

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

15

**LAS REFORMAS SOCIALES EN ACCIÓN:
SALUD**

**Iván Jaramillo
Cleofe Molina
Alvaro Salas**



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1996**

LC/L.997
Noviembre de 1996

Los estudios contenidos en esta publicación fueron presentados a la "Reunión de expertos sobre eficiencia y equidad en las reformas sociales de los años noventa", realizada en la CEPAL, en Santiago de Chile, del 22 al 24 de agosto de 1995. El documento contiene una presentación al tema elaborada por la División de Desarrollo Social y las contribuciones de los señores Iván Jaramillo de FESCOL, Colombia, Cleofe Molina del Ministerio de Salud de Chile, y Alvaro Salas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La preparación de la edición estuvo a cargo de Francisco León y María Rebeca Yáñez de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Las opiniones expresadas en este trabajo, que no fue sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
<i>Resumen</i>	5
INTRODUCCIÓN	7
 Capítulo I	
LOS PROPÓSITOS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA	
<i>Iván Jaramillo</i>	9
1. Separar la salud pública y los servicios asistenciales	9
2. Caminar hacia la cobertura universal de servicios asistenciales	10
3. Separar el aseguramiento de la provisión de servicios	10
4. Garantizar un plan integral de salud	10
5. Crear mecanismos de compensación y solidaridad	11
6. Crear mecanismos de control de costos	11
7. Ampliar el régimen contributivo de la seguridad social en salud más allá del ISS	12
8. Crear el régimen subsidiado de la seguridad social en salud en sustitución de la asistencia pública	12
9. Incorporar al sector privado	13
10. Reformar administrativa y financieramente los hospitales	13
11. Crear un fondo de compensación y subsidios de salud	14
12. Crear un Consejo Nacional de Seguridad Social en salud	15
13. Redefinir la función rectora del Ministerio de Salud	15
 Capítulo II	
EL PROCESO DE REFORMA Y FORTALECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN CHILE	
<i>Cleofe Molina</i>	17
1. Introducción	17
2. Marco de políticas	19
3. Avances en la modernización del subsector público de salud	20

4.	Prioridades estratégicas del subsector público de salud 1995-2000	25
----	--	----

Capítulo III

COSTA RICA

UNA REFORMA DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD VIGENTE

<i>Alvaro Salas</i>	27
---------------------------	----

1.	Presentación	27
2.	La reforma del sector salud	27

Notas	35
-------------	----

ÍNDICE DE CUADROS Y DIAGRAMAS

CUADROS:

II-1.	Estructura global del modelo propuesto para el sub sector público	21
II-2.	Estructura global del modelo propuesto para el sub sector privado	21

DIAGRAMAS:

III-1.	Características modelo de atención	29
III-2.	Organización de la atención	33

Resumen

Bajo el título "Las reformas sociales en acción" este número de la serie "Políticas Sociales" reúne las ponencias presentadas al panel sobre *reformas en salud* de la "Reunión de expertos sobre eficiencia y equidad en las reformas sociales de los años 90", realizada en la CEPAL, en Santiago de Chile entre el 22 y el 24 de agosto de 1995.

Frente a la convicción de que no basta con aumentar el esfuerzo en el campo social, sino que es necesario además revisar los instrumentos económicos y sociales y las reformas sectoriales, considerando su contribución simultánea al crecimiento y a la equidad, la reunión efectuó una revisión de algunas experiencias nacionales emprendidas en América Latina desde fines de los ochenta y de las que se encuentran en proceso de implementación. A la vez, analizó el impacto en crecimiento y equidad del conjunto de las reformas sociales, superando el enfoque sectorial.

El primer panel se centró en los factores determinantes de los cambios en el nivel y la distribución del bienestar; el segundo en la evolución y perspectivas del empleo y los cambios en la estructura ocupacional; el tercero de ellos estuvo dirigido a examinar los cambios en los modelos de las políticas sociales. Los restantes paneles evaluaron el aporte de las reformas en salud, educación, vivienda y seguridad social, a la superación de la pobreza, la redistribución del ingreso y al incremento del empleo y la productividad laboral.

INTRODUCCIÓN

En los procesos de reforma de los sistemas sanitarios latinoamericanos actuales se asumen diversas modalidades institucionales y llama la atención el contraste entre los vigorosos argumentos en pro de su realización y la escasa prioridad que le han otorgado muchos gobiernos.

No sería exacto, además, sostener que las reformas en marcha se orientan por un paradigma institucional, tal como en décadas pasadas sucedió con el Sistema Nacional de Salud Británico. Por ejemplo, en los casos tratados en la Reunión de expertos sobre eficiencia y equidad en las reformas sociales de los años noventa, realizada en la CEPAL, en Santiago de Chile, del 22 al 24 de agosto de 1995, cabe distinguir los casos en que se introducen cambios de manera gradual en un sistema de salud vigente (Costa Rica, Chile), de aquellos en que se establece un nuevo sistema, en plazos breves (Colombia).

Las experiencias pasadas de hecho han legitimado la diversidad institucional ya que incluso modelos médicos y públicos como los de Barbados, Costa Rica, Cuba y Chile, que competían favorablemente en los indicadores de salud eran muy distintos. No obstante la diversidad actual, se observa la presencia de elementos del modelo emergente de políticas sociales (Franco 1996).¹

La postguerra trajo un consenso acerca del impacto que podían tener los avances científicos y tecnológicos en las ciencias de la salud, posibilitando, en plazos breves y con menores costos, la obtención de salud para la población, a la que se reconoce como un prerrequisito para el crecimiento económico. En la actualidad, si bien no se duda sobre la necesidad de invertir en salud, se recomienda aplicar mecanismos que frenen la espiral de costos que en muchos de los países desarrollados ha conducido a la crisis en sus sistemas de salud.

Sorprende, sin embargo, la escasa importancia otorgada a la salud si se la compara con el énfasis puesto en la educación o la seguridad social, aunque se reconozca la contribución del sector a la superación de la pobreza en términos que le darían un rango y prioridad similares a los otorgados a las reformas en los otros sectores.² ¿Cómo puede explicarse esta paradoja?

Los trabajos que aquí se presentan pueden ayudar a responder a esa interrogante. Muestran la gran complejidad institucional de la reforma de salud, así como la fuerte incidencia en su avance de otros procesos reformistas, como la descentralización. Estos factores permiten comprender que los asignadores de recursos, ante la lentitud e incertidumbre de los cambios institucionales y de sus efectos, por ejemplo en la eficiencia, le hayan otorgado menor prioridad respecto de otros sectores de políticas sociales. Pero ello no justifica, de manera alguna, que el desafío institucional de la reforma de la salud haya sido a menudo postergado. Por el contrario, hace laudable la revisión reciente de esa posición y el actual apoyo político a la reforma.

Capítulo I

LOS PROPÓSITOS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANA

Esta exposición presenta en forma esquemática la reforma del sector salud en Colombia que se establece mediante las leyes 60 y 100 de 1993.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano se apoya en el desarrollo de un conjunto de ideas fuerza que pueden resumirse en los siguientes propósitos:

1. Separar la salud pública y los servicios asistenciales

El Sistema Nacional de Salud creado en 1975 había considerado conveniente fusionar los conceptos y la organización de la salud pública y la salud privada, por considerar estos servicios como un proceso integral de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación frente a la enfermedad, y en consecuencia hizo del hospital un ente multifuncional con competencias no sólo curativas sino de prevención, promoción e incluso de saneamiento ambiental.

De la nueva reforma se deduce la conveniencia de mantener la diferenciación entre los servicios propiamente de "salud pública" de beneficio colectivo y los "servicios asistenciales" de beneficio individual o familiar, dado que sus posibilidades de financiamiento y de gestión son bien diferentes.

Por los servicios de salud pública (art.165/L.100) se entienden los incluidos en el denominado Plan de Atención Básica (PAB) del cual forman parte exclusivamente aquellos que tienen un impacto colectivo en toda la comunidad sin consideraciones de focalización socioeconómica, o que tienen beneficiarios inicialmente individuales pero con altas externalidades, y de los cuales formarían parte los servicios de saneamiento y el control de los factores de riesgo ambiental para la salud.

Estos servicios tendrían las características de estar a cargo del Estado el cual se obliga a garantizarlos en forma universal y gratuita, y a financiarlos con recursos fiscales.

Por servicios asistenciales de beneficio particular o privado, incluidos en el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), se entienden los servicios (Art.162/L.100) tales como la consulta médica y odontológica, las ayudas diagnósticas, la atención de la maternidad, y en general la atención de urgencias, hospitalización y cirugía, e inclusive las acciones de prevención cuando sólo tienen un impacto individual.

Estos servicios tendrían las características de estar a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de los Hospitales (IPS), financiados únicamente con contribuciones obligatorias obrero patronales, o con subsidios fiscales a la demanda para los más pobres.

Mientras las acciones de salud pública quedan a cargo del Ministerio de Salud y las direcciones seccionales y locales de salud, los servicios asistenciales privados entre tanto deberán ser financiados y gestionados integralmente mediante el sistema de seguridad social en salud propiamente dicho.

