

Tendencias en la Reorganización de los Sistemas de Salud¹

Iván Jaramillo Pérez¹

¹ Contador Público. M. Sc. Administración Pública. Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. E-mail: Ijaramillo@cable.net

RESUMEN

Como parte del análisis del nuevo papel del Estado en el manejo de los sistemas de salud, se examinan algunas de las tendencias en la reorganización de los mismos: la conducción sectorial, en lo relacionado con los sistemas de información y las instancias de consenso sectorial, coordinación intersectorial e internacional; ejercicio de las funciones esenciales de salud pública, en los aspectos de la función reguladora, la financiación y ejecución de los programas y la atención de emergencias y desastres; financiamiento sectorial, según los recursos, la priorización del gasto y los subsidios; el aseguramiento y la provisión de servicios, destacando la transformación de los hospitales públicos, los costos, los sistemas de contratación y la calidad.

Palabras Claves: Estado, reforma, financiamiento, aseguramiento, prestación servicios.

ABSTRACT

Trends in health system reorganization

As part of the analysis of the State's new role in health system management, some of the trends in such reorganization are examined: health sector guidance in relation to information systems and instances of consensus within the health sector; intersector and international coordination; exercising essential public health functions in aspects concerning their regulatory function, financing and implementing programs and attending disasters and

¹ La primera parte de este ensayo fue publicada en la Revista de Salud Pública, Vol. 3(3):191-222, 2001, con el título de "El nuevo papel del Estados en la prestación y aseguramiento de los servicios de salud".

emergencias; health sector financing according to resources, prioritizing of expenditure and subsidies; assurance and provision of services, emphasizing the transformation of public hospitals, costs, contractual systems and quality.

Key Words: Government, health care reform, financing, health services.

La revalorización del mercado en su capacidad de proveer bienes y servicios en forma más eficaz, la descentralización territorial, la autonomía de las entidades públicas proveedoras de servicios y la disminución del tamaño relativo de la administración pública central, obligan a rediseñar la función rectora de los gobiernos nacionales y en ellos de los Ministerios de Salud. Hoy los Ministerios tienen menos capacidad para gestionar en forma directa los recursos: ya no nombran el personal, ya no compran suministros, ya no deciden autónomamente sobre las inversiones, e incluso ya no aprueban presupuestos específicos de entidades o proyectos de inversión en las localidades. Como contrapartida y balance los gobiernos nacionales y en ellos los Ministerios deben reforzar su función rectora y supervisora. Es necesario crear Superintendencias para el control, aprender a trabajar en red, desarrollar sistemas de información más poderosos, reforzar la capacidad profesional de los funcionarios de tal forma que en lugar de operadores de normas se prefieran a los productores de normas.

Para asegurar la capacidad rectora de los Ministerios de Salud en la formulación, organización y dirección de las políticas nacionales de salud, estos tienden a dotarse de instrumentos y mecanismos, como se ilustra a continuación (1).

Los sistemas de información

La conducción sectorial exige disponer de sistemas generales y especiales de información en salud. En el nuevo contexto los Ministerios de Salud velan para que los sistemas generales de información y análisis del Estado incorporen adecuadamente las variables que identifican el estado de salud de la población y las demandas de políticas al respecto. En tal perspectiva deberían asegurarse que los censos de población y las encuestas de hogares que periódicamente realizan los gobiernos con objetivos multisectoriales, permitan obtener los datos necesarios para el análisis socioeconómico y demográfico que interesa para efectos de salud, así como para poder establecer la demanda, utilización y acceso que la población a los servicios de salud y conocer la proporción del gasto de los hogares que está siendo destinado por

la población a las diversas actividades de salud. Igualmente se podría obtener información periódica sobre el estado de la afiliación a los sistemas de aseguramiento

Los Ministerios de Salud deberían garantizar específicamente que todas entidades públicas y privadas, aseguradoras y proveedoras de servicios de salud reporten en forma rutinaria las causas de morbilidad que determinan la utilización y demanda de sus servicios.

Las direcciones territoriales de salud por lo general reportan a los Ministerios de Salud en forma sistemática las causas de mortalidad y en forma muy especial la estadística de los casos de enfermedades transmisibles detectadas, así como el estado de los factores ambientales y sociales que determina el proceso de salud y enfermedad. Interesa además monitorear las coberturas de las acciones de prevención y promoción de la salud tales como las fumigaciones, las vacunaciones, los controles materno infantiles, y los controles a los grupos de riesgo.

Adicionalmente, los Ministerios de Salud organizan periódicamente Encuestas Nacionales de Salud que en forma específica interroguen a la población sobre su percepción de la enfermedad, la demanda y utilización de los servicios, de tal manera que sus respuestas puedan ser clasificadas de acuerdo a las variables, socioeconómicas, demográficas, culturales y de bienestar que sean relevantes para determinar la correlación entre estas y el estado de salud o enfermedad. Tales encuestas deberían permitir establecer además las coberturas de los seguros sociales, de los seguros privados y de la medicina prepagada así como la utilización de los distintos proveedores públicos y privados.

En los últimos años se han desarrollado importantes instrumentos de medición del costo social que significa la mortalidad prematura y la discapacidad generada por los accidentes, la violencia y la enfermedad. Igualmente estos instrumentos permiten valorar el costo - eficiencia de las diversas intervenciones, actividades y procedimientos en salud y por lo tanto priorizar las políticas estatales en materia de salud pública y de subsidios a la población de escasos recursos para el acceso a los servicios. Corresponde entonces a los Ministerios de Salud organizar estos estudios sobre la carga de la enfermedad y formular sus políticas sobre la base de la aplicación de los criterios de costo y eficiencia en el manejo de los programas de salud.

La redefinición de las funciones del estado en materia de salud exige que los servicios de beneficio privado, no identificables como de salud pública,

sean garantizados con subsidios fiscales solo para la población más pobre y este proceso denominado de focalización del gasto exige que los gobiernos desarrollen sistemas de clasificación socioeconómica de los grupos familiares y se conviertan en sistemas permanentes de identificación de beneficiarios, no solo de los subsidios en salud sino de todos los subsidios.

