de todo un sistema nacional. Hoy comenzamos a entender que hacer gestión es conducir voluntades y que organización es el milagro que se logra cuando se consigue sincronizar esas voluntades atrás de un objetivo conjunto o misión. A la luz de esas definiciones resulta claro que es más viable comenzar la transformación desde el primer nivel de atención.

**h) Los servicios, centros o unidades de salud deben ser los principales responsables por la APS.** La distribución geográfica de los servicios de primer nivel no hospitalarios es mucho más equitativa que la de los servicios de mayor complejidad. Aún en los casos en que la red de servicios de APS resulte deficiente, siempre detentan una mayor accesibilidad. Por eso, en lugar de insistir en incentivar la demanda es necesario fortalecer la oferta y equiparar su infraestructura, equipamiento y personal para favorecer una distribución cada vez más equitativa de la red. Pero esto debe ser en función de la población que acude (o que debería acudir) a los servicios. No alcanza con georeferenciar los servicios del primer nivel, es indispensable adscribir la población a ellos incorporando una lógica de responsabilidad nominada. No se trata simplemente de establecer una "puerta de entrada", hace falta que el servicio (centro, puesto, unidad) y sus profesionales se conviertan en principales responsables por la salud de la población que tienen a su cargo. Que cuiden de la salud y controlen la enfermedad, que deriven cuando tengan que hacerlo (incluso hasta tramitando desde el mismo servicio los turnos para estudios y consultas a especialistas, cuando sea necesario). Que sean evaluados por los logros obtenidos en términos de la salud de su población a cargo e incluso hasta que sean financiados en función de ellos.

Pero además, las acciones de salud colectiva deben tener a estos servicios como sus principales referentes. Los programas verticales deben buscar la máxima articulación con la red de servicios de APS. Hemos cometido el error de inventar engendros flexnerianos como los servicios primarios de salud ambiental,



de discapacidad y otros centros específicos de cada programa. La promoción y prevención puede ser pensada y desplegada más allá de los servicios de APS, pero cualquier estructura que no los asuma como protagonistas será ortopédica, probablemente provoque rechazos y difícilmente se hará sustentable.

**i) Es imprescindible garantizar la calidad homogénea de las prestaciones.** Para generar inclusión precisamos desplegar una visión y acciones desde el conjunto de la sociedad, superando sectarismos y respuestas focales. Esto requiere avanzar no sólo hacia la garantía de estándares mínimos de protección social sino también, garantizar la calidad homogénea de los cuidados y prestaciones de salud.

Toda protección que diferencia a la población es excluyente o involucra retrocesos en la construcción de la equidad. La única discriminación aceptable puede ser la que descansa en las necesidades de atención que las personas tienen. Por eso hay una gran diferencia ética entre los seguros de salud que sólo protegen a algunos y un Estado de Bienestar que garantiza protecciones de la misma calidad para todos. Los seguros de salud han estado más preocupados por asegurar mercados que por generar salud. Mientras exista discriminación entre asegurados y no asegurados habrá exclusión en salud. Tendremos pobres cuidados para personas pobres por un lado, junto a un amplio espectro de cuidados de diferentes calidades para los demás. En síntesis, las respuestas en salud no harán más que agravar las injustas diferencias que crea el mercado.

No es posible garantizar “todo para todos”. Pero resultará más efectivo garantizar algunos cuidados de calidad homogénea y aceptable para todos que insistir en proveer cuidados amplios de calidad heterogénea sólo para algunos. Promover la inclusión en salud requiere impulsar programas para combatir enfermedades o resolver problemas de salud pública pero no canastas o paquetes de servicios para pobres. No se trata de un criterio de racionamiento de las prestaciones sino de su jerarquización. En otras palabras, no se trata de recortar la cobertura a pocas prestaciones sino de consolidar la calidad y la adecuación de la respuesta comenzando por aquellas que resultan esenciales por su alto impacto epidemiológico y porque hay suficiente evidencia acumulada al respecto de cómo deben ser tratadas. Para jerarquizar en verdad las acciones hará falta traducir las prioridades sanitarias en hechos concretos. Un gobierno nacional, provincial o municipal puede predicar que su prioridad es la APS sin hacer nada para modificar el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud.

**j) Construir la estrategia de APS es un desafío de articulación.** Durante la segunda mitad del siglo XX, la APS obtuvo grandes conquistas. Sin embargo, la naturaleza de los desafíos de salud ha cambiado. Se operaba entonces sobre las denominadas “áreas blandas” de políticas (aquellas en las cuales los esfuerzos e inversiones presentaban rendimientos crecientes a escala) y los

esfuerzos eran centrados en la población rural. Ahora, que las tres cuartas partes de la población latinoamericana vive en ciudades y que hemos avanzado en nuestra transición epidemiológica resulta más difícil lograr proezas equivalentes a las de nuestros héroes sanitarios. Es que en las grandes ciudades las metas blandas de las políticas de salud ya fueron alcanzadas. Hoy los problemas prevalentes son las causas externas, las enfermedades mentales y los tumores (incluso por encima de las afecciones cardíacas).

En otras palabras, aquellos simples esquemas de intervención ya no detentan el mismo poder sanitario. Por ejemplo, desplegar una estrategia de agentes sanitarios en grandes ciudades registraría un impacto relativamente menor que en suburbios y áreas rurales a no ser que se los conciba como consejeros familiares, guardianes del tránsito, agentes de seguridad o incluso promotores del uso racional de medicamentos.

Hoy sabemos que para fortalecer la estrategia de APS no es necesario (ni probablemente tampoco conveniente) crear una secretaría, una dirección, ni siquiera un programa nuevo. Es más importante articular los esfuerzos y sincronizar los recursos existentes. A nivel de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales, existen múltiples acciones del primer nivel de atención. Además, las organizaciones de la sociedad civil contribuyen a la salud de la población y están dispuestas a reforzar su compromiso. Lo que hace falta es coordinar dichos esfuerzos a través de una estrategia integradora y convocante.

Hacia el interior de las jurisdicciones correspondientes es recomendable que la iniciativa se organice a través de una estructura matricial, estableciendo líneas de cooperación entre los diferentes programas y unidades existentes.

La cooperación intergubernamental puede valerse de herramientas como la carta compromiso. Es decir, que cuando el gobierno nacional consiga identificar y articular todos los recursos humanos, tecnológicos y financieros de que dispone para fortalecer integralmente la APS, las presente a cada jurisdicción subnacional. En un taller conjunto, los grupos de trabajo podrán especificar acciones a seguir y fundamentalmente formular metas a ser alcanzadas. Si se logra el consenso el programa resultante puede ser instituido a través de un documento público donde las autoridades de ambas jurisdicciones asumen un compromiso mutuo.

Esta convocatoria debe proponer una organización en red hacia la sociedad. Esto significa abrir progresivamente canales de comunicación y participación y favorecer la incorporación de nuevos nodos, nuevos agentes, efectores, voluntarios que, con roles bien definidos, puedan contribuir a la estrategia.

Cabe a los gobiernos la responsabilidad de garantizar la factibilidad y la consistencia sanitaria de la estrategia. Sin embargo, la sostenibilidad de la política y la garantía de su continuidad en el tiempo, supera las atribuciones de cualquier autoridad sanitaria. No es el gobierno sino la sociedad civil quién instituye una línea de acción como política de Estado.

## ¿QUÉ ESTÁ AÚN VIGENTE DE LA PROPUESTA DE ALMA ATA?

Todas las premisas de la Conferencia de Alma Ata de 1978 están vigentes. Nociones como la de asumir que la conquista de salud exige de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud, son cada vez más fundamentales. El involucrar al ciudadano como co-responsable de producir su salud es tal vez, la más poderosa invención sanitaria desde los tiempos de Galeno en adelante.

Sin embargo, la más valiosa de las contribuciones de Alma Ata es consolidar la noción de salud como derecho. Producir salud es construir ciudadanía. Aunque muchas de las constituciones nacionales asumieron esta premisa, falta mucho aún para concretarla. Es decir, declaman que la salud es un derecho de la población pero los servicios han sido desplegados de forma muy fragmentada. Esto no sólo configuró subsistemas de protección de la salud muy diferentes sino fundamentalmente una profunda inequidad en la entrega de servicios. Las brechas en el acceso, el financiamiento y los resultados de salud entre ricos y pobres se han mantenido o incluso se han agravado.

Desde Alma Ata hasta hoy, la salud de las personas ha mejorado. Pero ha mejorado más la de los ricos que la de los pobres y la de las regiones desarrolladas que la de las regiones en desarrollo. En otras palabras, la salud se concentra aún más que el capital. En el particular caso de América Latina, la situación sanitaria ha mejorado, la distancia entre la esperanza de vida de ricos y pobres no sólo se ha incrementado sino que lo ha hecho a tasas mayores que en los demás continentes. Esto podría indicar que el objetivo no debiera ser tanto alcanzar los estándares sanitarios de los países ricos cuanto conquistar una mejor distribución de la salud que consigamos producir.

Por un lado, el problema no es sólo cuánto se gasta sino de dónde provienen los recursos. En los países que registraban (y en algunos casos aún registran) niveles de gasto sanitario muy bajos, se logró un incremento de los recursos. Sin embargo, el gasto de las familias (que se caracteriza por ser más regresivo y menos efectivo) ha crecido más que el gasto público.

Por otro lado, dentro del gasto público ha crecido la participación de los créditos externos. Durante los últimos veinte años, todos los países de la región emprendieron reformas en sus sistemas de salud. Mejorar la equidad era uno de sus objetivos. Sin embargo, tras más de 100 programas de reforma que expandieron en unos U\$s 10 mil millones la deuda externa de los países, falta mucho para lograr los resultados esperados.

La epidemia de reformas que afectó a los sistemas de salud de la región, dejó puntos sin resolver. Entre ellos, no sólo no avanzó lo suficiente hacia la equidad sino que dejó de lado el combate a la enfermedad. Así, enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes. Entre las primeras se encuentra la malaria que duplicó la cantidad de casos (pasando de 527 mil en 1990 a más de un millón en 1999) e incluso el Chagas, enfermedad que sólo existe en el continente americano (tal vez por eso no ha sido considerada entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio) y aún afecta a 16 millones de personas causando 50 mil muertes anuales.

En segundo lugar, reemergieron enfermedades como la tuberculosis cuya tasa pasó de 196 a 221 por cada 100 mil habitantes en el mismo período. Y a esto se suman nuevos flagelos como el SIDA que a mediados de la década pasada ya afectaba a 1,8 millones de latinoamericanos.

La necesidad de preguntarnos respecto a cómo se debe producir salud ha sido replanteada por dos teorías económicas del crecimiento que hoy detentan mucho protagonismo. Por un lado la del Capital Humano y por otra, la de la equidad como condición del desarrollo.

Según la primera, que valiera el Premio Nobel de Economía a Theodore Schultz en 1973, al acumular capital humano, a través de inversiones en sectores como salud y educación, los países avanzan en productividad y hacen más sustentable su crecimiento. Pero al iniciar el tercer milenio, las condiciones macroeconómicas en nuestra región quedaron muy debilitadas, reduciendo los niveles de ingreso de la población, aumentando el desempleo y la informalidad y dificultando el acceso a los servicios de salud por la vía del seguro social. En este sentido, muchos países sufren presiones para revertir las recetas reformistas y aumentar el gasto público sectorial.

Por otro lado, hay consenso en que el mayor desafío sanitario de la región es lograr la equidad. Dos décadas de reformas no permitieron avanzar en ese sentido. Y por la prédica, entre otros, de Amartya Sen, premiado con el Nobel de Economía en 1998, se asume que sin equidad resultará más difícil lograr un crecimiento sostenido.

El dilema es entonces si la prioridad es producir más salud o apuntar a una mejor distribución de las condiciones y resultados de salud dentro de nuestra población. Contrariando al pensamiento que fuera hegemónico en los 90, se recupera hoy la propuesta de la universalidad de las políticas y acciones, tanto como fin en sí mismo, cuanto como medio para alcanzar la equidad. En ese sentido, Europa continúa siendo un referente. Sus naciones, con sistemas de protección

universales, detentan no sólo mejores resultados de salud, sino también una distribución más uniforme de la salud entre los diferentes grupos sociales.

Sin embargo, las condiciones que se dieron en el viejo continente para la construcción del Estado de Bienestar durante la posguerra no son comparables al contexto actual de los países en desarrollo. Aquí (y ahora) las restricciones fiscales son grandes, los condicionamientos externos persisten y el nivel de las desigualdades sociales a combatir es muy superior.

En conclusión, casi treinta años después de Alma Ata, por un lado se hace más importante profundizar la noción de APS y ciudadanía, y por otro lado, hay una resignificación de la estrategia formulada en términos económicos ya que la APS es la forma más costo-efectiva y a la vez, la más equitativa para producir salud.

Por lo tanto, la estrategia renueva hoy su misión de ser ciudadana, universal y equitativa. Incuestionablemente la APS se debe definir como la salud que todos deben tener. El conjunto articulado de acciones, cuidados y servicios que debe ser garantizado para todos los ciudadanos en todas las regiones.

## ¿CUÁLES DEBERÍAN SER LOS CONTENIDOS DE UNA NUEVA ESTRATEGIA SUPERADORA?

En esta última sección se sintetizan algunas de las propuestas que se enunciaron en el análisis anterior. El propósito es lograr una APS universal y efectiva. Esto requiere la cobertura universal de aquellos beneficios imprescindibles con calidad homogénea y adecuada, fundamentalmente, otorgados con base en los principios de ciudadanía.

**1. Establecer prioridades y recuperar las funciones olvidadas de la programación de políticas y servicios, promoviendo el logro de metas epidemiológicas concretas para la población del país.** Esto significa no sólo recuperar las políticas de salud centradas en objetivos concretos sino también incorporar modelos de gestión orientados a resultados de salud. En ese sentido cabe destacar la contribución que representó la proclamación por las Naciones Unidas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aún cuando para algunos países de América Latina puedan no resultar representativos de sus prioridades sanitarias.

**2. El universalismo debe ser considerado como un fin y la focalización como un medio.** Lograr el carácter universal del derecho a la salud es un fin, hoy preocupado fundamentalmente con concretar el acceso, pero mañana con garantizar resultados de salud. La focalización puede constituir una herramienta para priorizar el uso de recursos disponibles hacia poblaciones e intervenciones

permitiendo alcanzar resultados más rápidamente. Pero el objetivo es construir esquemas de protección igualitarios y universales. En ese sentido, es imprescindible percibir que hay múltiples formas disponibles de focalización y no se restringe sólo a considerar a los ingresos del beneficiario como un criterio de corte.

**3. La APS constituye una estrategia para avanzar de forma progresiva en la conformación de un modelo de atención único.** No se trata necesariamente de establecer un único sistema, pero sí de comenzar a resolver una excesiva fragmentación en subsistemas desarticulados. Sin embargo, la propuesta es diferente a la noción de los 90, que priorizaba iniciar la reforma a través del modelo de financiación. Partir de la noción de salud como derecho implica que, ante las mismas necesidades, los ciudadanos reciban tratamientos equivalentes en calidad y resolutivez, independientemente de cuál es su condición social y económica e incluso su esquema de cobertura.

**4. La APS necesita combatir las diferencias en la calidad de las respuestas.** La propuesta hace su eje en el modelo de atención definiendo no sólo los problemas de salud pública priorizados sino el modelo de división del trabajo médico para lograr una adecuada respuesta. Mientras el modelo reformista proponía “canastas de prestaciones”, proponemos ahora “garantizar, para toda la población, que se implementará la respuesta adecuada frente determinados desafíos de salud que han sido jerarquizados. Esos desafíos deben ser objeto de intervenciones equivalentes en los diferentes subsistemas (público, privado y de seguros sociales). Es decir, no sólo hace falta cubrir prestaciones, hace falta desplegar auténticos programas de cuidados médicos apoyados en protocolos de promoción, diagnóstico y tratamiento según nivel de atención. En otras palabras, no se trata más de satisfacer demandas, sino de resolver necesidades de salud pública. Esto admite dos posibilidades, o se garantiza una respuesta universal desde los servicios públicos, o se garantiza un pluralismo estructurado sobre el modelo de atención. La primera opción involucra políticas de fortalecimiento de la oferta invirtiendo la lógica del modelo reformista que estaba centrado en la demanda. Una ventaja de esta opción es que si en la utilización de los servicios públicos se involucra no sólo a los sectores de ingresos bajos sino también a los sectores medios, se generará una sinergia en la consolidación de la calidad de las prestaciones. De esta forma se conseguirá superar la tendencia a la precarización de los servicios para pobres. La segunda opción supone que se podrá garantizar la respuesta adecuada frente a las patologías priorizadas desde todos los subsistemas de salud. Por lo tanto, el Estado, además de brindar directamente servicios a la población que no cuenta con seguros, deberá fortalecer la regulación de los seguros de salud. Estos últimos ya sean esquemas mutuales o empresas privadas, no sólo deberían garantizar acceso de sus usuarios a un listado de servicios prestadores de

salud sobre una canasta de prestaciones delimitada, ahora pasarían a ser responsables por desplegar programas explícitos de cuidados, según protocolos de atención definidos, siendo evaluados en términos de metas prestacionales y epidemiológicas.

**5. La APS requiere la revisión de la descentralización y una reorganización progresiva de la división gubernamental de las responsabilidades en salud.** No puede permitirse que haya diferentes modelos de APS al interior de un mismo país. Si bien la estrategia de implementación debe ser gradual y puede avanzar más rápido en un lugar que en otro, no se puede aceptar que existan departamentos, estados o provincias con más derechos que otros. La lógica de “proyectos” y “experiencias piloto” junto con procesos descentralizadores incompletos han tendido a acentuar las diferencias regionales en el acceso a bienes y servicios y también han deteriorado la equidad en la financiación y los resultados sociales. Por estos motivos, las respuestas deben ser uniformes para toda la población del país.

**6. La APS precisa impulsar programas para resolver problemas de salud pública priorizados o combatir enfermedades, pero no canastas o paquetes de servicios para pobres.** Entre las medidas reformistas más promovidas se destaca la adopción de esquemas de contención que llevaron a algunos países a delimitar paquetes básicos de unas pocas intervenciones, la mayoría de las cuales son de salud pública o son concebidas exclusivamente como bienes públicos. Si por un lado, esto involucra un esfuerzo por racionalizar inversiones, también puede haber funcionado como una justificativa para operar la retirada del Estado de las funciones esenciales en salud pública. Los países de América Latina pueden y deben garantizar mucho más que unas pocas prestaciones. Atención primaria no es “atención precaria”. Por eso, la propuesta consiste en garantizar una respuesta de calidad homogénea para un conjunto de patologías priorizadas.

No se trata de un criterio de racionamiento de las prestaciones sino de su jerarquización. En otras palabras, no se trata de recortar la cobertura a pocas prestaciones sino de consolidar la calidad y la adecuación de la respuesta comenzando por aquellas que resultan esenciales por su alto impacto epidemiológico y porque hay suficiente evidencia acumulada al respecto de cómo deben ser tratadas.