2. Caminar hacia la cobertura universal de servicios asistenciales

Está previsto que la prestación de los servicios asistenciales será garantizada y financiada mediante el Sistema de Seguridad Social en Salud organizado en tres regímenes:

a) El régimen contributivo de la seguridad social en salud autofinanciado totalmente con los aportes obrero patronales y que podría según estimaciones preliminares cubrir el 70% de la población colombiana;

b) El régimen de seguridad social con subsidios a la demanda de origen fiscal y de solidaridad que podría llegar a cubrir el 30 % de la población como meta para el año 2001; y

c) Adicionalmente se admite un régimen de servicios complementarios regido por las reglas del mercado.

De otra parte subsiste el régimen de subsidios a la oferta de servicios, pero reformado y con un carácter de transición.

El nuevo sistema busca establecer la posibilidad de la cobertura universal mediante varias estrategias: estableciendo el sistema de la afiliación obligatoria ampliado a toda la población; haciendo que esta afiliación obligatoria incluya al grupo familiar; se crea además el régimen subsidiado con recursos fiscales; y se pretende que con la concurrencia de múltiples Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se complementarían entre sí puedan penetrar los diferentes mercados de los potenciales afiliados.

3. Separar el aseguramiento de la provisión de servicios

El nuevo sistema busca establecer una mayor eficiencia en el manejo de los servicios y se mueve dentro del esquema de "separar los negocios" y posibilitar "la libre elección de los usuarios" entre distintas entidades gestoras del aseguramiento y los proveedores de servicios.

Para tal efecto el nuevo ordenamiento prevé la separación institucional entre las entidades gestoras del aseguramiento y la financiación denominadas Entidades Promotoras de Salud EPS , con respecto a aquellas que cumplen funciones operativas en la provisión de los servicios (IPS).

De otra parte se suprime la adscripción obligatoria de los beneficiarios a una cierta institución aseguradora o a una determinada institución de prestación de servicios.

4. Garantizar un plan integral de salud

El nuevo sistema establece un plan obligatorio integral de salud (Art.162) denominado (POS) que incluye servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad, y con la

suficiencia tecnológica y hotelera que determine el organismo rector nacional de la salud y la seguridad social en salud. Tal plan a diferencia de los planes privados no puede excluir la atención de enfermedades preexistentes pero tiene las exclusiones y los períodos de carencia que autoriza la ley (ésta es una diferencia central con el sistema de las ISAPRES chilenas).

Adicionalmente se establece el acceso de la población pobre, como beneficiaria del régimen subsidiado, a un plan progresivamente integral que deberá ir mejorando sus condiciones de tecnología, hotelería y suministro de insumos y medicamentos dentro de un proceso de ajuste incremental que se extiende hasta el año 2001.

De otra parte, se abre la posibilidad de ofrecer "planes complementarios de salud" a cuyo disfrute se accede mediante aportes extras, diferentes a la contribución obligatoria, y los cuales permiten mejores condiciones de hotelería, tecnología, o de oportunidad en la atención al cliente y de cubrimiento de riesgos superiores a los determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud para quienes tienen capacidad de pago adicional.

5. Crear mecanismos de compensación y solidaridad

Como el sistema de libre elección podría llevar a la constitución de un sistema para ricos bien financiado y un sistema para pobres en situación de quiebra, el sistema establece adicionalmente un mecanismo de compensación y garantía que permite que aquellas Entidades Promotoras de Salud que capten los afiliados de los estratos socioeconómicos más altos y produzcan superávit, transfieran ese superávit a las organizaciones que actúan y afilian los estratos socioeconómicos de más bajo ingreso. En los hechos, tal mecanismo no sólo deberá garantizar la supervivencia del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) sino también su refinanciación (ésta sería otra diferencia central con el sistema chileno).

Cada EPS debe recaudar el 12% sobre el ingreso de sus afiliados (de los cuales 2/3 lo paga el patrón) y se le reconoce una cuota per cápita por afiliado denominada "Unidad de Pago por Capitación" (UPC). Con el fin de operativizar el sistema se crea una cuenta de compensación en el Fondo de Solidaridad y Garantía que recoge los excedentes generados por las diferencias entre los recaudos y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en las EPS que trabajan con sectores de altos ingresos y bajo riesgo para ser transferida tal diferencia a las EPS que trabajan con afiliados de bajos ingresos y alto riesgo. No obstante lo anterior se busca estimular a las EPS para que generen internamente su propio sistema de compensación, incluyendo grupos sociales de diversos niveles de ingreso y riesgo.

Además, como mecanismo de solidaridad, el régimen contributivo establece el aporte de un punto de su cotización al sistema subsidiado, adicionando esos recursos a otros procedentes de las Cajas de Compensación Familiar, del presupuesto nacional y de las contribuciones de los afiliados.

6. Crear mecanismos de control de costos

La generalización de los sistemas de aseguramiento tienden a producir un desborde en los costos como es el caso de EE.UU.. Con el fin de garantizar un sistema de control de costos, que además haga viable el sistema de compensación entre las diversas EPS, se

crea un sistema de capitación mediante el cual cada EPS recibe del sistema una unidad de pago por capitación (UPC) por beneficiario a su cargo, de valor proporcional al riesgo cubierto, según sexo y grupo etario de cada beneficiario, y sus gastos no podrán ser superiores a esa UPC a menos que el usuario quiera hacer un aporte adicional.

De otra parte la reforma estimula que las Entidades Promotoras de Salud contraten con las instituciones prestadoras de servicios la provisión de los mismos, pero mediante pagos por capitación para la atención ambulatoria, y pagos integrales por diagnóstico (PIDAS), para hospitalización y cirugía, en sustitución de las formas tradicionales de los pagos por actividad o procedimiento.

El sistema prevé entonces dos grandes mecanismos de control de costos, a saber: las unidades de pago por capitación (UPC) y los pagos integrales por diagnóstico (PIDAS), a los cuales habría que adicionar el listado único de suministro obligatorio de medicamentos esenciales, en su presentación genérica.

Estos dos mecanismos obligarán a que de un lado las EPS reduzcan los costos sin sobrepasar en ningún momento el valor de las UPC, y a su turno las proveedoras, IPS contengan los costos sin sobrepasar el valor estandarizado de los pagos integrales por diagnóstico (PIDAS), ó las capitaciones parciales que reciban por la atención ambulatoria.

7. Ampliar el régimen contributivo de la seguridad social en salud más allá del ISS

El régimen contributivo, autofinanciado con las contribuciones obrero patronales, anteriormente monopolizado por el ISS y las Cajas de Previsión, se estancó en una cobertura cercana al 20% de la población y sufre con la reforma dos tipos de cambios fundamentales: en primer lugar se amplía la cobertura, de la esfera individual del cotizante a todo el grupo familiar (3.4 miembros en promedio), y a todos los trabajadores independientes, buscando la meta mínima de cubrir el 70% de la población en el año 2000.

Para tal efecto se hace obligatoria la afiliación a todos los habitantes con capacidad contributiva, y las actividades de afiliación, aseguramiento y financiación quedan a cargo de diversas Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas o privadas. Dentro de este contexto se pretende que las diversas EPS compitan y se complementen entre sí para garantizar la ampliación de la cobertura y la libre elección de los usuarios.

8. Crear el régimen subsidiado de la seguridad social en salud, en sustitución de la asistencia pública

La reforma propuesta busca no sólo ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población pobre que no tiene capacidad de contribución plena (estimada en un 30%), sino también pretende sustituir los subsidios a la oferta de servicios representados en los presupuestos que hoy reciben los hospitales públicos, para cambiarlo por el sistema de los subsidios a la demanda, es decir, por los subsidios que deben ir a las organizaciones que manejan el seguro social subsidiado.

La reforma de la seguridad social en salud deberá incorporar a la población pobre de escasos recursos hasta ahora marginada de la seguridad social, otorgándole "subsidios directos a la demanda", de tal forma que la población pobre y vulnerable se pueda vincular a las Entidades Promotoras de Salud subsidiadas, para poder contar así, en forma progresi-

va, con los mismos beneficios de quienes tienen capacidad de vincularse al régimen contributivo.

Corresponde a los alcaldes y a las direcciones seccionales y locales de salud clasificar socioeconómicamente a la población pobre y vulnerable, otorgar los subsidios y fomentar las organizaciones que habrán de administrar esos subsidios.

El nuevo esquema de régimen subsidiado en salud supone la abolición progresiva del viejo sistema de asistencia social, lo cual en términos financieros significa la transformación progresiva de los subsidios a la oferta (mediante las actuales asignaciones presupuestales a los hospitales) por los subsidios a la demanda, recibidos y gestionados por las nuevas organizaciones promotoras de salud.

En esta perspectiva serán los beneficiarios de los subsidios quienes deberán tener poder de decisión sobre la asignación y manejo de los recursos y la selección de proveedores de los servicios, de tal forma que sean los usuarios subsidiados quienes asumen el papel de compradores de servicios a los hospitales con recursos fiscales.

La expansión del régimen subsidiado deberá hacerse sobre la base de contratar la prestación de servicios con los hospitales públicos antes de recurrir a la creación de nueva infraestructura.