Instancias de consenso sectorial

La presencia de nuevos actores en el sector y la pretensión de coordinar actores que anteriormente estaban dispersos: hospitales públicos y clínicas privadas, seguros sociales y medicina prepagada, entidades territoriales con nuevas competencias en salud, usuarios y gremios etc. exigen que la unificación en la conducción sectorial se deba conseguir mas por la vía del consenso que de la subordinación incondicional.

Para tal efecto es conveniente que los Ministerios de Salud reemplacen los antiguos Consejos Nacionales de Salud u organismos similares, que solo poseían una función asesora para el Ministro, por auténticos cuerpos colegiados interinstitucionales de salud con poder de decisión propio, en los cuales se hagan presentes los diversos actores públicos y privados, gremiales y comunitarios de la salud con poder de decidir sobre los asuntos sectoriales que sean de su interés y con la competencia que la ley les asigne.

En la misma forma los procesos de descentralización exigen que en cada entidad territorial intermedia y local se organicen instancias coordinadoras de la acción sectorial interinstitucional.

Instancias de coordinación intersectorial

Las macro tendencias de la gestión que exigen la especialización de los Ministerios y le obligan a ceder funciones a otros sectores tales como: al sector del medio ambiente y del agua potable, al sector educación, al servicio civil, al sector industria y comercio; pero la realidad multicausal e intersectorial que explican el proceso salud enfermedad implica que los Ministerios de Salud deban desarrollar múltiples mecanismos de enlace con otros sectores bajo la forma de comités permanentes o de comisiones mixtas que decidan sobre el contenido de los programas académicos, las normas de los funcionarios públicos de salud, o sobre las regulaciones ambientales y de los precios de los medicamentos.

Pero la coordinación intersectorial en muchos aspectos es mas necesaria y más rica en los niveles territoriales intermedios y locales, por lo cual es con-

veniente, sin pretender multiplicar los organismos de coordinación, que de los mecanismos regionales y municipales de coordinación sectorial en salud participen también otros sectores tales como los responsables del medio ambiente y el agua potable, el transporte y el tránsito y los organismos de bienestar social, bajo la presidencia de los Gobernadores y Alcaldes que son en última instancia los responsables de la coordinación intersectorial.

Instancias de coordinación internacional

Los Ministerios de Salud por lo general poseen oficinas de cooperación internacional que sumen las relaciones con la OPS-OMS así como con los Ministerios de Salud de los demás países, y por lo general dentro de convenios regionales específicos de cooperación entre países vecinos. A su turno la OPS-OMS tiene representaciones en los diversos países miembros lo cual facilita los procesos de rectoría en el ámbito internacional y regional, y facilita la operación de los procesos de asesoría y cooperación.

Hoy el acceso a la red mundial del Internet abre nuevas posibilidades de relación, intercambio y creación de sistemas de alarma oportuna así como de cooperación en todos los aspectos de salud en el ámbito científico, tecnológico, educativo y comercial. Los Ministerios deberían tener políticas y mecanismos que permitan articularlos a la red mundial haciendo realidad su inserción en los procesos de globalización.

TENDENCIAS EN LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.

La redefinición del rol del Estado en el mundo, obliga a pensar en una administración pública más pequeña, descentralizada y actuando en asociado con el sector privado. Dentro del nuevo contexto el gobierno nacional debe delegar en el sector privado y en las entidades subnacionales aquellas competencias en las cuales es menos eficiente y eficaz e identificar cuales son aquellas funciones que son indelegables y que le competen por su naturaleza misma. Para el caso de la salud el Estado debe redefinir el espacio propio que le corresponde a la Salud Pública desligándola de los servicios que pueden ser provistos más eficazmente por el mercado (2).

Debe entenderse entonces que para los efectos de ejercer las funciones esenciales de Salud Pública al Estado (3) siempre le compete regular los servicios de salud y en forma permanente garantizar con sus recursos propios la provisión de servicios de beneficio común y de altas externalidades.

La función reguladora

Las macro tendencias de la gestión exigen que las regulaciones sean lo mas simples posibles, eliminando tramites innecesarios y confiando en la buena fe de los actores. Las normas que regulan derechos, deberes, formas globales de organización, fuentes de financiación, competencias y conductas generales deberían ser establecidas por las leyes o los decretos, pero las normas técnicas que regulan procedimientos, protocolos y guías de operación deberían ser reguladas por instrumentos más flexibles como las circulares y los instructivos.

Cuando las regulaciones son impuestas por la ley requieren trámites ante los organismos legislativos de cada país (4), sin embargo pueden ser delegadas por esa misma ley para que sean establecidas por los gobiernos y su autoridad sanitaria, o bien pueden ser delegadas, para que sean negociadas o consensuadas, mediante organismos colegiados de los cuales participen diversos actores del Estado y la sociedad civil con poder propio para tomar decisiones. Corresponde a la legislación de cada país definir las áreas de competencia de cada clase de organismo para cada tipo de decisiones, no obstante podría señalarse como criterio guía (mas no mecánico) que las decisiones que afectan los recursos de origen fiscal y la Salud Pública como bien público puro y universal deberían ser tomadas por la ley, o por la autoridad sanitaria, en cambio las decisiones que afectan el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios privados de salud pueden ser delegadas y tomadas colegiadamente.

La responsabilidad en la provisión de servicios

De otra parte las macro tendencias en la gestión pública que obligan a sacar del sector gubernamental la provisión de bienes y servicios, exigen diseccionar las intervenciones, actividades y procedimientos que benefician la salud para definir cuales tienen el carácter netamente de bien público y por lo tanto su provisión y la financiación deben caer bajo la órbita indelegable del Estado y de sus autoridades sanitarias; y cuales son de beneficio privado y por lo tanto pueden estar en su financiamiento, aseguramiento y provisión bajo responsabilidad de los particulares (incluyendo los sistemas de seguridad social). No obstante los intentos de precisión, siempre existirá una área gris de servicios que no pueden ser clasificados taxativamente en el orden público o privado y deberían ser responsabilidad permanente o transitoria de ambos tipos de administradores o proveedores.