**7. La APS debe ser gratuita para la población.** No se trata ni de recuperar costos ni de crear mercados de prestaciones, sino de garantizar respuestas adecuadas frente a amenazas a la salud. La provisión del conjunto de bienes y servicios que involucre la APS en cada país debe ser extremadamente regulada. De esta forma, aún sin recurrir a la provisión monopólica se desarrollarán

monopsonios de dichas provisiones por parte del Estado. Este será quien fijará cuotas de servicios y habilitará oferentes en función de las necesidades de la población. En otros términos, en algunos casos puede ser preciso desmercantilizar la provisión de las prestaciones básicas para garantizar una provisión eficiente, eficaz y efectiva de las mismas.





## CAPÍTULO 5.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE GESTIÓN DE HOSPITALES?

*Se engañan quienes en su crítica al hospital público pretenden darle una lógica de empresa en sí, como forma de aumentar su efectividad y eficiencia. Con frecuencia se obtienen así resultados financieros, pero se termina olvidando la misión y erosionando su credibilidad social.*

Peter Drucker

Este capítulo asume como objetivo identificar los principales desafíos que enfrentará la gestión hospitalaria en América Latina durante los próximos años. Para ello, se revisa parte de la literatura internacional reciente sobre el tema buscando identificar tendencias. Las mismas son enunciadas como desafíos que son clasificados a partir de un esquema que distingue tres diferentes componentes de las decisiones propias de la gestión sanitaria: una política (el modelo de gestión), una económica (el modelo de financiación) y una médica (el modelo de atención o asistencial). La distinción es funcional ya que se postula que hay un potencial innovador en los modelos de atención que puede contribuir a una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los hospitales e incluso de los sistemas de salud. Sin embargo, el desarrollo de modelos de financiación ha resultado limitado y, al menos en América Latina, resta aún mucho por hacer en términos de modelos de gestión.

Por este motivo, se postulan cinco dilemas que deberán enfrentar los gestores hospitalarios. Ellos son: 1) buscar crecer en escala o en resolutividad, 2) orientarse hacia beneficiarios que mantienen fidelidad al servicio y profesional que les brinda respuesta médica, o hacia consumidores que asumen decisiones crecientes respecto a sus cuidados médicos, 3) buscar la integración vertical hacia arriba o hacia abajo, 4) inclinar su estructura a una burocracia profesional o incorporar la forma divisionaria, configurando cada servicio como una gerencia de negocios y 5) privilegiar un modelo en el cual las decisiones son muy orientadas por la misión, o responder más a las demandas internas de los médicos que conforman el *staff* del hospital.

## ¿Qué es un hospital?

Los hospitales modernos son organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquiera otra. Desde un punto de vista sanitario, se los puede caracterizar como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población. Atienden pacientes de diversas extracciones sociales que acuden por diversos motivos o patologías. Desde un punto de vista organizativo son plantas multiproducto, pero al mismo tiempo proveen servicios a personas. Además, desde un punto de vista económico también presentan rasgos distintivos como el requerir un uso intensivo tanto de capital humano, como tecnológico y financiero.

Puede entenderse a un hospital como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: A) uno político, al que llamamos modelo de gestión, B) uno económico, al que llamamos modelo de financiación, C) uno técnico, al que llamamos modelo de atención o modelo asistencial<sup>71</sup>.

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, qué valores las guían, quién las toma y cómo las toma. Las prioridades de un hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. De forma similar, las prioridades de un hospital de baja complejidad no son idénticas a las de otro de alta complejidad. Existen factores que los diferencian, principalmente tecnológicos -en el segundo caso- y requisitos legales y contables -en el primero- pero por sobre todo hay una lógica superior que orienta las mayores acciones y decisiones. Un criterio de lo que la organización "debe ser".

La problemática del financiamiento hospitalario puede ser caracterizada a través de tres interrogantes: a) ¿Cuánto debe gastarse en atención hospitalaria? b) ¿De dónde deben provenir los recursos? c) ¿Cómo asignar los recursos?

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar la respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población.

**¿Qué prestaciones brindar?** Aún cuando pueda haber criterios políticos e incluso económicos que orienten la oferta de servicios, cuando la misión está vinculada con producir salud la definición de las prestaciones a ser brindadas no deja de ser médico-sanitaria.

**¿Cómo prestar?** Se trata de definir ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios? En el sentido de los niveles de complejidad o adecuación de calidad de los servicios. ¿Con cuáles criterios o padrones deben operar? La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insubstituible.

---

<sup>71</sup> Tobar, Federico (2000). "Herramientas para análisis del sector salud". *Medicina y Sociedad volumen 23 número 2:84-99. Septiembre.2000*

**¿Dónde prestar?** De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?

Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar el hospital y sus funciones ya que a menudo se corre el riesgo de reducir la discusión sólo a una de esas dimensiones.

### **¿Se extinguirán los hospitales?**

En un discurso al inaugurar un gran policlínico, nuestro primer ministro de salud, Ramón Carrillo, auguraba que algún día en lugar de festejar por construir un nuevo hospital, lo haremos al clausurarlo debido a que ya no lo necesitaremos. Aunque se trata de un vaticinio inspirador, todavía estamos muy lejos de prescindir de los hospitales. Podemos encontrar evidencia empírica de la vigencia de los hospitales al analizar la evolución de la tasa de internación, vemos que prácticamente no ha cambiado y aunque parece caer lentamente, ocurre lo contrario con el tiempo medio de permanencia.

En los países más avanzados el tiempo medio de permanencia es mayor. Esto se debe a que la población está más envejecida, ya que junto a la transición epidemiológica se registra la transición demográfica, y las patologías crónicas en población anciana tienden a requerir intervenciones que involucran largos períodos de hospitalización. En otros términos, disminuye el giro cama pero no la ocupación.

Otra razón por la cual los hospitales siguen vigentes es que los médicos los tienden a considerar el mejor lugar para trabajar y formarse. Esto se debe a que la logística y los servicios intermedios que brindan apoyo facilitan el diagnóstico y el tratamiento en tiempo y forma. Analizando la situación en Estados Unidos, Grote y colaboradores concluyen que los hospitales son los principales formadores de recursos profesionales en salud y, además, son proveedores de prestigio profesional para sus miembros<sup>72</sup>. De forma similar, para el caso europeo, Recasens y Juárez afirman que “dentro de 10-15 años, los hospitales continuarán siendo el centro del sistema sanitario, pero estarán en continua transformación”<sup>73</sup>.

### **¿Qué harán los hospitales?**

Aunque la especie hospitalaria no parece amenazada de extinción, para adap-

---

<sup>72</sup> Grote, K; Levine, E & Mango, P.D. (2006). “US hospitals for the 21st century”. McKinsey Quarterly, august.

<sup>73</sup> Recasens Mateu Huguet & Juárez, Raimón Belenes (2004). “El hospital Moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro”. En: Oteo, Luis Angel. *Gestión clínica: Gobierno Clínico*. Madrid. Díaz de Santos. Pp 233.

tarse a los nuevos ambientes los hospitales se verán obligados a reconvertirse. Es decir, es muy probable que los hospitales deban hacer cosas diferentes a las que hacen ahora. Básicamente por dos motivos. En primer lugar, por los cambios en la demanda. Porque evolucionan tanto los perfiles de morbilidad como las pautas de consumo y utilización de servicios. En segundo lugar, la oferta también cambia movida por dos grandes motores: la innovación tecnológica y la competencia.

A continuación se exponen algunas tendencias en la gestión hospitalaria identificadas a partir de la literatura especializada<sup>74, 75, 76, 77, 78</sup>. Siguiendo el esquema explicativo antes presentado, se ha agrupado estas tendencias según correspondan al modelo de gestión, atención o financiación.

### Cuadro 2. Tendencias en la gestión hospitalaria según lógica de decisión

<b>Modelo de gestión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformidad organizativa</li> <li>- Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.</li> <li>- Equiparación de las expectativas.</li> <li>- Tercerización de los servicios intermedios</li> <li>- Gestión empresarial</li> </ul>
<b>Modelo de financiación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiación de la demanda</li> <li>- Diversificación de fuentes</li> </ul>
<b>Modelo de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hegemonía del modelo científico</li> <li>- Cambios en el perfil de la demanda</li> <li>- Especialización y diversificación</li> <li>- Racionalizar las actividades especializadas</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

<sup>74</sup> DHA& Public Space (2002). "Hospitals in the year 2010. An exploration of future hospital care in 10 countries. Dutch hospital Association with Public Space". Cuadernos de Investigación de EADA, 2002

<sup>75</sup> Sheldon T; Furgison, B& Posnet, J (1997). *Concentration and Choice in the provisión of hospital services*. York. Centre for Reviews and Dissemination, Universty of York, 1997.

<sup>76</sup> Jolly, D & Gerbaud, Y (1995). "Tomorrow Hospital". SHS Working Paper nº 5. World Health Organization. 1995.

<sup>77</sup> Studin, Ira (2000). *Strategic Healthcare Management*. Nueva York. Irwing Professional Publishing. 2000

<sup>78</sup> Recasens et al, 2004. *Op. Cit.*

## Para el modelo de gestión

- **Uniformidad organizativa.** A pesar de las diferentes configuraciones locales, el hospital como institución tiende a seguir una trayectoria secular y universal. El resultado es que los hospitales cada vez se parecen más en todo el mundo<sup>79</sup>. Esto es consecuencia de la aproximación sucesiva de: a) los perfiles epidemiológicos, b) la globalización cultural y la difusión de las tecnologías médicas y administrativas pero, además las reformas de salud son iguales aún cuando los sistemas y servicios sean diferentes. Los organismos multilaterales de crédito replican sus políticas y esto también hace que los servicios tiendan a converger hacia modelos cada vez más parecidos.

- **Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.** Un estudio reciente sobre la carga global de enfermedad que contó con más de cien colaboradores alrededor del mundo concluía que la denominada “transición epidemiológica” se encuentra muy avanzada y la morbilidad y mortalidad de los países tienden a converger, se acentúan las diferencias hacia el interior de cada país y aumentan las brechas entre ricos y pobres<sup>80</sup>.

- **Equiparación de las expectativas.** Además de las condiciones de salud de la población también tienden a homogeneizarse las expectativas que las personas tienen en relación a qué tipos de servicios deben recibir y de qué forma. La extensión de los medios masivos de comunicación junto a la rápida divulgación que estos hacen de los descubrimientos e innovaciones médicas contribuyen en gran medida a esta globalización de las expectativas. Grote y colaboradores destacan que la tendencia más relevante para los hospitales del siglo XXI es que los usuarios reclamarán cada vez más valor de las prestaciones que reciban<sup>81</sup>.

- **Tercerización de los servicios intermedios.** Este proceso ha comenzado en servicios como lavandería, alimentación y seguridad. Pero, ahora se registra una tendencia a que procedimientos corrientes de diagnóstico tales se realicen fuera del hospital, a menor costo, más rápidamente, sin tiempo de espera. Estos cambios requieren ser acompañados por una evaluación constante y una optimización de la calidad de la atención.

- **Gestión empresarial.** Hay diversos motivos por los cuales los hospitales ne-

---

<sup>79</sup> Pina Ribeiro, Herval (1993). *O Hospital: História e Crise*. São Paulo. Cortéz Editora. 1993. Pp 31

<sup>80</sup> Murray, C.J.L & Lopez, A.D (1996). *The global burden of disease*. Boston. Harvard School of Public Health -WHO- World Bank. 1996.

<sup>81</sup> Grote et al.(2006). *Op Cit*.

cesitarán orientarse hacia la gestión empresarial. Por un lado, tenderán a trabajar con más de un financiador. Por otro lado, se incrementarán las presiones para obtener mayores niveles de productividad y eficiencia. Además, los modelos de contratación y pago por los servicios serán muy diversos y su evaluación exigirá a la dirección disponer de informaciones adecuadas tales como el costo de producción de cada servicio.

### Para el modelo de financiación

- **Financiación de la demanda.** En muchos países se ha innovado en las formas de asignación de recursos a los hospitales buscando mayor flexibilidad, así como incentivando la productividad y la eficiencia<sup>82</sup>. Con frecuencia se ha tendido a buscar modelos en los cuales “el dinero siga al paciente”. Se trata de pagar por lo que la institución hace, por los servicios que presta, en lugar de financiar al hospital para estar disponible para atender. En los hospitales públicos se manifiesta como más probable la extensión del uso de compromisos o contratos de gestión, una modalidad más flexible que, en rigor no implica financiar la demanda sino modificar el financiamiento de la oferta vinculando la asignación de recursos al cumplimiento de metas asistenciales y de gestión.

La búsqueda de mecanismos que permitan un mayor y un mejor control del presupuesto asignado a los servicios de salud está asociada a presiones para mejorar la eficiencia del gasto y legitimar las acciones del Estado. Como afirma Bohigas, “mientras el hospital era benéfico, sólo respondía ante la iglesia, cuando el hospital se transforma en científico responde ante la ciencia médica, en la situación actual la sociedad empieza a pedir al hospital que demuestre objetivamente que vale la pena gastar en él los recursos que actualmente se desembolsan. El hospital moderno debe ser eficiente y debe demostrarlo”<sup>83</sup>.

- **Diversificación de fuentes.** Para sobrevivir los hospitales requieren hoy, y lo harán aún más en el futuro, proveer servicios para un público amplio, cubierto por diferentes esquemas de protección, que emplearán también diversos modelos de contratación y pago. Incluso, es hoy muy difícil que un hospital se pueda dar el lujo de mantener precios únicos por sus prestaciones. Esto es válido incluso para los hospitales públicos, ya que se extienden mecanismos de financiación de la demanda y se avanza hacia sistemas de seguros públicos, de modo que es posible que los servicios que hoy se mantienen dentro de un esquema de presupuesto

---

<sup>82</sup> Barnum, H; Kutzin, J; Saxenian, H. (1995). *Incentives an provider payment methods*. HROWP 51, March.

<sup>83</sup> Bohigas, Lluís Santasusagna (1987): *Control de Gestión en el hospital*. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian. 1987. Pp.31

fijo pasen a tener parte de sus ingresos vinculados a la atención de un grupo de pacientes cubierto por seguros públicos y otro por seguros sociales y/o privados.

Otra tendencia incipiente en lo que respecta a la diversificación de fuentes la constituye aquello que ha sido denominado "turismo médico". Se trata del viaje de pacientes de un país para recibir servicios hospitalarios en otro. Hasta hace poco tiempo, el flujo internacional de turismo médico provenía desde los países en desarrollo hacia los países desarrollados, en particular a los EEUU. En la actualidad el surgimiento de servicios médicos de excelencia en los países en desarrollo a costos notablemente inferiores a los de los países ricos ha revertido el sentido de ese flujo. Se ha estimado que el giro del turismo médico en el mundo ascendió a U\$s 60 mil millones en 2006 y llegará a 100 mil millones en 2012<sup>84</sup>. Las agencias de turismo comienzan a desarrollar servicios en este nuevo rubro. Pero de forma creciente se hará imprescindible disponer de esquemas de acreditación y evaluación de calidad que respondan a parámetros estandarizados e internacionales como los de la Joint Commission y los de la International Standards Organization. Aunque en la actualidad la financiación de estas prestaciones proviene directamente del bolsillo de los pacientes, algunos aseguradores los reconocen para reembolsos y puede esperarse que en el futuro las empresas aseguradoras de los países ricos sean quienes contraten y paguen por una parte de estas prestaciones.

### Para el modelo de atención

- **Hegemonía del modelo científico.** El conocimiento médico conquista progresivamente la hegemonía en la conducción del hospital moderno. Incluso, se lo pasa a denominar "hospital científico"<sup>85</sup>. A medida que la profesión médica adquiere peso dentro de la institución, esta va incorporando nuevas funciones menos relacionadas con lo asistencial y más con lo académico, tales como la formación de recursos profesionales y la investigación. Incluso es frecuente en América Latina encontrar hospitales que tienen sus propias publicaciones médicas. La vinculación entre el papel cada vez más protagónico de las funciones de investigación y docencia, se retroalimentará con la escalada tecnológica<sup>86</sup>.

- **Cambios en el perfil de la demanda.** Por causa de transformaciones demográficas y de las mismas conquistas sanitarias, los hospitales deberán brindar un menú de servicios diferente del tradicional. Entre los factores demográficos se puede citar la progresiva disminución del índice de natalidad, el envejecimiento de

---

<sup>84</sup> Herrick, (2007). , Devon. "Medical Tourism: Global Competition in Health Care". NCPA Policy Report N° 304. November. 2007.

<sup>85</sup> Bohigas (1987) Op.Cit.

<sup>86</sup> Recasens et al (2004). Op.Cit. Página 233.



la población así como las migraciones internas y externas. Con relación a la morbilidad se están registrando cambios importantes; por un lado, puede esperarse que, al menos en los países desarrollados, la incidencia de los accidentes y de enfermedades cardiovasculares se estanque o retraiga. Por otro, en casi todos los países tiende a registrarse una aparición cada vez más tardía de las enfermedades de la vejez. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la reducción del cáncer<sup>87</sup>. Además, es muy probable que aumenten las enfermedades virales junto a sus consecuencias a mediano y largo plazo. Por otro lado, la demanda comenzará a responder a nuevas necesidades como la procreación artificial y transplantes de órganos.

- **Las actividades hospitalarias se especializarán y diversificarán cada vez más.** En medicina permanentemente surgen nuevas especialidades a partir de la fragmentación de disciplinas. Además, los especialistas esperan que las tareas tradicionales del hospital, principalmente las curativas, se extiendan hacia determinados aspectos de la prevención e información. Se contempla que en los próximos treinta años, el progreso en biología molecular e ingeniería genética transformará la prevención, la cual se basará en la evaluación de los factores de riesgo y en un enfoque predictivo genuino<sup>88</sup>. Sin embargo, aunque el estado del conocimiento médico permitiría avanzar progresivamente hacia modelos de atención más integrales que privilegien la prevención, hasta ahora el desarrollo de modelos de financiación viene actuando como un freno para ello. Es muy difícil (aunque no imposible) que los modelos orientados hacia la financiación de la demanda generen incentivos a los cuidados integrales y las prácticas preventivas.

Como lo han postulado primero Shortells<sup>89</sup> para Estados Unidos y luego Oteo<sup>90</sup> para España, el hospital deberá reinventarse varias veces durante su vida útil. Los servicios y dentro de ellos las áreas de especialidad de mayor relevancia podrán variar cada cinco o diez años. El perfil de los casos atendidos se alterará y la forma de atenderlos también. Esto se hará manifiesto a través de la casuística de los egresos o *Case Mix* del hospital. Las decisiones relativas a inversiones en equipamiento, así como la capacitación del personal deberán apoyarse sobre hipótesis de cómo esta evolución puede llegar a manifestarse. Como ilustra el aforismo del epígrafe de este artículo, “para decidir qué puerta abrir es necesario primero saber a dónde se quiere ir”.