9. Incorporar al sector privado

El nuevo sistema busca incorporar al sector privado (empresas de medicina prepagadas y empresas de seguros de salud) al nuevo sistema de seguridad social en salud, ofreciéndoles dos posibilidades:

Primero: Que se transformen en Entidades Promotoras de Salud, ofrezcan el Plan Obligatorio de Salud y se conviertan en gestores o agentes intermediarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Para tal efecto deberán afiliarse a los beneficiarios, recaudar su cotización periódica y de esa cotización sacar las unidades de pago por capitación (UPC) que les corresponden por cada beneficiario, y finalmente remitir el resto, si hay superávit, al Fondo de Compensación.

Segundo: Las empresas privadas podrán ofrecer planes complementarios de salud con servicios de mejor calidad en materia de atención al cliente, hotelería hospitalaria y tecnología o cubrimiento de riesgos. Estos planes deberán financiarse con recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias.

Si bien es probable que una gestión adecuada del plan obligatorio de salud (POS), con un gran número de afiliados por EPS, pueda dejar utilidades, es ciertamente difícil. La opción de encontrar rentabilidad para el sector privado está en el manejo de los planes complementarios y de otros seguros que puedan ser adquiridos por los afiliados, de tal manera que la gestión de la seguridad social en salud por parte de una EPS privada opere como un "gancho" comercial para vender otros productos.

10. Reformar administrativa y financieramente los hospitales

La reforma parte del supuesto que el funcionamiento de los hospitales, operando como dependencias del Ministerio de Salud, de las direcciones seccionales de salud o del ISS, que reciben su financiación mediante las asignaciones presupuestales según sus costos históricos, ha demostrado ineficiencias crecientes e inequidades en la asignación de los subsidios fiscales.

De otra parte, la alternativa de garantizar el acceso de la población pobre a los servicios asistenciales mediante el sistema de seguro social subsidiado surge de los cuestionamientos al sistema tradicional de los subsidios fiscales, canalizados mediante la oferta de los servicios hospitalarios; pues es sabido que los subsidios a los hospitales no estimulan la eficiencia de éstos ya que los mismos tienen su presupuesto asegurado independientemente de la cantidad y la calidad de los servicios que presten.

Adicionalmente se ha encontrado que los subsidios a la oferta no estimulan la equidad ya que éstos son asignados en gran parte para la población que no pertenece al 30% más pobre. Mediante los subsidios a la oferta el Estado ha terminado subsidiando preferencialmente a quienes sí pueden pagar o que bien pudieran ser beneficiarios de los subsidios cruzados entre ricos y pobres, dentro del sistema contributivo de la seguridad social.

La reforma pretende entonces incrementar la productividad de los hospitales y focalizar los subsidios fiscales hacia el 30% más pobre; pretende además que los hospitales se manejen con criterio gerencial y que para tal efecto posean una estructura administrativa autónoma, con un sistema financiero que les obligue a competir por los recursos fiscales, con base en el volumen y la calidad de los servicios que prestan. Para tal efecto la ley crea la figura jurídica de las Empresas Sociales del Estado que deberá ser adoptada por los hospitales.

La reforma busca que a los hospitales públicos se les reduzcan progresivamente los subsidios presupuestales a la oferta y que a cambio, mediante la contratación, facturación y venta de servicios al seguro social subsidiado o contributivo, consigan los recursos financieros para garantizar su operación.

El período de transformación progresiva de los hospitales se debe iniciar en el año 1997 y podría incluir el 100% del presupuesto de funcionamiento, dejando abierta la opción que los hospitales reciban recursos de inversión directamente del presupuesto general de la nación y de las entidades territoriales.

La eficacia de un sistema financiero de los hospitales en donde la norma sea el pago por servicios, exige la creación de un sistema tarifario nacional (por ahora se usan las tarifas del seguro obligatorio de transporte SOAT) que estandarice los costos integrales de los servicios prestados en condiciones de calidad básica y eficiencia competitiva. Se deberá además desarrollar el sistema de pago global por diagnóstico (PIDAS) evitando los estímulos a la sobrefacturación y a la sobre oferta de tecnología y de servicios hoteleros.

Dentro de este marco de referencia los hospitales públicos y los del ISS deberán quedar habilitados para prestar servicios a todos los estratos sociales, pero sus recursos financieros provendrán única y exclusivamente de la venta de servicios al sector privado, al régimen contributivo o al régimen subsidiado de la seguridad social.

11. Crear un fondo de compensación y subsidios de salud

Se estimó conveniente la creación de un Fondo Nacional de Salud con funciones de solidaridad y garantía para el manejo de algunas cuentas financieras del sector, entre las cuales se cuentan:

a) La cuenta compensación: que percibe los superávits que generan las EPS cuyos recaudos sobre los ingresos (11%) superan la suma de las Unidades de Pago por Capitalización (UPC), que les corresponden; tales superávits deberán ser transferidos a las EPS que presenten déficit. Esta cuenta podría tener un carácter transitorio porque el sistema deberá estimular que cada EPS afilie beneficiarios de distinto nivel de ingreso y de riesgo de tal forma que la compensación sea interna entre sus propios afiliados sin necesidad de recurrir al Fondo.

b) La cuenta de solidaridad o de subsidios a la demanda para pagos por capitación. Está destinada a financiar el régimen subsidiado de seguro social de salud y se alimenta de las siguientes fuentes: de los doce puntos de la contribución del régimen contributivo; más el aporte de las Cajas de Compensación Familiar y de un aporte "peso a peso" del presupuesto general de la nación.

c) La cuenta de prevención y promoción de la salud canaliza el medio por ciento de las contribuciones obligatorias hacia planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los afiliados a la seguridad social.

d) La cuenta de catástrofes y accidentes de tránsito se alimenta de aportes al seguro obligatorio de accidentes de tránsito, entre otros, y busca financiar accidentes de tránsito y catástrofes naturales o de terrorismo.

12. Crear un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

La ley creó un ente rector en materia administrativa y financiera, garante de la competencia regulada entre el sector público y privado, que tiene como funciones regular el sistema de salud y de seguridad social en salud en aspectos tales como: la destinación del valor de las contribuciones, el valor de las UPC, los requisitos de las EPS y de las IPS, las tarifas y las formas de contratación y pago.

13. Redefinir la función rectora del Ministerio de Salud

Dentro del marco del nuevo ordenamiento el Ministerio de Salud debe ceder progresivamente a los hospitales denominados ahora Empresas Sociales del Estado y a los gobiernos departamentales y municipales la función de prestar servicios de salud privada, y tendrá en lo sucesivo a su cargo como competencias: establecer normas en las materias técnicas de salud; diseñar y estimular las políticas de salud y ser responsable de la prestación de los servicios de salud pública bien sea en forma directa, o mediante las direcciones seccionales y locales de salud.

Capítulo II

EL PROCESO DE REFORMA Y FORTALECIMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

1. Introducción

El sistema de salud y de seguro de salud chilenos han sido pioneros en su creación y sus reformas en el curso del presente siglo. Sus hitos más importantes fueron:

a) La creación, en 1924, del Seguro Obrero Obligatorio, cuyo Departamento Médico inició el Control del Niño Sano, el Programa de Alimentación Complementaria y el Reposo Pre y Post Natal para la mujer obrera.

b) La creación, en 1952, del Servicio Nacional de Salud y la separación de las funciones de aseguramiento financiero (Servicio de Seguro Social), por una parte, y de prestaciones de salud (Servicio Nacional de Salud), por otra.

c) El establecimiento, en 1968, del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, el nuevo Código Sanitario y el Formulario Nacional de Medicamentos.

Con estas medidas se produjo una mejora sostenida de los indicadores tradicionales de salud, tales como mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición. Se logró una situación de salud privilegiada, cuyos indicadores se independizaron del nivel socioeconómico, dando cuenta de un perfil de morbi mortalidad semejante al de países con más del doble de ingreso per cápita que Chile.

d) En los años ochenta se llevó a cabo una reforma que descentralizó la Atención Primaria de Salud, traspasándola a los municipios; se crearon 27 Servicios de Salud desconcentrados (el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) y se establecieron los Seguros Privados de Salud (ISAPRE).

El sistema de salud que se estableció a partir del período de Segunda Guerra Mundial constituye una de las experiencias más exitosas de adaptación en Sud América del modelo de salud inglés. Está compuesto por un subsector público y un subsector privado, con participación tanto en el ámbito de los seguros como de las prestaciones. Ambos ofrecen una amplia gama de servicios y son regidos por el Ministerio de Salud.

En el subsector público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 26 Servicios de Salud a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria (3.2 camas por mil habitantes), sus consultorios adosados, así como una red de establecimientos de atención primaria bajo administración municipal.

El gasto público en salud representa 2.5% del PIB. Además del aporte fiscal, existe un aporte obligatorio de 7% de las remuneraciones, el cual se destina al seguro público o privado. Un cuarto de la población es beneficiaria del seguro privado.

Algunos indicadores de resultados dan cuenta de una adecuada cobertura de los programas de inmunización (95.1 % de la tercera dosis DPT), de atención profesional del parto (99.5%) y cifras bajas y estables en el tiempo de desnutrición infantil y de mortalidad materna.

El envejecimiento poblacional, unido a las patologías emergentes donde merecen ser destacados aparte de las enfermedades crónicas, el embarazo de adolescentes, la drogadicción y los accidentes mortales o invalidantes en personas jóvenes, ubica a Chile en una situación de transición demográfica y epidemiológica. Ello obliga a redoblar esfuerzos en el ámbito de las acciones preventivas y curativas de diversa complejidad.