La financiación y ejecución de los programas

Los programas de salud pública puros (que no incluyen servicios clínicos aunque sean esenciales) por definición (5) deberían ser ofrecidos y garantizados por el estado a toda la población en forma universal, aunque con énfasis en los grupos de más riesgo. Estos programas puros de salud pública por su naturaleza misma no pueden ser financiados permanentemente por otro medio que no sea los impuestos (y eventualmente por donaciones) y si se quiere garantizar su eficacia y universalidad deberían ser prestados en forma obligatoria y gratuita, sin que medien tarifas, aranceles, copagos o cuotas moderadoras. Conviene incluso que la legislación de los países asigne una financiación fiscal mínima a estos servicios (algunos se atreven a estimar su valor como equivalente al 10 % del costo total de los servicios de salud o al menos a siete dólares persona año).

Los programas de Salud Pública que son por definición una responsabilidad indelegable de la Autoridad Sanitaria, sin embargo pueden ser compartidos en su responsabilidad o descentralizados en su ejecución, según diga la ley, en los niveles subnacionales del aparato del Estado. La responsabilidad pública primaria sobre estos programas no excluye tampoco que las autoridades de salud puedan contratar con proveedores privados la operación material de estos programas tales como las campañas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Es recomendable que los programas de salud pública regulados en su contenido general por la Autoridad Sanitaria nacional, sean ejecutados en forma compartida con las entidades territoriales intermedias y locales; y que específicamente sean adecuados a las particularidades regionales bajo la responsabilidad de los organismos de dirección de la salud creados por los alcaldes y gobernadores. En la medida en que la salud pública sea un producto intersectorial y con participación comunitaria, dentro de los sistemas locales o regionales de salud y coordinada bajo la autoridad política de sus gobernantes es más segura su eficacia.

La atención de emergencias y desastres

La respuesta oportuna en la atención de emergencias y la prevención de desastres involucra acciones propias de la autoridad sanitaria pero además la movilización de otros múltiples recursos de diversos orden. Conviene que las agencias a cargo de las emergencias y desastres dependan directamente de la Presidencia del país de tal manera que puedan garantizar la concurrencia intersectorial de la cual forman parte las acciones de los Ministerios de Salud. Igualmente se requiere que dichas agencias dispongan de recursos fi-

nancieros distintos a los ordinarios de la salud pública y además dispongan de mecanismos mucho más ágiles de manejo, libres trámites burocráticos, de forma tal que se garantice la oportunidad de su operación.

TENDENCIAS EN FINANCIAMIENTO SECTORIAL

La democratización de los países y la redefinición del rol de los Estados obligan a buscar la universalización de las coberturas en salud (6) como garantía de equidad y de fortalecimiento básico del capital humano base del desarrollo.

La descentralización territorial obliga a que los gobiernos nacionales rediseñen sus sistemas de transferencias intergubernamentales (7) para que las entidades intermedias y locales reciban recursos para financiar sus competencias en salud pero adicionalmente es una oportunidad para que el sistema financiero comprometa y estimule la generación de nuevos recursos en las entidades territoriales subnacionales que permitan ampliar las coberturas. La presencia del sector privado en los procesos de provisión de servicios y aseguramiento debe permitir también la disposición de nuevos recursos financieros que articulados a las fuentes fiscales y parafiscales garanticen la universalización de las coberturas.

Los Ministerios de Salud deberían buscar que las leyes garanticen una estabilidad en la financiación sectorial, una articulación entre las diferentes fuentes y una asignación preferencial a las actividades más costo eficientes y que mayor beneficio producen en la salud.

La diversificación de fuentes financieras

La multiplicidad de fuentes puede ser una garantía de estabilidad financiera sectorial pues las variaciones negativas en algunos recaudos pueden verse compensadas con las variaciones positivas en otros (8). En ocasiones los legisladores prefieren asignar proporciones fijas mínimas de una fuente, o establecer tributaciones específicas para el sector, para garantizar su financiación básica, pese a que tales medidas le restan flexibilidad al manejo presupuestal del gobierno central. Pero al parecer la fuente más estable y confiable creada en el continente la constituyen las contribuciones obrero - patronales a la seguridad social en salud, las cuales por lo general están definidas como proporciones fijas de contribución sobre el salario, cuyo valor se reajusta automáticamente con el crecimiento económico y los cambios en las estructuras de remuneración.

Las fuentes de financiación se pueden clasificar así:

Fuentes fiscales:

Participación del sector salud en los ingresos generales de la nación, en ocasiones con una proporción fija mínima.

Impuestos de destinación específica para salud como en el caso de las loterías, los licores o las armas y municiones.

Participación del sector salud en los ingresos generales de las entidades sub-nacionales intermedias o locales, en ocasiones condicionadas como contrapartidas a las transferencias nacionales.

Fuentes parafiscales:

Las contribuciones obligatorias sobre los salarios con tasas que oscilan entre el 7% el 12 % para la financiación de la atención a la enfermedad general y a la maternidad, de los trabajadores y sus familias.

Las compras obligatorias de seguros específicos para financiar los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, y los accidentes de tránsito.

El gasto privado directo:

Los copagos, aranceles o cuotas moderadoras que hacen en ocasiones los beneficiarios de los Seguros Sociales de Salud o los usuarios de la red pública de servicios.

La compra libre de pólizas de hospitalización y cirugía, o de planes de medicina prepagada, que en ocasiones pueden jugar el papel de complementar a los seguros sociales obligatorios.

La compra directa de medicamentos, aparatos o servicios medico-hospitalarios a precios de mercado (gasto de bolsillo).

La articulación de las fuentes diversas

Es perceptible, como una macro tendencia actual, buscar la articulación entre las diferentes fuentes, para evitar superposiciones y sobre todo cuando se busca conseguir el aseguramiento universal de la población. Con tales medidas se pretende en ocasiones eliminar la antigua segmentación que por lo general financiaba con precios la salud de los estratos sociales altos, con contribuciones obligatorias de destinación específica a los estratos medios asalariados y con impuestos a los estratos pobres.

