
S
financiamiento del desarrollo

Reformas recientes en el
sector salud en Centroamérica

Ricardo Bitrán



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva
Santiago de Chile, junio de 2006



Este documento fue preparado por Ricardo Bitrán, consultor de la Unidad de Estudios Especiales, de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Desarrollo y Equidad Social en América Latina y el Caribe" (GER/01/031), ejecutado por CEPAL en conjunto con la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4197

ISSN electrónico 1680-8819

ISBN: 92-1-322928-3

LC/L.2554-P

N° de venta: S.06.II.G.81

Copyright © Naciones Unidas, junio de 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

I. Resumen	5
II. Marco conceptual	7
2.1. El modelo de los “cinco botones de control”	7
2.1.1 Criterios medulares para evaluar el desempeño del sector salud	10
2.1.2 Criterios intermedios para evaluar el desempeño del sector salud	11
III. Descripción analítica de algunas de las recientes Reformas en Salud en Centroamérica	15
3.1 Extensión de la cobertura de servicios básicos a través de la contratación de ONG’s en Nicaragua, El Salvador y Guatemala	15
3.1.1 Nicaragua	16
3.1.2 El Salvador	20
3.1.3 Guatemala	25
3.2 Universalización de la seguridad social en Costa Rica	31
3.3 Sistema de seguridad social general de República Dominicana	36
3.4 Iniciativas para la extensión de la cobertura de la seguridad social a la población de trabajadores del sector informal	39
3.5 La iniciativa HISMA-CONSALUD en Panamá	44
3.6 La contratación de EMP en el INSS de Nicaragua	49
3.7 La descentralización en la provisión y el financiamiento en el sistema público de salud	56
IV. Conclusiones	63
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	65

Tablas

Tabla	1	Objetivos generales, específicos y estrategias de la intervención	17
Tabla	2	Resumen de los principales hallazgos en lo que respecta a indicadores de progreso y resultados	19
Tabla	3	Descripción de los botones de control para el programa SESYN en El Salvador	24
Tabla	4	Contraste de la cobertura en áreas con promotor ONG vs. cobertura en áreas con promotor público	24
Tabla	5	Objetivos del programa de la provisión privada de los servicios básicos de la salud	27
Tabla	6	Características del SIAS por modelo (contratación directa, mixta y tradicional).....	29
Tabla	7	Modificaciones al Sistema de Pensiones de Costa Rica.....	33
Tabla	8	Resumen de los principales logros del proceso de modernización.....	35
Tabla	9	Experiencias internacionales y locales de mecanismos de Protección Social en Salud para trabajadores informales.....	43
Tabla	10	Descripción de los botones de control para el nuevo modelo de gestión del HISMA.....	48
Tabla	11	Hipótesis de investigación, comparaciones y resultados esperados	51
Tabla	12	Índices de atención ambulatoria y de emergencia, Nicaragua 1974-1978; 1994-1998	54
Tabla	13	Índices de atención hospitalaria, Nicaragua, 1974-1978 y 1994-1998.....	55
Tabla	14	Espacio de decisión comparativo: rangos actuales de alternativas.....	58

Figuras

Figura	1	Criterios para evaluar los resultados de una reforma de salud	9
Figura	2	Los cinco botones de control para una reforma de salud	9
Figura	3	Dimensiones horizontales y verticales de una sociedad	12
Figura	4	Estrategias de acción del SESYN	23
Figura	5	Criterios de control y evaluación comprendidos en la reforma de salud de Guatemala	26
Figura	6	Modelo directo, mixto y tradicional	28
Figura	7	Costo per cápita por tipo de proveedor, Cobertura de la Población.....	30
Figura	8	Relación entre pobreza, informalidad, vulnerabilidad y riesgo.....	41
Figura	9	Modelo de gestión, organización y provisión de servicios de salud en la Región de Salud de San Miguelito	46
Figura	10	Beneficiarios del INSS en Nicaragua 1978-1998	52
Figura	11	Comparaciones de desempeño INSS - MOH.....	53
Figura	12	Espacio de decisión compra.....	59
Figura	13	Eficiencia, equidad y efectividad de la descentralización	61

I. Resumen

El propósito de este trabajo es describir desde una mirada crítica las reformas en el sector salud que han surgido en los últimos diez años en la región centroamericana. En particular se estudiarán los casos de: Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Costa Rica, República Dominicana y Panamá. Este análisis pondrá énfasis en el financiamiento, mecanismos de pago, organización, regulación y persuasión. Esta clasificación de los tipos de intervenciones que tienen los reformadores, ha sido tomada de Roberts *et al* (2000). Este modelo dirige la atención sobre las variables que deben ser monitoreadas por los hacedores de política que busquen mejorar el desempeño de su sistema de salud.

Toda reforma de salud persigue uno o algunos objetivos de política, con miras a alcanzar un alto impacto en términos sociales. Comúnmente, las iniciativas de mejoramiento de los sistemas de salud buscan ya sea, mejorar el estado de salud de la población, protegerla financieramente, satisfacer a sus usuarios o una combinación de los anteriores. En concordancia con lo anterior, una mirada evaluativa de los procesos de reforma en el sector salud, conlleva a medir el cumplimiento de estos objetivos, a partir de indicadores de desempeño.

El trabajo ofrecerá en primer lugar un marco conceptual para el análisis que se centrará en los objetivos previamente mencionados. En su abordaje de estas políticas, el marco analítico examinará el impacto que ellas tienen sobre la eficiencia y la equidad en salud, y los canales por los cuales inciden en estos indicadores de desempeño.

La mejoría en el estado de salud consiste en un conjunto de medidas orientadas a promover el consumo por parte de toda la población de servicios de salud que producen importantes mejorías en su estado de salud (o, equivalentemente, importantes reducciones en la carga de la enfermedad). Estos servicios comprenden atenciones altamente costo-efectivas, incluyendo las colectivas, o de carácter público, y las individuales, preventivas y curativas, de carácter individual. Un ejemplo de política innovadora en esta área es el uso del financiamiento público para la extensión de cobertura de paquetes básicos de atención promocional, preventiva y primaria mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales en áreas de escasa provisión pública. Guatemala, El Salvador y Nicaragua son países que han implantado esta política.

La protección financiera consiste en medidas que evitan, mediante el aseguramiento o acciones equivalentes, que los hogares deban incurrir gastos de bolsillo elevados para financiar tratamientos médicos cuyos costos representan una parte importante de su presupuesto. A estos tratamientos se los conoce como problemas catastróficos de salud, por cuanto, en ausencia de un sistema de protección financiera, su financiamiento directo por parte de los hogares produce choques financieros que comprometen su consumo de otros bienes y servicios básicos. La extensión de la cobertura de la seguridad social, como lo ha hecho fuera de Centroamérica Colombia, o en Centroamérica Costa Rica y República Dominicana, son ejemplos de reformas de esta índole.

El documento también abordará el tema de la organización de la industria de provisión de servicios de salud, incluyendo la integración vertical y horizontal de proveedores y pagadores, y la contratación con financiamiento público de proveedores públicos y privados. Un ejemplo es el financiamiento del Hospital Integrado San Miguel de Arcángel (HISMA) conjuntamente por la Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud de Panamá, la gestión del comprador CONSALUD y la operación del HISMA por parte de su patronato, por la vía de la contratación de empresas externas. Otro ejemplo de política en esta área es la contratación de Empresas Médicas Previsionales (EMP) públicas y privadas por parte del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Un tercer ejemplo es la descentralización administrativa y financiera de los servicios de los ministerios de salud acaecida en casi todos los países de la región.

II. Marco conceptual

Para abordar un análisis de las reformas con un enfoque evaluativo, Roberts et al. (2004), propusieron una metodología que facilita la comprensión del funcionamiento de un sistema de salud a través de la metáfora de los cinco botones de control. Para estos autores, los botones de control corresponden a las cinco opciones de intervención que tienen los reformadores (mecanismos de pago, financiamiento, organización, regulación y persuasión) para influir en el desempeño del sistema de salud. Un proceso de reforma, como veremos, puede englobar una o más de estas cinco opciones de intervención.

A continuación, una breve descripción de la metodología de los cinco botones de control.

2.1. El modelo de los “cinco botones de control”

En primer lugar, se describe lo que los autores han considerado los “botones de control” Estos botones de control dirigen la atención sobre las variables que deben ser manipuladas por los reformadores para mejorar el desempeño del sistema.

Financiamiento: Se refiere a todos los procesos y estructuras que generan los fondos necesarios para cubrir las actividades del sector. Incluye a los impuestos, las primas de seguros, y los pagos efectuados por los pacientes. Las instituciones que recolectan el dinero (por ejemplo, las compañías de seguros o los fondos del seguro social) forman parte de este botón de control.

Pago: Se refiere a los procesos que proporcionan el dinero para los proveedores de la atención de salud: doctores, hospitales, trabajadores sociales, etc. Estos sistemas de pago crean importantes incentivos a los que responden los proveedores. Muchos de estos pagos van de los intermediarios a los proveedores, pero algunos provienen directamente de los pacientes.

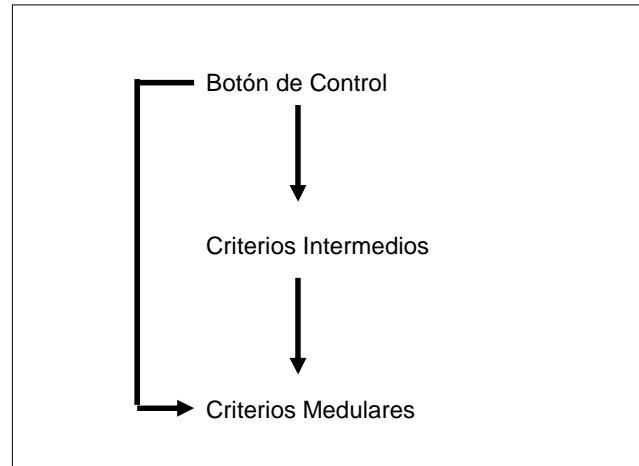
Organización: Incluye dos conjuntos de características del sector. La macroestructura describe cómo las organizaciones segmentan diferentes actividades, como quién hace qué, y quién compite con quién. La microestructura describe cómo las actividades se organizan internamente – cómo se reparte las tareas y cómo se retribuye a los empleados. La microestructura ayuda a determinar cómo las instituciones responden a los programas de incentivos creados por el sistema de pago.

Regulación: Este aspecto comprende todos los esfuerzos estatales para controlar el comportamiento de las instituciones privadas, incluyendo a los proveedores y a los intermediarios financieros. Se consideran cuatro categorías de regulaciones: de acuerdo a su objetivo principal: (a) dar protección a la población en general, (b) fijar las reglas de los intercambios y las transacciones entre las personas, (c) impulsar la equidad social garantizando el acceso para todos a una atención básica, y (d) para corregir las fallas del mercado. También se señala que el hecho de existir una regulación no implica que ésta sea implementada y cumplida.

Persuasión: Estos son esfuerzos destinados a influir en el comportamiento de los individuos distintos del sistema de incentivos (y excluyendo también los esfuerzos de las instituciones que forman parte de la microestructura). Este botón de control incluye las campañas masivas sobre los efectos del tabaquismo, los esfuerzos en la prevención del SIDA, los intentos por influenciar el comportamiento de los médicos e incluso la organización de grupos locales de mujeres en pos de la planificación familiar.

De esta manera, sostienen que los gobiernos disponen de cinco grupos de instrumentos de control de política para influir sobre sus objetivos intermedios de política (eficiencia, equidad y acceso) y sus objetivos finales de desempeño (estado de salud, satisfacción del cliente y protección contra el riesgo financiero). El enfoque propuesto por los autores consiste en utilizar “criterios medulares” para evaluar los resultados o productos finales del sistema de salud. Para saber cuáles son estos resultados, es necesario volver atrás y examinar el sistema del que forman parte. En la figura siguiente se conceptualiza la relación entre las variables involucradas en una reforma del sector salud. Como se aprecia, las decisiones que se toman acerca de las políticas en el sector salud (los ajustes de los botones de control) tienen dos tipos de efectos. Primero, pueden tener un impacto directo sobre los criterios medulares de desempeño. Pero también pueden tener un impacto indirecto, incidiendo sobre otros criterios de desempeño que son importantes, no en sí mismos, sino por su impacto sobre los criterios medulares. A estas medidas se las ha denominado aquí “criterios intermedios”.

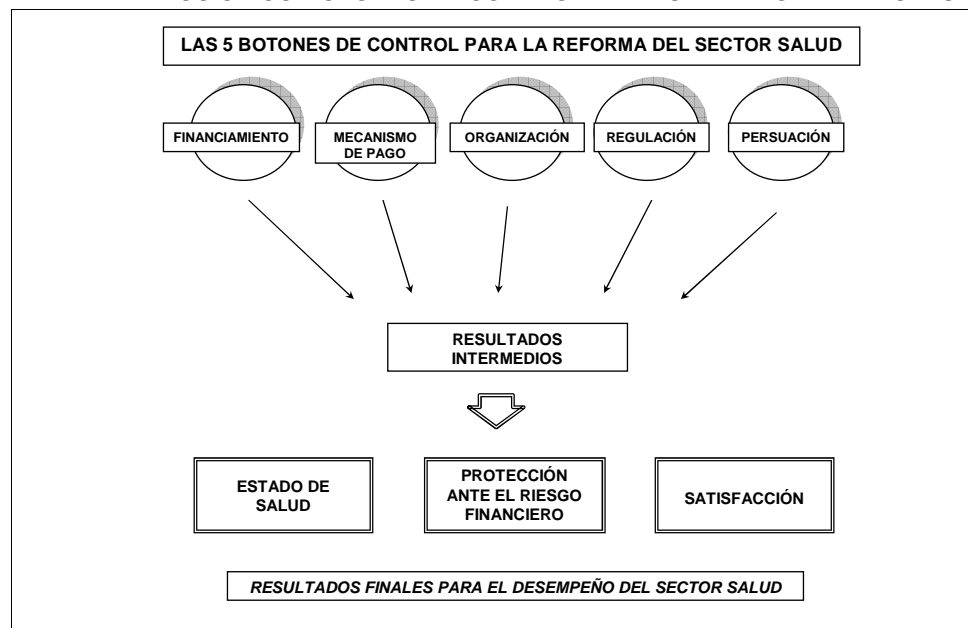
Figura 1
CRITERIOS PARA EVALUAR LOS RESULTADOS DE UNA REFORMA DE SALUD



Fuente: Roberts *et al.* (2004)

El modelo propone tres criterios medulares para el sector salud: 1) nivel de salud, 2) satisfacción del cliente, 3) protección financiera contra riesgos. Los criterios intermedios propuestos y que se analizarán en este estudio son: 1) eficiencia, 2) equidad en el acceso y 3) equidad en la provisión. Estos criterios se explican a continuación.

Figura 2
LOS CINCO BOTONES DE CONTROL PARA UNA REFORMA DE SALUD



Fuente: Roberts *et al.* (2004)

2.1.1 Criterios medulares para evaluar el desempeño del sector salud

Nivel de salud

No cabe duda de que el nivel de salud merece un lugar destacado entre los criterios medulares para evaluar el desempeño del sector salud, por ellos es importante responder: ¿Cuántos años viven las personas, cuáles son los problemas de salud que los afectan y como varían estos factores a través de los diferentes grupos poblacionales? Aquí es donde las diferencias en expectativas de vida o en mortalidad infantil según género, raza o región entran en juego; sin embargo, cualquiera sea el criterio o medida que se utilice para evaluar el nivel de salud de las personas (AVAD, AVAC, años de vida saludable, etc.), también será necesario adoptar una decisión acerca del papel de la distribución.