El modelo de atención vigente fue organizado en la década de los cincuenta cuando el país aplicaba una estrategia de desarrollo económico por sustitución de importaciones y basado en la planificación central. Existía una estructura demográfica propia de un país con una población joven, con alta prevalencia de enfermedades infecto contagiosas coexistentes con saneamiento básico y escolaridad insuficientes. Concebido como sistema cerrado, autoritario, con establecimientos sin participación interna ni externa y con uso predominante de los llamados indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad.

Es posible establecer algunas limitaciones que este modelo presenta en la actualidad.

Primero: En la actualidad, el modelo de atención de salud no responde a la transición que el país ha vivido en diferentes dimensiones:

- a) Transición económica: derivado de la globalización creciente de la economía, del mercado como asignador de recursos y de la apertura a la competencia.
- b) Transición demográfica: el envejecimiento de la población debe direccionar los programas de salud hacia patologías de mayor complejidad, que implican mayores costos.
- c) Transición epidemiológica: el predominio de las enfermedades crónicas como causas de enfermar y morir, requieren otras estrategias de abordaje.
- d) Transición de servicios de salud: la descentralización, la participación y el control social son imprescindibles en el ambiente de modernización del Estado y de la revalorización de la persona. Para ello se requieren nuevos modelos de gestión y de liderazgo participativo.
- e) Transición de los sistemas de medición: los indicadores clásicos se encuentran en etapa de complementación y reemplazo por indicadores más modernos, tales como el de los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), tanto por muerte prematura como por discapacidad. Asimismo, los estudios de costo efectividad permitirán priorizar en mejores condiciones técnicas.

Segundo: Los buenos indicadores tradicionales de salud representan una realidad promedio nacional que no explica todas las inequidades e ineficiencias existentes en el país. Es el caso, por ejemplo, de la diferencia observada en mortalidad infantil entre comunas de altos ingresos (5 a 6 por mil nacidos vivos) y las de bajos ingresos (alrededor de 30 por mil nacidos vivos). Del mismo modo, existen variadas ineficiencias en los programas de intervención como en los sistemas asignadores de recursos para inversión y operación.

Tercero: La insatisfacción del usuario es un tema relevante y afecta tanto al subsector público como al privado. En el primero, se relaciona con el trato personal, con la obsolescencia tecnológica y con las condiciones de hotelería (salas de espera y salas de hospitalización, entre otras). En el subsector privado, las quejas se refieren a la falta de transparencia de los contratos, a diferencias entre las expectativas creadas y lo realmente obtenido y a los tiempos reales de espera en atención ambulatoria.

Cuarto: La participación social resulta fundamental, dada la relevancia ética que las personas dan a sus decisiones en las materias que los afectan; la importancia técnica derivada de los cambios necesarios de hábitos y conductas para intervenir en las enfermedades crónicas; la importancia social de tener a la comunidad del lado del sector salud tanto para generar recursos como para mejorar su utilización; y, finalmente, la inevitabilidad del control social producto del ejercicio democrático de renovación de autoridades.

2. Marco de políticas

Las políticas de salud pública se rigen por los siguientes principios orientadores:

a) *Equidad*

Los recursos deben orientarse hacia las personas con mayor riesgo biológico y social y ofrecer servicios que la población pueda reconocer y apreciar.

b) *Descentralización*

Para reconocer a tiempo y desde cerca las necesidades de las personas, así como sus prioridades y llevar las decisiones lo más cerca posible de la gente, el proceso de descentralización trasladará el desafío de la gestión al nivel local, el que asumirá la responsabilidad por el manejo de sus recursos, por las inversiones y por sus resultados.

c) *Participación*

Se reconoce el rol que las personas deben tener en la mantención de su salud mediante una activa participación en las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, así como en la selección de alternativas de atención y en promover su participación a través de la comunidad organizada.

Es imprescindible que las personas participen en su doble condición de usuarios y colaboradores potenciales, y que ejerzan el control social, que constituye una herramienta básica del comportamiento democrático.

d) *Eficiencia*

Es necesario elevar la productividad en los niveles de mayor complejidad y la capacidad resolutive en los niveles de menor complejidad. Se requiere flexibilidad y autonomía en el manejo de los recursos en los Servicios de Salud y en los establecimientos, desarrollar sistemas nuevos de asignación de recursos, asociar transferencias a compromisos de gestión, explicitar las metas y sus mecanismos de evaluación y ligar las remuneraciones al desempeño.

e) *Prioridades programáticas*

Para orientar el Modelo de Atención hacia las personas en función de los cambios demográficos y epidemiológicos es necesario incorporar una perspectiva preventiva y de promoción de la salud en todos los niveles de complejidad, así como privilegiar el desarrollo de estrategias de atención ambulatoria y de trabajo intersectorial.

f) *Complementación público privada*

Para aprovechar la totalidad de los recursos de que la sociedad dispone se requiere promover la complementación de los subsectores público y privado e intensificar la compra y venta de servicios, en condiciones de transparencia y eliminando los subsidios cruzados. De ese modo será posible evitar la duplicación de inversiones y fortalecer los mecanismos que contribuyan a aumentar la transparencia del mercado de seguros de salud privado y fortalecer el rol regulador que le corresponde al Estado.

3. Avances en la modernización del subsector público de salud

Los problemas del modelo y las inequidades e ineficiencias existentes al interior del subsector público de salud pueden ser superadas readecuando el modelo de atención, mejorando las estrategias de control y de programación, desarrollando nuevos métodos de asignación de recursos y modernizando los sistemas de abastecimiento y de información. Resulta fundamental para este proceso el desarrollo de recursos humanos y la capacitación continuada.

A partir de 1990 se realizaron los estudios y en 1994 se inició la puesta en marcha de este conjunto de reformas.

a) *Readecuar el modelo de atención*

Se requiere introducir readecuaciones al modelo de atención, con lo cual será posible mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, para poner énfasis en la atención ambulatoria, para satisfacer la creciente demanda de tecnología y de participación social y, al mismo tiempo, reconocer el ámbito de la intersectorialidad y de la capacidad de decisión de las personas. La propuesta se funda en:

- i) Los grandes cambios que ha experimentado el perfil epidemiológico del país;
- ii) Los progresos técnicos y científicos de la medicina;
- iii) La búsqueda de la equidad, la descentralización y la participación social, unido a la decisión de focalizar los recursos adicionales en los más pobres y más vulnerables, abren una perspectiva donde el modelo de atención es relevante para la aplicación de dichas políticas.

El modelo de atención define a los establecimientos y niveles de complejidad en dos subsistemas íntimamente relacionados: el Subsistema de Atención Abierta (ambulatoria) y el de Atención Cerrada, (hospitalización) y en establecimientos públicos y privados. Introduce la creación de dos nuevos tipos de establecimientos de salud, los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT), ambos destinados a la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad.

Cuadro II-1

**ESTRUCTURA GLOBAL DEL MODELO PROPUESTO PARA
EL SUB SECTOR PUBLICO**

Niveles de complejidad	Subsistema atención abierto	Subsistema atención cerrado
BAJO	Posta rural Consultorio general rural Consultorio general urbano	Hospital tipo 4
MEDIANO	Centro de Referencia de Salud	Hospital tipo 3
ALTO	Centro Diagnóstico Terapéutico	Hospital tipo 2 Hospital tipo 1 Hospital de Referencia Nacional

Cuadro II-2

**ESTRUCTURA GLOBAL DEL MODELO PROPUESTO PARA
EL SUB SECTOR PRIVADO**

Niveles de complejidad	Subsistema atención abierto	Subsistema atención cerrado
BAJO	Consulta privada Consultorio Centro médico	Clínica privada
MEDIANO	Centro médico	Clínica privada
ALTO	Centro médico Clínica de atención ambulatoria	Clínica privada

El diseño corresponde a una red donde los establecimientos de mayor complejidad se ubican en el centro, confluyendo hacia ellos la derivación de pacientes que se realiza en establecimientos de menor complejidad. Desde los niveles de mayor complejidad también existe flujo de pacientes, así como también acciones de asesoría y capacitación hacia los otros.

Adicionalmente, se incorporarán instancias de resolución de problemas que exceden la responsabilidad exclusiva del sector salud, como ciertas áreas sociales, del medio ambiente y en la atención de grupos específicos de la población como, por ejemplo, los trabajadores y escolares.

b) *Reestructuración del Ministerio de Salud*

La reestructuración del Ministerio de Salud tiene dos objetivos: en primer lugar, separar las funciones de planificación, de ejecución, de financiamiento y de control; en segundo lugar, asociar las transferencias de recursos a compromisos de gestión asumidos entre el Ministerio y los Servicios de Salud, y entre éstos y los hospitales y establecimientos de atención primaria.