- **Será necesario racionalizar las actividades especializadas.** La hospitalización tradicional está cambiando debido a la expansión de: a) la prevención genuina,

---

<sup>87</sup> Jolly & Gerbaud, (1995). *Op. Cit*

<sup>88</sup> Jolly & Gerbaud, (1995). *Op. Cit*

<sup>89</sup> Shortells, S (1995). “Reinventing the americans hospitals”. *Mrbank Quaterly*, 73:131-60. 1995

<sup>90</sup> Oteo, Luis Angel (2004). *Gestión clínica: Gobierno Clínico. Madrid. Diaz de Santos.2004.*

b) la creciente efectividad de los medicamentos y c) alternativas de atención menos costosas como la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria. Es probable que en el futuro una especialidad sea definida como una serie cohesiva de habilidades, recursos humanos y tecnológicos que, de ser necesario, puede recurrir a centros con camas y comidas cercanos -en términos de acceso y tiempo- a los centros técnicos, y lo suficientemente flexible como para permitir frecuentes reagrupaciones<sup>91</sup>.

## DILEMAS PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

A continuación se enuncian un conjunto de dilemas que se plantean sobre los modelos de gestión hospitalaria, postulando que los mismos se acentuarán en el futuro.

### 1. ¿Crecer en escala o en resolutiveidad?

El hospital moderno surge en siglo XX y desde entonces no ha parado de crecer. Aunque con frecuencia su expansión fue poco ordenada, en general los establecimientos crecían en tamaño y complejidad. Esto resultaba relativamente funcional puesto que el desafío era extender la cobertura brindando más prestaciones a contingentes poblacionales cada vez mayores.

A finales del siglo XX, junto al debate sobre el Estado de Bienestar, se registró a nivel mundial una crisis paradigmática en la organización de los servicios y políticas de salud que aún no ha sido superada y que se vinculó a una pandemia de reformas sanitarias. Uno de los tópicos del debate gira en torno a la expansión de los costos de la salud. Los grandes financiadores, como gobiernos y seguros de salud, buscaron no sólo reducir sus costos sino también hacerlos menos rígidos, transformando costos fijos en variables. En lugar de buscar tener hospitales propios y cada vez más grandes, se adoptaron soluciones competitivas como tercerizar la provisión, orientar el financiamiento hacia la demanda e incluso consolidar mercados donde los hospitales públicos y privados se disputan los recursos.

En este nuevo escenario aparece una tensión en el crecimiento del hospital. Ser competitivo no es necesariamente ser más grande. En algunos casos se identifican deseconomías de escala. En otros casos, fluctuaciones en la demanda de servicios hacen que no resulte tan conveniente tener todas las respuestas médicas concentradas. De hecho, la desconcentración y descentralización de los servicios se transforma en el tópico más incorporado y menos cuestionado de todas las reformas de salud.

Nuevas competencias son requeridas a los hospitales, entre ellas, ser capaces de asumir de forma simultánea diversos contratos de provisión con los financia-

---

<sup>91</sup> Jolly & Gerbaud, (1995). *Op .Cit*

dores en los que no hay una sola modalidad de pago ni un solo precio, administrando un portafolio que debe mantener a un punto de equilibrio. En este camino, los desarrollos gerenciales apuntaron a la medición del producto hospitalario y a buscar conocer los costos de provisión como para poder negociar precios adecuados por las prestaciones brindadas.

Pero el mayor desafío que enfrentan los hospitales en el nuevo contexto es la carrera por la incorporación tecnológica. El ritmo innovativo de la tecnología aplicada a la medicina es muy acelerado. Mantenerse actualizado en la incorporación de estas tecnologías no sólo resulta muy costoso por la inversión en equipamiento sino que requiere gastos crecientes en mantenimiento y, especialmente, en personal calificado para su adecuada operación. Es que la incorporación tecnológica no se da en todo el proceso de producción sino particularmente en la instancia de diagnóstico. De modo que, a diferencia con otros sectores de la actividad económica que también son intensivos en el uso de tecnología, en la medicina esta no reemplaza mano de obra sino que, por el contrario, incorpora nuevas competencias profesionales.

En conclusión, para mantenerse competitivos los hospitales precisan ahora ser más selectivos en sus decisiones respecto a cuanto y cómo deben crecer. Qué tecnologías deben incorporar y qué perfil de profesionales resultan más críticos. En cuál es el tamaño óptimo de su planta, la cantidad de camas, los contratos que asumen así como los precios que cobran.

En un informe reciente de McKinsey & Company, con el sugestivo título de “hospitales norteamericanos para el siglo XXI”, se reafirma la vieja consigna schumpeteriana de buscar ventajas comparativas fortaleciendo determinados servicios finales o áreas de especialidad clínica para convertirse en centros de excelencia. Según este informe, los grandes financiadores tenderán a privilegiar la contratación y financiación de servicios de referencia, en especial en áreas críticas como cardiología, neurociencias y oncología<sup>92</sup>.

## **2. ¿Orientarse hacia beneficiarios o consumidores?**

En el ámbito de la salud se suele denominar “paciente” a quienes reciben asistencia médica. Este concepto es exclusivo del sector y existe en varios idiomas. La palabra en sí sugiere una cualidad que los ciudadanos que demandan servicios de salud tienen cada vez menos: paciencia.

Jolly & Gerbaud observaron que no sólo se agota la paciencia de los pacientes sino que también la demanda sigue dos modelos polarizados<sup>93</sup>. Estos autores señalan que, en los países ricos, el ingreso tiene poca influencia sobre el consumo de

---

<sup>92</sup> Grote, et al, (2006). *Op Cit. Página 2*

<sup>93</sup> *Op. Cit.*

atención médica. Sin embargo, sí detectan patrones de comportamiento muy diferenciados que aparecen más asociados con el nivel educativo y el lugar de residencia. Los llaman el grupo de consumidores selectivo versus el de beneficiarios pasivos.

Los primeros, en general habitantes de grandes ciudades y con educación universitaria, son cada vez más selectivos en sus decisiones relativas a la atención médica. Son muy propensos a consultar y a realizar estudios y prácticas preventivas. Sin embargo, prefieren consultar en el segundo nivel de atención más que en el primero. Su internación suele ser o muy corta (ya que maximizan las prácticas ambulatorias) o muy larga (en casos de enfermedades graves). Su actitud selectiva se extiende también al hospital donde se internan, en el cual privilegian la complejidad, el prestigio y la hotelería del establecimiento e incluso pueden llegar a financiar directamente (a través del gasto de bolsillo) los servicios, incluso los hospitalarios.

En el otro extremo, hay un grupo de usuarios pasivos, con frecuencia de menor nivel educativo, habitantes de ciudades menores y zonas rurales. Son más propensos a consultar en el primer nivel de atención, pero igual acuden al hospital con frecuencia, en general derivados por un profesional. Son más respetuosos de la indicación y prescripción médica y se orientan menos a buscar una segunda opinión. Cuando toman decisiones relativas a su atención médica, resultan menos sensibles a la complejidad, el prestigio o la hotelería de los servicios. En lugar de ello privilegian el antecedente de haber recibido respuesta en el momento en que la demandaron. Por ello mantienen fidelidad al sistema de atención, al servicio y al profesional que les ha brindado respuesta oportuna.

La previsión es que la diferencia entre las expectativas y demandas de estos dos grupos resulte cada vez más notoria. Si es así, esto traerá consecuencias a nivel tanto de las políticas sanitarias como en las estrategias de comercialización de los servicios. Por ejemplo, cuando se reemplaza un enfoque de beneficiarios por otro de consumidores con creciente protagonismo en sus decisiones sobre la utilización de servicios de salud, resulta difícil organizar flujos adecuados de referencia y contrareferencia y es menos viable la implementación de medidas muy costo-efectivas como la estrategia de APS, los médicos de cabecera y la responsabilidad nominada.

Que en el país prevalezca un enfoque de beneficiarios o uno de consumidores de servicios de salud depende, en gran medida, de las reglas de juego que organicen la competencia entre proveedores y entre aseguradores. En otras palabras, es un resultado de la función de regulación que debe asumir el Estado. Estas pautas diferentes no son otra cosa que expresiones alternativas de aquello que se denomina "calidad percibida". Por lo tanto, cuando el Estado normatiza, acredita y evalúa la calidad de los servicios (y más aún cuando comunica los resultados de esa evaluación) está influyendo sobre la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios de salud.

### 3. ¿En qué sentido buscar la integración vertical?

La integración vertical es la operación opuesta a la tercerización. Constituye una de las estrategias empresariales para captar valor o reducir riesgos ya que se trata de crear una empresa o sector que no parte de cero, sino que toma como punto de apoyo uno de los segmentos de la actividad que ya ha sido desarrollado.

La integración aguas arriba sería aquella que busca captar valor en el extremo superior de la actividad. Para un hospital, por ejemplo, sería asumir funciones de aseguramiento en salud. Muchos hospitales de comunidad vienen transitando esta vía, construyendo sus propias empresas de medicina prepaga sin por ello abandonar totalmente los contratos de prestación con otros seguros de salud. Esto les permite reducir su vulnerabilidad financiera otorgando un margen de maniobra mayor a su esquema de explotación.

Por otro lado, la integración vertical aguas abajo sería aquella por la cual se busca asumir la producción de bienes o la provisión de servicios que hasta el momento la organización contrataba con terceros. Un ejemplo típico sería cancelar un contrato con una lavandería industrial para desplegar esa función directamente en el hospital con instalaciones y personal propios. Este tipo de integración vertical puede reducir costos pero incorpora rigideces en la medida en que aumenta la proporción de gastos fijos.

Una integración vertical estratégica es aquella que permite a la organización mayor control en el cumplimiento de su misión. En el caso de los hospitales podría ser conveniente tercerizar servicios generales (como seguridad, lavandería, alimentación) y hasta intermedios (como farmacia y laboratorio). Pero tercerizar los servicios finales o clínicos podría poner en riesgo el cumplimiento de la misión.

Sin embargo, es difícil que asumir directamente la provisión de servicios generales fortalezca la capacidad del hospital para alcanzar su misión. Si lo haría el asumir responsabilidad por cuidados de salud prehospitales (extramuros). Por ejemplo, desplegando una estrategia de *disease management* o gestión de la enfermedad. En otras palabras, en lugar de limitar el modelo de atención a brindar cuidados episódicos, se busca intervenir en la historia natural de los pacientes crónicos para disminuir o retardar la aparición de complicaciones<sup>94</sup>. Dicho de otra manera, en este modelo en lugar de contabilizar cuantos infartos agudos de miocardio se atendieron exitosamente en un año dentro del hospital, el foco se centraría en estimar cuántos de estos eventos fueron evitados gracias a la detección de pacientes en situación de riesgo cardiovascular y al despliegue de estrategias de prevención y seguimiento organizadas en protocolos que establecen y evalúan la performance de cuidados progresivos.

Otro ejemplo innovador viene siendo implementado en el Hospital de Pedia-

---

<sup>94</sup> Díaz, Carlos (2002). "La empresa sanitaria moderna". Ediciones Isalud N° 4. Buenos Aires. 2002. Página 141.

tría Juan. P. Garrahan de la Argentina, donde un programa de referencia y contrareferencia brinda capacitación y asistencia técnica a otros servicios de salud del país logrando aumentar la resolutivez de los centros que le derivan pacientes, así como la capacidad de estos para continuar el tratamiento y seguimiento de pacientes que fueron intervenidos en el Hospital Garrahan. Tal vez lo más novedoso de esta experiencia es que parte de una visión sistémica que fortalece la cooperación entre hospitales en lugar de su competencia.

Pero el mayor dilema no es cómo debe proceder el hospital para desplegar estrategias como el *disease management* o el fortalecimiento del trabajo en red, sino quién pagará por ellas. Los modelos de financiamiento y contratación vigentes no incorporan incentivos para el despliegue de programas de gestión de la enfermedad. En conclusión, tal vez el camino más adecuado para fortalecer la capacidad del hospital para alcanzar su misión (siempre que esta se vincule a brindar respuestas a los problemas de salud de la comunidad) exija avanzar por las dos vías de la integración vertical. Es decir, por un lado crear su propio seguro de salud para captar a los pacientes que ya se atienden en el hospital y por el otro ofrecer, como servicio innovador, programas de cuidados de la enfermedad, en especial en patologías crónicas.

#### 4. ¿Burocracia profesional o forma divisionaria?

Diseñar modelos de gestión no es otra cosa que buscar los caminos más adecuados para aumentar la racionalidad en la toma de decisiones. Los hospitales configuran aquel tipo de organizaciones que Henry Mintzberg llamó burocracias profesionales donde el poder es descentralizado internamente y cada jefe de sala/sector y/o servicio actúa como autoridad indiscutida<sup>95</sup>. Sin embargo, al existir dos tipos de tareas diferenciadas, las organizaciones hospitalarias avanzadas configuran la yuxtaposición de dos organizaciones, una burocracia tradicional (o mecánica) y una burocracia profesional. Pueden ser identificadas dos grandes corrientes de debate en torno a cómo diseñar modelos de gestión para instituciones de salud: los estructuralistas y los contingencialistas<sup>96</sup>.

Para los estructuralistas, aumentar la racionalidad en la toma de decisiones implica maximizar el carácter del hospital como burocracia mecánica. Esto se logra verticalizando lo máximo posible la institución, implementando normas y procedimientos allí donde sea posible, regularizando y estandarizando todos los procesos. Desde esta óptica sería prioritario avanzar en la racionalización de los servicios generales e intermedios para luego llegar a los finales.

---

<sup>95</sup> Mintzberg, H. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires. El Ateneo. 1982.

<sup>96</sup> Braga, Francisco (1991) "Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os Modelos de Gestão Descentralizados e por linha de Produção". Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Desde un enfoque contingencialista, habría que avanzar desde la burocracia profesional hacia la forma divisionaria. Esto significa configurar cada servicio final como una unidad de negocios. En ese sentido resulta fundamental descentralizar el poder hacia el interior del hospital involucrando progresivamente a los médicos en las decisiones administrativas. Esto requiere desarrollar modelos de evaluación de desempeño adecuados tales como los tableros de mando integral para superar una lectura de los servicios que se restrinja a su rentabilidad. Incluso, no sólo es necesario contemplar esto en la evaluación de desempeño sino también en la implementación de planes de desarrollo (o al menos en planes de “resistencia”). La búsqueda de eficiencia y competitividad a menudo motivó sobreadaptaciones que llevaron a los hospitales a abandonar su misión y sus valores fundacionales. Se corre el riesgo de pasar de un modelo “apaga incendios” a otro del “sálvese quien pueda” donde sólo sobreviven y son premiados aquellos servicios que generan ingresos. Por ejemplo, un estudio norteamericano advierte la necesidad de implementar políticas que regulen la conversión de hospitales comunitarios en entidades con fines de lucro debido a las importantes pérdidas que esto suele generar en términos de bienestar social<sup>97</sup>.

Entre estas dos grandes corrientes seguramente hay elementos comunes que tienen que ver, por un lado, con la “estandarización” de procesos pero, por otro, una de ellas asume que hace falta dejar márgenes “contingenciales” para cada servicio o caso.

El desarrollo de un modelo de gestión apropiado para cada hospital exige en primer lugar identificar desde qué marco referencial se parte. Las soluciones llegarán sólo con el desarrollo integrado de los tres grupos de servicios. Para el caso, convocando a los jefes de servicios para que colaboren en la definición de los objetivos de cada sector. Para establecer luego, un sistema de evaluación del cumplimiento de esos objetivos, apoyándose en una metodología de incentivos con transparencia de criterios para el necesario control social.

En otros términos, el modelo de gestión puede ser definido como una modalidad de articulación entre los intereses individuales y la misión institucional. Los estudios del hospital desarrollados desde el enfoque contingencial afirman que no existe un modelo de gestión adecuado para todos los hospitales. Las variables de mayor peso en la determinación del modelo de gestión apropiado son el entorno en que se desenvuelve el hospital y la tecnología de qué dispone.

## 5. ¿Organización misional o *franchising* médico?

Cada etapa de la evolución del hospital se corresponde con una definición de sus funciones sociales, de su contribución a la sociedad. Es decir, de su “misión”.

---

<sup>97</sup> Claxton, G, Feder, J; Shactman, D & Altman, S (1997) “Hospitals and Health plans conversions”. *Health Affairs* Volume 16, N° 2 – March/April.

El primer vector de cambio ha sido la propia evolución del conocimiento médico y de la tecnología que él mismo genera. La medicina es el área en donde la humanidad ha obtenido las mayores conquistas. Un paciente típico del siglo pasado que fuera atendido por un médico típico no tenía más del cincuenta por ciento de probabilidades de mejorar su situación de salud<sup>98</sup>. Esto no ocurre porque los médicos de antes fueran mucho peores que los de ahora sino porque, justamente gracias a la dedicación de los profesionales de la salud, hoy sabemos mucho más y disponemos de una amplísimo conjunto de soluciones a los problemas de salud. Aún cuando gran parte de las afecciones involucran grandes misterios, la eficacia de los servicios médicos se ha incrementado de manera exponencial a lo largo de este siglo.

Probablemente el primer modelo de hospital fue el “benéfico” de la edad media. Con relación al modelo de gestión, reconocemos que la función social consistía en brindar una respuesta a la enfermedad de los más pobres. En algunos casos se trataba de una verdadera reclusión ya que la mayor parte de las patologías atendidas eran infectocontagiosas. El hospital estaba íntimamente vinculado a la Iglesia, su misión era esencialmente espiritual e incluso en las construcciones hospitalarias se reservaba un lugar preferencial a la capilla. El personal del hospital era religioso y su motivación era altruista. Es decir no existía remuneración alguna por los servicios de salud.

En la era del absolutismo monárquico surgen hospitales dentro de la esfera pública estatal. Es a partir de entonces que el médico se convierte en la figura central: “El médico aparece con el Estado, indisociablemente vinculado a otro tipo de poder que no era clerical, con funciones delegadas por la autoridad pública. Pasa a ser su competencia exclusiva el examinar, internar, prescribir y dar de alta”<sup>99</sup>.

Sin embargo, en las colonias, como fue el caso de nuestra América, la presencia del Estado en el desarrollo hospitalario resultó mucho más modesta. La iniciativa de construir, dirigir y sustentar los hospitales fue asumida por la propia comunidad. En casi todos los países, una parte de los establecimientos asistenciales públicos surgieron como iniciativa vecinal o comunitaria y, en algunos casos, luego fueron estatizados. Durante los últimos años se acentúa la reconversión en otro sentido y gran parte de los hospitales comunitarios se transforman en privados lucrativos.