Una opción para resolver lo anterior es formular los criterios medulares en términos de un nivel mínimo de salud, lo cual es coherente con afirmar que la atención en salud debiese asignarse en base a la necesidad. Adicionalmente, enfocar los esfuerzos de distribución en el nivel de salud de los más pobres, desde una perspectiva de las condiciones de salud a lo largo de la vida, implicaría priorizar el nivel de salud de estas personas.

Satisfacción del cliente

El segundo criterio medular para evaluar el desempeño del sector salud es el nivel de satisfacción del cliente con los servicios que le brinda el sector. Desde este punto de vista, es el usuario/cliente/paciente quien determina su propia satisfacción.

Puede darse una tensión potencial entre satisfacción y nivel de salud, lo cual es un factor relevante en el contexto del botón de control “persuasión”. Los esfuerzos coercitivos por cambiar las conductas de los individuos fácilmente pueden involucrar, por ejemplo, tener que bajar el nivel de satisfacción para mejorar el nivel de salud.

Una tarea importante al evaluar iniciativas de reforma en el sector salud, implica medir la satisfacción del consumidor en términos numéricos, lo cual no es tarea fácil. Una de las soluciones adoptada por los economistas es medir “la disposición para pagar” por diferentes tipos de beneficios.

Cobertura financiera contra riesgos

Hay importantes razones para incluir la cobertura financiera dentro de los criterios medulares. Primero, constituye una de las principales metas de las políticas del sector salud y está fuertemente influenciada por esas políticas.

Satisfacer los criterios de cobertura financiera no significa proteger a todas las personas de todas las pérdidas económicas producto de una enfermedad. Más bien, se trata de proteger del empobrecimiento a quienes están en mayor riesgo frente a los costos de salud.

Para emitir un juicio informado sobre el impacto del sistema de financiamiento será necesario obtener datos precisos y detallados del gasto de bolsillo a nivel de cada hogar. En la mayoría de los países de bajo y mediano ingreso, estos estudios sólo se realizan en forma episódica y generalmente incompleta.

El criterio a utilizar podría ser la probabilidad (antes del hecho) o la frecuencia (después del hecho) de que un individuo se vea llevado a la pobreza producto de una enfermedad, o que no pueda acceder a un tratamiento adecuado por falta de recursos. Podrá decirse que un sistema de financiamiento tiene un buen desempeño en relación con este criterio (cobertura), cuando

situaciones de este tipo sean poco probables a nivel individual y, por lo tanto, muy raras a nivel de la población.

2.1.2 Criterios intermedios para evaluar el desempeño del sector salud

Ahora corresponde el análisis de los criterios intermedios. Se trata de metas o medidas que aquí se consideran importantes no sólo por sí mismas, sino por su impacto potencial sobre los criterios de desempeño medulares del sector salud -que acabamos de enumerar- o sobre el sistema socioeconómico en general. A continuación, se explican los criterios intermedios que se referirán en este documento.

Eficiencia

Uno de los de los criterios que utiliza la economía para decidir entre uno u otro destino de gasto o inversión en políticas sociales es la eficiencia. Una asignación es eficiente si mantiene una relación favorable entre los resultados obtenidos de su aplicación y los costos de los recursos empleados para ponerla en práctica. El grado de eficiencia de un sistema de salud dependerá de la magnitud de su contribución a las metas sociales definidas, dados los recursos disponibles para el sector y aquellos que no pertenecen al sistema de salud. (OPS. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas, 2001).

Los tres elementos principales de la eficiencia (Pauly, 1970; Culyer, 1985) son:

Eficiencia técnica: cuando la relación resultado vs costos se mide en términos físicos; es decir, cuando se genera la máxima ganancia posible en términos de salud por cantidad de insumos utilizada para la producción.

Eficiencia económica: cuando la relación resultado vs costos se mide en términos de costos; es decir, cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costo o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado.

Eficiencia distributiva: agrega la consideración adicional de la demanda y el bienestar del consumidor y considera la asignación de recursos para producir una combinación de bienes y servicios que mejor satisface la demanda de los consumidores.

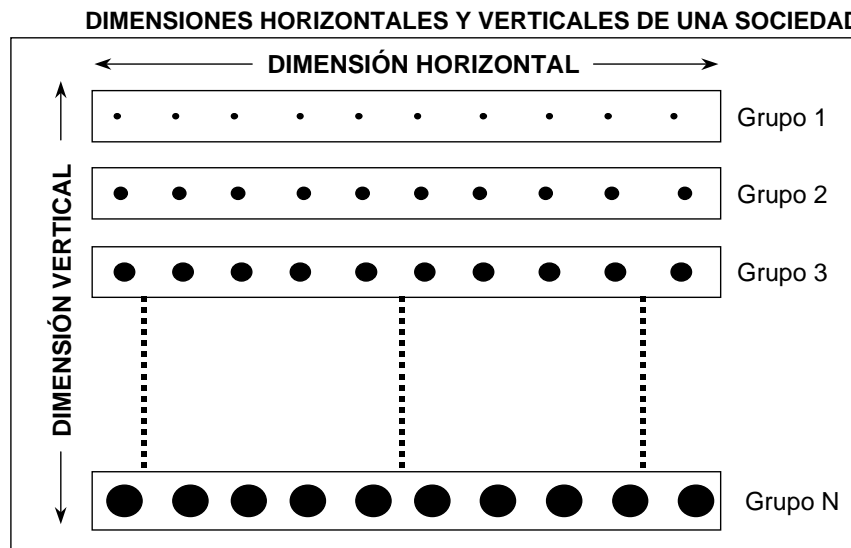
Una asignación eficiente de recursos es aquella que satisface simultáneamente los tres requisitos. Los dos primeros requisitos se relacionan sólo con la producción, el tercero, introduce el consumo, reuniendo así los aspectos de **oferta** y **demanda** del intercambio de productos.

Así, en lenguaje común, la eficiencia significa tanto “hacerlo correctamente” (eficiencia técnica y económica) como “hacer lo correcto” (eficiencia distributiva).

Equidad

Los miembros de cualquier sociedad pueden organizarse conceptualmente en grupos o estratos, tal como lo ilustra la siguiente figura. Pueden ser grupos socioeconómicos, étnicos o definidos por su condición de salud. Lo distintivo de cada estrato es que todos sus integrantes tienen características similares de acuerdo a un parámetro particular, ya sea el ingreso, la etnicidad o la condición de salud, y por lo tanto cada grupo es homogéneo en relación con este parámetro.

Figura 3



Fuente: Bitrán 2002.

En este documento se enfoca el análisis de equidad a partir de dos puntos de vista: equidad en la prestación y equidad en el financiamiento. Estos términos se explican a continuación, a partir de los conceptos de equidad horizontal y vertical.

Equidad en la prestación de atención de salud

Equidad horizontal en la prestación

Consideremos la necesidad de salud como la característica principal en función de la cual se construyen los grupos de la Figura 3. Supongamos que la primera fila incluye a todos los individuos con menor necesidad de atención de salud. A medida que avanzamos hacia abajo, vemos aparecer los grupos con creciente necesidad de atención, hasta llegar a la última fila, que contiene a los ciudadanos con mayores problemas de salud, es decir, aquellos que tienen una mayor necesidad de atención. Diremos que, en esta sociedad, el sistema de prestación de atención de salud es horizontalmente equitativo si todos los individuos con igual necesidad de atención de salud tienen igual posibilidad de obtener exactamente el mismo tipo de atención de salud. Por ejemplo, todos quienes padecen de una peritonitis pueden recibir atención quirúrgica con igual prontitud y de la misma calidad; todos quienes sufren de artritis pueden obtener el mismo tratamiento, etc. En suma, podemos decir que la equidad horizontal en la prestación de atención de salud significa un "tratamiento igual entre iguales".

Equidad vertical en la prestación

Podemos definir la equidad vertical en forma similar. Un sistema de prestación de salud es verticalmente equitativo si los individuos con mayor necesidad de atención de salud tienen más posibilidades de obtener atención que aquellos con menores necesidades. Por lo tanto, existiría equidad vertical si los individuos de la primera fila, que sufren de un resfrío común, tuvieran menos posibilidades de obtener atención que los de la segunda fila, que padecen de hepatitis, y si éstos, a su vez, tuvieran menor acceso a la atención que aquellos individuos de la tercera fila, afectados por un ataque al corazón. La noción de equidad vertical en la prestación de atención de salud se podría resumir por "más atención de salud para quienes más la necesitan". Por supuesto, si se contara con

suficientes recursos disponibles, un sistema de salud también sería equitativo si todos los individuos recibieran una atención apropiada, independientemente de sus necesidades.

Equidad en el financiamiento de la atención de salud

Ahora consideremos el ingreso, es decir, la capacidad de pago por la atención de salud, como la característica según la cual se construyen los grupos de la figura 3. La primera fila incluiría, entonces, a todas las personas con una capacidad de pago igualmente baja, mientras que la fila inferior correspondería a los sectores más acomodados de la sociedad, con mayor capacidad de pago.

Equidad horizontal en el financiamiento de la atención de salud

Las equidades horizontal y vertical en el financiamiento de atención de salud se pueden definir en forma muy similar a como se ha definido la equidad en la provisión. Existe equidad horizontal en el financiamiento cuando todos quienes tienen la misma capacidad de pago, desembolsan lo mismo por la atención de salud. Podríamos llamar a esto "pago igual entre iguales", lo que incluye la posibilidad de que se podría dejar de cobrar a quienes tienen la menor capacidad de pago.

Equidad vertical en el financiamiento de la atención de salud

Existe equidad vertical en el financiamiento de la atención de salud cuando el pago y la capacidad de pago están correlacionados de manera positiva, esto es, se les cobra más a quienes tienen la mayor capacidad de pago. En primer lugar, de acuerdo a la definición anterior, el hecho de que las personas que pueden pagar más por la atención de salud lo hagan así, constituye una condición necesaria para que un sistema financiero sea verticalmente equitativo, pero nada se ha dicho sobre si ese "más" se entendía en términos absolutos o en relación al ingreso de las personas. Generalmente, un sistema de financiamiento se considera como verticalmente equitativo si quienes tienen mayor capacidad de pago contribuyen con mayor parte de su ingreso para pagar la atención de salud; es decir, si el financiamiento de atención de salud es progresivo.

Teniendo presentes las definiciones anteriores, se debería estar en condición de juzgar la equidad total de un sistema de atención de salud, es decir, la equidad en el financiamiento y en la prestación de la atención de salud. ¿Cuál sería el caso más deseable en términos de equidad? Obviamente, aquél en el que a la vez existiera equidad en el financiamiento y en la prestación en ambas dimensiones, la horizontal y la vertical.

Una vez que se ha definido el marco conceptual que soportará los análisis posteriores; a continuación, se resumirán los aspectos centrales de algunas experiencias de reforma en países de Centroamérica. Este análisis intentará identificar en cada uno de estos procesos de reforma, los botones de control que se monitorearon durante estos procesos de reforma, los resultados tanto intermedios como finales que se alcanzaron y las lecciones aprendidas que pueden servir a los tomadores de decisiones en su esfuerzo por diseñar de mejor manera sus iniciativas y programas de reforma en el sector salud.

III. Descripción analítica de algunas de las recientes Reformas en Salud en Centroamérica

3.1 Extensión de la cobertura de servicios básicos a través de la contratación de ONG's en Nicaragua, El Salvador y Guatemala

Varios países de la región centroamericana han concluido que la forma más efectiva de extender la cobertura de servicios de salud a poblaciones rurales remotas es por la vía de la contratación de terceros, principalmente ONG's. Esta estrategia, tácitamente, establece que la opción de construir y operar en esas áreas con la construcción de nuevos establecimientos públicos de salud (centros y puestos) es menos deseable. No obstante, estas contrataciones externas no descartan la participación activa de los gobiernos centroamericanos en la provisión de atención primaria de salud. En este contexto, la extensión de cobertura de atención primaria en sectores altamente vulnerables (elevados índices de pobreza) a cargo de las ONG's bajo regulación estatal, caracterizó una reforma del sector salud orientada a mejorar la eficiencia, equidad en el acceso y en la provisión del servicio.

3.1.1 Nicaragua

A diferencia del sistema de contratación externa para la provisión de la salud básica en Guatemala, el Gobierno nicaragüense es el principal proveedor de la atención de salud preventiva en el país. Este ha operado a través de una cadena de varios cientos de centros y puestos de salud distribuidos a lo largo del territorio nicaragüense. Apoyando a esta red de establecimientos de atención primaria, se encuentra un conjunto de programas para la provisión de salud básica, los cuales son financiados por diversos organismos de cooperación externa –comúnmente ONG’s. Estas ONG’s implementaron un proyecto de reforma para realizar actividades que mejoren la salud materno-infantil en zonas rurales. La reforma consiste en la capacitación y provisión de suministros de salud a profesionales y comunidades con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. En este sentido, el financiamiento y provisión del servicio de atención primaria por parte de las ONG’s son complementarios a la provisión pública, dando origen a un escenario mixto de provisión y financiamiento.

Esta participación conjunta de entidades privadas (ONG’s) y el gobierno de Nicaragua en la provisión y financiamiento de atención en los sectores rurales del país, priorizando la asistencia a mujeres en edad fértil y niños, se constituye una reforma de salud que abarca los siguientes botones de control de desempeño: financiamiento, organización, regulación y persuasión.

Con respecto al financiamiento, la contratación de terceros para la provisión del servicio de salud, requiere de instituciones solventes que apoyen financieramente la ejecución y desarrollo de la reforma, garantizando la sostenibilidad financiera de la misma.

En lo que refiere a la organización, una reforma del sector salud en la que interactúan constantemente organismos privados y estatales, requiere de una macro y microestructuras que establezcan reglas claras del juego y ayuden revelar las respuestas de las instituciones colaboradoras a los programas de incentivos creados por un sistema de pagos.

Dada la participación mayoritaria del gobierno nicaragüense en la provisión de servicios de atención primaria, la participación de ONG’s en la provisión del bien público es estrictamente complementaria. Por lo que, los esfuerzos por establecer complejos sistemas de regulación son menores. No obstante, dentro de las cuatro categorías de regulación mencionadas en el marco teórico del presente documento, Nicaragua se destaca por impulsar la equidad social en la provisión que garantice el acceso indiscriminado a una atención básica de la salud.

En relación a la persuasión, la focalización de la reforma en la asistencia de salud básica a mujeres y niños, está acompañada programas de socialización del cuidado de la salud y prevención de enfermedades.

La sintonía perfecta de estos botones de control contribuye a la generación de favorables resultados como la eficiencia, equidad en la provisión y acceso a la salud, mejorías en el estado de la salud, protección ante el riesgo financiero y satisfacción del beneficiario.

Objetivo

Por su parte, el objetivo general de la reforma es reducir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años y de las mujeres en edad reproductiva, a través del fortalecimiento de la capacidad local de provisión de servicios del Ministerio de Salud y de los miembros de las comunidades que tradicionalmente prestan servicios de salud, como parteras y voluntarios, y principalmente de las mujeres sobre la responsabilidad que tienen en las decisiones del mantenimiento de la salud familiar. Estas intervenciones se basan en el Programa Integral para Niños y de la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia del Ministerio de Salud de Nicaragua.