Para la separación de funciones se establece que la instancia política del Gabinete Unificado del Ministro y del Subsecretario tienen como soporte técnico a las tres Divisiones del Ministerio: de Planificación Estratégica, de Programas de Salud, y de Apoyo a la Gestión. Asimismo, se radica en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el seguro público y la función financiera del sector. Al mismo tiempo, la función de ejecución de planes y programas se radica en los Servicios de Salud y en los Establecimientos de Atención Primaria, que se encuentran bajo administración municipal.

i) La División de Programas de Salud tiene por misión elaborar y proponer normas de atención y programas de salud, de acuerdo con criterios de frecuencia, morbi mortalidad, susceptibilidad, vulnerabilidad y costo efecto. Debe evaluar el cumplimiento de dichos programas en base a criterios de impacto, productividad y calidad.

ii) La División de Planificación Estratégica está encargada de elaborar planes, estudios y proyectos para el desarrollo del sector tras el logro de objetivos de equidad y focalización de recursos hacia las personas más pobres y vulnerables, mediante la asignación de recursos en forma eficiente y eficaz.

iii) La División de Apoyo a la Gestión tiene por misión colaborar al proceso de descentralización y al desarrollo armónico de los Servicios de Salud, además de apoyar directamente a las Direcciones de Servicios de Salud para enfrentar sus problemas de gestión.

En una estructura jerárquica dependiente de la confianza del Ministerio de Salud pero con personería jurídica y patrimonio propio, se encuentran las siguientes instituciones autónomas que ejercen su acción en el sector:

iv) El Fondo Nacional de Salud (FONASA), que tiene el mandato de cumplir la función financiera del sector y por misión fundamental, facilitar el acceso de sus afiliados a las mejores opciones de atención de salud que los recursos financieros lo permitan.

v) La Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST) que se está reorientando hacia el fortalecimiento de su función intermediadora entre proveedores de medicamentos e insumos médicos y prestadores de salud, elevando la capacidad de gestión específica tanto del Sistema Nacional de Servicios de Salud como de la Atención Primaria de Salud y superando sus funciones tradicionales de adquisición, almacenamiento, transporte y financiamiento.

vi) El Instituto de Salud Pública (ISP) que debe regular, evaluar y controlar la calidad de los insumos clínicos que se usan en Chile, servir de Laboratorio de Referencia y ser productor de algunos biológicos. Colabora, además, en el área de la salud ocupacional y ambiental.

vii) La Superintendencia de ISAPRE está encargada de supervisar el funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional, estudiar las alternativas de perfeccionamiento, mantener un diálogo fluido en el sector, así como proponer soluciones concretas a los problemas identificados tanto por los usuarios como por las Instituciones.

viii) El Sistema Nacional de Servicios de Salud, formado por 26 Servicios de Salud territoriales, que están encargados de la administración de sus hospitales, de la asesoría técnica y de la supervisión de la atención primaria de salud municipal en el ámbito de los planes y programas de salud y de la ejecución de las medidas de control contenidas en el

Código sanitario y sus reglamentos. Se agrega el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente como organismo regional encargado del control medio-ambiental.

ix) La Atención Primaria de Salud, que está a cargo de las distintas municipalidades, bajo la supervisión de los Servicios de Salud respectivos.

Asimismo corresponde mencionar los Compromisos de Gestión, mediante los cuales se busca mejorar la eficacia y la eficiencia del desempeño de los Servicios de Salud. Se ha estimado que una forma efectiva de ejercer la función coordinadora y que al mismo tiempo despierte una motivación activa en los Servicios hacia la consecución de las metas y objetivos prioritarios establecidos por el Ministerio, es realizando una negociación periódica que establezca los resultados a alcanzar mediante la gestión con los recursos negociados en el marco del Presupuesto de los Servicios de Salud.

El objetivo de la "Negociación de los Compromisos de Gestión" es lograr un acuerdo entre el Nivel Central y el Servicio de Salud para que este último opte por combinaciones de factores (recursos físicos, humanos, etc.) que sean compatibles con las transferencias de recursos acordadas, en función de las necesidades de salud de la población debidamente priorizadas.

c) ***Descentralización programática***

El perfil epidemiológico de la población chilena plantea la necesidad de redefinir operacionalmente los grupos-objetivo de los programas. Además del niño y del adulto se incorporan separadamente la mujer —con una perspectiva integral y no meramente reproductiva—; el adolescente, reconociendo la complejidad y el impacto social de sus problemas de salud, y el adulto mayor, considerando las limitaciones de cobertura observadas para resolver sus problemas de salud.

En los ámbitos de la salud ambiental y la salud ocupacional se sistematiza la acción normativa y fiscalizadora sobre productos de consumo humano y animal, y sobre actividades productivas y recreativas que puedan generar riesgos para la salud de las personas.

La función normativa y de control está radicada en el Ministerio, mientras que los Servicios de Salud ejercen la función ejecutiva, entendiendo que las normas nacionales son generales y que deben ser adecuadas a la realidad regional y local. Durante 1995 se logró la confección de un Plan de Salud que considera las particularidades regionales y sus respectivas priorizaciones.

d) ***Fortalecimiento del rol regulador y control sanitario***

El rol regulador es ejercido por el Ministerio de Salud por medio de distintos organismos. El Instituto de Salud Pública ha reorientado su organización para cumplir con el control de calidad de medicamentos, alimentos y laboratorios clínicos. Asimismo, ha fortalecido su función de laboratorio de referencia para evaluar la calidad de los elementos protectores y de prevención para los trabajadores. El ISP desarrolló su Plan Estratégico y ha establecido la conveniencia de asignar la función de producción de biológicos a una entidad que tenga las potencialidades para cumplir con esa tarea. Ha realizado inversiones para mejorar su capacidad tecnológica y operativa y se está proyectando como la entidad principal que cumplirá las funciones del control sanitario en el país.

La Superintendencia de ISAPRE ha mejorado sus herramientas jurídicas para regular el sistema. Asimismo, el equipo de Evaluación de Estándares de Atención ha acreditado la totalidad de los hospitales de mayor complejidad.

e) *Reforma financiera*

Incluye los sistemas de asignación de recursos para gastos operacionales y la constitución de un fondo concursable para proyectos de inversión.

Las modificaciones principales que se han introducido en el aspecto financiero son las siguientes:

i) Atención Primaria. En julio de 1994 se inició el pago per cápita. El sistema define el Plan de Salud Familiar con sus variables epidemiológicas, demográficas y las prestaciones de Atención Primaria de los Programas de Salud vigentes. Luego se calculó el costo promedio nacional, cifra corregida por comunas urbanas y rurales y por comunas pobres y no pobres. Durante 1995 y 1996 los recursos se transfieren según la población asignada y, a partir de 1997, lo serán por población inscrita.

ii) Atención secundaria terciaria. Consiste en reemplazar el sistema de pago por prestaciones, por una mezcla de pago asociado a resultados con pago por prestaciones prospectivo. Para ello se identificó un conjunto de diagnósticos de egreso más frecuentes, luego se realizó una encuesta a jefes de servicio clínicos los cuales listaron las prestaciones asociadas a dichos diagnósticos. La selección de las prestaciones más frecuentes permite caracterizar al PAD (Pago Asociado a Diagnóstico). De esta manera se establece un sistema de transferencias de recursos basado en resultados, entregando al nivel local las decisiones y el riesgo de ejecutar las distintas actividades. El sistema entrega una cuenta corriente por paciente e identifica las prestaciones por diagnóstico. De esta manera se transforma en una herramienta de control de calidad y de gestión, al mismo tiempo que soporta el control de costos y entrega insumos para la negociación de los compromisos de gestión. Aquellos diagnósticos que por su complejidad no pueden ser estandarizados, continúan pagándose por prestaciones pero en la modalidad prospectiva y formando parte de los compromisos de gestión.

iii) Descentralización de las inversiones. Se dieron los pasos administrativos para poner en práctica entre los Servicios de Salud el concurso de proyectos de reposición de infraestructura y equipamiento, mediante los fondos de Inversión Sectorial de Asignación Regional (ISAR), cuya primera etapa requiere del estudio de normalización de la red asistencial, proceso que se encuentra en marcha en las distintas regiones.

f) *Modernización de los sistemas de abastecimientos*

Está en desarrollo el plan para modernizar los sistemas de adquisiciones y abastecimientos de los Servicios de Salud, junto con la transformación de la Central Nacional de Abastecimientos en una entidad intermediadora. Así se radicará la decisión de compra y el financiamiento en los usuarios, y el almacenamiento y transporte en los proveedores. De este modo, la CENABAST se especializará en intermediar y, por tanto, en aprovechar las economías de escala de las compras por volumen. Asimismo, se redefinió el contenido del stock estratégico y su modelo de administración.

g) *Modernización de los sistemas de información*

Está en desarrollo en todos los Servicios de Salud del país la modernización de los sistemas de información. Este proceso se inició en 1993 en un Servicio de Salud de la Región Metropolitana, y se extendió posteriormente a grupos de Servicios de Salud en asociación voluntaria, con el objeto de compartir el diagnóstico de las necesidades de información, la definición participativa de la cartera del sistema y la revisión de procedimientos, organización y métodos y, finalmente, la formulación y licitación de los respecti-

vos proyectos. De esta manera se forma una contraparte local fuerte y capaz de interactuar con el proveedor.

h) Programa de capacitación

La gestión debe ser el centro de los esfuerzos que se hagan para asegurar que los recursos se usen con la mayor eficiencia. Para apoyarla, se diseñó un fondo concursable de proyectos de capacitación, que se encuentra en su quinto año de aplicación. Contempla la capacitación de directivos superiores en gestión, de los mandos intermedios en procesos, y de quienes mantienen contacto directo con los pacientes en aspectos técnico asistenciales. Se practica mediante una modalidad descentralizada.