No obstante se debe ser cuidadoso con la creación de bolsas comunes que impliquen sistemas de recaudo monopólico o que permitan a los gobiernos disminuir sus aportes fiscales descargando en las contribuciones de

tipo parafiscal la responsabilidad de financiar la salud de la población pobre que no tiene capacidad de contribuir, o lo contrario, cuando los empresarios buscan deshacerse de sus obligaciones prestacionales descargando su responsabilidad en el fisco (9); cuando tales situaciones ocurren, al disminuir los recursos fiscales disminuyen también la calidad y la oportunidad en los servicios estimulando la evasión y la elusión de aportes en los contribuyentes y eventualmente quebrando los sistemas contributivos de la seguridad social en salud; o bien disminuyen los aportes parafiscales y se deteriora la calidad de los servicios ante la incapacidad fiscal de asumir toda la responsabilidad (caso Brasil). Es conveniente entonces mantener sistemas de recaudo descentralizados y sistemas integrados de financiación pero con cuentas separadas y mecanismos de compensación y solidaridad entre diversas cuentas que expresen con transparencia la solidaridad entre sistemas de recaudo, estratos sociales y grupos de riesgo o de cargas familiares diferentes.

La priorización del gasto

Hay gastos en salud que están regulados por la planificación que se haga de la oferta y hay gastos que están regulados por la demanda de los usuarios. Por lo general el gasto en salud pública corresponde al primer tipo y el gasto de las aseguradoras de servicios personales corresponde al segundo tipo. Cuando el gasto público subsidia la demanda de servicios clínicos en la población más pobre, su demanda puede ser dirigida o limitada hacia los servicios más costo eficientes.

El gasto en Salud Pública (cuando solo incluye bienes públicos puros) puede ser asignado por prioridades a las acciones más costo eficientes con base en estudios sobre la carga relativa de la enfermedad (2,10). Sin embargo el gasto efectivo según esas prioridades depende también de quien sea el ejecutor y de la forma que se emplee en la ejecución, pues existe la tendencia natural a desviar el gasto de beneficio colectivo hacia el gasto de beneficio individual.

Tal situación se explica porque en general los servicios de salud pública puros no tienen demanda explícita por parte de los consumidores y no generan recuperación de costos (deberían ser gratuitos), en cambio los servicios clínicos (médico - hospitalarios en general) si tienen demanda explícita individual y pueden generar recuperación parcial de costos. Cuando el proveedor de servicios tiene a su cargo unos servicios con demanda y otros sin demanda generalmente priorizará aquellos que tienen más demanda aunque no sean los más costo - eficientes. Conviene entonces separar taxativamente la

financiación, el manejo de cuentas y si fuera posible el proveedor de los servicios de salud pública puros para asegurar su efectiva ejecución.

De otra parte, cuando el Estado otorga subsidios fiscales discrecionales a la oferta de servicios hospitalarios, la red pública tiende naturalmente a darle prioridad a la inversión en tecnología y al gasto corriente en los servicios de mayor complejidad, argumentando en ocasiones interés en la investigación científica y en el desarrollo tecnológico, sin embargo en realidad el gasto se ve en ocasiones canalizado prioritariamente hacia los servicios que por su urgente demanda o su alto grado complejidad garantizan la más alta tasa de recuperación de costos y la mejor remuneración a los profesionales.

Adicionalmente, cuando el Estado otorga subsidios fiscales discrecionales a la oferta de servicios hospitalarios, la red pública tiende naturalmente a atender con prioridad a la población que tiene mas capacidad de pago la cual le permite una tasa mayor de recuperación de costos y le garantiza la eventual cofinanciación de los servicios con financiación fiscal deficitaria.

Finalmente, cuando el Estado garantiza la financiación fiscal de la oferta hospitalaria en forma independiente de su grado de productividad o calidad, está estimulando sin quererlo la pereza institucional de los hospitales, ya que no crea incentivos financieros para que los proveedores públicos busquen satisfacer y retener a los clientes, ampliar su cobertura o mejorar su calidad. En la misma forma cuando los funcionarios públicos poseen escalas de remuneración fijas tienden a reducir al mínimo su producción si no existen estímulos salariales o no salariales que premien la eficiencia, la productividad y el desempeño en el trabajo.

La sustitución de los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda

La macro tendencia contemporánea (11) en el manejo de los subsidios fiscales (e incluso de origen parafiscal) en los servicios médico - hospitalarios: es emplear la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta de los proveedores públicos o privados por los subsidios a la demanda de la población más pobre. Mientras los subsidios a la oferta consisten en la financiación de los presupuestos históricos de los hospitales, los subsidios a la demanda se definen como la financiación fiscal de un plan de beneficios a los cuales pueden acceder los usuarios más pobres. Para tal efecto se han creado en algunos lugares (caso Colombia) entidades administradoras de la demanda de los más pobres (distintas a los proveedores) que reciben del Estado un pago fijo anual por persona a cargo, y que cumplen funciones de aseguradoras y

pagan a los proveedores públicos y privados por los servicios efectivamente demandados y prestados a la población pobre.

En este contexto la forma de operación de los proveedores públicos se tiende a igualar con el sistema de la empresa privada, en la cual su subsistencia depende de su capacidad de captar y atender el mercado de quienes demandan y utilizan los servicios. La substitución de los subsidios de oferta en demanda pretende conseguir al menos tres objetivos:

Focalización de los subsidios. Que los subsidios de origen fiscal o parafiscal beneficien a la población más pobre, previamente identificada como tal, y que estos subsidios no se crucen en beneficio de los estratos medios o altos que tienen capacidad de contribuir a los seguros sociales obligatorios o de adquirir protección en el mercado de los seguros privados.

Productividad de los Hospitales. Que los hospitales públicos abandonen la pereza institucional y se vean incentivados a mejorar su productividad y su cobertura, pero sobre todo que puedan competir entre si y con el sector privado por la satisfacción del mercado de los consumidores en términos de calidad y oportunidad.

Priorización del gasto. La diferenciación entre administradores de la demanda y proveedores, permite que los Ministerios de Salud puedan regular con mas eficacia la asignación del gasto en los subsidios de la población más pobre para el acceso a los servicios médico hospitalarios prioritarios. Podrá así exigirse a las administradoras de los subsidios por ejemplo que destinen una parte del gasto necesariamente a la prevención y a la promoción según un cierto programa, que limiten los gastos de administración en una proporción determinada y que resuelvan las atenciones de alto costo mediante una prima de seguros colectiva y obligatoria que represente un mínimo del gasto.

TENDENCIAS EN MATERIA DE ASEGURAMIENTO

El macro condicionante de la desmonopolización y la apertura a la competencia interna y externa de los sectores publico y privado obligan a repensar el manejo de los seguros sociales obligatorios que en el continente bajo del modelo Bismarckiano presentan diversos grados de monopolio (12). La democratización a su turno presiona para eliminar las formas segmentadas e inequitativas de protección de la salud y obligan a mirar el aseguramiento universal como una meta de los estados.