La estrategia aplicada a las intervenciones para el alcance de los objetivos generales y específicos propuestos se resume en la siguiente tabla:

Tabla 1

OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivos generales	Objetivo específicos	Estrategias
Cuidado de la madre y recién nacido	1. Mejorar la calidad de los servicios de salud materno infantiles provistos por las unidades de salud	Capacitar a personal de unidades de salud y a parteras comunitarias Mejorar la oportunidad de atención sobre todo cuando se presentan complicaciones antes, durante y después de parto Mejorar el conocimiento y herramientas a nivel comunitario sobre cuidado materno y parto seguro a través de capacitación a parteras y voluntarios de las comunidades Fortalecer la red de referencia incluyendo centros de salud públicos, privados y "casas maternas"
Deficiencias de nutrientes y micronutrientes	2. Mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años	Detección de deficiencias nutricionales en los centros de salud Entrenar al personal de salud en la rehabilitación nutricional casera Capacitar a voluntarias en nutrición Desarrollo de control y monitoreo de ganancia de peso de los niños (AIn comunitario) Mejorar el diagnóstico de anemia con el HEMOCUE
Promoción de la lactancia materna	3. Mejorar la práctica de lactancia materna en niños menores de 24 meses	Incrementar el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna Crear el ambiente y soporte para un óptimo inicio de la lactancia en las unidades de salud Involucrar a los tomadores de decisiones en promover el cambio
Control de EDA	4. Mejorar la calidad de cuidados de salud para niños con diarrea	Capacitar a las madres en el uso de sales de rehidratación oral (SRO) Mejorar la disponibilidad de SRO en casas comunales adaptadas como unidades de rehidratación oral Promover el uso adecuado de antibióticos en casos de diarrea
Manejo de casos de neumonía	5. Mejorar la calidad de cuidados de salud para niños con neumonía	Capacitar a las madres en la detección de los signos de peligro en la neumonía Capacitar a personal de salud en atención oportuna y de calidad de los casos de IRA Desarrollo de cursos a distancia
Inmunizaciones	6. Mejorar la cobertura de inmunización de niños menores de 2 años	Fortalecer la gestión de las vacunas y la cadena de frío a través del SILAIS
Espaciamiento de hijos	7. Incrementar los intervalos de nacimientos en madres con niños de 0 a 23 meses	Incrementar el acceso de zonas rurales a planificación familiar Mejorar la provisión de servicios Desarrollo de agentes voluntarios para distribución de métodos de planificación familiar
HIV/AIDS/STIs	8. Incrementar el conocimiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA	Educación preventiva sobre HIV/AIDS

Fuente: Autores.

Descripción

Las actividades de la reforma se concentraron en departamentos de gran población rural en extrema pobreza, los mismos que fueron afectados por el Huracán Mitch y por la disminución del precio del café, principal fuente de sustento de las zonas afectadas. En su mayoría estos programas privilegian la provisión de servicios materno-infantiles y actúan principalmente en el seno de centros y puestos de salud durante 5 años (2002-2007). Su apoyo se concreta mediante la provisión de recursos médicos a centros y puestos de salud, incluyendo la capacitación del personal médico y administrativo, la provisión o el financiamiento de inversiones en equipos, vehículos y edificios, el suministro de medicamentos y otros insumos médicos, la asistencia técnica, la contratación de recursos humanos, el apoyo comunitario y la difusión de información. Adicionalmente, algunos de estos programas actúan principalmente fuera de establecimientos, en el seno de las comunidades beneficiarias o al nivel de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS). Allí difunden información, promueven prácticas saludables y suministran atenciones de salud. A través de estas actividades también influyen en el desempeño de los centros y puestos de salud ubicados en el área de su influencia.

Resultados

Entre los principales hallazgos de la ejecución de la reforma se tiene: primero, las ONG's han focalizado efectivamente su apoyo en las comunidades más desfavorecidas socioeconómica y culturalmente. Segundo, sus estrategias están basadas en intervenciones a través de intermediarios: los SILAIS y el personal de salud que éstas apoyan. Tercero, en general la percepción de calidad de los servicios apoyados por las ONG no resulta peor que la percepción de la calidad de los servicios sin apoyo, a pesar que los niveles de utilización sí resultan peores. Esto podría deberse a dos causas: (i) la intervención de las ONG han contribuido a mejorar o a mantener la calidad de los servicios, en desmedro de conseguir aumentos de cobertura; y (ii) los proveedores de servicios son los mismos para las poblaciones con y sin apoyo, por lo que su calidad percibida es igual (pero no así sus niveles de utilización, los cuales pueden verse afectados por barreras de acceso).

Los resultados relacionados con la prevalencia y tratamiento de enfermedades en niños, son mixtos, ya que, aunque no hay diferencias significativas en la prevalencia de EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) y de hospitalizaciones, el porcentaje de niños con EDA aparece más grande entre aquellos con apoyo, mientras que el porcentaje de niños hospitalizados aparece más grande entre aquellos sin apoyo. Podría darse el caso que, a pesar que los casos de EDA son menos frecuentes entre las comunidades sin apoyo, estos mismos se agravan, causando más hospitalizaciones. Similarmente a las IRA, esto podría significar un impacto positivo o negativo de las ONG, dependiendo del comportamiento de niños que no se atienden.

Los resultados de inmunización en niños evidencian un impacto negativo en la cobertura de inmunizaciones, lo que indica que los establecimientos de salud apoyados por las ONG no han mejorado su desempeño en esta materia. De ser exitosa, la estrategia de apoyo de las ONG, basado en un apoyo a la cadena de abastecimiento, debería evidenciarse dentro de los 3 años siguientes, y no antes. De no ser así, esta estrategia debería reevaluarse.

Los resultados sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, son consistentemente negativos para las ONG. Las mujeres unidas que son apoyadas por el proyecto presentan indicadores significativamente más bajos que las mujeres en las comunidades sin apoyo de alguna ONG. En parte, esto podría explicarse por el largo plazo que las estrategias usadas por las ONG requieren para surtir sus efectos. También existe la posibilidad que factores culturales importantes no han sido tomados en cuenta, como el tipo de métodos preferidos por la población (ej. inyección), el sexo del personal de salud, y la gratuidad o no del método.

En cuanto a los resultados sobre la atención prenatal, son negativos para las ONG. No se está evidenciando lo que sus estrategias buscan: capacitar a personal de salud y a parteras comunitarias en estos temas, y mejorar la oportunidad de atención para complicaciones durante el embarazo.

Finalmente, las mujeres apoyadas por alguna ONG recurren a un familiar o una amiga con más del doble de frecuencia que las mujeres sin apoyo, en desmedro de partos administrados por médicos o parteras. Esto significa que la promoción y la capacitación de parteras y trabajadores de la salud no han manifestado resultados positivos.

Tabla 2

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN LO QUE RESPECTA A INDICADORES DE PROGRESO Y RESULTADOS

INDICADORES	RESULTADOS
Prevalencia y tratamiento de enfermedades en niños:	La prevalencia de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), no presentó diferencias entre los niños con y sin apoyo de las ONG.
Nutrición en niños:	En cuanto a los avances en el estado nutricional de los niños, no se observó un progreso, ni positivo ni negativo, en las comunidades apoyadas por las ONG.
Inmunización en niños:	Todas las vacunas (exceptuando a la BCG) tenían una cobertura significativamente mayor en las comunidades sin apoyo de las ONG
Planificación familiar:	El porcentaje de mujeres que declaró conocer cualquier método anticonceptivo moderno es 13% mayor en las mujeres sin el apoyo de las ONG. Asimismo, el uso de estos métodos resultó más frecuente entre las mujeres con apoyo de las ONG (45%) que entre las sin apoyo (29%).
Atención prenatal:	El porcentaje de mujeres que completó 4 controles durante el embarazo resultó significativamente menor en las comunidades apoyadas por las ONG. La calidad técnica de los controles prenatales era muy inferior en las comunidades apoyadas, con relación a las comunidades sin apoyo y a la ENDESA 2001. La única actividad que presentó un nivel de cobertura alto es la provisión de suplementos de hierro.
Atención del Parto:	La cantidad de mujeres con parto institucional es mayor en las comunidades sin apoyo (40%) que en las con apoyo (27%). Todas las mujeres tienen sus partos institucionales en el sector público, y no el privado. Esto muestra que las estrategias de las ONG, sobre mejorar la oportunidad de atención del parto y fortalecer la red de referencia incluyendo privados, aún no presentaron progresos positivos. En cuanto a la calidad percibida del parto, ésta no presenta diferencias entre las comunidades con y sin apoyo de las ONG.

Fuente: Encuesta Mundial (ENDESA 2001).

A continuación se mencionan algunas sugerencias para invertir los resultados no favorables de la evaluación:

Sugerencias generales

- Falta mejorar la supervisión y el monitoreo, por parte de la ONG, de la calidad técnica de los servicios de salud. Evaluar si el personal de salud que apoya está capacitado, y si hay equipo e instrumental suficiente y en buenas condiciones.
- Se requiere reevaluar si el personal voluntario es suficiente para cubrir cierto tipo de atenciones, como por ejemplo, las inmunizaciones.
- Es necesario abordar los problemas de acceso geográfico de la población apoyada.

Sugerencias específicas

- Evaluar la posible toxicidad de los tratamientos en casa de IRA y EDA, para determinar si la automedicación está teniendo efectos indeseados.
- Dar un énfasis especial a la capacitación del personal de salud en IRA y EDA, puesto que no hay cambios positivos en esta materia. Esto puede deberse a un planteamiento inadecuado de la estrategia, la cual no genera incentivos al personal de salud.
- Fortalecer las consejerías en nutrición, ya que no se evidencian cambios en los niveles de desnutrición, a pesar del aumento en entrega de vitamina A y hierro.
- La estrategia de la ONG en inmunizaciones debería reevaluarse. El apoyo a la cadena de frío es insuficiente. Podría haber más énfasis en mejorar la capacitación de las madres y la disponibilidad de personal de salud.
- Deben evaluarse las posibles barreras de acceso culturales que pueden estar afectando la distribución de métodos de planificación familiar. Quizá no hay suficiente personal MINSAs y/o voluntario participando en esta actividad.
- Deberían tomarse más en cuenta las preferencias culturales de la población. Los métodos anticonceptivos más populares (como las inyecciones) deberían hacerse más frecuentes.
- Se deberían repensar las estrategias de atención prenatal. Estas no están teniendo resultados positivos.
- Se deben fortalecer las consejerías individuales, para que las embarazadas continúen con sus controles prenatales, y hagan sus visitas en forma oportuna.

3.1.2 El Salvador

Desde el punto de vista del modelo de los “cinco botones”, esta iniciativa de reforma se inscribió en las cinco características del sector salud, éstas son, financiamiento, mecanismo de pago, organización, regulación y persuasión.

Las instituciones no gubernamentales constituyen instrumentos en muchos casos idóneos para extender naturalmente la cobertura que el sector público no necesariamente se encuentra en condiciones de realizar mediante proveedores propios. Asimismo, la contratación de agentes por fuera de la normativa institucionalizada del sector público permite brindar mayor flexibilidad al acuerdo entre partes y especificar en detalle la estructura de la prestación deseada.

Este esquema es el que operó para el caso del Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN) en El Salvador. El modelo expuesto a continuación contrasta con los arreglos tradicionales de servicios públicos, generalmente con manejos rígidos en el área de los recursos humanos, y raramente basados en mecanismos de incentivos.

A continuación, una mirada descriptiva de esta reforma y una exposición de sus resultados en términos de impacto en estado de salud, protección financiera y satisfacción de los usuarios. En este análisis se hará mención de los aspectos de eficiencia y equidad que pudieron influir en estos indicadores de desempeño.

Objetivo

La reforma del sector salud generalmente conlleva un esfuerzo deliberado para cambiar el rol del sector público en la provisión, financiamiento, compra y regulación de los servicios de salud.

El sector público elige contratar los servicios de ONG para la provisión de servicios de salud primaria con el propósito de expandir la cobertura a la mayor cantidad posible de individuos,

incrementar la disponibilidad de oferta médica y aumentar la calidad del servicio prestado, especialmente los grupos poblacionales más vulnerables y desprotegidos.

En teoría, contratar al sector privado, tanto ONG como instituciones con fines de lucro, para la provisión de servicios de salud incentiva potencialmente la competencia entre proveedores, conduciendo de esta manera a una mejora en el acceso al cuidado de la salud así como también en la administración y asignación de los recursos totales de la sociedad en este tipo de servicios.

En este marco, a través del Programa de Apoyo a la Modernización, y del compromiso asumido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) desde la creación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), se emprendió el Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN). El mismo tiene como objetivo el desarrollo de una estrategia de ampliación de la cobertura, basado en la focalización de los subsidios públicos y la provisión de un paquete definido de atención de la salud, que incluye tanto intervenciones preventivas como curativas.

Descripción

El perfil salvadoreño mantiene altas tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con enfermedades propias de la pobreza, siendo la población infantil, la rural, las mujeres en edad fértil, los grupos más vulnerables. Dadas estas características, SESYN apostó por la focalización por grupo (niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas), por región (rural en extrema pobreza) y por tipo de intervención (materno-infantil, preventivo y curativo).

El instrumento utilizado por esta iniciativa fue la contratación de cuatro ONG, que tienen como marco geográfico de acción a un conjunto de comunidades de bajos recursos y perfil epidemiológico precario ubicadas en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate, en la zona occidental del país.

La selección de proveedores consistió de un proceso de precalificación de empresas, a cargo del Comité de Evaluación del Programa, utilizando criterios tales como experiencia, capacidad instalada y financiera y otros comprobantes legales.

Como resultado de este proceso, fueron precalificados catorce organismos proveedores de entre 28 empresas que se presentaron a la convocatoria. A partir de esta preselección se elaboraron ocho listas cortas, a través de un método aleatorio de selección de 5 organismos proveedores por cada uno de los ocho grupos poblacionales. Posteriormente, se elaboraron las bases de licitación para evaluar las ofertas técnicas de las instituciones potencialmente proveedoras, que contaron con la no objeción del organismo financiador (el Banco Interamericano de Desarrollo).

Luego del análisis de las ofertas técnicas por parte del Comité de Evaluación nombrado por el Viceministro de Salud, e integrado por los coordinadores de previsión de salud de los SIBASI de Sonsonate y Ahuachapán, el coordinador del Equipo Técnico de Zona de Occidente, y por parte de la UCP, se asignaron los grupos poblacionales. En el Departamento de Ahuachapán, a las ONG Calma y Asaprosar les fueron asignados dos grupos poblacionales a cada una, en tanto que en Sonsonate se adjudicó un grupo poblacional a cada una de las siguientes instituciones: Fusal, Seraphim, Calma y Asaprosar. El inicio de operaciones tuvo lugar a fines del año 2003.

La estructura de contratación incluyó el pago de una cápita por un valor de USD 20 por individuo y por año, que financia una red de atención compuesta por promotores rentados y Equipos Itinerantes de Salud (EIS). Ellos formaron parte de una red de atención con capacidad de resolución media y derivación de casos a las Unidades de Salud (puestos sanitarios) dependientes del MSPAS. A las ONG participantes se les asignaron ocho grupos poblacionales que inicialmente cubrirían 80.000 personas aproximadamente, con el fin de ampliar la iniciativa hasta llegar a

200.000 habitantes de las zonas seleccionadas (que representaba aproximadamente un cuarto de la población rural sumada en la pobreza extrema).

De este modo, el MISPAS financia, con fondos provistos por el Banco Interamericano de Desarrollo un plan garantizado de atención con la supervisión de una Unidad Coordinadora dentro del Programa de Apoyo a la Modernización del MSPAS.

Las ONG destinan un promotor comunitario por cada 800-1000 habitantes, dependiendo de la dispersión geográfica de la población, que son cubiertos mediante visitas domiciliarias. Estos promotores, generalmente formados por el MSPAS o por las mismas ONG participantes, reciben una retribución de aproximadamente USD 350.- mensuales, respondiendo organizativamente a la ONG contratante, pero actuando como agentes directos del MISPAS. Cada uno de estos agentes ejerce su función con base en el nuevo modelo de provisión de salud, y constituyen el primer eslabón en una red de servicios de salud, con capacidad de derivación a los EIS, que realizan rondas periódicas (mensuales) a cada área de influencia. Estos equipos de salud de los SESYN están compuestos por un médico, una enfermera, y una nutricionista con influencia en poblaciones de entre 8,000 y 10,000 habitantes. Asimismo, el EIS es responsable de elaborar con participación de los Promotores de Salud, la Comunidad y el MSPAS un diagnóstico situacional de salud del espacio poblacional asignado, que servirá de base para la provisión de los servicios contratados.