4. Prioridades estratégicas del subsector público de salud 1995-2000

Enunciado el estado de avance del plan de fortalecimiento del subsector público de salud, es necesario explicar con mayor detalle algunos resultados concretos que se espera obtener.

a) Humanizar los establecimientos

Esta finalidad del Plan exige reorientar los programas y enfocarlos hacia las personas en un ambiente de valoración de la percepción de los usuarios internos y externos y de su participación en las decisiones. Exige:

i. Establecer un Consejo de Desarrollo del Hospital y de los Consultorios. Es una instancia formal para incorporar a las personas y a la comunidad organizada en las decisiones. El Consejo expresa la apertura a la participación y al control social, así como el deseo de fortalecer la gestión descentralizada y los estilos de liderazgo democrático. El Consejo está formado por la comunidad interna del hospital, representantes de los consultorios y postas, de las asociaciones gremiales, de las agrupaciones de unidades vecinales, de trabajadores, de empresarios y del gobierno local.

ii. Realizar *estudios de percepción de usuarios*. Dado que existe una orientación a satisfacer las necesidades de las personas que frecuentan los servicios de salud es fundamental conocer la percepción que esas personas tienen de la atención que reciben. Ello se logra mediante un sistema deliberado de investigación y evaluación de la forma como son atendidas en el Sistema.

iii. Fomentar la *participación de la familia*. Se pretende que el padre se incorpore en la consulta prenatal, en la sala de partos y en la consulta postnatal y de paternidad responsable. Igualmente, se busca que la madre acompañe a su hijo enfermo, alimentándolo, atendiéndolo y administrándole los medicamento bajo supervisión y capacitándose para atenderlo mejor en su hogar. También es necesario mejorar los tiempos de permanencia de la familia, acompañando a su adulto mayor enfermo.

b) Recuperación de subsidios cruzados

Para mejorar la equidad, la eficiencia, así como para recuperar costos y poder reorientar recursos es necesario identificar y disminuir los subsidios que el sector público le hace al sector privado.

Para ello se han establecido diversas modificaciones:

i) El Fondo Nacional de Salud (FONASA) ha instalado en todas sus oficinas de atención al público un sistema para evitar la venta de bonos, programas de atención médica y el uso de credenciales falsas por los beneficiarios de ISAPRE.

ii) Los hospitales pueden identificar a quienes no son beneficiarios a partir de lo cual pueden proceder a cobrar los gastos en que han incurrido a la institución que corresponda (ISAPRE, seguro automotriz obligatorio, seguro escolar y de la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

iii) El Subsidio de 2% a las empresas que hoy se entrega vía descuento tributario para completar el costo del seguro privado de salud cuando el 7% de cotización no alcance va a ser modificado y se encuentra en estudio.

c) *Enfoque a al extrema pobreza*

El principio de equidad que orienta la política de salud del gobierno, lleva a asumir el llamado del Presidente de la República a focalizar planes y programas para contribuir desde el sector salud al logro del objetivo nacional de superar la extrema pobreza.

i) Reorientar programas. Se trata de focalizar los programas de Atención Primaria hacia las 74 comunas prioritarias. Especial atención merecen los programas de infecciones respiratorias agudas y salas de hospitalización abreviada, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, etc.

ii) Sistema per cápita. Se trata de focalizar recursos transfiriendo montos per cápita más elevados a las 74 comunas prioritarias.

iii) Fondo concursable para superar la extrema pobreza. Es un aporte para mejorar la capacidad de gestión de las comunas prioritarias mediante un fondo concursable por MM\$ 1 500 (mil quinientos millones de pesos) para proyectos específicos. La evaluación de su primer año de ejecución fue favorable y se encuentra en ejecución el proceso de 1996.

Capítulo III

COSTA RICA: UNA REFORMA DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD VIGENTE

1. Presentación

Costa Rica es uno de los pocos países latinoamericanos que ha tenido éxito en el desarrollo de un sistema nacional de salud, con niveles aceptables de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de los servicios y un buen impacto en el mejoramiento de la salud de la población.

A ello contribuyeron notablemente las reformas y la estrategia de atención primaria adoptadas en la década de los setenta y en parte de los ochenta: se desarrolló una modalidad de atención basada en la prevención de la enfermedad, atacando los factores de riesgo y movilizandolos recursos para extender la cobertura de servicios a las áreas rurales y marginales urbanas. En la consolidación de este sistema se invirtieron sustanciales recursos, que empezaron a sufrir recortes significativos con la agudización de la crisis económica que enfrentó el país en la década de los 80. Tanto la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como el Ministerio de Salud se vieron obligados a reducir sus gastos, a aumentar la eficiencia y eficacia de sus programas, así como a replantearse los modelos de administración y prestación de los servicios.

Los cambios en el contexto internacional y nacional tanto en el plano socioeconómico como en la situación de salud, exigen adecuar los servicios al nuevo orden. Se consideran tres hechos importantes: a) la decisión política de impulsar una reforma del Estado y dentro de ella, la del sector salud; b) los cambios cuantitativos a nivel de la demanda han rebasado la capacidad de respuesta del sistema de salud; y c) los cambios cualitativos en la demanda, se caracterizan fundamentalmente por un nuevo perfil de morbi mortalidad.

2. La reforma del sector salud

La reforma del sector salud busca corregir y mejorar la capacidad operativa de sus instituciones, introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios de salud y su financiamiento y a la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud. Tiene como propósito garantizar el ejercicio de la rectoría del sector por parte del Ministerio de Salud, y la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente. Todo ello, a partir de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación de los servicios que fortalezca la capacidad de dirección y planeación sectorial y mejore la cobertura, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ámbito de operación de los servicios de salud,

acorde con las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país.

a) *Rectoría sectorial*

El objetivo es fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud y contribuir a garantizar los principios fundamentales de universalidad, de solidaridad en el financiamiento, de integralidad en la prestación de los servicios de salud a las personas y de equidad en el acceso a los mismos.

Esta función rectora se hará operativa mediante el desarrollo de las funciones estratégicas de:

- Dirección, coordinación y conducción
- Vigilancia y planificación de la salud
- Regulación, control y evaluación
- Investigación y desarrollo tecnológico

Por su gran trascendencia política y social, el Ministerio de Salud desarrollará además los programas de salud pública de:

- Alimentación y Nutrición
- Salud Ambiental
- Promoción Social de la Salud

La organización y la gestión del Ministerio de Salud debe ser flexible, para que su rectoría se dé en una forma desconcentrada, pero manteniendo los principios de centralización política y desconcentración administrativa.

b) *Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención*

Durante la década de los ochenta se evidenció una crisis en cuanto a la capacidad de respuesta del modelo de atención a las demandas presentes de la población, debido a la coexistencia de diversos patrones de morbilidad y a un nuevo concepto de salud que llega a incluir el desarrollo social y psicológico de las personas y las comunidades.

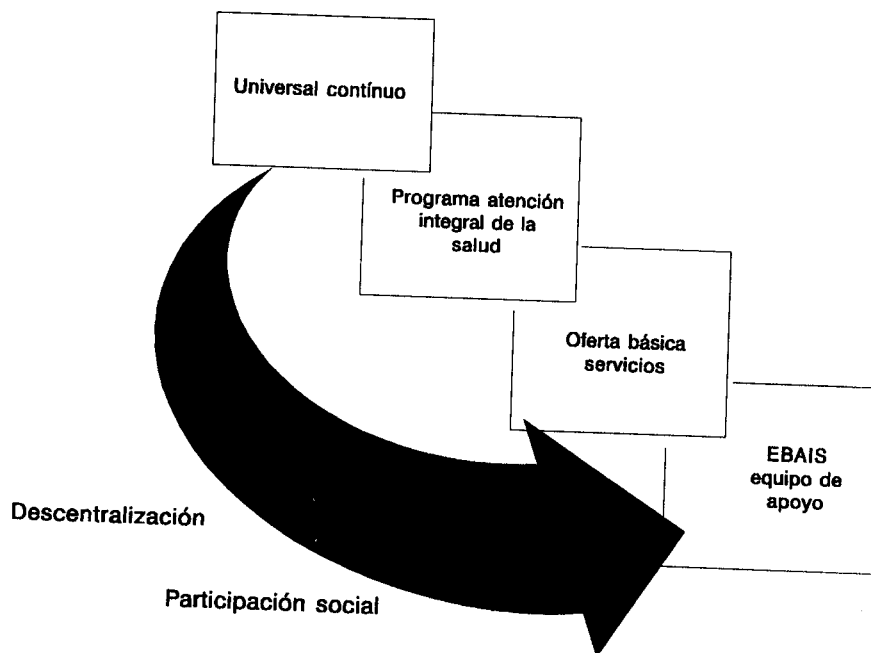
En ese contexto, dentro de la reforma de salud ocupa un lugar primordial y aglutinador el desarrollo de un Modelo de Atención Integral que logre, de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y nuevas necesidades de salud de la población a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque, y fortaleciendo los principios que sustentan la Seguridad Social.