Los hospitales modernos, más próximos a como los conocemos hoy, se consolidan recién en este siglo y alcanzan su mayor expansión desde la década del 40. Tanto en la Argentina como en la mayoría de los demás países, algunos hospitales de beneficencia fueron estatizados y surgieron nuevos hospitales públicos. Aunque en la misión se pueda privilegiar a la población carenciada, los hospitales atienden al público de todos los sectores, además se reduce la función de reclu-

---

<sup>98</sup> Bohigas, (1987). *Op Cit.* Página 2.

<sup>99</sup> Pina Ribeiro, 1993:24).



sión, se sustituye al personal religioso por un cuerpo médico y de enfermería profesional remunerado.

Postulamos que en la actualidad los hospitales enfrentan una tensión entre un modelo de gestión orientado hacia una misión externa muy fuerte y un modelo más orientado hacia el cliente interno, que en este caso son los médicos. Esto significa que los hospitales se mueven entre dos tipos ideales que pueden ser considerados como extremos, uno sería el hospital misional y el otro un *franchising* de médicos.

En el primer caso se trata de un hospital cuyas actividades están muy delimitadas por un mandato exógeno (orden religiosa, organización solidaria o incluso un ministerio de salud), en el cual se establece o se puede inferir con bastante precisión qué debe y qué no debe hacer el hospital. El modelo de gestión misional se impone por sobre las decisiones propias del modelo de financiación y del modelo asistencial ya que la organización asume una función social antes de ser una empresa o un servicio médico. Se dispone de un marco, e incluso de una ética, que sirve de orientación para definir decisiones como a qué tipo de pacientes se les provee asistencia, cuándo y cuánto se debe cobrar, así como qué tecnología debe ser incorporada.

En el otro extremo, se puede postular un hospital más orientado desde la propia oferta, que brinda las prestaciones que sus propios agentes consideran prioritarias. Grote y colaboradores destacan la existencia del hospital como resultado del interés de los médicos en tanto actores económicos<sup>100</sup>. Afirman que para los médicos norteamericanos trabajar en hospitales resulta mucho más productivo que hacerlo fuera de ellos, pero su decisión de hacerlo está condicionada por el nivel de excelencia del servicio. En otras palabras, los buenos médicos querrán formar parte de los hospitales en tanto estos se mantengan a la vanguardia de la atención. A su vez, Studin señala que el moderno hospital se ha desarrollado no como una empresa sino como un seminario médico y los seguros de salud no se han orientado a buscar tanto la rentabilidad como en los otros rubros del seguro, sino a viabilizar los servicios médicos<sup>101</sup>. Este comportamiento introduce tanto una lógica flexneriana como una escalada tecnológica imparable en la cual la disputa por los recursos resultará cada vez mayor.

## DIEZ LECCIONES PARA FORTALECER LOS HOSPITALES EN LA ARGENTINA

**1. No hay un único modelo de gestión hospitalaria que resulte mejor en todos los casos.** Es posible identificar en la literatura un conjunto de sentencias respecto de hacia dónde se dirige la gestión hospitalaria. Sin embargo,

---

<sup>100</sup> Grote, et al. (2006). *Op cit.* Página:1.

<sup>101</sup> Studin (2000). *Op cit.*

no se trata de megatendencias de carácter inequívoco sino de un conjunto de posibilidades que mantienen afinidades electivas entre sí.

El hospital tiene futuro y el mismo no está escrito. Las visiones y voluntades de sus principales agentes todavía son quienes detentan la mayor capacidad para definir el destino del hospital.

El talón de Aquiles de los hospitales está en el modelo de gestión. Se ha postulado aquí un conjunto de tensiones o dilemas que constituyen disyuntivas que los directivos hospitalarios deberán decidir si quieren o no transitar. Esta enumeración no es exhaustiva y está sesgada sobre uno de los tres componentes principales de la gestión hospitalaria: el modelo de gestión.

El sesgo es intencional porque concluimos que es allí donde está el punto más débil. No es en el conocimiento médico y los modelos de atención donde están las mayores restricciones. Para obtener una mejor performance del hospital sabemos que hay mucho por obtener trabajando desde afuera de él y dentro del hospital, la Medicina Basada en la Evidencia también es un vector de innovación permanente.

**2. La innovación en los modelos de atención podría ser mayor y mejor ya que la evolución del conocimiento médico y sanitario así lo permiten.** Sin embargo, son los modelos de gestión y financiación quienes ponen freno al desarrollo de los hospitales (e incluso de los sistemas de salud en su conjunto) hacia esquemas de funcionamiento más eficaces y efectivos. De otro modo... ¿qué sentido tiene mejorar la resolutiveidad cuando no hay quién lo mida? Y en consecuencia tampoco quién lo premie. ¿Qué sentido tiene mejorar la calidad o fortalecer las prácticas preventivas cuando no hay incentivos para ello?

**3. Una mayor eficacia del modelo de atención se obtendrá fortaleciendo el funcionamiento en red.** Mejorando los dispositivos de referencia y contrareferencia y definiendo con mayor precisión qué debe y qué no debe hacer cada servicio. Esto requiere de una fuerte coordinación, así como de sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño.

**4. La definición de líneas de cuidados constituye una oportunidad para fortalecer la gestión clínica.** La misma consiste en seleccionar unas pocas patologías de alta relevancia sobre la carga de enfermedad de la población. Las mismas son protocolizadas definiendo el algoritmo adecuado para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Así se puede organizar esquemas de cuidados programados partiendo de lo que debe hacer cada servicio y definiendo metas en función de la población objetivo. Luego se puede evaluar el desempeño de los servicios centrándose sólo en estas patologías que sirven como trazadoras del sistema.

**5. Es necesario modificar el modelo de financiación hospitalaria.** A través de tres acciones: a) reformular el presupuesto hospitalario, b) incorporar compromisos de gestión y c) reformular los aranceles del nomenclador de auto-gestión hospitalaria.

a) Se trata de superar la presupuestación incremental. Los hospitales continúan realizando una programación presupuestaria retrospectiva. Cada año se plantean gastar lo mismo del año anterior más o menos el ajuste que permite o dictamina el ministerio de hacienda. En muchos casos el presupuesto lo desarrolla el mismo ministerio de hacienda, desprovisto de cualquier posibilidad de realizar una priorización sanitaria de los créditos. Es imprescindible vincular la financiación al perfil de la producción hospitalaria. Definir créditos y resultados, ya sea por programas o por productos (casuística).

b) Los servicios tienen que dejar de hacer lo que pueden, para pasar a hacer lo que deben. No alcanza con lograr hospitales eficientes e incluso autosustentados si estos no cumplen con la misión que deben asumir dentro de la red asistencial. Por lo tanto, los ministerios de salud provinciales deben: i) diseñar las redes asistenciales identificando las funciones que competen a cada establecimiento y servicio, ii) validar el diseño de la red como modelo de división del trabajo para producir salud en talleres con directivos de todos los establecimientos y regiones sanitarias y/o áreas programáticas, iii) identificar metas prestacionales relevantes de mediano y largo plazo para la provincia en su conjunto, iv) desagregar esas metas por servicio, v) convocar a los servicios para asumir un compromiso de gestión en el cual se definan sus metas, los recursos que les serán transferidos vinculados a esas metas y la autonomía que tendrán para el manejo de los recursos y, vi) evaluar el cumplimiento de los compromisos y ajustarlos cuando sea necesario.

c) Los servicios públicos de salud deben continuar siendo universales, pero los subsidios cruzados en la financiación constituyen una estrategia de solidaridad invertida. Porque cuando quien tiene cobertura de prepagas y de obras sociales recibe atención en los servicios de salud públicos a un costo irrisorio para los aseguradores, se incorpora un incentivo perverso. Por un lado, porque se permite a los seguros de salud el continuar operando sin una cartilla propia (como es el caso de la atención hospitalaria en el PAMI). Por otro lado, porque con recursos siempre limitados los servicios públicos de salud se enfrentan ante el dilema ético de atender en forma simultánea tanto a quien tiene posibilidad de conseguir otras respuestas como a quien no tiene más opción que el sector público.

**6. Es conveniente y legítimo incorporar fuertes inversiones para recuperar la infraestructura hospitalaria pública.** Los hospitales públicos que nos dieron orgullo cuando fueron creados hoy tienen su infraestructura deteriorada. Si en Europa o Canadá los sectores medios y altos acuden a los servicios públicos de salud es porque estos son buenos en todo sentido. Si ellos son

buenos en todo sentido, es también porque los sectores más poderosos de la sociedad los asumen como propios. Podemos copiar esta idea. No es un derroche el endeudarse para tener hospitales de primer mundo.

**7. Los cambios en el modelo de gestión resultan más viables a partir de la reinauguración de los servicios recuperados para modificar los modelos de atención y gestión.** Es más fácil modificar prácticas incorporadas cuando se inaugura casa nueva. Un viejo hospital pabellonado que es reformado puede inaugurar un modelo de cuidados progresivos con mucha mayor facilidad. También se puede aprovechar para incorporar protocolos de atención y fortalecer la gestión clínica, así como para medir el *case mix* de los egresos, incorporar una asistencia farmacéutica por unidosis, entre otras cosas.

**8. Los cambios en la gestión hospitalaria no se consiguen de forma simultánea ni homogénea.** Por lo tanto es recomendable que avancemos primero donde sea más viable. Modificar las prácticas requiere mucho esfuerzo y acciones sostenidas. La experiencia indica que no es posible modificar la gestión de todos los hospitales a la vez. Hace falta avanzar primero allí donde existan mejores condiciones e ir generando ejemplos para ser presentados y difundidos luego. Esto hace de la evaluación del desempeño un elemento clave de la reforma hospitalaria. Esquemas de acreditación y publicaciones identificando los mejores hospitales del país, han demostrado ser eficaces y motivadores.

**9. Crear una central de turnos telefónicos.** Que facilite las consultas programadas y minimice las filas en los servicios. A su vez, permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y físicos y avanzaría a hacia un modelo de cuidados programados superando la respuesta episódica. Aquí también hay que evitar los reduccionismos. Poner un número telefónico no resuelve los problemas por sí solo. Hace falta generar un sistema de programación de turnos inteligente que no colapse ante la ausencia de algunos pacientes y que pueda ser flexible ante la contingencia de falta de profesionales. Por otro lado, un sistema informatizado puede cruzar datos de forma automática con un padrón de beneficiarios de modo que se discrimine de forma positiva aquellos con mayores necesidades sociales y/o sanitarias. El Programa Chile Solidario, por ejemplo, ha logrado identificar a las familias en mayor riesgo social y cuando alguno de ellos solicita una consulta, automáticamente el sistema de programación de turnos le otorga el horario más próximo. De forma simétrica se puede penalizar a quienes en ocasiones previas no se presentaron a la consulta programada sin dar el aviso correspondiente.

**10. Desarrollar una Central de Abastecimiento Hospitalario.** Nos hemos movido bajo impulsos sistólicos y diastólicos. O se descentralizaban las com-

pras (generando múltiples “negocios” y sin llegar a garantizar la disponibilidad de los suministros en los servicios) o se las centralizaba. Pero tampoco las compras centralizadas han permitido alcanzar los resultados adecuados en términos de disponibilidad de los insumos hospitalarios en tiempo y forma. En general luego de sucesivos fracasos en ambos extremos, se optó por disponer de una parte de compras centralizadas y un fondo descentralizado que complementaba (como en aquel chiste del criador de cerdos que decide en lugar de darles de comer el repartirles el dinero para que cada uno se compre lo que quiera). Sin embargo, hay soluciones más efectivas que se pueden implementar. Por ejemplo, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) chilena y la Unidad de Compras y Adquisiciones (UCA) uruguaya. La primera compra directamente y vende a precio único a los servicios públicos. La segunda negocia con proveedores acreditados un precio único, pero habilita la compra descentralizada. Las jurisdicciones necesitan revisar y reformular su modelo de provisión de suministros de forma urgente. Antes de que la inadecuada disponibilidad agrave la situación sanitaria traduciéndose en el abandono de personas que incrementan la morbilidad y mortalidad de la población.

## CAPÍTULO 6.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE REGULACIÓN DE SEGUROS DE SALUD?

*Una leyenda china antigua, afirma que el seguro como figura solidaria fue inventado por una decena de granjeros que llevaban sus cosechas en barcazas para venderlas en la ciudad. De vez en cuando, se les hundían estos planchones con sus cosechas y perdían todo. Entonces decidieron estos terratenientes cargar un décimo de la cosecha de cada uno en cada barcaza, de modo que si se hundía, todos perdían un décimo de la cosecha, pero ninguno quebraba.*

La regulación de los seguros de salud en América Latina tiene varias asignaturas pendientes. En especial por la carencia de marcos regulatorios claros y adecuados para el mercado de seguros privados de salud. En la Argentina, en particular, aunque se han formulado múltiples propuestas de leyes ninguna de ellas ha llegado a ser aprobada por el Congreso.

El marco regulatorio con que operarán las empresas de medicina prepaga constituye, junto con la desregulación de las obras sociales, uno de los aspectos de mayor incertidumbre y que más condiciona el desempeño futuro del sistema de salud en la Argentina.

Este capítulo examina el significado de la regulación de los seguros de salud e identifica tendencias a partir de la revisión de las experiencias de otros países que han avanzado más en la regulación de sus seguros médicos.

### ¿Qué es un seguro de salud?

Los seguros son sistemas solidarios; la solidaridad nace en el desarrollo de las sociedades de distintas maneras y los seguros son una forma de solidaridad. Son mecanismos de prepagos y distribución del riesgo entre personas. Se caracterizan por tener definido un “pool de riesgo”, un “pool” de personas que se ponen de acuerdo para poner un aporte, que se destina a quien tenga un siniestro, una

contingencia. Es como una lotería al revés, se la gana el que tiene un problema, no el que tiene suerte; pero de esta forma todos los ciudadanos que conforman el grupo quedan protegidos contra el riesgo.

La noción de seguro nace vinculada a la salud. Aunque el término proviene del latín *securus*, el diccionario etimológico de Joan Corominas identifica el surgimiento del vocablo en el siglo XIII y establece que su raíz es la misma que la de curar y cuidar. Se puede definir como función de aseguramiento en salud a la protección de la población (asegurada) frente a los riesgos financieros que involucra la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud propone que los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos, sino también protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos<sup>102</sup>.

Pero, para que los seguros funcionen, tienen unas condiciones específicas muy claras. Para que haya una verdadera distribución del riesgo y una solidaridad entre ciudadanos para la operación del seguro, se requiere que el *pool* de riesgo sea muy grande; cuanto más grande sea, más seguro será el seguro; cuanto más personas estén en ese *pool* que aporta, más protegidos están.

Desde esta perspectiva resultaría irracional proponer en salud un sistema de cuentas individuales como los regímenes de capitalización previsional. Sin embargo, las Isapres chilenas han operado con este modelo<sup>103</sup>. Félix León Martínez critica esto afirmando que “una cuenta individual de ahorros no es un seguro, el seguro implica un proceso en el que todos aportamos y el que tiene un problema está protegido realmente”<sup>104</sup>.

No obstante, como una estrategia para enfrentar los costos derivados del envejecimiento poblacional, se ha propuesto la creación de seguros de salud combinados que monten un mix entre un fondo de capitalización individual y un seguro colectivo de salud<sup>105</sup>. El objetivo sería crear un monto de recursos que se va capitalizando de acuerdo al tiempo de aporte y la edad del asegurado, de modo que cuando el aportante se retire de la actividad disponga de un seguro cuya cobertura es proporcional al fondo capitalizado de manera similar a cómo operan los seguros de retiro (jubilaciones privadas). El argumento es que este modelo incorporaría un incentivo a los usuarios para iniciar su contribución lo más temprano posible, de

---

<sup>102</sup> OMS (2000). *World Health Report 2000*. World Health Organization. Ginebra.

<sup>103</sup> Martínez, Félix León. “De la seguridad social hacia el aseguramiento en salud”. Seminario Andino de Reformas en el Sector Salud en el Camino de la integración: Aprendizaje y perspectiva. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, 2 y 3 de Octubre de 2003, Lima – Perú. Disponible en:

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud74/colabora.htm>. Visitado en 20 de abril de 2010.

<sup>104</sup> Op. Cit.

<sup>105</sup> Médici, André Cezar. *A economía política das reformas em saúde*. Porto Alegre. IAHCs. 1997. Pág 52.

modo que los fondos acumulados resulten suficientes para cubrir los eventos de salud que puedan afectarlo durante el tiempo de sobrevivencia estimado.

Es necesario distinguir a los seguros sociales de los seguros privados de salud. Armando Reale define con precisión dos características estructurales de los seguros sociales<sup>106</sup>:

a) *Que la forma de pago al prestador permita independizar el precio de los beneficios brindados del poder adquisitivo (ingreso) del beneficiario.* Este es un requisito fundamental de los seguros sociales y en él reside la base solidaria del esquema de protección de la salud ya que cada uno aporta según sus posibilidades y demanda servicios según sus necesidades.

b) *Que exista un plan único y explícito de beneficios cubiertos para los asegurados.* Este también es un componente distintivo de los seguros sociales y consiste en garantizar formalmente (a través de normas legales) el paquete de prestaciones a los que los asegurados deben tener acceso, independizando las mismas de las disponibilidades de créditos presupuestarios. A su vez, se trata de que no haya dos asegurados con niveles de acceso diferente a las prestaciones.

### ¿Qué es regular un seguro de salud?

En 1963 Keneth Arrow ganaba el Premio Nobel de Economía tras haber demostrado que en salud la sola aplicación de las fuerzas de mercado hacen a los enfermos y a los grupos desfavorecidos aún más enfermos y vulnerables. En salud es muy difícil distinguir con exactitud bienes públicos de privados y en la mayoría de los casos hay múltiples externalidades. En otras palabras, a diferencia de lo que ocurre con otros bienes y servicios, la salud que uno de nosotros pierde no la aprovecha nadie o, más aún, los perjudica a todos.

Regular es “ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados”. Esos fines son políticos, no económicos. En sentido estricto, la regulación se refiere a la intervención de las administraciones públicas en la sociedad con el propósito de mejorar la eficiencia con que el mercado asigna los recursos o de aumentar el bienestar social que genera dicha asignación.

La regulación se fundamenta en el hecho de que la mano invisible del mercado no asigna los recursos de la manera adecuada para resolver los problemas de salud de la población. Haciendo nuestra la expresión de Jaques Attali, podemos decir que “en salud mercado sin Estado es mercado negro”. Por eso, cuando el Estado asume sus funciones de regulación en salud está admitiendo que el libre juego de la oferta y la demanda de servicios sanitarios puede no dar cuenta de las verdaderas necesidades de la población.

---

<sup>106</sup> Reale, Mariano Armando (1999). “Comentarios sobre el informe de gestión del INSSJP”. Buenos Aires. Programa de investigaciones Aplicadas. Instituto Universitario Isalud. Mimeo.