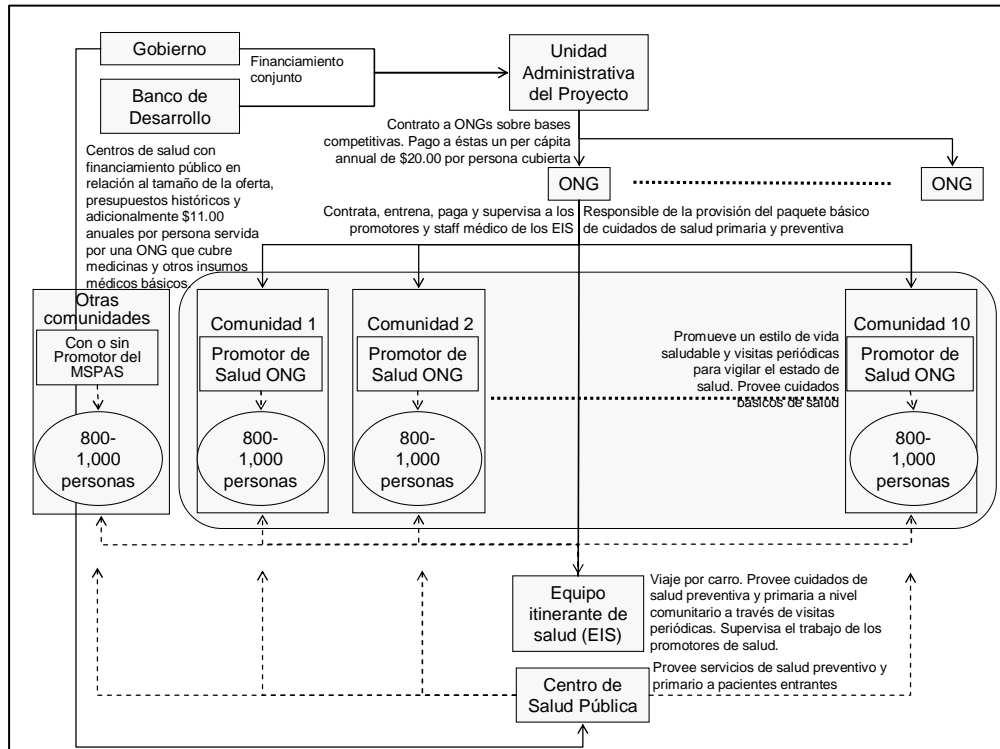
Adicionalmente a la cápita de USD 20 recibida por cada ONG involucrada, el MSPAS aporta un monto equivalente a USD 11 por persona y por año en concepto de material sanitario, medicamentos e insumos.

El paquete de servicios comprometido por el Programa SESYN contó con una serie de intervenciones relativamente amplia, que abarca la atención preventiva y curativa de toda causa de morbilidad prevalente en la zona de influencia de programa, focalizándose en la atención integral materno-infantil. Incluye el paquete las acciones tendientes a fomentar la maternidad y paternidad responsable, y la promoción de la organización comunitaria. Específicamente, los servicios brindados por la iniciativa son los siguientes:

- Atención integral de salud a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido,
- Atención integral en salud y nutrición a niños menores de cinco años y madres lactantes,
- Prevención y diagnóstico temprano del cáncer cérvico-uterino y mamario (30 a 59 años),
- Fomento de la maternidad y paternidad responsable,
- Atención a la morbilidad prevalente en todos los grupos de edad,
- Promoción y fomento de la salud en la familia,
- Intervención en las condiciones de riesgo ambientales en el ámbito comunitario,
- Vigilancia epidemiológica según factores de riesgo en el ámbito comunitario,
- Promoción de la organización comunitaria y fomento de la participación ciudadana y la contraloría social.

La estrategia de acción de esta iniciativa de reforma se resume en la siguiente figura.

Figura 4
Estrategias de acción del SESYN



Fuente: Bitrán *et al* (2004).

Los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación diseñados por el Programa contaron con tres estructuras consecutivas de acción. (1) el sistema propio de supervisión del programa que permita el control de los registros de promotores y EIS; cada proveedor externo “deberá tener un equipo de supervisión que será encargado junto con los equipos itinerantes de registrar y analizar datos que requiera el sistema de información para desarrollar la planificación, ejecución y evaluación de coberturas de los servicios contratados, desarrollando acciones de asesoría, supervisión y capacitación en servicio durante sus recorridos de trabajo”. (2) informes periódicos de cada ONG a la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), con el fin de dar seguimiento a las pautas de cobertura establecidas. (3) convocatoria de auditorías externas que brinden asistencia técnica sobre evaluación y cumplimiento de metas.

Resultados

Antes de describir algunos de los hallazgos encontrados en estudios de evaluación de este programa, la siguiente tabla resume los “botones de control” para esta reforma en particular.

Tabla 3

DESCRIPCIÓN DE LOS BOTONES DE CONTROL PARA EL PROGRAMA SESYN EN EL SALVADOR

Botones de control	Descripción
Financiamiento	Financiamiento conjunto: Estado – Banco Interamericano de Desarrollo
Mecanismo de pago	Pago catitado, bono de desempeño
Organización	Participación e interacción entre: Unidad Coordinadora del Programa, ONG, Promotor de Salud y Equipo Itinerante de Salud
Regulación	Mecanismos de supervisión y monitoreo de cumplimiento de metas: interno (sistema de información y registro de promotores y EIS) y externo (informes a la UCP y a auditores externos)
Persuasión	Promotor de Salud: promociona un estilo de vida saludable y atención frecuente de salud.

Fuente: Elaboración propia.

En una primera evaluación, Maceira (2004), por encargo del PHRplus diseñó e implementó una encuesta de hogares de mil familias aproximadamente, y a partir de la información complementaria del sistema de salud del país, comparó la experiencia el Programa SESYN con la iniciativa tradicional de promotores públicos desarrollada en El Salvador en cantones diferentes a aquellos incorporados a la iniciativa bajo estudio, obteniendo una serie de indicadores de cobertura.

Los resultados de este estudio indicaron que en la mayoría de las intervenciones, la iniciativa ha resultado exitosa en ampliar la cobertura. Tomando en cuenta los resultados de cada área geográfica, el programa con participación de ONG es más efectivo en términos de cobertura en 4 de 9 casos; mientras que en otras 3 intervenciones brinda resultados similares. Considerando que la efectividad de la iniciativa, incluye no sólo el impacto en el área de influencia sino las externalidades positivas generadas otras áreas, el programa supera al proyecto control en 7 de las 9 intervenciones analizadas. Por tanto, el mencionado estudio concluye que la iniciativa de contratación de ONG para la ampliación de los servicios de salud, logró un buen desempeño en la mayoría de las consultas relacionadas con la medicina preventiva como así también en aquellas asociadas con atenciones curativas del sistema de salud.

Tabla 4

CONTRASTE DE LA COBERTURA EN ÁREAS CON PROMOTOR ONG VS. COBERTURA EN ÁREAS CON PROMOTOR PÚBLICO

INTERVENCIONES	Mayor en áreas con promotor ONG	Menor en áreas con promotor ONG	Igual cobertura
Administración de vacunas			x
Controles prenatales		X	
Administración de micronutrientes			x
Control de peso			x
Control planificación familiar	x		
Atención IRA	x		
Atención EDA	x		
Atención por parto	x		
Atención de problemas de salud		X	

Fuente: Maceira (2004)

A partir de los indicadores de cobertura vistos en la anterior tabla, se desprende evidencia que permite concluir acerca de la mejoría del estado de salud de la población cubierta, dado por un incremento en la provisión de servicios médicos de salud preventiva y primaria en áreas rurales (focalización geográfica) de extrema pobreza y perfil epidemiológico precario en donde

anteriormente no se proveía este esquema de atención (los hogares ubicados en el área de participación de una ONG reciben una mayor asistencia médica al ser comparados con los hogares radicados en áreas sin la presencia de alguna ONG). Por la misma razón anterior, se espera que el diseño del programa con respecto a la focalización del mismo, tenga un impacto no ambiguo sobre la equidad.

Por otro lado, se concluye que la iniciativa ofrece protección financiera a las personas de las localidades servidas por cuanto el estudio de Maceira encontró que las erogaciones en las que incurrían los individuos para acceder a los servicios de salud, tanto en concepto de consultas como por transporte, internación y/o medicamentos, no resultaron relevantes. En general, los individuos radicados en áreas que cuentan con la presencia de promotores, sea estos públicos o privados, no incurren en gastos significativos para trasladarse a la Unidad de Salud y, en la mayoría de los casos, estos gastos son nulos. Ello responde claramente a la naturaleza y diseño del proyecto, en tanto son los promotores quienes visitan el hogar.

En cuanto a los mecanismos de desembolso, el estudio encontró que la iniciativa de contratación de organizaciones no gubernamentales no genera desembolsos directos a los agentes. Si bien en el caso de los EIS para las intervenciones de EDA, IRA y planificación familiar se registran erogaciones monetarias por parte de los usuarios, las mismas se encuentran relacionadas con los mecanismos de derivación, tanto a las unidades de salud como al sector privado. Por lo tanto, a excepción de un caso correspondiente a la atención de IRA en instalaciones propias del EIS, el resto de los desembolsos no se encuentran identificados como pagos directos a estas unidades de atención bajo programa, sino a instancias subsecuentes de cobertura.

Con respecto a la eficiencia, los resultados preliminares que se han obtenido en el mencionado estudio no resultan concluyentes dada la juventud del programa. Si bien los costos directos involucrados en la iniciativa SESYN resultaron superiores a aquella basada en promotores públicos, no fue posible determinar tendencias claras y procesos de aprendizaje. Por tanto, se hace necesario un seguimiento periódico de los indicadores de costo-efectividad además de medir la percepción de calidad por parte de la población.

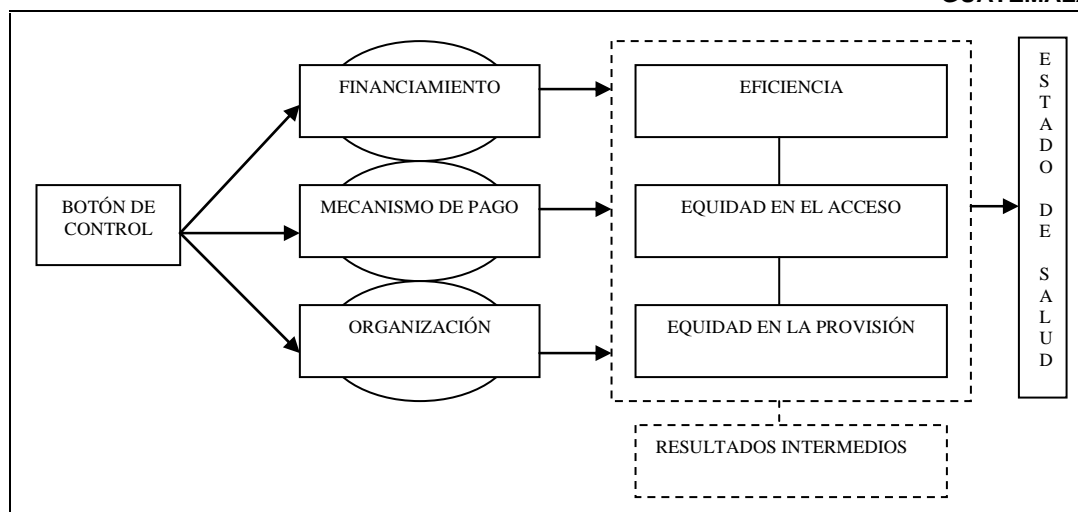
Sin embargo, de acuerdo a la teoría económica sobre la eficiencia y los incentivos contractuales, se tiene que, los contratos asociados con remuneraciones capitadas (con pago de bono ligado a desempeño) promueven incentivos relacionados con cuidados preventivos, sin riesgos de sobre-prestación. No obstante, tanto la calidad de la atención como la posibilidad de evitar sub-atención se encuentran sujetos a la presencia de un entorno competitivo y/o al compromiso personal o institucional del prestador (ONG, promotores, etc.). Caso contrario, el instrumento contractual deberá incorporar mecanismos de evaluación que permitan la comparación entre experiencias similares, operando como patrones de comparación y control del caso bajo estudio.

3.1.3 Guatemala

Guatemala ha experimentado la aplicación de una reforma que comprende tres modelos de provisión de la asistencia médica. Convirtiéndolo en un innovador sistema de mejoramiento del servicio de la salud pública. El primer modelo (modelo directo) consiste en la contratación de Organismos no Gubernamentales (ONG) por parte del estado, para la provisión de servicios básicos de salud a la población; el segundo (modelo mixto) consiste en la contratación de ONG para cumplir las funciones de administradores financieros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y proveedores del servicio de asistencia médica; finalmente, el modelo tradicional gestionado por el MSPAS encargado de reforzar la atención médica en la Postas de Salud.

Bajo este esquema la implementación de la reforma del sector salud en Guatemala comprende principalmente tres botones de control que son: financiamiento, mecanismo de pago y organización. Por otra parte, Así mismo, expone los resultados para los tres tipos de modelos relacionados con la eficiencia de los proveedores. Los resultados relacionados con la eficiencia, para los tres tipos de modelos, muestran que el modelo basado en la contratación de ONG's es generalmente más efectivo que el modelo tradicional (mayor cobertura del servicio). No obstante, el modelo mixto y directo se constituyó como la mejor alternativa en términos de eficiencia que el modelo tradicional. Para el caso guatemalteco, esta interacción de los criterios de control, resultados intermedios y modulares, se expone en la siguiente figura

Figura 5
CRITERIOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN COMPRENDIDOS EN LA REFORMA DE SALUD DE GUATEMALA



Fuente: Autores.

Objetivo

Durante 1996, Guatemala emergía de una prolongada guerra civil. En el transcurso de ese año, el gobierno instituyó negociaciones internas, logrando concretar y firmar los acuerdos de paz en el país, dando término oficial al amargo conflicto civil. Estos acuerdos abarcaron compromisos con respecto a la mejora de la salud del país, especialmente en áreas rurales extremadamente pobres. Los compromisos acordados, explícitamente, exigían la oferta inmediata de atención médica en áreas rurales donde se encontraba más de la mitad de la población, incluyendo a las comunidades indígenas que requerían del acceso prioritario a los servicios básicos de salud. El principio de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básico de salud se fue internalizando en las políticas públicas del gobierno guatemalteco.

No obstante, El esfuerzo por cumplir con los compromisos eficientemente, colapsaba ante las limitaciones de recursos y capacidad con que contaba el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).¹ Alternativamente, las autoridades del MSPAS estaban enteradas que un número significativo de organismos no gubernamentales (ONG), apoyados por agencias internacionales, proporcionaban servicios médicos en áreas rurales. El apremiante tiempo por cumplir con los compromisos, sumado a la antipatía y desconfianza de las comunidades indígenas con respecto al desempeño del gobierno, contribuyeron a la decisión del MSPAS a contratar la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud. La decisión de reformar el servicio básico de la salud, a través de la contratación privada de ONG, fue tomada a finales de 1996.

¹ Annis (1981); Pebley y Goldman (1992); Goldman y Pebley (1994); Cosminsky (1987).