El modelo tiene como eje la atención integral y pretende garantizar a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica para protegerlo del riesgo de enfermar, así como para facilitarles condiciones básicas de salud para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

Se caracterizará por un enfoque biosicosocial del proceso salud enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria. Esta integralidad se concreta en el primer nivel de atención, por medio de una oferta de servicios básicos integrales, que se brindan por medio del Equipo básico de atención integral de salud (EBAIS) y de su equipo de apoyo. El sujeto de la atención deja de ser el individuo, y se dirige principalmente a la familia, la comunidad y el ambiente. (Véase Diagrama III-1).

Diagrama III-1

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN



En el sistema actual la posibilidad del usuario de elegir el personal de salud y el lugar de la atención, es prácticamente nula. El modelo de reforma tiene como uno de sus objetivos fundamentales, garantizarle una mayor libertad respecto de por quién y dónde ser atendido. Si bien es cierto que no es posible a corto y mediano plazo ofrecer una libertad plena en este campo, sí es factible ampliar esa posibilidad por medio de una modificación de las normas administrativas actuales, del sistema de afiliación, del sistema de contratación de los profesionales y técnicos, y, especialmente, del desarrollo de nuevas modalidades de atención o prestación de los servicios ambulatorios y hospitalarios.

Dentro de las disposiciones y alternativas usadas se encuentran en una primera etapa la elección del médico general o de cabecera, que toda persona podrá escoger dentro de la lista de médicos generales del Área de Salud en la cual resida. Además, el Sistema fortalecerá y ampliará las modalidades complementarias de atención (medicina mixta y medicina de empresa), para quienes no quieran acudir a los servicios ambulatorios de la CCSS. En una segunda etapa, se contempla la elección del médico especialista y de los servicios de apoyo.

c) *Participación social*

El modelo readecuado a la atención propiciará un cambio de actitud de la sociedad con respecto a la salud, en donde ésta deje de ser un problema eminentemente individual para convertirse en una responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla. En este contexto, la participación social será ampliamente promovida, en tres áreas importantes: en el autocuidado de la salud, en la ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

La responsabilidad de promover e impulsar la participación social es competencia de la Dirección y equipo de salud del área de salud, quienes tendrán amplia libertad para incorporar e incentivar a las asociaciones de desarrollo, u otras organizaciones que se considere conveniente, a que participen activamente junto a los funcionarios de salud al menos en las tres áreas indicadas. También deberán definir los mecanismos adecuados que garanticen la continuidad de esta participación.

d) *Sistemas de información y de garantía de la calidad*

Como requisito para asegurar el desarrollo exitoso del nuevo modelo, se requerirá contar con un "Sistema Nacional de Información en Salud", unificado, sectorial, normativamente desconcentrado, que brinde información oportuna y confiable.

El concepto de garantía de calidad, significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud garanticen el máximo beneficio, al menor riesgo y costo. Es indudable que el reto fundamental de los servicios de salud en Costa Rica no es aumentar su cobertura, sino garantizar la calidad de la atención que prestan.

Se considera que la mayoría de los cambios que introduce el modelo readecuado están orientados a mejorar la calidad de los servicios. Sin embargo, se debe diseñar e implantar un sistema que permita garantizarla con base en criterios científicos, y de oportunidad, suficiencia, integralidad, continuidad y atención personalizada.

La planificación en el modelo de atención propuesto debe incluir, al menos, los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, diseño y costeo de alternativas de solución, presupuestación, análisis de menos costo y de costo efectividad. También es preciso incluir en ese proceso el seguimiento, control y evaluación de la gestión de aspectos tales como la producción, el rendimiento, la satisfacción, la calidad y el impacto de los programas.

e) *Descentralización administrativa y regionalizada:*

Como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto, es necesario impulsar un agresivo proceso de descentralización administrativa, indispensable para lograr un fortalecimiento del aparato de gestión y, por tanto, una mejor administración de los servicios de salud a nivel sectorial.

Se considera necesario introducir algunos elementos con respecto al origen y destino del financiamiento, que le puedan brindar mayor viabilidad a la operación del modelo. Dentro de ellas, uno de los más importantes es que la unidad administrativa correspondiente a nivel local, la Dirección Local, sea la encargada de la gestión de los recursos, con la responsabilidad de administrar el otorgamiento de los servicios incluidos en la oferta de servicios básicos integrales. Las funciones de presupuestación, ejecución y evaluación corresponderán al nivel local regional y central, según lo que se ha descrito en los apartados de descentralización administrativa y regionalización.

Para efectos del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, el país se dividirá en varias regiones administrativas, las cuales, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, concorderán geográficamente. Cada región se dividirá en áreas de Salud, con base en la división político administrativa del país.

Cada una de estas unidades geográficas estará constituida por uno o varios sectores, y tendrán una población promedio de 15 a 40 mil habitantes en zonas rurales y de 30 a 60 mil en zonas urbanas. Hasta donde sea posible, se respetará la división cantonal del país. Para efectos del Sistema nacional de salud, estas áreas serán la base geográfica de los Sistemas locales de salud (SILOS).

Dichas áreas serán la sede de las Direcciones Locales de Salud, unidades administrativas básicas. Estas unidades estarán a cargo de un director o gerente y de un equipo técnico y administrativo, que tendrán bajo su responsabilidad toda la red local de servicios de atención a las personas.

Todas las instituciones del sector que ejecuten programas a nivel de un área de salud, deberán coordinar e integrar esfuerzos y recursos para conformar un verdadero sistema local de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, con participación activa de todos los sectores sociales, que intervienen directa e indirectamente en el desarrollo de los programas de salud en este nivel.

f) *Niveles de atención considerados*

El primer nivel de atención deberá ofrecer los servicios básicos de salud, cuyos proveedores serán los que conforman el equipo básico de atención integral. Estos servicios se ofrecerán a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo.

Los establecimientos típicos de este nivel de atención serán los puestos de salud y las clínicas de atención integral tipo 1, 2 y 3, como también la consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales. Los actuales centros de salud, funcionarán como clínicas de atención integral tipo 1 y 2.

El segundo nivel de atención brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, y adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología y otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneos para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel serán las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3.

El tercer nivel de atención proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindaría servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados.

En el modelo readecuado de atención, la entrega de los servicios se realizará en la red pública de establecimientos; eliminando las duplicidades existentes y mediante el uso racional de todo el recurso físico, humano y tecnológico de que dispone el país.

Lo anterior implica, entre otras cosas, ofrecer a los usuarios nuevas opciones de atención, y en la administración, nuevas modalidades de gestión de los servicios públicos.

g) *Inserción de los EBAIS*

El Equipo básico de atención integral de salud (EBAIS) está integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria. El equipo de apoyo estará integrado por los siguientes especialistas: trabajador social, nutricionista, médico de familia, enfermera general, odontólogo, farmacéutico y microbiólogo.

Tanto en el EBAIS como en el equipo de apoyo, el tipo y la cantidad de recursos humanos podrán ser modificados, de manera permanente o transitoria para atender necesidades y problemas de salud específicos de una área o sector.

En áreas urbanas de alta densidad poblacional, la mayoría de los EBAIS estarán localizados en clínicas tipo 3 ó 4. Desde aquí los técnicos de salud comunitaria se desplazarán a los sectores (antiguas áreas de salud comunitaria) seleccionados como prioritarios, a efectuar las visitas cotidianas.

En áreas urbanas con sectores de población semirural o muy alejados del centro de población, la mayor parte de los EBAIS, estarán en las clínicas de atención integral tipo 1, 2 y 3, pero algunos de ellos podrán ubicarse en los puestos de salud en forma permanente o, en su defecto, efectuarán visitas periódicas, especialmente si dichos sectores cuentan con una población igual o superior a los 4 000 habitantes y/o están muy alejados de la clínica central.

En áreas rurales y rurales dispersas, los EBAIS estarán distribuidos en las clínicas tipo 1 y puestos de salud del área, de acuerdo con los criterios señalados. Desde ahí se desplazarán, de acuerdo con un cronograma de giras, a comunidades más pequeñas, y con poca accesibilidad al puesto o clínica sede.

El equipo de apoyo estará ubicado en el centro de mayor complejidad de atención ambulatoria del área de salud, desde donde coordinará sus acciones intramuros y extramuros con los EBAIS responsables de todos los sectores del área. (Véase Diagrama III-2).