## Las fallas del mercado de seguros de salud

En términos económicos, regular es corregir las fallas que presenta el funcionamiento espontáneo del mercado. En el caso del mercado de aseguramiento de la salud, tales fallas son: a) abuso moral, b) selección adversa, c) entrada selectiva y d) economías de escala.

a) Abuso o riesgo moral son términos que corresponden a la traducción literal del término inglés *moral hazard*, aunque tal vez sería más apropiado decir “abuso del asegurado”. Se trata de una forma de comportamiento racional que se observa cuando los consumidores aumentan su utilización de cuidados por el hecho de que no tienen que hacerse cargo del costo total de los tratamientos. Se trata de un oportunismo poscontractual. El consumidor racional tiende a considerar que sus beneficios son elevados mientras los costos de utilización se reparten entre todos los aportantes. El abuso moral muchas veces es estimulado por los profesionales de salud quienes para maximizar sus ingresos o para satisfacer al paciente realizan o solicitan prácticas que no resultan costo-efectivas. La implementación de copagos y coseguros son herramientas que se utilizan para disuadir estos incentivos al sobreconsumo, pero pueden también constituir barreras de acceso a la atención, ya que reflejan la aversión al riesgo de las propias compañías aseguradoras. También las compañías de seguros han tratado de solucionar este problema, suministrando una cobertura limitada dirigida a servicios hospitalarios. Otra manera de impedir este tipo de comportamiento es a través de un monitoreo permanente a los asegurados para que no realicen gastos médicos innecesarios, lo cual podría resultar excesivamente costoso.

b) La *selección adversa* es un oportunismo precontractual y ocurre cuando el cliente oculta información al asegurador, por ejemplo sobre la preexistencia de enfermedades. Esto surge por problemas de asimetría de información entre la aseguradora y los asegurados, que conlleva a que solamente una categoría de individuos se aseguren. Supongamos que existen tres tipos de individuos que enfrentan grados de riesgo distinto y que la aseguradora no conoce con exactitud el nivel de riesgo de cada individuo. Bajo un sistema contable sencillo, la aseguradora cobrará la misma prima a las tres personas, calculada de acuerdo al valor promedio ponderado del riesgo de los tres individuos. Si cada uno de estos individuos conoce su nivel de riesgo, los individuos de menor riesgo considerarán que dicha prima es muy elevada por lo cual se negarán a comprar la póliza. Dado que sólo quedan los individuos de riesgo medio y alto, la aseguradora tendrá que recalcular la prima de acuerdo al valor promedio ponderado de estos dos grupos de personas, lo cual conllevaría a que nuevamente el individuo de riesgo medio considere que la prima es muy elevada y también desista de comprar la póliza. De esta manera, al final, quedaría únicamente

cubierto aquel grupo de individuos con el más alto nivel de riesgo.

En los seguros privados la fijación de las primas de acuerdo al riesgo particular de cada individuo es una manera de solucionar este problema. A pesar de que este método se realiza, es un proceso muy costoso e impreciso pues la información necesaria para definir el riesgo de una persona generalmente no está disponible en su totalidad.

c) *Entrada selectiva*. La asimetría de información también puede manifestarse de manera inversa. Si la compañía de seguros conoce mejor que el usuario el nivel de riesgo que aquel representa, esta podría seleccionar únicamente a individuos con un bajo nivel de riesgo, cuyos costos esperados se encuentran por debajo de la prima impuesta. Este tipo de falla se conoce como entrada selectiva. Existe un incentivo a los aseguradores para cubrir a los grupos de menor riesgo: los sanos, los jóvenes y los fuertes, generando un incremento en los precios de los seguros o exclusiones para los más pobres, ancianos o débiles.

Para la persona cubierta, el seguro tiene tanto más valor cuanto mayor sea la incertidumbre del riesgo contra el que uno se asegura. Tiene sentido, por ejemplo, ante la probabilidad de enfermedades crónicas porque son sumamente impredecibles y costosas, pero relacionado con personas que ya tienen una enfermedad crónica es probablemente irrelevante.

d) *Economía de escala*. Los seguros de salud presentan la particularidad de registrar fuertes economías de escala. Esto significa que los costos promedios declinan en la medida que la producción aumenta. El seguro de salud provee acceso a servicios y cuidados médicos a sus asegurados. Pero el costo de producción del seguro no equivale solamente al costo de dichos cuidados médicos. Las empresas aseguradoras están sometidas a cargas impositivas y costos de transacción como el de la propaganda. En otros términos, el precio de las mensualidades o primas de los seguros de salud resulta superior al valor actuarial de los riesgos. Por este motivo, el costo de producción de los seguros (y por lo tanto los precios de los mismos) dependen en gran medida de la cantidad de personas que sean aseguradas.

En principio, las economías de escala generan mayores eficiencias en la producción de seguros de salud. Por lo tanto, al menos a primera vista, esto no representa una falla del mercado. Sin embargo, la otra cara de la moneda es que los mercados fuertemente influenciados por economías de escala tienden a la concentración oligopólica o monopólica.

### ¿Cómo se regula para reducir estas fallas?

La regulación que puede ejercer el Estado para reducir el abuso moral consiste en definir cuáles y cuántas deben ser las prestaciones que deben ser brindadas

a la población, evitando de esta manera la sobreutilización y la sobreoferta (por demanda inducida por los profesionales de la salud).

En el caso de la selección adversa, el mecanismo tradicional ha consistido en establecer sistemas de seguro colectivos bajo los cuales los individuos deben asegurarse independientemente de su nivel de riesgo respectivo.

Ante la posibilidad de entrada selectiva, muchos gobiernos han incluido cláusulas en sus sistemas regulatorios en las cuales se obliga a las compañías aseguradoras a cubrir, bajo ciertas condiciones, a cualquier persona que lo requiera.

Mientras que para contrarrestar los efectos concentradores de la oferta que generan las fuertes economías de escala, los países han generado fondos que subsidian a las entidades más perjudicadas y también se ha buscado incorporar reglas de competencia diferentes, como por ejemplo, otorgando incentivos a la efectividad sanitaria de los seguros, premiando el cumplimiento de metas como la reducción de la mortalidad infantil, materna o la reducción de riesgos cardiovasculares. Este tipo de logros no resultan necesariamente más fáciles para los seguros que cubren grandes masas poblacionales.

Sin embargo, la regulación lograda a través de un conjunto de medidas puntuales a veces termina acumulando una bola de nieve que genera efectos colaterales peores que las fallas que intenta corregir. Por este motivo, es fundamental el desarrollo de marcos regulatorios integrales en lugar de medidas aisladas y sucesivas. En este sentido, la tendencia más fuerte que se ha registrado es el desplazamiento de los marcos regulatorios desde que buscaban restringir el ámbito de actuación de los seguros privados de salud hacia modelos de regulación procompetitiva.

## MODELOS DE REGULACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Se pueden distinguir al menos tres fases en la incorporación de modelos de regulación de los seguros privados de salud:

- 1) Una primera generación de mecanismos de regulación de los seguros privados de salud se restringía a una regulación económica y les imponía los mismos mecanismos regulatorios que se aplican a los demás seguros. Se les exige un determinado fondo de reserva como garantía de que van a poder cumplir con sus compromisos y se controlan sus lucros.
- 2) Luego aparece una segunda generación de modelos regulatorios. Durante los últimos años se ha enfatizado la implementación de mecanismos adecuados de lealtad comercial. Esto implica controlar problemas como la selección adversa o la omisión de la cobertura. La regulación que puede ejercer el Estado para contrarrestar estas conductas consistirá entonces en intentar reducir al mínimo la selección adversa y en definir cuáles y cuántas deben ser las pres-

taciones brindadas a la población, evitando de esta manera la sobreutilización (por abuso moral) y la sobreoferta (por demanda inducida). La tendencia más destacable en esta dimensión de la regulación de seguros médicos son los nuevos mercados de servicios originados por las propias fallas del mercado de seguros, que representan cientos de millones de dólares. Cada vez hay más litigios en el mundo por la no cobertura de los seguros médicos, ya sean privados o sociales.

3) La tercera generación de modelos regulatorios supera la regulación estrictamente económica e involucra la regulación con objetivos sanitarios. Regular, en ese sentido, es modelar conductas en el mercado para alcanzar objetivos de salud pública. Los modelos más sofisticados de regulación apuntan a la medición de los resultados de salud obtenidos y al incentivo para alcanzar determinados resultados. Regular a los seguros a través del control de resultados significaría enfocar la acción regulatoria sobre la salud. Es decir, supone incorporar incentivos para que las empresas promuevan la salud y no sólo brinden asistencia médica o aseguramiento. Cada seguro es responsable por la salud de un determinado grupo poblacional al cual brinda cobertura médica. Si el seguro organiza su modelo asistencial de modo que consiga reducir las tasas de prevalencia de determinadas patologías, él mismo se haría merecedor de incentivos fiscales; en caso contrario recibiría sanciones. Este tipo de mecanismos se comienzan a implementar como una modalidad de autoregulación de un grupo de HMO's (*Health Maintenance Organizations*) norteamericanas. También el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Atención implementado en Colombia (FOSYGA)<sup>107</sup> contempla una cuota de recursos para ser asignada a las entidades aseguradoras (que en Colombia son llamadas EPS (Entidades Promotoras de Salud), de acuerdo a su performance en términos epidemiológicos. En la Argentina llevamos más de diez años proponiendo su implementación<sup>108</sup>. Pero el caso más interesante lo constituye el Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay<sup>109</sup>, donde las aseguradoras (tanto de origen estatal como mutuales y privadas) disputan cuotas del Fondo Nacional de Salud (FONASA)<sup>110</sup> que constan de dos componentes: uno de riesgo que surge de la edad y sexo de los afiliados, y otro componente llamado metas asistenciales. Estas últimas son definidas cada año por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) de acuerdo a prioridades sanitarias en tres áreas: meta 1) salud del niño y la embarazada; meta 2) recursos humanos y meta 3) el adulto mayor.

---

<sup>107</sup> Creado por la ley 11 de 1993.

<sup>108</sup> Para un mayor detalle de esta propuesta ver TOBAR, Federico (1999). "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina". *Salud para Todos* (7)70:18-9. Mayo.

<sup>109</sup> Creado por la Ley 18.211, de 2007.

<sup>110</sup> Creado por la Ley 18.131, de 2007.

Este modelo requiere y fomenta una permanente evaluación del desempeño sanitario de las entidades aseguradoras, que en Uruguay han sido denominadas “prestadores integrales de salud”.

## HERRAMIENTAS PARA LA REGULACIÓN DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD

Los instrumentos de regulación suelen ser normas que se combinan con incentivos fiscales y financieros. Sin embargo, la propia noción del significado de regular ha evolucionado y hoy coexisten diferentes criterios que se traducen en acciones concretas diversas. Por un lado, subsisten mecanismos tradicionales de control tales como exigencias para la habilitación comercial de las empresas. Por otro lado, las políticas activas de regulación económica cuentan con un arsenal de instrumentos centrados en el control del ingreso a la actividad y en el control del funcionamiento de las empresas. Además, muchos países están reformulando sus políticas de salud buscando privilegiar la pluralidad de opciones para los usuarios-beneficiarios de los seguros, incorporando mecanismos que faciliten la libre elección y la competencia. En este sentido adquieren importancia las medidas centradas en la provisión de información adecuada y en el fomento de la responsabilidad empresarial.

### **Estrategias centradas en la disponibilidad de información**

Las consecuencias de las asimetrías de la información son mucho más graves en el ámbito de la salud que en otras áreas de actividad económica. Esto se debe a que, en su mayor parte, la atención médica es un bien meritorio o cuasi-público. Una persona que no consume bienes o servicios de salud se puede ver beneficiada o perjudicada por el consumo que otras personas hagan de dichos bienes y servicios. En términos económicos, se trata de bienes y servicios que tienen altas externalidades. Comparemos, por ejemplo, un seguro de vida con uno de salud. La cantidad de personas que contraten seguros de vida no afecta mi probabilidad de necesitarlo o de morir. Sin embargo, esto si ocurre con un seguro de salud, cuantas más personas tengan acceso oportuno a servicios médicos, menor es mi probabilidad de enfermar. La información de qué dispongo para tomar decisiones con respecto a la adquisición o no de un seguro de salud y a los términos más convenientes para dicha adquisición pueden afectar no sólo mi salud sino también la de otros. Por otro lado, la complejidad de los servicios es mucho mayor que en otros seguros. Es más fácil establecer criterios técnicos para evaluar las ventajas y desventajas de un seguro contra robo, de retiro o incendios que de un plan prepago de cobertura médica.

Por estos motivos, en muchos lugares se tiende a plantear la necesidad de proveer al público usuario-consumidor-beneficiario de información que facilite la toma de decisión respecto a la adquisición de planes de cobertura médica. El tipo de información que se solicite establece las bases de la competencia<sup>111</sup>.

Los entes reguladores de los países han encontrado obstáculos para lograr que esa información facilite la toma de decisiones de los usuarios. El carácter técnico y complejo de la información sobre los planes de salud hace que los mismos resulten difíciles de evaluar por los ciudadanos. Por este motivo se debaten en la actualidad cuáles deben ser los órganos responsables por la regulación y qué modelo de sistema de información deben implementar. Una de las posiciones, en esta discusión, sostiene que los entes reguladores deben exigir a las empresas información relativa a sus modelos de gestión, financiación y atención. Por ejemplo, las formas en que las empresas pagan a los prestadores y las modalidades de contratos que se implementan entre ambos involucran determinados incentivos que pueden afectar al usuario. Algunos autores sugieren que los organismos reguladores incorporen esquemas que procesen esa información y la provean a los usuarios sobre bases que permitan la comparación de los planes<sup>112</sup>.

Una modalidad de información pública que ha demostrado tener alto impacto sobre las decisiones de los usuarios consiste en hacer transparentes los casos de conflictos entre usuarios y empresas. Durante la década del 90, muchos gobiernos han implementado políticas de defensa del consumidor a partir de las cuales se generan instancias legales de protección y organismos ejecutores de las normas que reciben quejas del público en general. Los planes prepagos de salud han figurado entre los mayores protagonistas de estas quejas. Durante comienzos de la década del 90, en Brasil varias veces ocuparon el primer puesto en el ranking de motivos de queja el ente de protección del consumidor<sup>113</sup>. En 1995, el ente federal de regulación de HMO's (*Health Maintenance Organizations*) de EEUU, reconoce que entre un 10% y un 20% de los afiliados hacen cuestionamientos informales sobre la cobertura de su plan cada año. Sólo el 1% inicia reclamos formales. Cuando las empresas de seguro privado no cubren a sus afiliados, éstos recurren en primera instancia a los entes de regulación del estado provincial. Las HMO's vinculadas al Medicare tienen un ente estatal. Los entes públicos examinan los reclamos y realizan la mediación correspondiente.

La disponibilidad de información no constituye sólo una herramienta dentro de una estrategia de defensa del consumidor, sino también una estrategia de for-

---

<sup>111</sup> Etheredge, Lynn. "Promarket regulation: An SEC-FASB Model" *Health Affairs* 6(16):22-5. Noviembre-diciembre de 1997.

<sup>112</sup> Moran, Donald W. "Federal Regulation Of managed Care: An Impulse In Search Of a Theory" *Health Affairs* 6(16):7-21. Noviembre-diciembre de 1997. Página 15.

<sup>113</sup> Ver: Tobar, Federico (1993). "Aspectos Econômicos dos Planos de Saúde", *Conjuntura & Saúde*, Julio, páginas 10-16.

talecimiento de la competencia. La información puede ser útil para beneficiarios pero también para los propios empresarios. De hecho, en contextos pro-competitivos resulta indispensable facilitar el *benchmarking*, es decir, que las empresas conozcan los modelos de gestión de sus competidores. En Colombia, por ejemplo, la reforma reciente establecida a partir de la Ley 100/93 prevé un sistema de seguros competitivos centrado sobre la figura de las Entidades Promotoras de la Salud (EPS). Un proyecto de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) brindó apoyo al órgano regulador (la Superintendencia de Salud), generando documentos para fortalecer a las EPS en su capacidad de contratar adecuadamente los servicios médicos<sup>114</sup>.

### **Requisitos e imposiciones a las empresas**

Otras herramientas de regulación de planes prepagos de cobertura médica se centran en las estrategias de defensa de la competencia. Consiste en instituir un marco legislativo desde el cual se puedan desarrollar acciones legales cada vez que las conductas empresariales accionadas de forma concertada o abusiva generen prejuicios sociales o sean perjudiciales al bienestar general. El presupuesto es que el efecto acumulativo de dichas acciones generará un ambiente en el cual, para evitar los crecientes costos de los litigios, las empresas tenderán a comportarse de la manera esperada en la formulación de la política sectorial<sup>115</sup>.

Estas estrategias centradas en la responsabilidad empresaria han demostrado ser herramientas muy útiles para modelar conductas. Sin embargo, la institución de un marco jurídico que de cuenta de los conflictos no resulta suficiente y en muchos lugares se busca introducir incentivos económicos que logren sintonizar el funcionamiento de los planes con los objetivos de salud. Se trata de lo que anteriormente hemos denominado como modelos de regulación de tercera generación.

### **Regulación económica activa**

Consiste en el control de las transacciones que desarrollan los planes de cobertura médica. Esto involucra establecer parámetros de control y seguimiento de los contratos que las empresas establecen con los usuarios y con los prestadores. En EEUU esa función reguladora es predominantemente competencia de los estados provinciales.

---

<sup>114</sup> Plaza, Beatriz (1997). "Mecanismos de Pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de la Seguridad Social en Colombia". In: CEPAL – Serie Financiamiento del Desarrollo n° 51. Santiago de Chile. Junio.

<sup>115</sup> Moran, Op. Cit. Página 15.

Se distinguen dos focos de la regulación activa. Por un lado el control del ingreso a la actividad. Por el otro, el control del funcionamiento de la empresa. Con respecto al ingreso a la actividad, el listado de requisitos para la habilitación comercial puede centrarse en la solvencia financiera de la empresa y/o en el plan de cobertura médica. Los requisitos típicos de solvencia incluyen el establecimiento de fondos financieros de reserva y garantía. Cuanto mayor es el monto exigido mayores serán los niveles de concentración de la oferta. Por este motivo, en algunos lugares la implementación de este tipo de requisitos -de primera generación- han sido fuertemente resistidos bajo el argumento de que favorecen al capital financiero en detrimento de las empresas de origen médico asistencial. Tal vez el caso donde el debate fue mayor sea el de Brasil, donde las cooperativas médicas ofrecían planes de salud que en 1994 brindaban cobertura a siete millones de personas, lo cual representaba un 20% del mercado de seguros de salud.