El principal objetivo de la reforma comprende la extensión de un paquete básico de servicios y mejora en la calidad de los servicios básicos para el cuidado de la salud (PBS), orientada principalmente a la población del sector rural de Guatemala. La tabla siguiente muestra los servicios básicos de salud que son considerados dentro de los objetivos de política pública.

Tabla 5
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE LA PROVISIÓN PRIVADA
DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE LA SALUD

La expansión de la cobertura y mejora de la calidad en el cuidado de la salud materna, comprende los siguientes servicios:

- Cuidado prenatal
- Tétano Toxoide
- Suplementos de hierro y calcio durante el período prenatal
- Cuidado postparto

Educación sobre el cuidado infantil

- Cuidado infantil y de la niñez
- Mejorar la cobertura de inmunizaciones de niños menores de 2 años
- Cuidado y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas
- Cuidado y tratamiento de enfermedades como el cólera y la diarrea
- Prevención y tratamiento de las deficiencias nutricionales
- Mejorar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 2 años

Mejorar la cobertura del cuidado de las enfermedades y emergencias tales como:

- Cólera
- Dengue
- Malaria
- Tuberculosis
- Rabia
- Transmisión de enfermedades sexuales, HIV/SIDA
- Emergencias (fracturas, quemaduras, etc.)

Mejoramiento de la calidad de la salud ambiental

- Saneamiento ambiental
- Vigilancia de la calidad del agua
- Higiene alimenticia
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias del hogar

Fuente: La Forgia (2005).

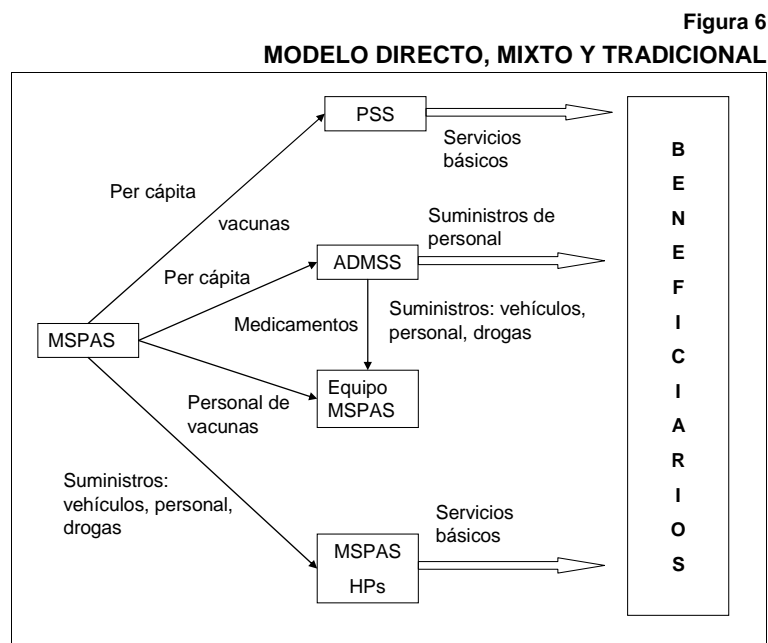
Descripción

Varios estudios (Bhushan, Keller, y Schwartz 2002; Eichler, Auxila, y Pollock 2001; Marek y otros 1999; Palmer 2000; Slack y Savedoff 2001) analizan la creciente experiencia de los países en desarrollo sobre la provisión privada de los servicios básicos del cuidado de la salud a través de la contratación de ONG. Esto ha hecho que las ONG se especialicen en la entrega de un significativo número de servicios médicos en el campo de la nutrición infantil, VIH/SIDA y cuidados de salud primaria. Sin embargo, el verdadero impacto que genera el cuidado de estos servicios de atención primaria a cargo de las ONG no ha sido claramente evaluado. En efecto, existe poca evidencia empírica sobre la evaluación de la efectividad de los programas aplicados en distintos países en desarrollo.² A partir de este hecho, varios estudios (Bitrán 1995; Levin y otros 1999; Lavadenz 2001; Bhushan, Keller, y Schwartz 2002) discuten sobre una potencial participación mixta del gobierno y ONG. No obstante, aún no se ha llegado al consenso de las fronteras de participación del gobierno y las ONG.

² Bhushan, Keller, y Schwartz 2002; Eichler, Auxila y Pollock 2001.

A finales del 2001, con el objetivo de agilizar el proceso del alcance de los objetivos de extender un paquete de servicios básicos de salud, el Gobierno de Guatemala acordó 161 convenios con 88 ONG para cubrir a más de 3 millones de beneficiarios. Previo a este significativo esfuerzo, las autoridades del gobierno central, junto con el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) proporcionaron servicios médicos solamente a través de proveedores internos.

La nueva modalidad de contratación de las ONG, envolvió tres acuerdos financieros y de organización para proveer el PBS a los beneficiarios. Esto es representado esquemáticamente en la Figura 6.



Fuente: La Forgia (2005).

Las dos primeras modalidades de provisión del servicio, Proveedores de Servicios de Salud (PSS) y Administradores del Servicio de la Salud (ADMSS), corresponden respectivamente a las contrataciones directas y mixtas de las ONG, que fueron introducidas a través del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). La tercera modalidad (MSPAS), consiste en la entrega del servicio de salud ya existente en Guatemala (modalidad tradicional). Seguidamente, un 60% de los convenios definen la participación de las ONG como ADMSS. Adicionalmente, varios de las 88 ONG son contratadas para operar como PSS y ADMSS, sobre todo en zonas remotas donde el acceso a los servicios básicos de salud es altamente escaso. En forma resumida, la tabla 2 describe las características del SIAS entregado por los modelos anteriores (directo, mixto y tradicional).

Tabla 6

CARACTERÍSTICAS DEL SIAS POR MODELO (CONTRATACIÓN DIRECTA, MIXTA Y TRADICIONAL)			
Características	Directo PSS – ONG	Mixto ADMSS	Tradicional MSPAS Salud Pública
Área de captación asignada	Dispersa en áreas rurales	Comunidades cercanas a las principales carreteras y sectores comerciales.	Comunidades cercanas a las principales carreteras y sectores comerciales.
Recursos a ser administrados	Todos excepto vacunas	Todo excepto vacunas y parte del personal	Todo
Responsabilidad de entrega	PSS – ONG	Equipos que combinan personal de MSPAS y ADMSS	MSPAS Salud Pública
Composición del equipo	Psicólogos, facilitador de la institución, facilitador de la comunidad, promotores de la comunidad de salud y TBAs	Psicólogos, facilitador de la institución, facilitador de la comunidad, promotores de la comunidad de salud y TBAs	Enfermera auxiliar, psicólogo cubano voluntario (de ser posible), promotores de la comunidad de salud y TBAs
Lugar de entrega	Centros comunitarios	Centros comunitarios	Salud Pública
Periodicidad del servicio de entrega	Visitas mensuales a los centros comunitarios	Visitas mensuales a los centros comunitarios	Diariamente (Lunes a Viernes)
Mecanismos de financiamiento	Sistema de pago per cápita En especies (vacunas)	Sistema de pago per cápita Presupuesto de la localidad (personal de MSPAS) En especies (vacunas)	Presupuesto de la localidad En especies (vacunas)

Fuente: La Forgia (2005).

Resultados

El modelo mixto mejora el desempeño de las comunidades guatemaltecas. Danel y La Forgia (2001) sustentan que, en materia de inmunizaciones y cuidado prenatal (CPN), las comunidades atendidas por proveedores mixtos (modelo mixto de provisión de la salud) tienden a mejorar significativamente sus indicadores de desempeño en comparación con las comunidades atendidas por proveedores tradicionales y directos (modelo tradicional y directo respectivamente).

Los mecanismos de financiamiento y pagos difieren con el modelo aplicado. Para el modelo directo es un sistema de pago per cápita en especies. Por ejemplo, un pago mediante el mayor suministro de vacunas. En el modelo mixto y tradicional, el sistema de pago per cápita está respaldado por el presupuesto de la localidad y se hace en especies (vacunas).

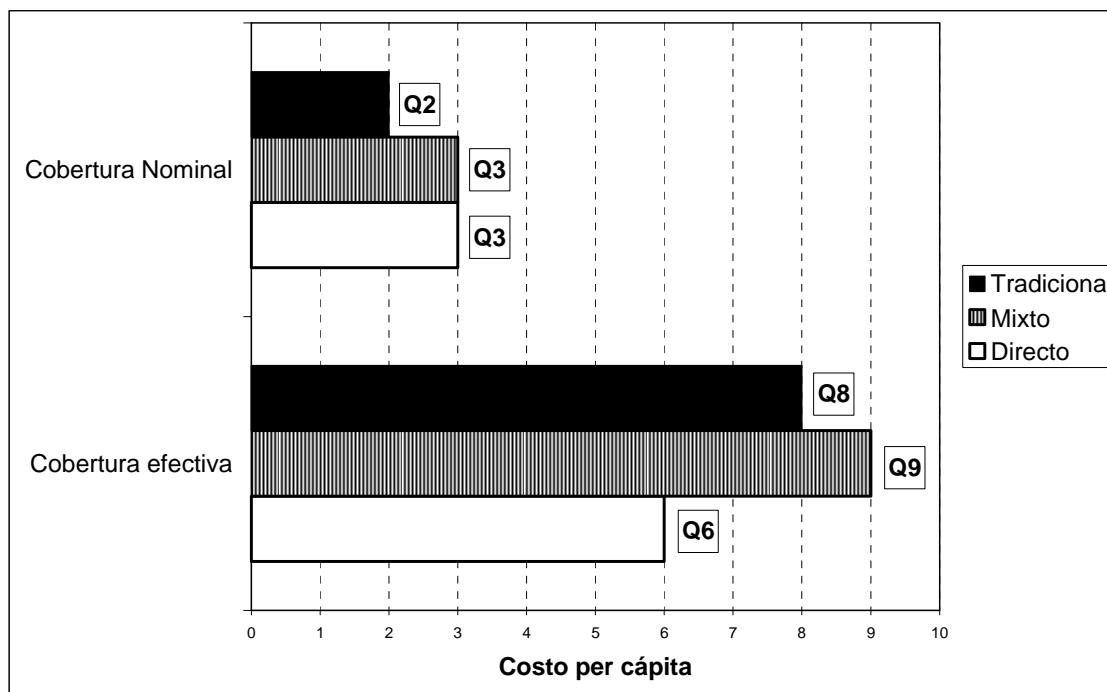
La distancia geográfica es una variable influyente en los resultados de la salud. Después de controlar por distancia de acceso a los servicios de salud, el desempeño de los proveedores directos resultó similar al desempeño de los proveedores tradicionales. Por lo tanto, este resultado, entregó evidencia de que el modelo directo podría ser una buena alternativa al modelo tradicional para la entrega de servicios básicos de salud pública en áreas de difícil acceso.

Los Proveedores de Servicio de Salud (PSS), reportan altos costos unitarios para cada modelo de intervención (directo, mixto y tradicional). La información de los costos de cobertura nominal se deriva de los PSS y ADMSS contratados y de los registros del HP basados en una encuesta de hogares. Los proveedores de HP reportaron los costos unitarios más bajos. Seguidamente, los PSS en comparación con los HP y ADMSS, presentan un menor costo de cobertura efectiva. La información de los costos de cobertura efectiva está basada en la demanda observada en intervenciones prioritarias (tratamiento de IRA, diarrea, pediatría) por residentes de una específica área geográfica. Ordenando de menor a mayor costo, se tiene que los PSSs presentan el menor costo de cobertura efectiva (Q 6 per cápita), seguido por los HPs (Q 8 per cápita) y

ADMSSs (Q9 per cápita). Sin embargo, en cuanto a intervenciones per cápita, los HP realizan 4 intervenciones, mientras que los ADMSS y PSS, realizan 2 intervenciones per cápita respectivamente. En resumen se tiene que los HP proveen más servicios que otros tipos de proveedores. La figura 3 representa los costos per cápita de la población cubierta por tipo de proveedor.

Figura 7

COSTO PER CÁPITA POR TIPO DE PROVEEDOR, COBERTURA DE LA POBLACIÓN



Fuente: La Forgia (2001).

Similar a lo encontrado por Mills et al. (2004), la efectividad del tipo de intervención (modelo) aplicado, dependió de la selección del proveedor, características y cobertura de la población, ubicación geográfica, y otros factores que afectan la oferta y demanda.

La selección del proveedor, la ubicación de su participación y la cobertura de la población varía entre los modelos aplicados (directo, mixto y tradicional):

Primero, los proveedores no fueron asignados indiscriminadamente a las zonas rurales del país. Según autoridades del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), había una tendencia de seleccionar zonas en que los técnicos de la salud rural eran familiares de los residentes y donde tuvieran acceso fácil a pueblos de alta densidad poblacional.

Segundo, las zonas asignadas a los proveedores directos, estaban en promedio, geográficamente más dispersas, y asumieron la asistencia médica para una mayor población en comparación a otros proveedores. Es importante que el gobierno defina, previo a la contratación de ONGs (PSSs), la red de proveedores en términos de la población a cubrir y su presupuesto para la adquisición de drogas y suministros.

Tercero, el PSSs empezó desde emplear y capacitar el personal, sobre los procedimientos y conocimientos de normas del MSPAS, ya que el ADMSS y HP emplearon el personal de MSPAS. El personal del MSPAS, además de conocer a la perfección el funcionamiento del Ministerio,

también contaba con una amplia experiencia en la atención de partos en áreas rurales. Por lo tanto, estos proveedores tuvieron una clara ventaja desde el principio.

3.2 Universalización de la seguridad social en Costa Rica

Dos de los cinco botones de control (organización y regulación) se han operado a través de las acciones tendientes a reformar la seguridad social en Costa Rica. En esta sección se resumirán los aspectos descriptivos de esta iniciativa y se analizarán los resultados (estado de salud, protección financiera y satisfacción del cliente) a partir de los enfoques de eficiencia y equidad.

Desde la creación de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), en el año 1941, se han establecido políticas claras en cuanto a la necesidad de cubrir a toda la población, incorporar progresivamente un concepto de salud más allá de la enfermedad y establecer políticas de financiamiento que tengan un sustento de credibilidad entre los contribuyentes. Sin embargo, estos principios fueron revisados en el marco de la reforma de seguridad social en Costa Rica, a la luz de los cambios acelerados que se observan en las formas de contratación de los trabajadores y la organización del trabajo, en las nuevas opciones de financiamiento que comienzan a aparecer y a adquirir validez en la sociedad y a irrumpir cuestionando la normativa legal existente especialmente la relacionada con la existencia de un monopolio de los seguros.

Objetivo

El proceso de modernización de las instituciones de salud tuvo lugar en medio de principios sólidos y respaldados por la mayor parte de la sociedad costarricense.

Universalidad: protección a la salud a toda la población costarricense, conforme mandato constitucional.

Obligatoriedad: contribución forzosa para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y para promover las acciones en salud.

Solidaridad: aporte proporcional según los recursos de cada quien.

Igualdad: trato sin ningún tipo de distinción.

Unidad: protección única y general para promover la salud, mediante un funcionamiento institucional integrado.

Calidad: eficiencia en los servicios y trato humanizado.

Los objetivos contemplados en el proyecto de reforma de la CCSS fueron los siguientes:

Implantar el modelo de salud readecuado con base en las prioridades de salud nacionales.

Fortalecer la capacidad financiera de la CCSS en la recaudación y la asignación de recursos.

Fortalecer la capacidad de gestión descentralizada de los servicios en el primer nivel de atención y los hospitales.

Establecer las reformas del nivel central para la implantación de medidas de descentralización.