La red del primer nivel de atención estará constituida por los siguientes 6 tipos de establecimientos, en orden de complejidad:

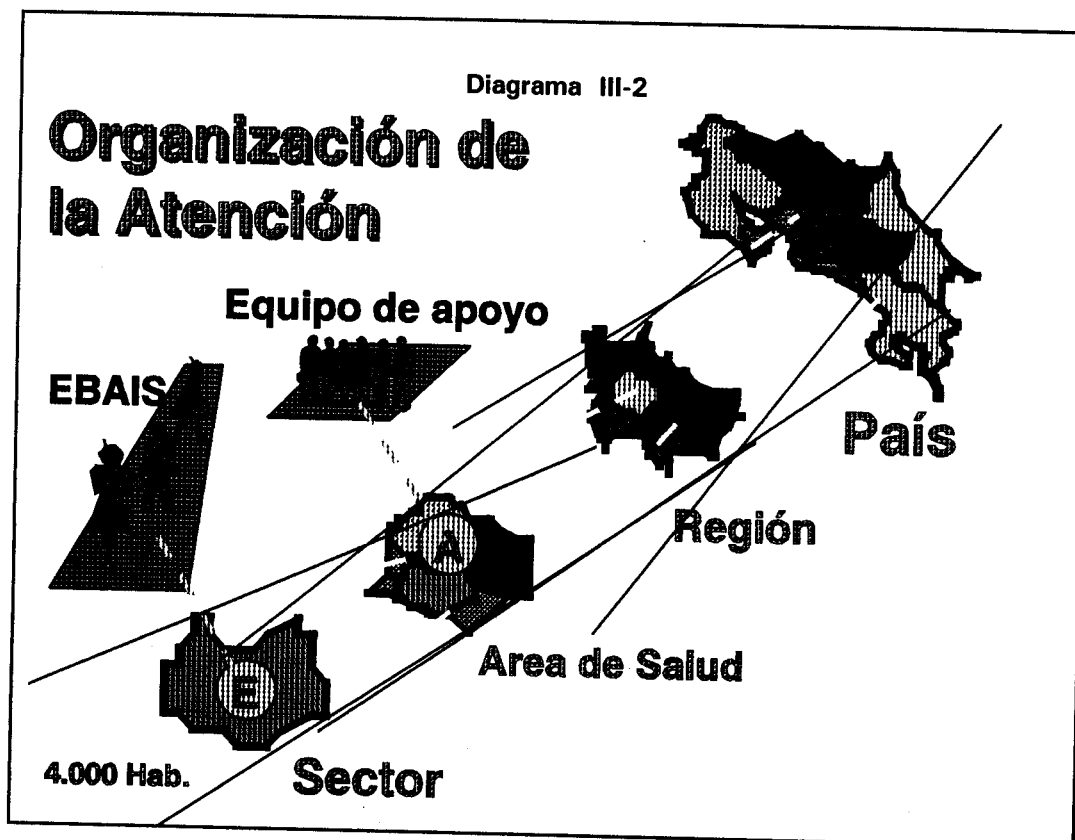
- Puesto de salud rural
- Puesto de salud
- Clínica de atención integral tipo 1
- Clínica de atención integral tipo 2
- Clínica de atención integral tipo 3
- Clínica de atención integral tipo 4

Además, la labor de dichos centros estará complementada por 3 establecimientos de carácter especial o particular, cuya capacidad resolutive se sitúa entre el puesto de salud y la clínica tipo 1:

- La unidad médica móvil
- La unidad móvil odontológica
- El consultorio odontológico escolar

La clínica tipo 4 se incluye de manera provisional, hasta tanto se defina la conformación del segundo y tercer nivel de atención; ya que, por una parte, dicho tipo de clínica es en el área metropolitana el establecimiento típico del primer nivel pero, por otra, contiene elementos que la sitúan de un nivel intermedio.

Con la nueva organización de la red de servicios, los actuales centros de salud del Ministerio de Salud, funcionarán como clínicas de atención integral tipo 1 o 2, de acuerdo con la capacidad resolutive actual.



h) *Financiamiento*

El modelo de atención presenta una serie de imperfecciones en la administración y la asignación de recursos que amenazan el mantenimiento y futura mejora de atención a los problemas de salud. Como síntomas de agotamiento del enfoque tradicional de atención conviene destacar:

- i) El desfase entre la provisión de servicios de salud y las necesidades de la población.
- ii) La evolución reciente de los indicadores que reflejan la tendencia crítica de la situación financiera del seguro de enfermedad y maternidad.
- iii) El incremento exponencial en el gasto por prestaciones médicas; algunas posibles explicaciones apuntan como causas a la excesiva centralización y la ineficiente administración de los recursos financieros, humanos y físicos de la red de servicios de salud.
- iv) No existen incentivos económicos y extraeconómicos para estimular alternativas de mayor costo efectividad en la gestión regional y local de la oferta de atenciones.

v) La asignación centralizada de los recursos financieros según una base histórica, tiene una serie de inconvenientes: genera un presupuesto que no contempla la demanda futura; eterniza las ineficiencias de los servicios por cuanto estimula el aumento innecesario del nivel de gasto para poder postular a un financiamiento igual o superior en períodos siguientes.

vi) Insuficiencia de mecanismos que permitan racionalizar la demanda, en un contexto donde la ausencia de una conexión entre la cantidad de servicios demandados y sus precios propicia excesos de demanda en todos los niveles de atención, en relación con las necesidades reales de la población y la disponibilidad de recursos presupuestarios.

vii) Existencia de copagos implícitos.

viii) El equilibrio del modelo, en su opción tradicional, se ha estado alcanzando por la vía de las colas de pacientes y los elevados tiempos de espera para acceder a la atención médica, con claros signos de insatisfacción por parte de la población beneficiaria.

El reconocimiento de estas fallas en la operación global del sistema y el escaso margen de maniobra para cerrar sus déficits, incrementando el financiamiento, subyacen a los esfuerzos de la CCSS para introducir graduales transformaciones hacia modalidades de gestión y atención de salud más costo efectivas.

En este campo, la reforma plantea:

- Rediseñar el modelo de financiamiento, de tal forma que se contemple claramente el origen de los recursos, según cada fuente y la magnitud o nivel de obligaciones por tipo de contribuyente.

- Establecer mecanismos eficientes que estimulen la afiliación de los cotizantes, reduzcan la evasión y perfeccionen los sistemas de recaudación, especialmente los referidos al control de la recaudación y de la evasión.

- Desarrollar sistemas de información que permitan una adecuada administración del sistema de financiamiento.

- Diseñar mecanismos que permitan mejorar la asignación y administración de recursos.

- Redefinir la forma de asignar los recursos a las áreas de salud, independientemente de si éstas están organizadas como servicios públicos, si son administrados por la CCSS, o si los servicios han sido contratados a cooperativas u otro tipo de empresas a considerar en el futuro. Además, establecer mecanismos para que las áreas de salud puedan adquirir servicios del sector privado accesible en su comunidad o fuera de ella, en lo referente a los servicios de apoyo y prestaciones especializadas.

- Diferenciar las funciones básicas de provisión y financiamiento.³ Estas funciones pueden o no estar identificadas con agentes diferenciados. Lo importante es que para una prestación, o un conjunto de las mismas, se pueda identificar quién actúa como comprador asignado y quien como proveedor. La ventaja de esta diferenciación radica en que introduce elementos de competitividad en el sector, originados en la posibilidad de otorgar a un agente público el poder de comprar, tanto a proveedores públicos como a privados. Sin embargo, es preciso tener presente que no siempre es suficiente separar las funciones de financiamiento y provisión para crear condiciones competitivas.

- Preferir los pagos prospectivos respecto a los históricos, ya que obliga tanto a proveedores como compradores a dirigir la mirada al futuro, incentivando la planeación financiera y colateralmente la de salud. Además, a diferencia del pago histórico, en que el agente comprador asume todo el riesgo, en un sistema totalmente prospectivo el riesgo es asumido por el proveedor. Es posible también definir otros arreglos intermedios, donde los agentes compartan el riesgo. Por ejemplo, que parte del presupuesto sea prospectivo mientras que otro componente sea histórico. Otra alternativa es utilizar sistemas de bandas que operan de la manera siguiente: i) se define un pago prospectivo; ii) se definen

bandas alrededor del pago prospectivo; iii) se define una regla de reliquidación, de tal manera que parte de la fluctuación (riesgo) es asumida por el proveedor, mientras que frente a variaciones mayores éstas son compartidas con el comprador.

i) *Formación y capacitación en salud*

La reforma del sector salud, plantea la creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación dirigido a financiar actividades de capacitación del recurso humano en todos los ámbitos y niveles del sector público de la salud. Su objetivo es apoyar y fortalecer los procesos de modernización y gestión mediante el financiamiento de programas de capacitación en temas prioritarios. Este Fondo se capitalizará mediante aportes presupuestarios de las entidades del sector, más recursos externos que para este fin puedan conseguirse.

Todas las instituciones, unidades y grupos profesionales y técnicos que forman parte del sector salud o que responden a sus objetivos pueden optar por el financiamiento de programas de formación y capacitación por medio de este Fondo concursable, al cual se accede según los méritos del proyecto presentado y sin contar con una asignación de cuotas o presupuestos fijos a determinadas áreas o unidades.

El Fondo procura apoyar y reforzar los esfuerzos de descentralización, al brindarle a las unidades regionales y locales un acceso que garantiza que los criterios de elegibilidad tomarán en cuenta variables que reflejan una determinación regional y local de prioridades.

Notas

¹ Franco, Rolando (1996), "Los paradigmas de la política social en América Latina", Revista de la CEPAL N°58, abril 1996, pp. 9-22.

² Para parafrasear al ex-Ministro de Salud chileno, Carlos Massad.

³ Deben considerarse también otras funciones como la de control o planeación.

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

- | N° | Título |
|-----------|---|
| 1 | Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993. |
| 2 | Ignacio Irrarrázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994. |
| 3 | Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994. |
| 4 | Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994. |
| 5 | Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994. |
| 6 | Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994. |
| 7 | María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995. |
| 8 | Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995. |
| 9 | Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995. |
| 10 | John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995. |
| 11 | Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995. |
| 12 | Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995. |
| 13 | Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996. |
| 14 | Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración (LC/L.996), noviembre de 1996. |
| 15 | Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996. |