No obstante hay que partir de la premisa que el sistema de los Seguros Sociales Obligatorios en Salud es uno de los más importantes patrimonios sectoriales desarrollados en el continente Latinoamericano y que más se debe preservar en sus logros, ya que garantiza la cobertura en los servicios personales de salud a una proporción de la población por lo general muy considerable, ahorrando casi siempre gastos fiscales. Cualquier error en su reforma puede generar grandes beneficios económicos para las aseguradoras privadas y grandes perjuicios para la población beneficiaria y para el gasto fiscal; con la que es muy difícil revertir estos procesos de reforma equivocados, cuando ya están creados grandes intereses económicos, tal como lo muestra la experiencia chilena (y quizás recientemente en México) y en los intentos fallidos de Estado Unidos por generar una reforma que limite las tendencias perversas naturales del mercado privado de los seguros.

Las virtudes y defectos del modelo clásico

Pese a sus defectos, los sistemas de los seguros sociales obligatorios tienen grandes virtudes tales como son:

Un sistema financiero basado en la contribución obligatoria de empleados y patronos con un mecanismo de retención en los pagos salariales que le otorga una alta eficiencia en el recaudo.

Un sistema de contribución obligatoria basado en una tarifa de recaudo igual para todos los estratos socioeconómicos que garantiza los subsidios cruzados entre los grupos con altos ingresos y bajos riesgos o cargas familiares en beneficio de los contribuyentes de escasos ingresos y altos riesgos o cargas familiares. En la práctica el sistema financiero cuando existen monopolios de cobertura nacional garantiza la solidaridad entre regiones ricas y pobres y entre ramas de la producción más productivas con las menos productivas.

Un sistema de financiación que en la mayoría de los países ha evolucionado de formas tripartitas (Patrón-empleado-Estado) a formas de autofinanciación entre empleados y patronos, liberando al Estado de responsabilidades fiscales con los estratos medios asalariados y permitiéndole focalizar los subsidios públicos hacia los estratos más pobres no cobijados tradicionalmente por el sistema de los seguros sociales obligatorios.

Las contribuciones obligatorias se establecen con base al ingreso laboral y no con base al riesgo en salud lo cual permite que no se produzca selección adversa de los beneficiarios con riesgos más costosos (crónicos, ancianos, maternas y niños) que por lo general son quienes tienen ingresos más bajos dentro de su estrato social. Los sistemas que cobran en proporción al riesgo (Chile, México, Estados Unidos y la medicina prepagada) generan necesi-

riamente selección adversa de estos grupos sociales, incrementando el gasto familiar y fiscal en la protección de la salud o bien incrementando la morbilidad no atendida y la mortalidad.

El tipo de seguro de salud vigente para los afiliados a los seguros sociales en salud es igual y uniforme para todos los beneficiarios (a diferencia de la multiplicidad de planes de Chile y EE.UU.) y que además tiene por lo general importantes características de integralidad evitando que se puedan hacer exclusiones de riesgos costosos por la vía contractual, o bien que se puedan eludir las atenciones con los argumentos de la causalidad preexistente de la enfermedad o de los períodos de carencia muy extensos al inicio de la afiliación.

Los Seguros Obligatorios de Salud, se organizaron en Latinoamérica bajo formas monopólicas u oligopólicas que obligaban a la adscripción obligatoria de todos los potenciales afiliados a una sola institución, o a cada grupo de empleados públicos o privados, en ocasiones por rama de la producción y los servicios, a una cierta y determinada entidad aseguradora. No obstante las bondades anotadas al sistema en materia de solidaridad e integralidad, sin embargo el efecto monopolio ha dejado sentir sus efectos negativos incrementando la insatisfacción de los afiliados especialmente de los estratos medios, en ocasiones denominados empleados de cuello blanco y en los profesionales independientes cuando tienen acceso a la afiliación. Las filas, las listas de espera, la baja calidad, los altos costos, la pereza institucional y la burocratización creciente han hecho que las macro tendencias en la gestión de los servicios públicos y sociales exijan reformas en la vía de la desmonopolización de la seguridad social y la instauración de mecanismos que hagan posible la libre elección de aseguradoras y proveedores.

Los peligros de la desmonopolización

La primera alternativa que surge para hacer viable la desmonopolización de la Seguridad Social en Salud es mantener el principio general de la afiliación obligatoria pero dejando en libertad a los beneficiarios para que seleccionen otra aseguradora de tipo privada, la cual a su turno puede ofrecer múltiples planes de salud, con diversos contenidos y diferentes precios según el tipo de riesgo y la capacidad de pago del potencial afiliado, dejando además a la aseguradora en libertad de dar por terminado unilateralmente el contrato de aseguramiento cuando este no le represente utilidad. Este sistema, que es el camino escogido por Chile en la década de 1980 y que corresponde en alguna medida con lo existente en Estados Unidos (13), tiene como efectos la eliminación de todo tipo de solidaridad entre grupos de diferente ingreso, riesgo atareo o carga familiar y desaparece también la exis-

tencia de un plan único de coberturas integrales y obligatorias para todos afiliados.

En este nuevo sistema cada cual compra un plan de contenido diverso según sea su capacidad de pago y el costo de cada plan se corresponde con el valor pagado por el afiliado; en la práctica desaparece el sistema de contribuciones parafiscales para la financiación colectiva de la seguridad social y se crea un sistema de precios acorde a las reglas del mercado. Y es así que de un sistema en el cual: cada cual aportaba según su capacidad y recibía según su necesidad, se pasa a un sistema donde: cada cual paga de acuerdo al costo estimado de su riesgo atareo y de sus cargas familiares y recibe de acuerdo a su capacidad de pago. El nuevo sistema de mercado genera así todo tipo de selección adversa de los más pobres, de las maternas, los ancianos y los niños; genera además nuevas cargas fiscales a los Estados, porque estos tienen que cofinanciar la afiliación de los estratos medios de asalariados, responder por algunas prestaciones que generan selección adversa, como son los pagos por maternidad y en última instancia el fisco debe responder por los enfermos crónicos y de alto costo que son rechazados por el sistema privado.