Descripción

Para lograr los objetivos mencionados, se realizaron las siguientes actividades:

Redefinición del Modelo de Atención: Uno de los fundamentos fue diseñar un modelo de atención integral que tuviera mayor impacto en las condiciones de salud de la población a menores

costos de operación. Para tal efecto, se consolidó el programa de los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS), como una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención. Cada EBAIS, constituido por médico, auxiliar de enfermería y asistente técnico de atención primaria, atiende a un sector de población y tiene un equipo de apoyo, compartido con los demás EBAIS de la Región, compuestos por trabajador social, enfermera, médico, nutricionista, farmacéutico, microbiólogo y técnico en registros médicos.³

También con el proceso de reforma se flexibilizó la prestación de servicios, incluyendo dentro de esta flexibilización la apertura de nuevas formas de organización para atender aquellas áreas en donde agentes privados podrían desarrollar servicios dentro del marco de contratación vigente en el país. Fue así como surgieron modalidades de atención por parte de cooperativas (en este momento cuatro cooperativas funcionan prestando labores de atención primaria y secundaria);⁴ surgió la compra de servicios a terceros para labores de vigilancia y limpieza y algunas formas de diagnóstico de la salud (laboratorio, imágenes médicas, etc.). La Universidad de Costa Rica, por convenio con la CCSS, presta servicios de atención primaria en la comunidad de Curridabat y Montes de Oca. De tal forma que a la par del modelo tradicional de atención a la salud, se originan otras formas de prestación de servicios, con lo cual se pretende introducir un proceso de competencia dentro del sector mediante una adecuada regulación, sin desmedro de los principios esenciales de la seguridad social que garantizan el derecho universal de la atención en salud.

Como parte de los cambios enfrentados por el Estado, uno es la reforma laboral, en el año 2000 se aprobó la Ley de Protección al Trabajador, N° 7983 del 16 de febrero del 2000 (ver tabla siguiente), que entre otros de sus propósitos tiene el establecer los mecanismos para ampliar la cobertura y fortalecer el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS como principal sistema de solidaridad de los trabajadores. Autoriza esta ley el manejo de fondos de capitalización laboral a las Operadoras de Pensiones, que administran un régimen complementario e introduce reformas importantes al régimen de cesantía laboral.⁵

³ Ministerio de Salud. Op. cit. Sección II, Oferta y Demanda de Servicios de Salud, Pág. 64

⁴ Las cooperativas prestatarias de servicio son: COOPESAIN, COOPESAN, COOPESIBA y COOPESALUD

⁵ Costa Rica. Ley de Protección al Trabajador, 7983, del 16 de febrero del 2002. Imprenta Nacional, San José, C.R., 2000.

Tabla 7

MODIFICACIONES AL SISTEMA DE PENSIONES DE COSTA RICA

"Ley de Protección al Trabajador", #7983	Descripción de la Ley
"Artículo 3. Creación de Fondos de Capitalización Laboral.	Todo patrono, público o privado aportará, a un fondo de capitalización laboral, un tres por ciento (3%) calculado sobre el salario mensual del trabajador. Dicho aporte se hará durante el tiempo que se mantenga la relación laboral y sin límite de años..."
"Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias". Artículo 9. Creación.	El Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias será un régimen de capitalización individual y tendrá como objetivo complementar los beneficios establecidos en el Régimen de Invalidez, vejez y Muerte de la CCSS o sus sustitutos, para todos los trabajadores dependientes o asalariados".
"Artículo 13.- Recursos del Régimen.	El Régimen Obligatorio de Pensiones complementarias se financiará con los siguientes recursos: a) El uno por ciento (1%) establecido en el inciso b) del artículo 5 de la Ley Orgánica del Banco Popular y de desarrollo Comunal, N° 4351, del 11 de julio de 1969, luego de transcurrido el plazo fijado por el artículo 8 de esa Ley. b) El cincuenta por ciento (50%) del aporte patronal dispuesto en el inciso a) del artículo 5 de la Ley Orgánica del Banco popular y de Desarrollo comunal, N° 4351 del 11 de julio de 1.969, luego de transcurrido el plazo fijado por el artículo 8 de esa Ley. c) Un aporte de los patronos del uno coma cinco por ciento (1,5%) mensual sobre los sueldos y salarios pagados, suma que se depositará en la cuenta individual del trabajador en la operadora de su elección. d) Los aportes provenientes del Fondo de Capitalización Laboral, según lo establecido en el artículo 3 de esta Ley.
"Régimen Voluntario de Pensiones complementarias y Ahorro Voluntario". Artículo 14.	Los trabajadores afiliados al Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias, en forma individual o por medio de convenios de afiliación colectiva, podrán afiliarse al Régimen Voluntario de Pensiones Complementarias de conformidad con esta Ley. Los patronos podrán acordar con uno o más de sus trabajadores, la realización de aportes periódicos o extraordinarios a las respectivas cuentas para pensión complementaria..."

Fuente: Autores.

Fortalecimiento del sistema financiero —recaudación y asignación de recursos: En materia de pensiones, se trata de dar sostenibilidad financiera a uno de los principales regímenes, como es el de Pensiones de la CCSS. Actualmente las edades de retiro son 61 años y 11 meses para los hombres y 59 años y 11 meses para las mujeres, con un determinado número de cotizaciones según la reglamentación vigente. Esta sostenibilidad financiera es parte de la agenda, por cuanto la población costarricense tiende al envejecimiento. La estructura de la población muestra cambios significativos, pues se ha venido reduciendo el peso relativo de las poblaciones más jóvenes (entre los 0 y los 14 años) y se ha incrementado el grupo de 15 a 64 años, así como el de las personas con 65 años y más. El incremento de la población de adultos mayores no solo representa una mayor demanda de servicios en salud, sino una aceleración del régimen pensiones.

La reforma debe garantizar la sostenibilidad financiera del régimen, mediante diversos mecanismos como el aumento de los niveles de cobertura de los trabajadores independientes; el

aumento en los niveles actuales de contribución; el mejoramiento de los sistemas de recaudación; la capitalización adecuada del régimen y transformación de los regímenes especiales en regímenes complementarios o suplementarios, opciones que deberán tratarse en forma, conciliada con organizaciones laborales, empresariales, estatales, comunitarias y el Poder Legislativo.

Aplicación de medidas de descentralización: El país, con el proceso de Reforma del Sector Salud, entra a considerar los siguientes aspectos funcionales:

a) La Rectoría del Ministerio de Salud relacionada con la conducción, unificación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes y los proyectos, así como con la movilización de los actores relacionados con la producción social de la salud. El Ministerio de Salud traslada sus funciones operativas a la CCSS, la cual se encargará de la atención y la promoción de la salud, para dedicarse a su función rectora.

b) Separación administrativa y financiera del régimen de pensiones y de salud. Esta separación de regímenes ya venía operando en el país, pero quedaba por diferenciar bien su administración, mediante la aplicación efectiva de normas y prácticas presupuestarias, legales y administrativas.

c) Separación de las funciones de financiamiento, asignación de recursos y provisión de servicios de salud. En este aspecto, se introdujeron como producto de la reforma los denominados Compromisos de Gestión, en donde se hace una separación entre el proveedor de los servicios (la unidad de trabajo, área de salud u hospital) y el comprador de los servicios (la unidad gerencial del nivel central).

d) La desconcentración instrumental de clínicas y hospitales, a fin de dotarlas de mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos. Se complementa esta desconcentración, con la creación de las juntas de salud, que se constituyen en entes auxiliares para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana. Todo ello aprobado en ley 7852 denominada "Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social", del 30 de noviembre de 1998.⁶

⁶ Costa Rica. Ley 7852, Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. La Gaceta, Diario Oficial. Año CXX, No. 250, San José, 24 de diciembre de 1998.

Tabla 8

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES LOGROS DEL PROCESO DE MODERNIZACIÓN

Componente	Logros
Modelo de atención	<p>Estuvieron funcionando 64 áreas de salud para inicios de 1998, equivalente a 525 EBASIS. Se ha iniciado la operación en el área Metropolitana.</p> <p>Integración de los procesos de trabajo y el recurso humano en el nivel local en áreas de salud y hospitales.</p> <p>Participación de las comunidades en juntas hospitalarias y en la organización y funcionamiento de las áreas de salud.</p> <p>Carta de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud. (Reglamento de Salud)</p>
Financiamiento	<p>Sistema de recaudación en proceso de diseño.</p> <p>Plan piloto del modelo de asignación de recursos financieros con compromisos de gestión en 10 hospitales y 14 áreas de salud, 4 cooperativas de servicios que representan cerca del 54% del presupuesto institucional.</p> <p>Un modelo de incentivos en proceso de implantación.</p>
Fortalecimiento de la Institución	<p>Los funcionarios de salud visualizan posibilidades reales de cambio.</p> <p>Los gestores de las áreas de salud y de los hospitales ubican los principales problemas de gestión.</p> <p>Programas de capacitación en gestión, atención al cliente, mejoramiento de la capacidad resolutoria.</p> <p>Proyecto para el equipamiento de los hospitales por 40 millones de dólares para modernizar y sustituir equipo.</p> <p>Desarrollo del proyecto para la gestión de listas de espera.</p> <p>Equipos de calidad operando en todas las regiones.</p> <p>Los establecimientos con Compromiso de Gestión cuentan con medios internos para la difusión de problemas y logros.</p>

Fuente: Sáenz (1998).

Resultados

El sistema costarricense de salud ha optado por una cobertura universalizada de prestaciones en salud, el cual ha dado logros significativos para el desarrollo social. Este sistema ha estado sustentado en políticas públicas orientadas a preservar la salud como un derecho fundamental y en principios como la universalidad, la obligatoriedad, la unidad, la equidad y la calidad.

El monitoreo del "botón de control" de la organización de esta reforma de salud se ha manifestado en la segmentación de actividades (macroestructura) en manos de dos instituciones, el Ministerio de Salud (rectoría y participación financiera y de control) y la Caja de Seguro Social (operación en atención y promoción de salud).

La aplicación del modelo promocional de la salud supone un conjunto de ventajas sociales, económicas y culturales: incrementa la educación, unifica la familia y la comunidad, acerca la prestación al beneficiario, desconcentra los centros de atención intermedia y especializada y en consecuencia, baja significativamente los costos de atención y favorece el desarrollo integral.

Por otro lado, algunos servicios no consustanciales y algunos de importancia central han pasado a ser operados por entes privados, mediante la llamada "compra de servicios a terceros". Así por ejemplo, servicios de vigilancia, mantenimiento, laboratorio, Equipos Básicos de Salud - EBASIS - (en algunos casos), son operados por entes privados, con plazos determinados. Algunas clínicas periféricas y EBASIS también son gestionados, en este caso por cooperativas, que procuran evolucionar hacia un modelo autogestionario y de participación universal, en el marco más general de la "Economía Social - Solidaria", mediante contratos de gestión que elevan los niveles de eficiencia a través de un esquema apropiado de incentivos. Todo esto bajo el control y supervisión de la CCSS, que exige mínimos de eficiencia, rendimiento, calidad y calidez (botón de control en regulación).

En lo que refiere a la equidad, el avance ha sido significativo, en un modelo de seguridad social como el costarricense, cada quien contribuye al Régimen Público de Enfermedad y Maternidad de acuerdo a su capacidad y recibe las prestaciones, de acuerdo a su necesidad. Estas las contribuciones a la Seguridad Social provienen de los trabajadores, los empleadores y el Estado, siendo el trabajador, el que participa activamente en la gestión de los controles y supervisión de los aportes de su propiedad.

Sin embargo, aun existen retos por enfrentar a fin de que los servicios sean accesibles y financieramente sustentables, y que la sociedad esté en disponibilidad de sostener. Uno de los retos más importantes es poder sostener los adecuados índices alcanzados, y seguir trabajando en aquellos elementos que aún presentan rupturas y que tienen gran influencia sobre la salud pública costarricense. Esas rupturas, que son motivo de inequidad, están relacionadas con aspectos de accesibilidad, distribución de recursos tecnológicos y humanos, género, distribución de la riqueza, organización ciudadana y creación de oportunidades. Hay un estancamiento en el combate a la pobreza, lo cual debe replantearse como uno de los principales retos, especialmente dentro de un contexto global que patrocina elevados niveles de competencia.

La inversión en salud es importante para mantener el desarrollo alcanzado, pero a la vez, el Estado debe estar preparado para enfrentar aquellas enfermedades emergentes y reemergentes con criterios de oportunidad y de calidad de los servicios. Dentro de ellos, el impulso de los estilos de vida saludable marca la ruta de mejores niveles de salud.

En los últimos diez años la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en el futuro y tendrá fuerte incidencia en los servicios de salud y de pensiones. En los primeros, por las demandas en la atención de enfermedades crónicas, y en pensiones, por la presión sobre las reservas financieras existentes y la sostenibilidad del régimen.

Políticas estatales de generación de empleo, estabilidad en el empleo y salarios vitales, por una parte; ajuste de la prima media, edad de retiro, inversión de los fondos, son factores que deben analizarse en conjunto y generar decisiones preferiblemente de consenso, que armónicamente garanticen pensiones justas, dignas y seguras a los trabajadores de hoy y a los de mañana.

3.3 Sistema de seguridad social general de República Dominicana

El sistema de servicios de salud de la República Dominicana está conformado por un subsector público y un subsector privado. El subsector público está constituido por instituciones dependientes del gobierno central, Instituciones descentralizadas y Municipalidades. Por otra parte, el subsector privado está formado por instituciones aseguradoras y organizaciones prestadoras de servicio, con y sin fines de lucro. El aseguramiento privado en salud no cuenta con ninguna regulación, ni existe una institución especializada encargada de su supervisión. En este sentido, el sistema de seguridad social no cuenta con una fortalecida macro y microestructura que permita ajustar las reglas de participación del sector privado y determinar los mecanismos de incentivos óptimos para mejorar el desempeño tanto de las instituciones gubernamentales como privadas. Sin embargo, esta reforma de seguridad social contiene varias ventajas en materia de equidad, persuasión y la protección ante el riesgo financiero debido a la mayor prevención y educación incluidas en la reforma.

Objetivo

En 1996, la decisión política del Gobierno Dominicano fue iniciar un proceso de Reforma y Modernización del Estado, en esta dirección, se creó el marco propicio para formular el "Plan Nacional de Reforma de la Seguridad Social".

Los objetivos de la Reforma son:

- Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, asegurando servicios de promoción, protección específica, prevención, atención y rehabilitación, oportunos, adecuados y de cantidad y calidad suficientes para toda la población, a través de la articulación de redes de servicios descentralizadas que permitan:
- Extender la cobertura.
- Fortalecer la capacidad resolutive local y el desarrollo institucional.
- Facilitar la articulación de las instituciones del área bajo la rectoría de la SESPAS.
- Responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de población a los cuales sirva, definiendo los servicios en base al perfil epidemiológico de cada uno de ellos.
- Articular un Sistema Nacional de Salud en el cual participen todos los subsectores, bajo la rectoría de la SESPAS y con reglas del juego establecidas por ésta, que garanticen: calidad, equidad, y estándares mínimos de servicio para todo aquel que participe.
- Contribuir al desarrollo de un sistema de seguridad social en salud, universal, solidario, eficiente, plural y sostenible.

Las acciones que se deriven de este Plan Nacional deben:

- Asegurar que contribuyen a la disminución de las desigualdades sociales, aportando de esa manera al pago de la deuda social acumulada del país.
- Procurar la viabilidad técnica, política y administrativa de lo propuesto, para asegurar su sostenibilidad en el tiempo.
- Procurar financiamiento interno y externo para probar diversas modalidades para la puesta en marcha del nuevo Sistema Nacional de Salud, de forma tal que el país pueda hacer una elección informada sobre aquellas que satisfacen de forma más amplia los criterios establecidos.⁷

Además, se han definido como "principios rectores para la conducción del proceso de plan nacional de reforma sectorial", los siguientes postulados:

Universalidad: para que haya acceso a todos los ciudadanos a la satisfacción de sus necesidades en salud.