Los requisitos de habilitación centrados sobre el plan de cobertura médica tienden a centrarse en exigencias con respecto a la red de proveedores. Un ejemplo extremo era el de Holanda donde, antes de 1988, se exigía a las Cajas de Enfermedad que contrataran obligatoriamente a todos los servicios disponibles dentro del área geográfica en la cual operaba el seguro. Otros casos de alta exigencia para la habilitación son países como Japón y Canadá, donde se exige al seguro privado que disponga de estructura prestacional propia. Es decir, no puede comprar servicios a terceros y además la población que adquiere cobertura de seguros privados pierde sus derechos de acceso a los servicios públicos. Tanto en Japón como en Canadá, la oferta de servicios públicos es amplia y de calidad, el campo de maniobra que le queda a los seguros privados es muy limitado. Canadá tiene solamente un 2% de su población en seguro privado. En ese país sólo un 5% de sus hospitales son privados con fines de lucro y les está prohibido brindar servicios al seguro público de salud.

Con respecto al control y seguimiento de los contratos, la artillería tiende a concentrarse en establecer una canasta básica de servicios o programa médico obligatorio y vigilar su cumplimiento por parte de las empresas aseguradoras. Los criterios para establecer dicho programa son diversos. Un caso extremo lo constituye el estado de Oregon en EEUU, donde además del juicio de un comité de expertos se realizaron consultas populares para contemplar las preferencias de las personas. En Holanda se establecieron cuatro criterios para priorizar las prestaciones que deben ser incluidas en la canasta básica: a) ¿es la prestación necesaria? b) ¿es efectiva? c) ¿es eficiente? y d) ¿puede ser dejada a la responsabilidad individual?

El libro mayor del paradigma reformista de los 90, el Informe del Banco Mundial sobre Desarrollo Humano, "Invertir en Salud" (1993), proponía que los países en desarrollo implementen una canasta básica de servicios partiendo de una evaluación de costo-efectividad de cada procedimiento médico. Proponía para ello la implementación de estudios de carga de enfermedad que faciliten dicha evaluación. Algunos países de América Latina como México, Brasil, Chile, Co-



lombia y Uruguay e incluso la Argentina ya han desarrollado estudios de este tipo que permiten estimar el impacto que la inclusión o exclusión de cada prestación médica dentro de la canasta básica de servicios podría tener sobre la salud de la población en su conjunto. Sin embargo, aún es poco lo que se ha avanzado en la implementación concreta de canastas básicas de servicios sobre esta base.

Se han identificado dos mecanismos alternativos para eliminar o reducir la selección adversa cuando el seguro es público u obligatorio. La primera consiste en eliminar la posibilidad de elección. Esto significa establecer clientelas cautivas, lo cual significa forzar al asegurador a brindar cobertura y al asegurado a aceptarla. Este ha sido el camino iniciado, a principios de siglo, por Alemania e imitado por los países de América Latina que fueron pioneros en el desarrollo de los seguros sociales (Argentina, Uruguay, Brasil y Chile).

Las ventajas de esta alternativa consisten en que al establecer una clientela cautiva se tenderían a reducir los costos de transacción. Es decir, de forma similar que en el modelo de integración vertical pública, los aseguradores no necesitan incurrir en gastos de *marketing* y publicidad porque tienen a sus usuarios -y consecuentemente su flujo de ingresos- garantizados. Las limitaciones de esta alternativa consisten en que elimina cualquier forma de competencia entre los seguros y, por lo tanto, cualquier incentivo para proveer más y mejores servicios a un costo menor.

Cabe observar que estas medidas no son coherentes con estrategias pro-competitivas. Por lo tanto, la experiencia parecería indicar que el fortalecimiento de sistemas competitivos trae aparejado como costo esta falla del mercado. Sin embargo, han surgido soluciones dentro de la denominada competencia estructurada o regulada (del inglés *managed competition*). Esta segunda alternativa consiste en incorporar la libertad de elección -propia de los sistemas competitivos- pero que el Estado absorba los riesgos diferenciales que representa la cobertura médica de cada individuo. Es el camino que implementó Holanda e intenta seguir Colombia, que consiste en mantener la financiación solidaria y obligatoria -donde cada uno aporta según sus ingresos- pero distribuirla entre los seguros de acuerdo a los riesgos diferenciales que representa cada usuario. Es decir, los recursos se unifican en un fondo común que luego asigna una cantidad ajustada según riesgo a la aseguradora que es responsable por cada persona.

Como para el asegurador cada usuario representa un flujo de ingresos proporcional a los riesgos sanitarios que este involucra, las entidades del seguro tendrán un incentivo para incorporar la mayor cantidad posible de usuarios, buscando así la economía de escala, pero no competirán por precios sino por calidad de las prestaciones. De esta manera, los propios seguros se harán cargo de reducir la información asimétrica y la demanda inducida.

Entre los mecanismos que se han encontrado para combatir el abuso moral, la información asimétrica y la demanda inducida merecen destacarse las estrategias de autorregulación que buscan transferir los riesgos a los médicos. La estrate-

gia se centra en la configuración de cuasi mercados o mercados internos donde los profesionales (médicos de cabecera) asumen la responsabilidad integral por los cuidados de salud de los usuarios en el primero y segundo nivel de atención, reconvirtiéndose de simples proveedores en proveedores-compradores de servicios.

## **DIEZ LECCIONES PARA LA REGULACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD EN LA ARGENTINA**

De la experiencia internacional se pueden obtener algunas conclusiones útiles en la hora de formular políticas de regulación para el mercado de planes de medicina prepaga y obras sociales en la Argentina.

**1. Regular es mejorar las condiciones en que compiten las prepagas y las obras sociales.** La regulación no es contra sino a favor de las empresas de medicina prepaga, de las obras sociales y de sus usuarios. Regular es establecer un ambiente de reglas claras, de premios y castigos adecuados. Todos los países donde el mercado de seguros de salud se ha expandido están buscando mejorar el marco en el cual las empresas compiten. Las empresas de medicina prepaga en general son proclives a la regulación y existen importantes experiencias de autoregulación de agrupaciones de empresas.

**2. No se puede regular sin objetivos.** Regular es modelar conductas para hacerlas converger hacia un modelo deseado de acción empresaria. Los mejores resultados se obtienen allí donde hay un modelo transparente y racional de cómo deben actuar las empresas. La regulación involucra el riesgo de superponer medidas que termina entorpeciendo la acción privada sin conseguir ningún objetivo público de salud.

**3. La regulación no puede responder a dos amos.** La regulación no debe buscar sólo la acumulación de capital descuidando la producción de salud. El mercado no consigue resolver muchas de las necesidades del desarrollo. La salud es una de ellas, tal vez aquella donde el mercado es más impotente, junto con el ambiente. La salud no se puede acumular así como tampoco se puede acumular capital acumulando salud. Sin embargo, es posible facilitar la acumulación dentro del sector salud, pero en funciones poco relacionadas con la obtención de buenos resultados sanitarios. Sin una adecuada regulación, más medicina y más mercado no involucran necesariamente más salud.

**4. A menor desarrollo de las funciones del Estado en salud, mayor gasto sanitario privado.** Esto involucra mercados atractivos para el capital especula-

tivo. Los países desarrollados son, en general, no sólo los que más invierten en salud sino también aquellos en donde el Estado es el principal financiador. La tendencia mundial es a reformular ese protagonismo estatal, buscando estimular prácticas competitivas y eficientes dentro del sector público. Por el contrario, en los países más pobres la mayor parte del gasto es privado, el sector público adquiere escasas funciones en salud y la tendencia se orienta hacia una retracción aún mayor del Estado, la cual se operaría a través de la desregulación y la privatización. Cuando el Estado deserta de sus responsabilidades en salud, la competitividad global de la economía puede aumentar en el corto plazo al reducirse el peso del Estado sobre los mercados y, en especial, las cargas sociales. Pero, a largo plazo, la competitividad decae porque los resultados de salud y el capital humano se deterioran. Cae la motivación y la capacidad de trabajar y aprender, por lo tanto la productividad del pueblo es comprometida.

Si el Estado es fuerte, el capital especulativo encuentra pocas condiciones para captar recursos en los mercados de salud. Si el Estado es débil, los seguros de salud configuran excelentes oportunidades de negocios. Movilizar flujos de ingresos equivalentes al 3 o 4% del PBI de un país con una actividad legal representa una oportunidad de inversión difícil de emular.

**5. Expandir el mercado de seguros de salud no contribuye a mejorar la equidad en salud.** Aún donde se ha fortalecido la capacidad regulatoria del Estado, esta no es suficiente para garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud. Por este motivo los países tienden a complementar su capacidad de regulación con la financiación pública de la salud. En muchos países coexiste una oferta de servicios públicos con los planes privados de salud. El inconveniente de este modelo es que los sectores privilegiados tienen doble cobertura (pública y privada) de forma que, aunque aumenta el acceso, no lo hace la equidad. Otros países optaron por estrategias procompetitivas en las cuales se financia la demanda subsidiando la cobertura de los ciudadanos con ingresos insuficientes para pagar un plan médico. Cualquiera sea la estrategia implementada, lo cierto es que aun cuando es necesario fortalecer la capacidad de regular los seguros de salud, nunca es suficiente para mejorar la salud del país.

**6. Las herramientas de regulación deben ser coherentes entre sí.** Aun cuando no existe una fórmula universalmente válida sobre cómo se debe regular el mercado de seguros de salud, existen modelos que guardan cierta coherencia. La capacidad reguladora de los gobiernos debe ser fortalecida de forma progresiva. Por eso, un país que no tiene políticas activas de regulación tendrá dificultades para comenzar con una regulación de tercera generación (aquella en la que se incorporan incentivos a las empresas para alcanzar determinadas metas de salud pública).

**7. La capacidad regulatoria será proporcional a los niveles de información disponibles.** El fortalecimiento de los sistemas de información es el mayor requisito para la factibilidad de la regulación. La implementación de sistemas de información no sólo permite el seguimiento y control por parte de los organismos gubernamentales, también facilita el benchmarking de las empresas y la evaluación de los planes por parte de los usuarios. No sólo en salud sino en casi todos los sectores económicos, las políticas de regulación tienden a fortalecer las estrategias de defensa del consumidor y lealtad comercial. La disponibilidad de información es el mayor requisito para ello.

**8. La canasta básica de servicios es la política de regulación activa más poderosa, por lo cual, es imprescindible costear el PMO.** Al establecer el menú de prestaciones a ser cubiertas por las empresas se está avanzando por varios frentes regulatorios. Por un lado, el diseño de la canasta puede privilegiar determinadas prioridades y metas de salud pública (si las hay) sobre otras. Es, por lo tanto, un instrumento de política de salud. Por otro lado, de la cantidad de prestaciones incluidas en el programa médico obligatorio dependerá el costo real de la cobertura. De modo que al fijar la canasta básica se está controlando el gasto en salud.

Además cuanto mayor sea la canasta mayores serán los requisitos de economía de escala que tendrán que alcanzar las empresas para sobrevivir. Dicho de otro modo, si el programa médico obligatorio es ambicioso habrá concentración de la oferta en unas pocas empresas grandes, mientras que cuanto menor sea, entonces mayores serán las oportunidades que los pequeños aseguradores tendrán para competir.

Allí donde hay un mercado de múltiples aseguradores en salud, es imprescindible contar con una autoridad reguladora que tenga competencia para monitorear el costo de la cobertura definida como criterio para impulsar (o frenar) la expansión de la cobertura vertical y hasta para modificar la base de financiación. En la Argentina se han realizado algunos estudios de costeo del PMO<sup>116, 117</sup>, pero la Superintendencia de Servicios de Salud no los ha empleado cómo herramienta regulatoria.

**9. La asignación de una cápita ajustada según riesgo es una forma racional y progresiva para asignar recursos a los seguros sociales.** El ingreso de los seguros sociales se debe desvincular de la renta de sus beneficiarios pero se

---

<sup>116</sup> Van der Koy, Ernesto, Lima Quintana, Laura y Pezzella, Héctor. *Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio*. Buenos Aires. Universidad del Salvador. 2010.

<sup>117</sup> Bruni, José. *Costo del PMO. Primer premio de la Asociación de Economía de la Salud*. Año 2001. Buenos Aires.

debe vincular al costo actuarial de su cobertura. Varios países que detentan sistemas de seguros sociales han incorporado mecanismos de asignación de recursos a través de cápitas ajustadas según riesgo, entre ellos Israel, Colombia, Holanda, Suiza, Alemania, Bélgica y más recientemente Uruguay. En la Argentina esto sólo se ha implementado de forma parcial como mecanismo de compensación por medio del Decreto 1901 de 2006.

**10. La regulación más adecuada es aquella que incorpora criterios sanitarios.** En ese sentido, las herramientas más poderosas pasan por la evaluación de desempeño y la incorporación de premios y castigos a las entidades aseguradoras en función de los niveles de cumplimiento de las metas sanitarias definidas por la autoridad que ejerce la rectoría en salud dentro del país.

## CAPÍTULO 7.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE LA COBERTURA DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO?

*“La Seguridad Social no puede darle todo a todos, no debe darle todo a algunos, sí debe darle algo a todos”.*

William Beveridge

### **Cuando el progreso genera pobreza**

En su “Ensayo sobre el principio de la población” (1798), Thomas Malthus planteaba que la población en el mundo aumentaba en progresión geométrica, mientras que el suministro de comida lo hacía en progresión aritmética. A partir de ello predijo que en algún momento la comida resultaría insuficiente y se produciría una catástrofe. Este autor no consideró de forma adecuada el progreso tecnológico que expandió nuestra capacidad de producir alimentos. La predicción malthusiana no ha ocurrido, pero otra catástrofe se cierne sobre nuestra sociedad y, en este caso, la tecnología más que la solución parece ser la causa.

Hay un conjunto limitado de enfermedades que matan o incapacitan a quienes las padecen. La investigación y el desarrollo tecnológico se centra en ellas y, hasta el momento, los avances son importantes pero solo paliativos y los tratamientos resultan muy caros. Aparece entonces un doble problema: si el paciente no es tratado, un ser humano resulta privado del acceso al tratamiento de vanguardia. Pero, por otro lado, si él o su familia deben costear ese tratamiento caen en la pobreza.

Alrededor de 150 millones de personas cada año sufren efectos catastróficos sobre sus economías domésticas por padecer, ellos o sus parientes, enfermedades que requieren tratamientos de alto costo. De ellos, alrededor de 100 millones caen bajo la línea de pobreza. Y dentro de estos últimos noventa millones viven en países en desarrollo<sup>118</sup>.

---

<sup>118</sup> Xu, K; Evans, D; Carrin, G; Aguilar-Rivera, A.M; Musgrove, P & Evans, T. (2007). “Protecting Households From Catastrophic Health Spending”. *Health Affairs* 26 N° 4 (2007): 972-983

## Una doble carga sanitaria

Producir salud es como “perseguir al viento”, porque la salud es inalcanzable de forma definitiva. No sin cierta ironía alguien la definió como “un estado transitorio hacia un desenlace poco alentador”. Nuestras victorias sobre la enfermedad siempre son parciales y temporales. Sabemos que el stock de salud alguna vez se acaba<sup>119</sup>. Además, una vez alcanzados ciertos estándares de salud, conseguir conquistas marginales resulta cada vez más complejo. Los rendimientos marginales decrecientes que explicaba David Ricardo también se aplican a la producción de salud. Entonces, podemos concluir que producir salud es como transitar un camino que cada vez se hace más empinado.

En América Latina, varios países aún no hemos logrado alcanzar metas blandas como minimizar la mortalidad materno-infantil a través de tecnologías de probada relación costo-efectividad. Así, buscando rendimientos sanitarios, resultaría razonable que las inversiones y esfuerzos prioricen la universalización de acciones básicas de salud. Sin embargo, al mismo tiempo, un conjunto limitado de enfermedades de baja prevalencia no sólo les disputa recursos a los cuidados esenciales sino que parecería estar ganando la pulseada.

## DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las enfermedades de alto costo o catastróficas (EC), pueden definirse de diversas maneras. A continuación se presentan algunas de sus características destacadas en la bibliografía especializada:

**a) Tienen bajo impacto sobre la carga de enfermedad.** Desde una perspectiva epidemiológica no son prioritarias puesto que su incidencia es baja y el tratamiento que se puede dispensar se concentra más en los cuidados paliativos que en la posibilidad de cura.

**b) Tienen un alto costo.** Desde el punto de vista financiero, representan patologías cuyo tratamiento implica un desembolso monetario importante y que excede algún umbral considerado normal. Estos padecimientos, generalmente, impactan con fuerza en el presupuesto familiar y, eventualmente, dejan a las familias en un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva. Existe la convención de que una enfermedad, tiene un impacto catastrófico cuando para su atención se destina más del 30% del presupuesto familiar<sup>120</sup>. En ese sentido,

---

<sup>119</sup> Ver: Tobar, F. (2010). “La salud como un activo económico”. *Revista [I]salud Volumen 5, número 21*. Abril de 2010:54-56.

<sup>120</sup> Wyszewianski L (1986). *Families with catastrophic health care expenditures. Health Service Research*. Diciembre. En: Aedo C, editor. “Los Problemas de Salud del Adulto Mayor y las Enfermedades Catastróficas”. Chile: Estudios Públicos, No. 63;1996 (Invierno).p. 285-365.

resultan trascendentes esas estrategias sanitarias que priorizan la acción pública pues, existe la equivocada creencia de que estas enfermedades, generalmente, se consideran como de alta incidencia en las sociedades más desarrolladas y, por contraste, de menor prioridad en el interés público de los países en vías de desarrollo, lo que disminuye la necesidad de implementar acciones urgentes para detener su crecimiento entre la población, sobre todo, para contener el rápido incremento de su prevalencia entre los menos favorecidos<sup>121</sup>.

**c) Generan severos daños en la salud de quien la padece.** Se trata de enfermedades crónico degenerativas o infectocontagiosas que se cronifican y son causantes de discapacidad y muerte. El ritmo innovativo de la tecnología médica, de la industria farmacéutica y de la biotecnología impulsan rápidos avances en el tratamiento puesto que configuran un mercado atractivo. Por eso, el sector privado y en particular los laboratorios farmacéuticos, destina sumas crecientes a la investigación y desarrollo en estas enfermedades. Además, en varios países desarrollados existen subsidios gubernamentales para el desarrollo de la oferta de medicamentos para enfermedades de baja prevalencia. Sin embargo, los logros obtenidos hasta el momento no permiten, en la mayoría de los casos, curar sino que se limitan a frenar la evolución y a proveer cuidados paliativos.

**d) Presentan una curva de gastos diferente.** La evolución habitual en el gasto generado por una persona con una patología determinada presenta el fenómeno de regresión a la media, esto es, que quien gasta más el primer año lo hará en menor proporción en el siguiente. En las enfermedades catastróficas, la evolución se realiza en forma extremadamente lenta, denominándose este comportamiento “reversión lenta a la media”<sup>122</sup>. Si bien muchas de estas enfermedades requieren procedimientos de alta complejidad para su diagnóstico y/o tratamiento, son los medicamentos un elemento crucial, tanto por su elevado costo individual en algunos casos como por la cronicidad de su requerimiento en muchos otros.