El modelo de competencia con solidaridad y regulación

La otra alternativa de reforma es la seguida por Colombia y Argentina y consiste en crear un sistema de libre elección con varias aseguradoras, pero donde todos los afiliados cotizan la misma proporción de su salario y todas las aseguradoras ofrecen el mismo plan obligatorio de servicios médico - hospitalarios con características integrales, y en donde además, se crea un fondo nacional de compensación y solidaridad entre las diferentes aseguradoras con el fin de igualar la disponibilidad financiera de todas las agencias de los seguros sociales en función del número de afiliados de cada una y el costo *per cápita* del plan integral obligatorio. Este esquema permite combinar la libre elección y la desmonopolización con la solidaridad y la integralidad en la atención.

La reforma de los seguros sociales en salud exige que los Ministerios de Salud de salud incluyan en la legislación los siguientes requisitos mínimos:

Que el Estado y los Ministerios de Salud, solos o mediante cuerpos colegiados especiales, ganen y conserven la competencia de regular en todos los aspectos los sistemas de Seguridad Social en Salud, aún en el caso que entidades privadas puedan administrar los sistemas en competencia o complementación de las entidades públicas.

Que se mantenga el concepto de seguro social unificado aunque sea administrado por entidades públicas y privadas que actúan como delegatarias del Estado para cumplir con las funciones de afiliación, recaudo, financiación y aseguramiento del plan obligatorio de salud.

Que el Seguro Social en Salud preserve la existencia de un plan de aseguramiento de la enfermedad y la maternidad igual e integral para todos los afiliados. Este plan no debería permitir la exclusión de algunas enfermedades por acuerdo mutuo entre las aseguradoras y los afiliados, siendo esta competencia únicamente ejercida por la autoridad sanitaria; el plan obligatorio tampoco debería excluir la atención de enfermedades preexistentes, o por riesgo atareo o creando períodos de carencia excesivos.

Que los Seguros Privados y Planes de Medicina Prepagada no sean autorizados como alternos y excluyentes a la Seguridad Social Obligatoria, sino que tales seguros deberían jugar el papel de planes complementarios; de tal forma que los afiliados con capacidad de pago puedan adquirirlos con el desembolso de primas especiales y puedan obtener servicios no incluidos en el plan obligatorio y eventualmente el acceso a condiciones de tecnología y hotelería más comfortable.

Que la desmonopolización de la seguridad social en salud y su administración mediante múltiples aseguradoras públicas y privadas, sea acompañada de la creación de mecanismos financieros de compensación y solidaridad entre las personas, empresas, o regiones de más ingresos y menos riesgos en beneficio de las personas, empresas o regiones de menos ingreso y más riesgo. Para garantizar la equidad la autoridad sanitaria debería establecer el costo promedio del plan de salud obligatorio y garantizar ese mínimo de ingresos a cada una de las aseguradoras por cada beneficiario a su cargo.

La autoridad sanitaria debería buscar que la cobertura de los seguros sociales de salud incluya a la familia del cotizante principal y que se facilite el acceso a los mismos a las pequeñas empresas y a los trabajadores independientes o por cuenta propia.

Los Seguros Obligatorios de Salud podrán descomponerse en diversos seguros parciales con fuentes de financiación diferentes así: seguro para enfermedad general y maternidad, seguro para enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, seguro para accidentes de transporte y tránsito; y seguro para enfermedades de alto costo.

La seguridad social subsidiada

Las macro tendencias que impulsan la desmonopolización de los Sistemas de Seguridad Social en Salud y la sustitución de los subsidios de oferta por demanda han abierto la posibilidad muy especial de crear sistemas de aseguramiento universal de toda la población en los diversos países creando un

sistema en donde se combinen formas de aseguramiento bajo el régimen contributivo clásico y formas de aseguramiento subsidiado, canalizando recursos fiscales hacia las aseguradoras sociales y con destino específicamente a la población más pobre. Sobre tales experiencias ya existen antecedentes en el Seguro Social Campesino del Ecuador y el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia.

La creación de los sistemas subsidiados de seguros sociales de salud exige que la población pobre sea previamente identificada y carnetizada para lo cual ya se han desarrollado métodos de encuestas de hogares y se tienen experiencias en Chile, Costa Rica y Colombia (14).

La afiliación de los pobres a entidades aseguradoras que administran los seguros sociales subsidiados posibilita que los hospitales públicos reformados adquieran sus ingresos por vía de la compraventa de servicios a estas aseguradoras y que en forma progresiva se eliminen los subsidios fiscales a la oferta de los hospitales que tantas distorsiones produce en la productividad, la priorización y la focalización de los gastos.

TENDENCIAS EN CUANTO A LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Las macro tendencias en la gestión de los servicios públicos y sociales exigen la desgubernamentalización en la provisión de servicios, la especialización de las instituciones y el fomento de la libre competencia y la libre elección en un contexto de regulación y el control estatal, simple pero eficaz, especialmente en materia de la calidad en los servicios y la satisfacción de los clientes. La descentralización y la presencia del sector privado así como la introducción de los principios y las técnicas modernas de la organización empresarial y la gerencia dibujan el marco dentro del cual se esta rediseñando la provisión de los servicios.

Corresponde entonces a los Ministerios de Salud desligarse de las funciones administrativas y de financiación directa de la provisión de servicios, especialmente de aquellos que tienen el carácter económico de bienes privados de beneficio individual. No obstante lo cual el Estado debería instrumentar el suministro de subsidios a la demanda para aquellos grupos sociales sin capacidad de pago.

Además la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta de los servicios por vía de la financiación de los presupuestos históricos a los hospitales públicos, debería exigir que los hospitales transformen sus estructuras y se inserten en un ambiente empresarial de competencia por el mercado, en

el cual concurren proveedores públicos y privados en igualdad de condiciones.

La transformación de los hospitales públicos

La experiencia ha venido mostrando que las formas administrativas y de gestión propias del sector público, sobre todo en el ámbito central, no son las más aptas para gerenciar la producción de bienes y servicios en ambientes de competencia. Es necesario entonces que los hospitales públicos se deslienen de las reglas que regulan a la administración central de los gobiernos y adopten formas administrativas semejantes a las de las empresas estatales productoras de bienes y servicios o incluso que adopten los sistemas gerenciales propios de la empresa privada.