Equidad: por la igualdad de oportunidades diferenciadas en función de las necesidades desiguales de los individuos y grupos.

Integralidad: de las intervenciones sobre daños, riesgos y condiciones que afectan a la salud de los individuos y de la sociedad.

Solidaridad: por la distribución de los costos de la producción de la salud entre los grupos sociales, en función de la capacidad desigual para satisfacer sus necesidades de salud.

⁷ SESPAS. Proyecto de Reforma y Modernización del Sector Salud. Santo Domingo, junio de 1997. Págs. 4 y 5.

Participación Social: por la apertura de espacios y oportunidades para el involucramiento responsable en la gestión sanitaria, de todos los actores sociales implicados en la producción de la salud.

Sostenibilidad: por la garantía de legitimidad política y social y la viabilidad económica para el desarrollo del sistema nacional de salud*.

En este contexto, se busca conformar un sistema nacional de salud con las instituciones de los sectores público y privado que intervienen en el desarrollo de la salud, bajo la rectoría de la SESPAS, el cual se organizará con una relativa separación de las funciones de: Rectoría, Aseguramiento, Provisión y Financiación.

Descripción

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estará integrado, según el artículo 7 de la ley propuesta, por un Régimen Contributivo de financiamiento, un Régimen Subsidiado de financiamiento y un Régimen Contributivo Subsidiado de financiamiento.

El Régimen Contributivo, comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, incluyendo al Estado como empleador. El régimen contributivo cubrirá como mínimo las siguientes prestaciones: Seguro de vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, Seguro Familiar de Salud, Seguro de Riesgos Laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y Servicios Sociales. Las prestaciones que cubre el seguro familiar de salud en el régimen contributivo comprenden prestaciones en especie y en dinero.

Dentro de las prestaciones en especie se encuentran:

- Promoción de la salud y medicina preventiva
- Asistencia profesional en base al plan Básico de Salud
- Prestaciones farmacéuticas en atención ambulatoria
- Servicios de estancias infantiles
- Dentro de las prestaciones en dinero se encuentran:
- Subsidios por enfermedad (en caso de incapacidad temporal para el trabajo)
- Subsidio por maternidad, que la afiliada tendrá derecho por un equipamiento a tres meses del salario de cotización

El Régimen Subsidiado, protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.

El Régimen Contributivo Subsidiado, protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos estables iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

Los regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado gozarán de las mismas prestaciones salvo lo concerniente al Seguro de Riesgos Laborales. Asimismo, no incluyen las prestaciones de dinero.

Finalmente, según el artículo 129 del proyecto de ley de Seguro Social, referente al Plan Básico de Salud, “El sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará (de forma gradual y progresiva) a toda la población dominicana, independiente de su condición social y económica y del régimen financiero al que pertenezca un plan básico de salud, de carácter integral compuesto por los siguientes servicios: Aparatos, prótesis y asistencia técnica a discapacitarlo”.

Plan Básico de Salud:

- Atención médica de emergencia
- Asistencia ambulatoria por médicos generales y médicos especialistas mediante referencia
- Servicios hospitalarios, incluyendo medicamentos durante el internamiento
- Asistencia quirúrgica a cargo de médicos especialistas
- Exámenes biomédicos o de otro tipo recomendados por personal calificado
- Servicio materno infantil y recién nacidos
- Atención odontológica general
- Tratamiento en casos de enfermedades catastróficas
- Servicios de rehabilitación

Resultados

Cabe mencionar que el sistema de seguridad social de La República Dominicana es equitativo tanto vertical como horizontalmente. La equidad vertical se refleja en el sistema de pagos del servicio público basado en tres regímenes de financiamiento (contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado), procurando que exista una relación positiva entre la capacidad de pago y el pago realizado al sistema de seguridad social. La equidad horizontal se establece por la igualdad en el acceso y exoneraciones a grupos de similares condiciones en su capacidad de pago – se establece un sistema de pago en base a las características homogéneas al interior de los asegurados. Dentro del sistema de financiamiento, los tres regímenes de financiamiento comparten las mismas prestaciones farmacéuticas ambulatorias, las cuales cubren el 70% del precio a nivel del consumidor. Por lo tanto, el beneficiario aporta con el 30% restante. Asimismo, existe un Plan Básico de Salud único para los tres regímenes establecidos por la Ley de Seguro Social. Estos servicios incluirán educación y prevención.

La inclusión de educación y prevención en el Plan Básico de Salud, encasilla a este sistema que incorpora las dimensiones de persuasión y protección ante el riesgo financiero. El botón de persuasión implica la socialización de los riesgos de salud que pueden minimizarse a través de una mayor prevención. La protección ante el riesgo financiero es una consecuencia de la internalización de la educación en la población beneficiaria, ya que la mayor atención al cuidado de la salud evita contraer enfermedades que aumentan el gasto de bolsillo y desequilibran la economía del hogar.

3.4 Iniciativas para la extensión de la cobertura de la seguridad social a la población de trabajadores del sector informal

Los mecanismos de protección social son aquellos cuyo propósito es proteger a los trabajadores en caso de enfermedad, de accidentes en el trabajo, y otorgar los beneficios de retiro o jubilación correspondientes a los años de servicio. Además, tal y como lo señala la OIT (2003b), la protección social constituye uno de los objetivos estratégicos para el logro del trabajo decente, ya que determina la calidad de vida en el trabajo: las condiciones de empleo y de trabajo, y la seguridad y salud ocupacional que se ofrece a los trabajadores.

Objetivo

En la mayoría de los países de América Latina, sólo quienes tienen un trabajo formal y estable, acceden a beneficios sociales como la cobertura de jubilaciones y los seguros de salud; mientras que los trabajadores informales y los desempleados suelen carecer de éstos o dependen de programas sociales estatales, principalmente de naturaleza asistencial (OIT 2003a). Así, los trabajadores de la economía informal cuentan con menos herramientas para hacer frente a los riesgos que se les presentan. Estos riesgos pueden agruparse en cuatro categorías (Van Ginneken 2000):

- Calamidades, como desastres naturales, disturbios y hambrunas.
- Pérdida de la capacidad para obtener ingresos, que puede ser ocasionada por una enfermedad, un accidente, pérdida de activos, o la coyuntura económica.
- Crisis de los ciclos de vida, como fallecimiento o ruptura familiar.
- Gastos imprevistos e importantes, como facturas hospitalarias o grandes acontecimientos sociales.

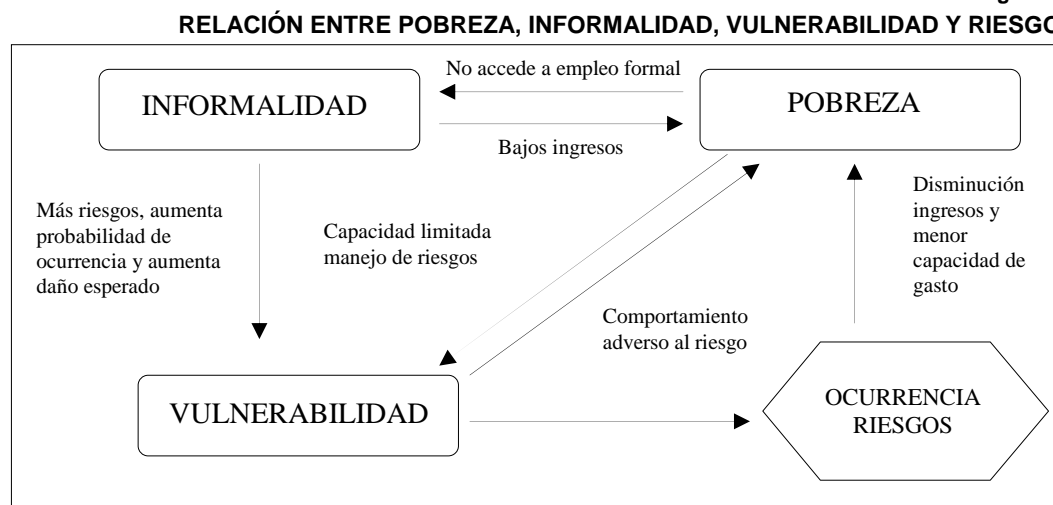
Dentro de estos riesgos, tanto para los trabajadores informales como formales, se pueden distinguir otros, más relacionados a la actividad laboral, como la posibilidad de perder el empleo, tener bajos salarios, no contar con beneficios sociales o un ambiente inseguro de trabajo. Si bien estos riesgos se dan para todos los trabajadores, las probabilidades de que éstos realmente ocurran son mayores para los trabajadores del sector informal.

Los bajos ingresos de los trabajadores del sector informal son un obstáculo para autofinanciar su seguridad social y para hacer frente a las consecuencias negativas de estos *shocks*, por lo tanto están más expuestos ante la ocurrencia de cualquier riesgo, (OIT 2003). Según Thomas (2002), entre las características de los trabajadores informales, que definen su vulnerabilidad, se encuentran:

- La ausencia de control sobre sus ingresos y condiciones de trabajo, ya que no tienen poder de negociación por ser unidades muy pequeñas.
- La ausencia de educación y capacitación.
- La falta de acceso al crédito.
- La falta de representación, ya que les es muy difícil agruparse.
- La carencia de protección social, la cual cubre una serie de beneficios, como pagos temporales en casos de enfermedad o desempleo, y pagos de largo plazo como las pensiones.
- La falta de protección frente a la discriminación y a la explotación.

Al ser vulnerables, la probabilidad de los trabajadores informales de ser pobres o volverse más pobres se incrementa, generándose una especie de círculo vicioso, en el que el trabajador, por ser informal, necesita trabajar a diario, y al ocurrir cualquier eventualidad se reducen drásticamente sus ingresos o deja de recibirlos, por carecer de seguridad social; y, eso incrementa la severidad de su situación de pobreza, la cual se refiere al hecho “actual” de no tener suficientes recursos para satisfacer necesidades. Y, es esta situación de pobreza la que impide, dado el alto costo de acceso a la economía formal, que puedan salir por sí solos de la informalidad. Esta dinámica se puede observar en el Gráfico.

Figura 8



Fuente: Loewe (2002).

Dado que los trabajadores del sector informal suelen formar parte del grupo excluido de los servicios de salud, se han aplicado diferentes mecanismos que han buscado brindarle estos servicios, tanto dentro como fuera del país. Más adelante se presentan algunas de las experiencias recogidas en otros países, de manera que sea posible extraer lecciones a partir de realidades similares a la nuestras.

En principio, existen mecanismos que han surgido a partir de la iniciativa propia de los trabajadores del sector informal. Existen también otros mecanismos, que a diferencia de los anteriores son de iniciativa externa, ya sea del Estado u organizaciones no gubernamentales. Se resume la experiencia internacional y local para estos dos tipos de iniciativas.

Evidencia Internacional

Iniciativa propia de los trabajadores

Los Fondos de Bienestar de Kerala, es uno de los mecanismos más antiguos que se conocen de protección social a trabajadores informales, ya que se inició en 1969. Estos fondos funcionan bajo un esquema de sociedades de beneficio mutuo, también conocidas como mutuales de trabajadores.

Los fondos de Kerala proveen seguridad social a los trabajadores, y poseen una organización burocrática con representantes de los trabajadores, de los empleadores y el gobierno. Los aportes a estos fondos, son efectuados de manera obligatoria por parte de los trabajadores y empleadores; y de aportes ocasionales y mínimos por parte del gobierno. Kannan (2002) reporta que existen a la fecha más de 20 fondos de bienestar en Kerala, que agrupan a más de 40 millones de trabajadores del sector informal. Cabe señalar que no todos los fondos proveen los mismos beneficios a sus asociados; pero sí existe, aunque no de la misma forma, en todos los casos, cobertura por enfermedad o accidente de trabajo. Entre otros beneficios algunos fondos proveen pensiones en caso de invalidez permanente, cobertura de salud, pensión temporal de desempleo, asistencia educativa para los hijos, y asistencia en servicios funerarios.

Otro caso de organización por iniciativa propia, es el de los micro-seguros informales para asistencia funeraria en Sudáfrica (Roth 2001), que existen debido a los altos costos de estos servicios los que terminan excluyendo a los trabajadores de bajos recursos (y que en su mayoría pertenecen al sector informal). El sistema de micro-seguros funerarios funciona bajo el esquema de asociados de ahorro y crédito rotativo (ROSCAS), es decir, los trabajadores aportan a un fondo

común, según una frecuencia acordada previamente, y en caso de muerte de ellos o algún familiar asegurado el fondo cubre los gastos de sepelio.

De manera muy similar al caso anterior funciona el Programa de ahorro colectivo para asistencia funeraria y de salud en Tanzania (Van Ginneken 1996), que es un programa en el cual participan trabajadores de mercados que pertenecen a cooperativas. Éstos trabajadores hacen aportes mínimos diarios, de acuerdo a la proporción del tamaño de sus negocios y ventas. Estas contribuciones financian una variedad de propósitos. Entre los relacionados a salud están la asistencia en servicios funerarios y la cobertura de gastos de hospitalización y atención médica, teniendo como límite las cifras fijadas para cada caso en los estatutos de su cooperativa.

En el caso de los Seguros de vida y de salud para trabajadoras informales por cuenta propia en la India (Van Ginneken 1996), asociadas en el SEWA, existen convenios de éstas (las trabajadoras independientes del sector informal) y las empresas aseguradoras de propiedad estatal, las cuales les proveen de diversos esquemas de aseguramiento según su ocupación específica. Estos esquemas de aseguramiento proveen servicios de salud y seguros de vida a través de contribuciones periódicas de los beneficiarios que son complementados con subsidios estatales.

Iniciativa externa

Hay mecanismos de protección social en salud a trabajadores del sector informal, que son mixtos, es decir, surgen como iniciativa de un organismo externo y es apoyado por los mismos beneficiarios. Como ejemplos de estos casos se tienen los micro-seguros de Salud y de Vida en Filipinas (Barbin, Lomboy y Soriano 2002), que empezaron a funcionar en la década de los 60s. Estos micro-seguros son proporcionados por ONG para trabajadores de microempresas pertenecientes a las cooperativas incluidas en el programa. Por lo general, las ONG funcionan como intermediarias entre los beneficiarios y las compañías aseguradoras, garantizando el pago de las primas y las contribuciones periódicas, según se acuerde.

Evidencia Local

Iniciativa propia de los trabajadores

En el Programa de salud en El Salvador (Van Ginneken 1996), los trabajadores (que son del mercado central municipal de San Salvador) están organizados en programas de ahorros colectivos, de aportes diarios y con la finalidad de cubrir los costos de hospitalización de los asociados y sus familiares directos. La diferencia es que cuando los fondos no cubren totalmente los gastos, hecho que sucede usualmente, los trabajadores hacen colectas para contribuir adicionalmente en favor del asociado en problemas.

Otro ejemplo de los seguros financiados por contribuciones periódicas de sus miembros, del Estado y de agencias donantes, es el Seguro para servicio de consultas fijas y ambulatorias - Asociación Mutual de los Trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA) República Dominicana (ILO 2000). Este seguro funciona bajo el esquema de mutuales de beneficio social y proporciona a sus asociados servicios de salud y asistencia médica. Este esquema viene operando desde 1995 y es financiado por contribuciones periódicas de sus miembros y contribuciones estatales y de agencias donantes.