**e) La mayor parte del gasto es destinado a medicamentos.** Se ha mencionado que los cuidados son paliativos. Una vez establecido el diagnóstico, la mayor parte de la asistencia se concentra en tratamientos químicos y biológicos. Se emplea para ello Medicamentos de Alto Costo (MAC), que por lo general son monopólicos. Pero, además, dentro de esta categoría hay cada

---

<sup>121</sup> Santos Padrón H (2003). “Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México”. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a03.pdf>. Visitado el 20 de abril de 2010.

<sup>122</sup> Beebe J (1988). “Medicare Reimbursement and Regression to the Mean”. *Health Care Financing Review* 9, pp 9-22.



vez menos productos de síntesis química y más biotecnológicos. Esos últimos son productos que han sido elaborados con materiales de origen biológico, como microorganismos, órganos, tejidos, células o fluidos de origen humano o animal o también por un proceso biotecnológico de ADN recombinante, a partir de una proteína o ácido nucleico. En 2008, según IMS Health, había en el mundo unos 134 productos incluidos en esta definición y la tasa de crecimiento del nivel de ventas de este submercado (12,5% en 2007) duplica la del mercado farmacéutico global (6,4%).

**f) Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insustentable.** Desde el punto de vista de la financiación de las mismas, resulta impensable que ésta surja del gasto de bolsillo del paciente, pero la utilización de otras fuentes de financiamiento pone en riesgo potencial la viabilidad financiera del sistema en su conjunto.

**g) Su cobertura es definida por vía judicial.** Algunos pocos países han implementado instituciones públicas que realizan evaluaciones técnicas y económicas de las tecnologías sanitarias y se hacen cargo de definir qué debe ser cubierto con los recursos públicos y qué no. Ejemplo de ello son el National Institute of Clinical Excellence (NICE) que recomienda al National Health Service británico la inclusión o no de nuevas tecnologías y, en nuestro continente, la Comisión de Evaluación de Tecnología Sanitaria (CITEC) que define la inclusión de tecnologías en el Sistema Único de Salud de Brasil. Pero la mayoría de las veces, la definición de la inclusión de una determinada tecnología dentro de la cobertura pública, social o privada es una decisión diferida por parte de la autoridad sanitaria. Y cuando los ministerios de salud no toman la decisión alguien la toma por ellos. En general, quienes lo hacen son los jueces que establecen dictámenes obligando la cobertura de determinada prestación (práctica o tecnología médica). Ese fenómeno ha sido denominado “judicialización de la salud” y dificulta la sostenibilidad de las políticas aumentando las inequidades e ineficiencias de los sistemas.

### **¿Qué hacen los países para enfrentar el problema de las catastróficas?**

Para los países que lograron un modelo universal y único de protección social en salud, las catastróficas sólo presentan el desafío de una evaluación tecnológica adecuada y de la protocolización de los tratamientos para lograr que los pacientes tengan respuestas homogéneas en calidad.

En algunos casos, para evitar la puja distributiva con el resto de las acciones de salud por los recursos se ha separado la financiación y regulación de estas patologías. Se denomina discriminación positiva a esta forma de abordaje que selec-

ciona un grupo de patologías con protocolización para las cuales se implementan mecanismos que aseguren la financiación y verifiquen la prestación<sup>123</sup>.

Una disyuntiva que han enfrentado los países que avanzaron en la respuesta a las enfermedades catastróficas es si el abordaje adecuado es el horizontal o el vertical. En el primero una red local de servicios polivalentes se hace cargo de los cuidados y recibe, almacena, prescribe y dispensa los MAC (que en general son comprados de forma centralizada). Mientras que en el abordaje vertical se define una política nacional de protección frente a una enfermedad catastrófica y se implementa una logística adecuada al funcionamiento de la red de asistencia operando bajo un comando centralizado. Es el caso, en general, de los programas de combate al HIV-SIDA. La diferencia fundamental en ambos casos reside en los niveles de centralización, no de las compras (ya que se asume aquí que, en todo caso, lo más conveniente es lograr economías de escala a través de compras consolidadas) sino de la programación de requerimientos, así como de su utilización y control.

Una tercera alternativa, aún más autónoma que los programas verticales, consiste en montar un dispositivo de protección social alternativo. Se trata de un seguro de enfermedades catastróficas que opera con su propia red de prestadores (pudiendo ser esta pública, privada o mixta), acreditando los servicios para realizar determinadas prestaciones y organizando la dispensación de los MAC, según criterios propios que pueden ir desde la acreditación de farmacias hasta la dispensación por correo en el domicilio del paciente.

La principal ventaja de los seguros de catastróficas radica en el pool de riesgo que se genera. Cuando el riesgo se divide en millones de beneficiarios, no hay paciente caro. Por ejemplo, tratar a un paciente con Enfermedad de Gaucher puede costar más de U\$300 mil al año. Este monto podría comprometer la viabilidad de un asegurador pequeño, pero repartido entre 40 millones de habitantes resulta ridículo.

## DIEZ LECCIONES PARA ORGANIZAR LA COBERTURA DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA ARGENTINA

1. **Crear un Fondo Federal de Enfermedades catastróficas.** Cuya función sea otorgar financiamiento a prestaciones médicas altamente especializadas, de demostrada efectividad, permitiendo que las mismas estén disponibles con equi-

---

<sup>123</sup> *Adaptamos aquí el concepto de discriminación positiva en el sentido otorgado al mismo por Robert Castel quien refiere a políticas que "...se focalizan en poblaciones particulares y zonas singulares del espacio social, y despliegan estrategias específicas". Cf.:Robert Castel (2004). "Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social". Colección Fichas del siglo XXI. Topía Editorial, Buenos Aires.*

dad para toda la población del país, asegurando que dichos procedimientos se realicen con el máximo de calidad y en condiciones de sostenibilidad económica y financiera. El fondo recibiría aportes desde el Ministerio de Salud y de otros financiadores de la seguridad social y seguros privados que adherirán en forma voluntaria, siendo su aporte capitado de acuerdo al número de personas que se encuentre bajo su cobertura. Este modelo de financiación mediante fuentes estables e independientes evitará el recurso de copagos de los pacientes, lo que actúa como una barrera al acceso en el caso de estos medicamentos.

**2. Establecer un Acuerdo Federal de Extensión de Cobertura.** En el cual el Gobierno Nacional y los gobiernos provinciales que decidan adherir, consensúan garantizar protecciones iguales en calidad para la población de todo el país. En el mismo se definirá un cronograma para la inclusión de Enfermedades Catastróficas a ser cubiertas y se acordarán las responsabilidades de cada parte.

**3. Desplegar una estrategia de implementación gradual.** Organizada en etapas, el objetivo final consiste en alcanzar cobertura universal, pero las acciones se iniciarán desde el sector público (privilegiando el acceso de quienes hoy no tienen seguro de salud y de quienes están asegurados por el Programa Federal de Salud -Profe). En segundo lugar, se buscará integrar de forma progresiva dentro del mismo esquema de aseguramiento a las Obras Sociales Provinciales (OSP) y sus beneficiarios. Esto permitiría alcanzar alrededor del 60% de la población nacional avanzando hacia una cobertura y acceso uniforme. A partir de entonces, se habrá consolidado un seguro federal y el correspondiente fondo de enfermedades catastróficas al que cada esquema de cobertura deberá aportar una cápita por beneficiario cubierto. Un tercer paso consistirá en abrir la posibilidad de que se incorporen dentro del Seguro Federal de Enfermedades Catastróficas las Obras Sociales Nacionales y las prepagas. La adhesión de estas entidades no sería obligatoria. Pero resultaría conveniente para ellas ya que, al incorporarse al aseguramiento universal, conseguirían una respuesta homogénea en calidad para sus beneficiarios que la precisen, a un costo bajo, estable y previsible.

**4. Expandir la cobertura vertical por líneas de cuidados.** Implementando una discriminación positiva de las prestaciones correspondientes a patologías de alto costo y constituyéndolas en garantías explícitas de tratamiento. Eso permitiría que frente a una determinada patología seleccionada, todos los argentinos tengan acceso a los mismos cuidados de la misma calidad. Para ello hace falta no sólo seleccionar el conjunto de patologías a ser incluido en cada fase sino también protocolizar su atención.

**5. Implementar una Comisión de Efectividad Clínica.** Cuya misión consistirá en revisar periódicamente la evidencia científica y llevar a cabo modificacio-

nes en caso de ser necesarias. Entre sus competencias se puede enumerar las siguientes. En primer lugar, en función de estudios de carga de enfermedad y costos del tratamiento de las patologías propondrá al Ministerio de Salud de la Nación y al COFESA las patologías que se incluirán en las garantías explícitas. En segundo lugar, será responsable por desarrollar protocolos de atención y tratamiento con criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia Científica. Los mismos serán la piedra angular para la organización de un esquema de protección social de enfermedades catastróficas y fortalecerá la viabilidad política de este modelo universal. En tercer lugar, programará como se realizará la incorporación gradual de las mismas y cuáles serán los instrumentos de seguimiento de la gestión clínica a ser implementados.

**6. Desarrollar una Unidad de Coordinación e Información.** Uno de los grandes problemas asociados a este grupo de enfermedades es el retraso en el diagnóstico el cual es, en muchos casos, de varios años. Este retraso obedece, entre otras razones, a la baja incidencia de las mismas. Para reducir los plazos de diagnóstico y el impacto que el mismo tiene sobre la morbi-mortalidad de quienes lo padecen y los costos para el sistema de salud, se plantea el desarrollo de un “espacio” que permita reunir los diferentes grados de avance en relación al conocimiento de las EC, para convertir el conocimiento individual en grupal y servir como un sitio al cual recurrir ante dudas diagnósticas en el caso de los médicos; apoyo y contención en el caso de pacientes y familiares. Esta oficina llevará adelante una serie de acciones relacionadas con información sensible para la gestión del conocimiento sobre las EC: a) definir organismos autorizados para acreditar a prestadores y proveedores, b) definir criterios para la acreditación de prestadores y proveedores, c) desarrollar un sistema de información que funcione como repositorio de datos sobre las diferentes EC para ser utilizado tanto por médicos como por pacientes y por los decisores en salud, con diferentes niveles de acceso.

**7. Acreditar prestadores y fijar de módulos de retribución en el caso de provisión de servicios.** La prestación de servicios para las enfermedades protegidas sólo podrá realizarse a través de los servicios públicos o privados habilitados por el Ministerio de Salud para tal fin y en función de su capacidad para cumplir de forma adecuada con los protocolos de atención correspondientes. Además, se fijará una retribución a los mismos a través de módulos prestacionales.

**8. Adquirir los medicamentos necesarios por medio de compras centralizadas.** Los medicamentos de alto costo que se utilizan para el tratamiento de las enfermedades catastróficas representan entre el 60% y el 90% del costo total. Utilizando licitaciones públicas internacionales y agregando demanda en las adquisiciones es posible obtener economías muy relevantes en la medicación.

Esto permite lograr eficiencia que reducen el costo por ciudadano asegurado de forma muy sensible.

**9. Implementar un sistema de monitoreo y evaluación.** El mismo permitirá la gobernanza del seguro y servirá de apoyo para programar la extensión de cobertura. Una base para su implantación se puede obtener en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), que es el sistema informático para la administración, gestión, fiscalización y consulta de la actividad de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito nacional. Se trata de un sistema de información con escalones jurisdiccionales, regionales e integrado nacionalmente, que permite el registro en tiempo real de la actividad, la gestión de pacientes en diálisis, listas de espera y asignación de órganos y tejidos con fines de implante en nuestro país, con el fin de permitir el monitoreo y evaluación permanente, así como ofrecer a la sociedad la garantía de transparencia de la actividad.

**10. Establecer garantías explícitas.** Una vez incorporada la cobertura, la misma se constituye en una garantía explícita. Esto requiere que se haya protocolizado y costado su tratamiento, que se hayan acreditado los prestadores, que se haya garantizado el financiamiento, capacitado al cuerpo profesional, garantizado la disponibilidad de recursos tecnológicos (equipamiento y medicamentos) e implementado un sistema de monitoreo y evaluación.

## CAPÍTULO 8.

# ¿QUÉ APRENDIMOS SOBRE LA SOSTENIBILIDAD DE LAS POLÍTICAS?

*“No hay otro tiempo que el que nos ha tocado.  
Aclárennos quien manda y quien es el mandado.  
Y si no estuviera en su mano poner coto a tales  
desmanes, mándeles copiar cien veces...  
esas cosas no se hacen”.*

Joan Manuel Serrat, “A quien corresponda”.

Homero narra en la Odisea (xi. 593) el mito de Sísifo, a quien atribuye la reputación de haber sido el más astuto de los mortales. Poco antes de morir, instruyó a su mujer para que no cumpliera con los ritos fúnebres. De esa forma, esperaba no ser acepto entre los muertos. Cuando los dioses reaccionaron, fue condenado a empujar una piedra enorme cuesta arriba por una ladera empinada, pero antes de que alcanzase la cima de la colina la piedra rodaba hacia abajo, y Sísifo tenía que empezar de nuevo desde el principio.

Es frecuente que cada nueva gestión se esfuerce más en deshacer lo construido por la conducción anterior que en construir nuevas soluciones. Como el mítico Sísifo, cargamos la piedra rodante hasta la cima de la montaña, pero ella vuelve a caer con el cambio de autoridades o gobiernos.

Este capítulo pretende alimentar la discusión sobre cómo garantizar que las respuestas sociales en América Latina consigan escapar de la condena de Sísifo y puedan avanzar de forma sostenida. Para ello se presentan algunas ideas que, más que hipótesis, son premisas para pensar y construir las sostenibilidad de los esfuerzos sociales.

## 1. Establezcamos una visión de conjunto

Construir una visión compartida es una forma de asumir un compromiso a

largo plazo. No se trata de una simple frase para poner en un cuadro o en una tarjeta. La palabra slogan tiene su etimología en los gritos de guerra de las hordas bárbaras. Una bandera que defender, un motivo por el cual dar la vida. Es ese el sentido de la visión de conjunto.

Como cantaba Joan Manuel Serrat y recordábamos en el epígrafe de estas reflexiones, “no hay otro tiempo que el que nos ha tocado”. Necesitamos superar el lamento y la crítica sin propuesta para consolidar el diálogo y arribar a una agenda de políticas que constituyan verdaderas políticas de Estado. Esto es, una visión conjunta de cuáles serán las prioridades sociales asumidas por el país, de hacia dónde queremos hacer converger nuestros sistemas de protección y todos sus componentes.

La construcción de una política democrática de Estado significa, entonces, instaurar un conjunto organizado de prioridades sociales que serán asumidas y preservadas por todos. Por los que están y por los que vendrán. Sin dudas requiere de voluntad política (la cual en los últimos tiempos parece haberse convertido en un bien escaso) pero no es un acto de gobierno. No es el gobierno sino la sociedad en su conjunto quién consolida una verdadera política de Estado. “Una sociedad que, en ese acto, manifiesta su voluntad de trascender, de superar el lamento”. Un ejemplo, algo antiguo, podría ilustrar el cambio al que me refiero. Al visitar los EEUU, Alexis de Tocqueville se conmovió ante un grupo de bulliciosos manifestantes que deambulaban por las calles proclamando su firme decisión de abandonar para siempre el alcohol. Encontró allí un pilar de la democracia, el compromiso con el bien común que parte de actitudes individuales. “En mi país ese grupo de alcohólicos hubiera reclamado que el Estado se haga cargo de ellos”, concluía Tocqueville<sup>124</sup>.

La sostenibilidad es siempre política. Y la discontinuidad es un fracaso de la política. A pesar de nuestra impericia, las palabras se empecinan en denotar realidades. El neologismo “sostenibilidad” deriva del término “sostenible” y tiene para nosotros su raíz en el latín *sustinere*, de sus que significa “desde abajo” y *tenere* que significa “mantener”. Esta noción se pierde, en especial para quienes prefieren el anglicismo “sustentabilidad” y reducen el término a la disponibilidad de recursos para financiar las acciones.

## 2. Convirtamos la visión en acciones concretas

Establecer una visión de conjunto involucra definir un esquema de división del trabajo. Es como armar esas imágenes que se componen como un rompecabezas. Sólo cuando se juntan todas las piezas aparece el cuadro oculto en los fragmentos. Lo importante es que consigamos definir el cuadro y que cada uno de los actores sepa qué pieza representa.

---

<sup>124</sup> Tocqueville, Alexis de. *La democracia en América*, Alianza Editorial, Medir, 1982. 9na edición (la edición original en francés es de 1833). Tomo I. Página 182.

La visión tiene que ser apropiada por cada uno. Ella aislada, escrita y colgada de un cuadro, no resuelve los desafíos cotidianos. Como afirma Peter Senge, la visión sin pensamiento sistémico acaba proyectando lindos cuadros del futuro, sin una comprensión profunda de las fuerzas que tenemos que dominar para conseguir avanzar desde aquí hacia allá<sup>125</sup>. Mientras no se consiga organizar toda una nueva forma de pensar acorde con esa visión, no se cumplirá con la primera condición del cambio: la creencia genuina en que podremos concretar nuestra visión en el futuro.

Sólo alimentando esta creencia será posible ganarle a la sobreadaptación de aquellos que venden su alma al diablo para mantenerse en un cargo. Para que ya no nos pase aquello que, continuaba cantando Serrat en "A quien corresponda": que la tierra cayó en manos de unos locos con carnet, que el mundo es de peaje y experimental, que todo es desechable y provisional.

Cuando el mandato es efímero, cuando el funcionario a cargo no maneja incentivos ni puede sancionar a los empleados públicos, la única forma de sincronizar esfuerzos es hacer clara la bandera por la cual se está luchando y se está dispuesto a morir. Esto no lo aprendimos de ninguno de los gurús del *management* sino del Evangelio.

### **3. Salgamos del tecnicismo hacia el sentido común**

Las palabras sólo generan cambios cuando se consolidan en hábitos y estos, como cultura institucional. Tener una bandera es una condición necesaria pero no suficiente para consolidar la política. Una vez que consigamos erguir la bandera enfrentaremos el mayor de los desafíos, el de encontrar los caminos que cada uno deberá recorrer, el de definir las prácticas, las actitudes y los hábitos necesarios para las tareas concretas de cada uno.

La sostenibilidad se construye con confrontación, no con silencios ni con la opacidad de los tecnicismos. Si no se consigue cambiar el sentido común, no habrá reforma ni política con continuidad. Por eso es imprescindible debatir y confrontar. Por eso tenemos que escribir y dar testimonio de lo que pensamos y de lo que creemos de nuestras gestiones y de nuestras políticas.

### **4. Construyamos una militancia social**

También la teoría es necesaria pero no suficiente para concretar el cambio. No hay que tener miedo de ideologizar la política social. Por el contrario, es justamente discutiendo valores, principios y propósitos que llegaremos juntos a una conclusión sobre cuáles medios son más adecuados para resolver los problemas

---

<sup>125</sup> Senge, Peter. *La Quinta Disciplina*. Buenos Aires. Granica, 1994.



de nuestra gente y curar los sistemas de protección. Sólo de un verdadero combate ideológico surgirán sistemas y políticas adecuadas. Como afirma el libro de Miqueas (4:3) "De las espadas se forjarán arados, de las lanzas podaderas".