En varios países de América Latina (Argentina, Perú, Venezuela, El Salvador y Colombia) el camino señalado ha sido la constitución de hospitales autónomos, en ocasiones con Juntas Directivas propias que cumplen con las funciones ordinariamente atribuidas a los propietarios y que representan los intereses del Estado, de la comunidad usuaria y de los profesionales de la salud. Los hospitales autónomos deberían poseer sistemas de gestión de personal que les permitan reclutar sus funcionarios por concurso evitando la injerencia del clientelismo político y garantizándoles la máxima estabilidad dentro de sistemas de calificación del desempeño y de incentivos económicos que permitan premiar la productividad y castigar la ineficiencia.

La nueva estructura de los hospitales autónomos debería estar autorizada por la ley en la mayoría de los países y les debería permitir la utilización de sistemas de financiación y contratación semejantes a los de las empresas privadas. Los nuevos hospitales deberían estar dotados de instrumentos gerenciales ágiles que les permitan sobrevivir en ambientes de competencia y acometer con eficacia los desafíos que entrañan la sustitución progresiva de los subsidios fiscales a la oferta por los subsidios a la demanda.

El proceso de autonomización de los hospitales podrá ir asociado a los procesos de descentralización territorial de tal forma que la tutela administrativa primaria sobre los hospitales sea ejercida por las direcciones locales o regionales de salud, sin que esto impida el ejercicio de la función reguladora de los Ministerios de Salud e incluso de su eventual capacidad de intervención en la gestión y administración de las unidades de prestación de los servicios cuando las circunstancias de eventuales malos manejos así lo ameriten.

El peligro de la multiplicación de los costos

La creación de ambientes de libre competencia entre proveedores es propicia para la multiplicación de los costos porque los proveedores deberán competir para atraer y dejar satisfechos a los clientes, mas aún cuando existen subsidios a la demanda de los consumidores mas pobres y los afiliados a los regímenes contributivos de la seguridad social adquieren libertad de elección.

Debe tenerse en cuenta que los demandantes de servicios de salud están afectados también por factores tales como el consumismo tecnológico o por factores laborales que los llevan a solicitar mas servicios que los que realmente necesitan, por lo cual la eliminación de filas y listas de espera, mas aún dentro de sistemas de libre elección, debe ir acompañada de la introducción de copagos o cuotas moderadoras que actúen como pequeñas barreras contra el exceso de demanda innecesaria.

De parte de la oferta de servicios, los proveedores pueden también estar estimulados a prestar mas servicios de los técnicamente necesarios sobre todo cuando se les contrata y se les paga a destajo y por servicio prestado, según las tarifas establecidas para identificar tres mil o más clases de intervenciones, actividades o procedimientos. Mas aún, cuando la supervivencia de los proveedores ya no está garantizada con los subsidios a la oferta, estos se ven abocado a multiplicar los servicios que le producen mejor ingreso, pudiendo incluso verse incentivadas malas prácticas, tales como darle prelación a procedimientos más costosos pero menos eficientes, o de llegar hasta la sobre facturación y a la inflación artificial de los costos. Estas tendencias se agudizan cuando en el escenario aparece la figura del tercer pagador (aseguradora o empresa de medicina prepagada) quien sustituye al usuario en los pagos al proveedor y de paso libera a demandante y proveedor de cualquier incentivo para contener los costos (15).

Este fenómeno es observable con mas nitidez cuando el profesional independiente es contratado y pagado por actividad, tal como ocurre como tendencia general en las empresas de medicina prepagada, las cuales además tienden a disminuir progresivamente el valor de la remuneración del profesional por cada consulta realizada. Cuando esto ocurre se induce al profesional a defender su ingreso para lo cual tiende a reducir su esfuerzo profesional en la resolución inmediata de los problemas de salud y multiplica el número de consultas, exámenes, ayudas diagnósticas y medicamentos en forma innecesaria. El círculo vicioso se cierra cuando la empresa de medicina prepagada ve crecer desmesuradamente sus costos y reacciona a su turno reduciendo las tarifas de pago a los profesionales.

Los nuevos sistemas de contratación

Para evitar la sobre oferta de servicios dentro de los nuevos sistemas de competencia abierta, pero intervenida y regulada por el Estado, se han desarrollado formas de contratación a los proveedores que inhiben la generación innecesaria de costos y permiten por el contrario que el beneficio económico de los proveedores derive de su eficiencia y de su economía de costos en las actividades de protección de la salud y la atención de la enfermedad. Estas formas de contratación son los sistemas de capitación y las tarifas integrales por diagnóstico.

El sistema de la contratación por capitación consiste en que la aseguradora ofrece al proveedor un pago fijo anual para que este garantice el suministro de un paquete específico de servicios previamente definido a los afiliados que estén a su cargo; tales pagos son efectuados al proveedor independientemente de si existe o no demanda efectiva de servicios por parte del afiliado a cargo del proveedor. Se espera que con este método los proveedores no multipliquen las actividades innecesarias y por el contrario seleccionen y ejecuten con prelación las actividades de prevención y promoción de la salud que ahorran costos en el largo plazo, y son más costo efectivas. La capitación es un método de contratación de los proveedores recomendable para la contención de costos en la atención ambulatoria y algunas aseguradoras sociales contratan por capitaciones separadas la odontología básica, el suministro de medicamentos y la atención médica incluyendo en el paquete ambulatorio el suministro de ayudas diagnósticas y la referencia a los especialistas.

La contratación por tarifa integral según diagnóstico, implica un pago único y global de un valor preestablecido por la atención médico-hospitalaria de un determinado caso o diagnóstico. Este sistema de pago induce al proveedor a no multiplicar las actividades innecesarias y al contrario a buscar las economías posibles dado que su beneficio económico en los pagos fijos predeterminados deriva de la eficiencia con que realice las atenciones que se le encomendaron. Por lo general los sistemas de pago por tarifa integral no superan los cien tipos de diagnóstico más comunes que incluyen más del 90 % de los costos en los procesos de cirugía y hospitalización. Para la determinación de las tarifas integrales es necesario el diseño previo de protocolos o guías de atención que especifiquen los procedimientos técnicamente necesarios y se requiere además realizar los estudios de campo que permitan determinar los tiempos y movimientos necesarios y los costos que se generan en las operaciones.