Por ese motivo, tampoco hay que temer el conflicto ya que este es motor de aprendizaje. Nos ayuda a buscar salidas. A encontrar respuestas a nuestros problemas en políticas similares de otros países o en políticas diferentes de nuestros propios países. El conflicto nos ayuda a recrear agenda, a alternar las perspectivas y finalmente a superar el sentido común.

La crisis social es fundamentalmente política. Y, por lo tanto, la salida de ella también es política. Nuestros servicios sociales llegaron a esa condición de vulnerabilidad y nuestras políticas llegaron a esos bajos niveles de efectividad por nuestra incapacidad política. No estoy criticando a una gestión, a un partido ni a un gobierno en particular. Por el contrario, hago un mea culpa, me involucro y postulo que todos los que participamos de una forma u otra del sector somos culpables de haber despolitizado lo social. Lo hemos restringido a una cuestión técnica.

Déjeme por favor, hacer una digresión. En los comienzos del siglo pasado, Max Weber dictó dos conferencias que hoy son ya textos clásicos: "La ciencia como profesión" y "La política como profesión"<sup>126</sup>. Entre muchas otras cosas, Weber destaca que la vocación política apunta a influir sobre el destino del Estado. Y la vocación científica involucra un compromiso con el progreso. Pero un progreso basado en la exactitud, donde lo importante no es el liderazgo, el talento o la inspiración sino el compromiso con el rigor. La ciencia siempre avanza, el Estado no. Se podría postular que la tensión entre ciencia y política es un debate entre medios y fines.

Otra tensión entre medios y fines se registra entre la actitud del técnico y la del profesional. El primero es aquel que domina una técnica y la pone al servicio de quién lo contrata. El instrumento en sí desprovisto de ideología, desprovisto de valores y fines. Por el contrario, profesional es aquel que profesa. Eso significa que enseña y que defiende una postura. Ser profesional requiere asumir compromisos, tomar partido. Ser técnico no.

Si cruzamos ambas tensiones, la ciencia y la política, con la definición del técnico y del profesional, verificamos que la actitud del técnico nunca puede ser científica. El científico, por definición, es un militante de la verdad. En contrapartida, Walter Gropius definía al especialista como "personas dispuestas a repetir siempre los mismos errores".

Pensemos, entonces, en la diferencia entre un profesional de la política social y un técnico. El primero sería aquel que profesa un modelo de protección social, el segundo es un diestro en el manejo de determinadas herramientas que pone al servicio del mejor postor. Recordemos, también, que una herramienta es una prolongación de las manos, mientras que un modelo es una prolongación de la

---

<sup>126</sup> Weber, Max. *El sabio y la política*. Córdoba. Eudecor, 1966.

mente. Contar con un modelo implica conocer cuáles son las prioridades, mientras que conocer una herramienta implica saber cuál camino recorrer (independientemente de saber o no hacia donde queremos ir).

En un país donde prevalecen los políticos sobre los técnicos, se terminará consolidando una verdadera arena social y, me animo a decir que, a la larga o a la corta se logrará un consenso (o al menos una mayoría democrática) que situará a las políticas sociales como verdaderas políticas de Estado. Es decir, políticas cuya consecución se sitúa por encima de un ministro, de una gestión, de un partido.

En un país donde prevalecen los técnicos sobre los políticos se tenderá primero a desideologizar la política social. El debate social tenderá a apagarse. No habrá premisas claras ni valores perennes atravesando las políticas. Cada actor, cada sector buscará defender y priorizar sus intereses personales por sobre los del conjunto y lo hará de forma cada vez más abierta y descarada. El resultado será que no habrá aprendizaje institucional y a medidas, decretos o resoluciones implementadas en un sentido, sobrevendrán luego otras similares desdiciéndolas. Como un juego de marchas y contramarchas. Es decir, no habrá progreso. Entonces sí estaríamos condenados a ser Sísifos sociales.

En conclusión, creo que a los actores que estamos involucrados en el sector se nos ha marchitado la llama de la pasión por la protección social. Hemos escondido nuestra responsabilidad profesional detrás de justificativas técnicas. Hemos sucumbido ante la premisa positivista que postula una visión técnica superior y aislada de la realidad política.

Al menos, en lo que a mi respecta estoy convencido que tengo que asumir una militancia social. Que si quiero ser un auténtico profesional tengo que definir el modelo asistencial, el modelo de gestión y el modelo de financiamiento adecuado y salir a predicarlo. Asumir una bandera social, eso que Weber llamaría la vocación política, o que Ortega y Gasset llamaría comprometerse con las circunstancias. Pero eso no significa volverse un político, asumir la política como profesión. Se trata de asumir la voluntad de cambio y el compromiso, no necesariamente de plantear ambiciones ni vocación de poder sino el compromiso de transformar la política social.

## **5. Encendamos el debate social**

Pero tener una dirección hacia la cual avanzar así como prácticas adecuadas para hacerlo tampoco es suficiente. Hace falta conseguir una luz que ilumine ese recorrido. Aún la militancia que reclamo corre el riesgo de convertirse en una peregrinación voluntarista si no desarrolla una actitud crítica. Esa luz, esa crítica es la función de la teoría y cabe a los intelectuales (y a la academia como colectivo) su producción.

En la construcción de una política de Estado en lo social, los intelectuales deben asumir más protagonismo. La investigación como actividad y la academia como arena tienen un rol fundamental alimentando la formulación de políticas públicas. Es aquel que describe la alegoría de la caverna narrada por Platón en el

séptimo libro de “La República”. Esa capacidad de ver más allá debe unir el compromiso y la dirección (visión) de la política con el conocimiento. Como afirmaba Kant: “los valores sin teoría son miopes y la teoría sin valores es cretina”.

En nuestro ámbito, más que en ninguna otra área, la formulación de políticas surgió en contextos técnico científicos. La primera formulación del *Welfare State* que se da en la Inglaterra de posguerra se desprende de un informe elevado por Lord Beveridge a la corona británica.

Nuevamente volveré al área que mejor conozco para dar ejemplo de ello. En el área de salud en particular, esta influencia fue históricamente muy clara. Probablemente, nadie influyó más que el profesor Richard Saltman para que los países pioneros en incorporar Servicios Nacionales de Salud (Suecia e Inglaterra) hicieran un giro de mercado y avanzaran hacia la competencia pública. De hecho, gran parte de las reformas de salud más radicales de los últimos treinta años surgieron de la academia o tienen a académicos como padres. Las reformas en Holanda llevaron los nombres de sus creadores, primero el profesor Dunning y luego el profesor Dekker. En España, la comisión presidida por Abril Martorell dio lugar a un informe (más conocido como el “informe Abril”), que sentó las bases del actual Sistema Nacional de Salud<sup>127</sup>. En la mayoría de los casos han sido las autoridades el poder ejecutivo o del legislativo quienes, percibiendo la importancia de incorporar una reforma sanitaria en la agenda de políticas públicas encomiendan a un científico o designan una comisión técnica para encontrar alternativas.

## 6. Abandonemos la formulación de proyectos para construir políticas

La idea de proyecto presenta cierta afinidad electiva con la noción de “experiencia piloto”. Es algo puntual que se da en un tiempo y lugar determinados. No es un logro consolidado y garantizado para todos.

Proyecto es, por definición, un conjunto de acciones que tienen un principio y un final. Si tiene un final previsto de antemano, entonces no tendrá continuidad, no se consolidará como un derecho adquirido por la población ni como una reforma definitiva del sistema de protección.

El excesivo énfasis en los proyectos está asociado a la energía que durante los últimos veinte años hemos puesto en intentar captar recursos de la cooperación internacional. En algunos casos esto trajo aparejado una mayor capacidad de programación, es decir, de gestión programática. Sin embargo, en otros casos desplazó las prioridades. El objetivo no debe ser disponer de financiamiento, debe ser consolidar derechos sociales y proteger a nuestra población.

La idea de proyecto también está vinculada a una percepción compensatoria

---

<sup>127</sup> CDS. *Informe y Recomendaciones» de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid, julio, 1991 (conocido como “Informe Abril”).*

de las políticas sociales. Desde aquel punto de vista no sólo era coherente sino indispensable que las acciones sociales tuvieran un final. Quien brinda esa protección ocasional es un Estado mínimo (con "e" minúscula) que sólo debía intervenir en protección social en circunstancias particulares, donde se operó un ajuste económico y fiscal que aumentó la vulnerabilidad de las familias.

Por último, la noción de proyecto favorece una visión fragmentada de las políticas sociales. Cada proyecto responde a una lógica propia y es consistente en sí mismo, persigue objetivos determinados que pueden no estar articulados y hasta contradecirse con otros. No faltan ejemplos en nuestros países de esfuerzos repetidos y hasta contradictorios, aún dentro de una misma jurisdicción. Además, la multiplicidad de proyectos genera fragmentación y competencia en la base social. Esto dificulta la construcción de coaliciones que den sostenibilidad a las Políticas (con "P" mayúscula).

Superar el estigma proyectista implica acciones estables que consolidan logros y que se articulan con otros esfuerzos. Eso es construir políticas públicas, sólidas y estables.

## **7. Superemos las políticas sustantivas y formulemos políticas instrumentales**

Si para avanzar en la construcción de la gobernabilidad es necesario promover el debate e ideologizarlo, para avanzar en la gobernanza es imprescindible hacer las políticas más operativas, transparentes y vincular los recursos a metas y objetivos.

En los países avanzados, e incluso en varios de nuestra región, las políticas llegan al nivel más operativo. Esto significa que no se restringen a definir líneas prioritarias de acción sino que definen objetivos y los cuantifican en metas. Muchos de ellos incluso llegan a publicar sus planes sociales en libros muy detallados.

Las prioridades sociales no se manifiestan creando órganos de gobierno (secretarías, subsecretarías, direcciones o agencias) sino estableciendo metas. De lo contrario, los nuevos órganos creados por cada gestión van conformando capas geológicas en la administración pública, ya que pasado un primer tiempo en el que fueron o parecieron prioritarios, van luego siendo desprovistos de recursos y permanecen como supérstites, sin funciones, sin motivación, sin razón de ser.

"Lo que se mide se hace", proclamaban Osborne y Gaebler en uno de los mayores best seller políticos de los 90, "La reinención del gobierno"<sup>128</sup>. Necesitamos establecer metas sociales por provincia y región (o por estado o departamento, según sea el caso), comprometernos con ellas y hacerlas transparentes. Dejar que la sociedad civil (en especial a través de sus organizaciones) las monitoree y vele por su cumplimiento.

Algunas herramientas que facilitan esto son los acuerdos territoriales, las cartas compromiso con la ciudadanía y los contratos programa o compromisos de gestión.

---

<sup>128</sup> Osborne, P & Gaebler (1995). *P. La reinención del gobierno*. Buenos Aires. Paidós

## 8. Asumamos el federalismo social

Precisamos reformular un nuevo pacto federal en lo social. Hasta ahora hemos tenido dificultades en encontrar formas adecuadas de división intergubernamental de las responsabilidades en las áreas sociales. Tenemos muchas experiencias puntuales pero poca consolidación de modelos de amplia cobertura.

También hace falta repensar los programas verticales. En la mayoría de los países, los servicios se han descentralizado pero las políticas continúan siendo formuladas sólo desde el centro. Ello termina relajando los controles. En la formulación de políticas sociales precisamos barajar y dar de nuevo. Hace falta establecer con precisión las líneas de acción en todo el país o en cada una de sus regiones y, como decíamos antes, definir metas a ser alcanzadas, hacer transparentes los recursos asignados y que todo ello sea conocido por la sociedad. Sin este cambio, continuaremos nacionalizando las culpas y provincializando los éxitos o viceversa. O tal vez corramos el riesgo de caer en debates inocuos como aquel frente a la epidemia de dengue, cuando se discutía a qué jurisdicción correspondía el mosquito vector (*Aedes Aegypti*).

Se puede inferir que si no hay debate social ni académico alimentando la definición de la agenda, no hay precisión en la formulación, junto a la relativa dependencia del nivel central en la ejecución; menos aún habrá evaluación de las políticas. Y esto constituye un círculo vicioso, una cadena de incentivos perversos. ¿Para qué operacionalizar la política donde no se evalúa el cumplimiento de metas? ¿Para qué informar sobre la producción de servicios donde no hay ninguna evaluación de desempeño?

## 9. Prioricemos la comunicación de la política

Hemos afirmado que el desafío central en la gerencia social en América Latina no radica tanto en la innovación a nivel de la gestión programática y de la gestión organizativa sino en la consolidación de la política. Una de las habilidades centrales que requiere la gestión política es saber comunicar. La comunicación de la política y de la gestión de los servicios es un requisito para la transparencia, es una condición para disputar recursos y es un elemento imprescindible para construir la viabilidad política de las acciones.

Es preciso que nos convenzamos de que hay muchas instancias de la gestión que son, y deben ser, momentos, espacios y herramientas de comunicación. Las reuniones de coordinación, los eventos de capacitación, son espacios de comunicación. Los informes de evaluación de las políticas, así como los marcos lógicos son instrumentos de comunicación. Entonces, debemos captar las oportunidades que ellos revisten.

## 10. Garanticemos una conducción comprometida

Si para la formulación tiene que haber debate, para la gestión tiene que haber compromiso. Otro engaño neoliberal de los noventa ha sido el modelo “custodiado por expertos”. Lo que garantiza el progreso en un ministerio, en un programa o en un servicio no es que asuma la conducción alguien bien formado y que sepa mucho. Volviendo al esquema de Weber, no necesitamos tanto del “rigor” como del compromiso de quienes conducen la política. Lo que realmente garantiza un cambio es el compromiso y el trabajo en equipo. Es que quienes hacen funcionar las instituciones asuman un compromiso común, mantengan códigos de comunicación y de ética. El cambio en el modelo de gestión sólo se logra en equipo.

Chris Argyris, tal vez el primer teórico del aprendizaje organizacional, afirmaba que la mayoría de los equipos gerenciales se quiebran bajo presión. Es porque el compromiso sólo surge a nivel de la política. Cuando se asumen banderas y se vincula el propio destino a una determinada transformación.

Una de las encrucijadas de los 90 fue que la racionalidad social perdió peso ante la económica y luego esta última fue cediendo a la administrativa. Esto ocasionó un círculo vicioso de pérdida de legitimidad y liderazgo. Pero este no es un problema regional sino un problema mundial.

Otro de los problemas, que en parte es consecuencia del anterior, fue la baja duración de los funcionarios en los cargos. Si a eso le sumamos que por más preparada que esté una persona o un equipo siempre hay períodos (y costos) de aprendizaje y entrenamiento, deducimos que se comprometió la eficacia de las diferentes gestiones.

Konrad Laurentz narra que le llamó la atención que los gansos salvajes volaran siempre siguiendo una formación en forma de “V”. Descubrió que ello les permitía reducir la resistencia del aire (y por lo tanto su esfuerzo) en al menos un 30%. Además, cuando el que marcha a la cabeza (que es quién enfrenta la mayor resistencia) se agosta inmediatamente el segundo lo reemplaza e incluso cuando uno resulta agobiado o herido otro se queda con él para auxiliarlo y acompañarlo.

Estoy (estamos) convencido (s) que es más importante esa disciplina solidaria de un grupo que se cuida mutuamente y mantiene códigos comunes, que la lucidez, la expertisse o la ilustración de los cuadros. Alejandro Dolina redactó un texto breve bajo el título de “Instrucciones para elegir compañeros en un picado” que sintetiza esta concepción “Un grupo de personas que se quieren y se respetan es invencible. Y si no lo es, más vale compartir la derrota con los amigos que la victoria con los extraños o indeseables”<sup>129</sup>.

---

<sup>129</sup> Dolina, Alejandro. “Instrucciones para elegir compañeros en un picado” en: Dolina, A. *Crónicas del Ángel Gris*. Buenos Aires. Ediciones de la Urraca, 1988.

## CONCLUSIONES

Como nos enseña la mitología griega, las victorias de los mortales contra los dioses suelen durar poco. La condena de Sísifo en el Hades es uno de los mejores ejemplos. De la misma forma, tampoco hay políticas ni servicios eternos. No está en nosotros garantizar la continuidad de las respuestas sociales pero sí es nuestra competencia el proponerlo, el empeñar nuestro esfuerzo en ello. Aún nos es permitido a los mortales mancomunar nuestros ingenios y esfuerzos para vencer al demonio de la inacción.

En síntesis, se trata simplemente de promover el cambio aproximando el Estado a la sociedad (y también la sociedad al Estado). Precisamos construir esa proximidad para garantizar el progreso de las políticas. Para conseguir el aprendizaje institucional, mantener el compromiso y la motivación.

En otras palabras, precisamos de una dosis de política para que la gestión de programas y organizaciones no se reduzca a una simple administración. Esto requiere crear y recrear la visión (tantas veces como sea necesario). Siempre hay que tener una dirección que impulse y motive. Hegel decía que los pueblos que alcanzaron su acometido están condenados a ser dominados por otros que aún no lo hicieron. Siempre hace falta izar una bandera por la cual empeñarnos, por la cual dar la vida.







Una pandemia de reformas de salud afectó al mundo durante los últimos veinte años. Algunas fueron exitosas pero una gran parte de ellas o fracasó o generó efectos no deseados. Esto dio lugar a nuevas políticas que buscaban “reformular la reforma”. El resultado es que nos hemos preocupado más por curar a los sistemas y servicios de salud que por curar a las personas.

Sin embargo, nuestras formas de producir salud continúan siendo cuestionadas y aún requieren de revisiones y reformulaciones. La mayor ventaja de este largo proceso es que nos permite aprender, tanto de los aciertos como de los fracasos. De los propios como de los ajenos.

Este libro propone que, así como en las decisiones clínicas se busca hoy incorporar una Medicina Basada en la Evidencia (MBE), es necesario formular Reformas Sanitarias Basadas en la Evidencia (RSBE). Para ello revisa la literatura especializada enfatizando la búsqueda de lecciones aprendidas en América Latina.

Para responder a la pregunta que da título al libro el autor aborda otros interrogantes:

- ¿Qué aprendimos sobre las funciones del Estado en Salud?
- ¿Qué aprendimos sobre Atención Primaria de la Salud?
- ¿Qué aprendimos sobre gestión de hospitales?
- ¿Qué aprendimos sobre regulación de seguros de salud?
- ¿Qué aprendimos sobre la cobertura de las enfermedades de alto costo?
- ¿Qué aprendimos sobre la sostenibilidad de las Políticas?

Se trata de un trabajo aplicado, que parte del compromiso con la realidad sanitaria argentina identificando propuestas y soluciones basadas en fundamentos científicos y evidencias internacionales.

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