Mientras los sistemas de capitación y las cuotas moderadoras se recomiendan para regular los costos en la atención ambulatoria los pagos por tarifa integral según diagnóstico se recomiendan para el pago de los servicios por cirugía y hospitalización.

El listado de medicamentos esenciales

El suministro de medicamentos puede significar el 20 % del costo de la atención hospitalaria y el 60 % de la atención ambulatoria. Cada día se multiplican más las diversas marcas y formas de presentación de los medicamentos llegando incluso a contabilizarse en varios miles, sin embargo un listado inferior a quinientos medicamentos básicos puede contener el conjunto de los principios activos esenciales de eficacia realmente demostrada.

Lo que es más grave es que la libre elección de aseguradores y de proveedores puede incrementar el consumo innecesario de medicamentos y generar más competencia entre las marcas y las formas de presentación, con la respectiva alza de precios, pero sin que este efectivamente se esté garantizado un mejor impacto en la preservación de la salud y de la atención de la enfermedad.

Es conveniente entonces que dentro del nuevo ordenamiento los Ministerios de Salud de un lado liberalicen el mercado de medicamentos eliminando incluso las licencias previas cuando se considere conveniente o exista duplicación internacional y crear mecanismos de control de la calidad ex - post con base a muestras aleatorias de los productos efectivamente ofrecidos en el mercado. Pero sobre todo es necesario que la Autoridad Sanitaria determine cual es el listado de medicamentos esenciales o genéricos de obligatorio suministro por parte de las entidades encargadas de la seguridad social en salud y de la red pública de servicios; tal listado debería estar sometido a revisiones y ajustes periódicos. La implantación de este listado debería producir un efecto en el ahorro de costos del sistema, y debería además producir por efecto de la competencia entre proveedores una reducción en los precios de estos medicamentos y una mejora en su calidad.

El peligro de deteriorar la calidad

La introducción de la libre competencia en la provisión de servicios y la creación de diversos mecanismos de control de los costos podrían afectar la calidad de los servicios sobre todo en su capacidad resolutoria de los problemas de salud. La libre competencia, si bien induce a los proveedores a ofrecer más calidad esta generalmente se concentra inicialmente en la opor-

tunidad en la atención y en las condiciones externas de hotelería y tecnología así como en los mecanismos de atención al cliente, pero no necesariamente con esto se garantiza la calidad científica y profesional en la atención y en el impacto positivo sobre la situación de salud de los beneficiarios; esto ocurre con más frecuencia cuando el mercado de la salud es ampliamente imperfecto y caracterizado por la asimetría en la información. En el mercado de los servicios de salud el oferente posee toda la información sobre la realidad de los diagnósticos y la eficacia de los procedimientos y la tecnología. El usuario o cliente sólo selecciona lo que aparentemente es mejor, es decir la hotelería y las modalidades de atención.

De otra parte los múltiples mecanismos ideados para reducir costos podrían incentivar sin quererlo la reducción de actividades y de tecnología necesaria o la utilización de sutiles mecanismos de selección adversa de las atenciones más costosas que deberían ejecutarse con cargo a los proveedores.

Es necesario entonces que los procesos de desmonopolización de la oferta y la libre elección de los usuarios, así como la implantación de mecanismos de control de costos, vayan acompañados de la creación de múltiples sistemas de control de la calidad. Los Ministerio de Salud deberían regular las normas mínimas que deberían cumplir proveedores públicos y privados en la implantación de sistemas integrales de garantía de la calidad los cuales deberían incluir prerequisites técnicos para la oferta de los servicios, sistemas de atención a las quejas de los usuarios, sistemas de monitoreo de indicadores de gestión de la calidad y sobre todo la instauración de sistemas de auditoria médica. Las aseguradoras a su turno deberían desarrollar y perfeccionar los sistemas de auditoria de la calidad de tal manera que los contratos por capitación y las tarifas integrales sean permanentemente vigiladas evitando así la selección adversa de usuarios costosos y el deterioro tecnológico o profesional de la calidad. Adicionalmente los Ministerios de salud y las Superintendencias de Salud deberían crear sistemas de información al público, sobre los resultados observados en las aseguradoras y en los proveedores para facilitarles a estos la utilización efectiva de su facultad de elegir libremente las mejores opciones de atención ♥

REFERENCIAS

1. OPS-OMS. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. Washington, D.C.; Septiembre de 1997.
2. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial, Invertir en Salud. Washington, D.C.; Julio de 1993.

3. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Ambiental. Programa Marco de Atención la Medio para los Sistemas Locales de Salud en las Américas. Washington, D.C.; Junio de 1992.
4. Aedo C. La Competencia Manejada y Reformas para el Sector Salud de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile; Junio de 1997.
5. Hecht R, Musgrove P. Redefinición del Papel del Gobierno en el Sector de Salud. Caracas; Septiembre de 1993.
6. OPS–OMS. Informe Conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.; Agosto 24 de 1994.
7. Ministerio de Salud de Chile, OPS - OMS, Reunión Regional "La Descentralización de los Sistemas de Salud y los Procesos de Reforma del Sector", Valdivia , Chile; Marzo 17 de 1997.
8. Tafani R. Reforma al Sector Salud en Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 53, Santiago de Chile; Julio de 1997.
9. De Flood MC. Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 57, Santiago de Chile; Julio de 1997.
10. Banco Mundial. Informe Sobre el Desarrollo Mundial. El Estado en un Mundo en Transformación. Washington, D.C.; Mayo de 1997.
11. Jaramillo IP. El Futuro de la Salud en Colombia - La Puesta en Marcha de la Ley 100 de 1993. FESCOL, FRB, FES, FUNDACION CORONA. Santafé de Bogotá; Tercera edición; Octubre de 1997.
12. Fundación Mexicana para la Salud. Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. México, D.F.; 1994.
13. Larrañaga O. Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 49, Santiago de Chile; Julio de 1997.
14. Sojo A. La Reforma Finisecular del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Su Derrotero e Instrumentos. Mimeógrafo; Chile 1997.
15. Sojo A. Posibilidades y Limites de la Reforma en la Gestión de la Salud en Chile, Revista de la CEPAL No. 59; Agosto de 1996.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>