Iniciativa externa

El Seguro Universal de Salud - IPTK en Bolivia (ILO 2000), se trata de un subsidio del Instituto Politécnico Tomás Katari y otras organizaciones donantes, para la atención médica y entrega de medicinas a los trabajadores pobres de las zonas urbanas marginales, quienes también hacen un aporte periódico al fondo. Este programa funciona bajo el esquema de micro-seguros de salud desde 1996. Del mismo modo, el Plan Solidario FSS Colombia, diseñado en 1999, está

dirigido al sector de pacientes vinculados con alguna capacidad de pago. La fundación para la seguridad social (FSS) es una empresa de salud con perfil solidario. Sus miembros son profesionales de la salud de la Universidad del Valle quienes conforman los organismos de dirección y a su vez son sus principales proveedores de servicios. El plan de la FSS contempla la distribución de los servicios de salud general y el fomento de la información necesaria para la prevención de enfermedades. Cada paciente es evaluado periódicamente en el costo de su demanda individual y en las características de esa demanda. Lo que se espera establecer, son criterios objetivos para asignar mayores aportes a los pacientes que hagan sobre utilización de servicios; pero, sin perder el elemento solidario.

En la línea anterior también se encuentra el caso de la Empresa Solidaria de salud Amuandes de Colombia (ILO 2000), que funciona bajo el esquema de mutuales de beneficio social, y es financiado por aportes de sus miembros (trabajadores pobres de zonas urbano marginales de Bogotá), la Municipalidad y el Fondo de Solidaridad (FOSYGA). Este fondo es financiado a través de un esquema de régimen contributivo del cual participan empleados, empleadores y trabajadores por cuenta propia. El Amuandes provee a sus asociados servicios de atención médica, tratamiento hospitalario, medicinas, e incluso cobertura de gastos en tratamientos de enfermedades costosas como cáncer y VIH.

La siguiente tabla expone algunas de estas iniciativas de reforma para el sistema de protección social en algunos países.

Tabla 9
EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y LOCALES DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA TRABAJADORES INFORMALES

Programa	País	Actores Involucrados	Características
Prog. de atención hospitalaria y funerales	Tanzania	Trabajadores de mercados	Contribuciones diarias (en total 10 dólares anuales) para la cobertura de gastos de hospitalización y funerales.
SEWA	India	Mujeres trabajadoras por cuenta propia	Contribuciones y subsidio estatal para cobertura de seguros de vida y de salud.
Fondos de Bienestar de Kerala	India (1972)	Trabajadores informales	Trabajadores organizados por tipos. Se financian con contribuciones del trabajador y empleador según distintas tasas que dependen de la actividad. Provee seg. Social para estos trabajadores.
AMUANDES	Colombia (1999)	Trabajadores pobres de zonas urbanas	Bajo el esquema de microseguros, las personas aportan periódicamente y reciben donaciones y contribuciones voluntarias de otras organizaciones. Ofrece cobertura de salud.
Seg. Salud del IPKT	Bolivia (1996)	Trabajadores del sector informal	Provee servicios básicos de salud, bajo el esquema de mutuales de aseguramiento.
Plan Solidario FSS	Colombia (1999)	Trabajadores pobres	Provee servicios básicos de salud, bajo el esquema de mutuales de aseguramiento.
Microseguros	Filipinas (desde 1977)	Microempresarios de bajos ingresos	ONGs y Mutuales proveen de seguros de vida, préstamos y atención en salud a cambio de contribuciones.
Seguros Funerarios Informales	Sudáfrica	Trabajadores de bajos ingresos	Asociaciones de crédito rotativo (ROSCA) venden este esquema de seguros a los trabajadores y ellos se encargan de administrar el servicio.

Tabla 10 (continuación)

Programa	País	Actores Involucrados	Características
Cuentas de Ahorro Médico (MSA)	Singapur	Familias pobres	Es un plan de ahorro fijo para que los individuos dispongan de efectivo al sufrir un problema de salud.
AMUTRABA	República Dominicana	Trabajadores del Ingenio de Beteyes y familias	Seguro para servicio de consultas fijas y ambulatorias a través de esquema de mutual.

Fuente: Espinoza y Rios (2005)

Resultados

Las iniciativas descritas anteriormente, encauzan la reforma del sector de salud monitoreando principalmente los botones de control que corresponden a la organización del sector y a los mecanismos de pago. Esta organización puede manifestarse por iniciativa propia de los trabajadores que se alinean en programas de ahorro colectivos, como es el caso de El Salvador; o puede presentarse a través de la cooperación entre el Estado, agencias donantes y trabajadores, como el caso de República Dominicana.

La protección financiera juega un rol fundamental en estos modelos, siendo la motivación principal de estas organizaciones. Por ejemplo, el Plan Colombia, como se vio, otorga clara importancia de la distribución de la provisión de servicios de salud a través de seguimiento en los costos de atención y tipo de demanda de los usuarios.

Los mecanismos de pago como se vio, van desde esquemas de poca complejidad en términos de coordinación y organización de tareas, como lo es la recolección de donaciones entre los demás trabajadores del sector y contribuciones diarias; hasta sistemas más elaborados en lo que a gestión de refiere, como lo son los microseguros.

3.5 La iniciativa HISMA-CONSALUD en Panamá

A principios de los años 90's los diagnósticos de situación hospitalaria en Panamá coincidían en señalar los siguientes problemas principales a solucionar:

- Crisis hospitalaria en MINSAL y CSS;
- Baja eficiencia;
- Mala calidad, quejas de usuarios;
- Carencia de insumos;
- Carencia de medicamentos;
- Personal asistencial concentrado en área urbana;
- Tendencia a la hiper-especialización;
- Sistema sin mecanismos de competencia (orientación al usuario y eficiencia), al operar con un pago histórico no vinculado a producción.

Se decidió entonces aprovechar la oportunidad que representaba la construcción de un nuevo hospital (HISMA, establecimiento de segundo nivel de complejidad, con 216 camas) en una zona que no contaba con otro establecimiento similar, para implementar un nuevo modelo de gestión que abarcara a toda la red asistencial para quinientos mil habitantes, y que uniera los esfuerzos y recursos disponibles del MINSAL y la CSS y que a la vez mejorara la gestión hospitalaria. Esta experiencia fue la primera iniciativa de reforma en el ámbito de los hospitales públicos en Panamá

y se caracteriza por el pago al hospital por la producción de servicios en cantidad y calidad definidas (se abandona el presupuesto histórico independiente de la producción y desempeño), la utilización del contratos de prestación de servicios como instrumento de relación entre las partes, la provisión de los servicios hospitalarios en forma externalizada y la inserción formal del hospital en la red de atención.

Objetivo

En 1996 el Gobierno de Panamá inició un Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRSS), cuyo primer componente estableció un nuevo modelo de gestión, organización y provisión de servicios de salud en la Región de Salud de San Miguelito. El objetivo de este proyecto fue modernizar la gestión hospitalaria, mejorar la integración de la red asistencial regional y superar problemas de eficiencia y calidad en la atención. Como parte del modelo se formalizó la separación de funciones de financiamiento, compra y provisión: se estableció una alianza estratégica entre la Caja del Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINSa) para el financiamiento de los servicios y se crearon legalmente las instancias necesarias de compra (CONSALUD) y provisión (Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel -HISMA). La función de provisión -ejercida por el Patronato del HISMA- se enmarcó en un modelo de gestión descentralizada, autónoma y basada en servicios externalizados, regulada por un contrato de provisión de servicios.

El proyecto incorporó las principales tendencias regionales en gestión hospitalaria, como son:

- nuevas formas de financiamiento en hospitales, basadas en resultados;
- mayor autonomía de gestión, y
- adopción de sistemas de garantía de calidad.

Una diferencia importante, sin embargo, entre éste y otros proyectos de modernización hospitalaria, es que la modernización de la gestión del HISMA se planificó como parte de un proceso integral de reformulación de la red de atención en la región de influencia del Hospital; este componente refleja la definición amplia del rol del hospital, reconociendo, por una parte, la necesidad de una gestión autónoma y descentralizada de los establecimientos hospitalarios, y validando también su rol como parte de un sistema organizado de atención con niveles de complejidad establecidos, con la obligación de responder a las necesidades e intervenciones sanitarias que la autoridad normativa y reguladora determine como prioritarias.

En definitiva, en diciembre de 1998, el HISMA inició operaciones con un nuevo modelo de gestión. Se integraron por primera vez los servicios de salud del MINSa con los de la CSS. Este inicio fue simultáneo con la nueva forma de gestión de la red de atención primaria.

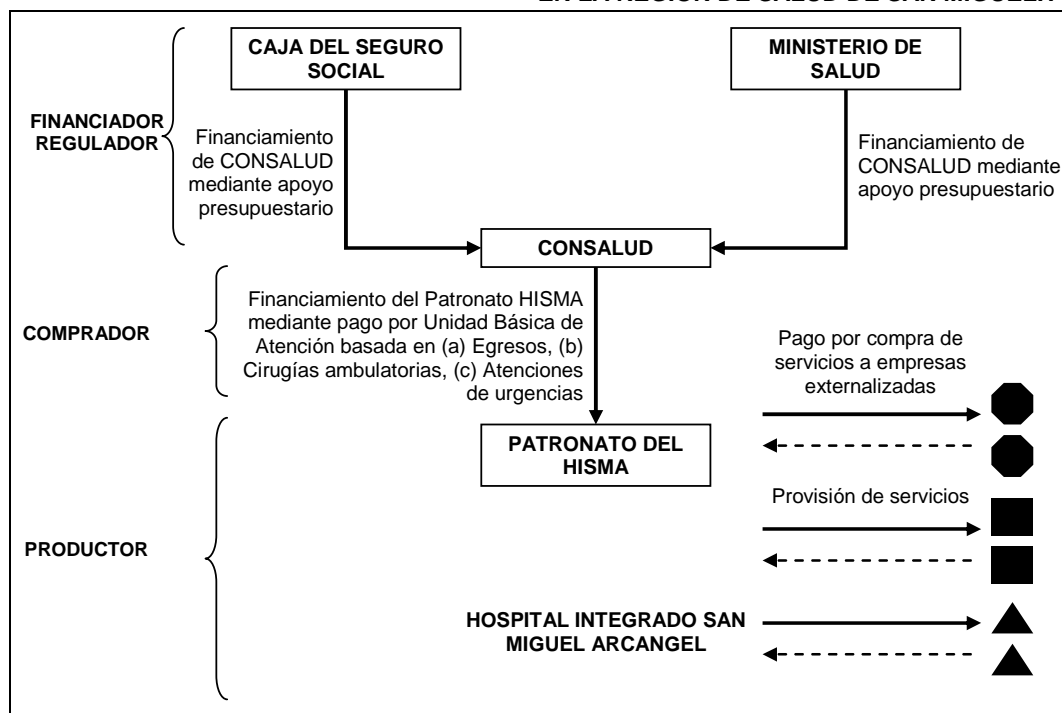
Descripción

El Nuevo Modelo de Gestión incorporó un primer componente organizativo general, asignando al nivel superior (MINSa y CSS) las funciones de financiamiento y regulación; creando una instancia formal (CONSALUD) para contratar, comprar y evaluar el cumplimiento de la provisión de Servicios; y definiendo expresamente que la provisión sería entregada a través de un organismo autónomo y público, en este caso el Patronato del HISMA (ver figura siguiente). A su vez éste decidió contratar empresas privadas para la provisión de los servicios finales (hospitalización, urgencia), servicios de apoyo (laboratorio y diagnóstico por imágenes) y servicios generales (seguridad, limpieza, etc.) Ambas entidades fueron creadas legalmente garantizando así tanto sus atribuciones como sus obligaciones y responsabilidades. La Ley 27 creó a CONSALUD como empresa mixta de utilidad pública, sin fines de lucro, para coordinar el financiamiento, contratación y provisión de servicios de salud a través de

contratos – programa. La Ley 28 creó al Patronato de HISMA como persona jurídica, estableciendo un consejo de gestión con funciones de directorio y de gerencia del Hospital.

Figura 9

MODELO DE GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO



Fuente: Autores.

A continuación se resumen los principales componentes y roles en el nuevo sistema de gestión:

Financiado

MINSA y CSS, las dos entidades públicas más importantes en el sector salud en Panamá. Ambas aportan fondos en forma proporcional a los beneficiarios atendidos en el Hospital

Articulador/Comprador

CONSALUD, entidad pública creada por el Estado para administrar fondos aportados por MINSA y la CSS y con capacidad de comprar servicios de salud a proveedores privados. Su función es comprar servicios de salud, definiendo condiciones de acreditación y funcionamiento y realizando la evaluación técnica y financiera de los proveedores contratados, además de asesorar al comprador en la definición de la evolución de necesidades de salud. En este caso en particular, CONSALUD compra servicios hospitalarios al HISMA, proceso que está reglamentado por un contrato – programa que vigila la cantidad, costos y calidad de los servicios otorgados por el HISMA. La vigencia del contrato de compra queda sujeta a la evaluación de desempeño del HISMA.

Proveedor de servicios

Patronato del HISMA y las Empresas Contratistas. El Patronato, institución autónoma de naturaleza pública sin fines de lucro y con personería jurídica —cuyos miembros representan a la sociedad civil organizada— tiene por función producir los servicios contratados, organizar y

administrar el hospital y prestar la atención bajo estándares de calidad técnica y percibida demostrables. Para el funcionamiento del Hospital, el Patronato contrata con empresas privadas los siguientes servicios: (i) Atención médica a 6 empresas de médicos y de enfermeras (contratadas por separado), (ii) SApooyo diagnóstico a 5 empresas de laboratorio de exámenes clínicos, diagnóstico por imágenes, etc. y (iii) Servicios generales a 3 empresas de vigilancia, lavandería, alimentación para personal, alimentación para pacientes.

Regulador y contralor

Existen cuatro tipos de supervisión y regulación de las actividades que realiza el HISMA, (i) la supervisión y regulación contable financiera que realiza CONSALUD a través de los controles para autorizar el pago al HISMA, (ii) la supervisión y regulación de la calidad técnica de los servicios de salud prestados en el HISMA en dos niveles, el control del MINSA y CSS hacia el Patronato del HISMA y el control desde el Patronato a las empresas contratistas, (iii) el control social a través del consejo de gestión del patronato del HISMA y (iv) la evaluación de la calidad de las empresas contratadas por el HISMA.

Como parte del contrato-programa, el pago que hace el HISMA a las empresas subcontratistas además de exigir un nivel de actividad determinado, está sujeto a una evaluación de la calidad de la atención, medida en dos dimensiones: (i) Calidad técnica y (ii) Satisfacción de los usuarios. La calidad técnica se evalúa por medio del cumplimiento de protocolos de atención previamente definidos en los contratos y supervisados por personal médico con dedicación exclusiva. La satisfacción de los usuarios se mide mediante encuestas mensuales a los usuarios de los diferentes servicios. Si los resultados de las evaluaciones de estas dos dimensiones muestran incumplimiento de protocolos o usuarios insatisfechos, se reduce el monto del pago.

La estructura de incentivos de las instituciones participantes esta claramente definida: a) Contratación explícita entre los diferentes niveles con indicadores y sanciones; y b) Fomento a la relación y coordinación con la red asistencial. Tanto para la relación HISMA red de establecimientos del primer nivel como para la relación con los hospitales de tercer nivel. Algunos de estos incentivos se listan a continuación:

El proceso de compra de servicios hospitalarios al HISMA está regido por un contrato-programa que establece la cantidad, costos y calidad de los servicios otorgados por el HISMA. La vigencia de este contrato está sujeta a la evaluación de desempeño del HISMA.

CONSALUD debe establecer anualmente el estimado de servicios por tipo de prestación y posteriormente supervisar y evaluar la gestión del contrato mediante inspecciones y auditorias.

El Patronato debe establecer y mantener sistemas de información financiero - contable actualizada y disponible para CONSALUD. El Patronato debe hacer reservas financieras para mantenimiento y reposición de equipos.

Se establece un SRC que hace obligatorio el establecimiento de mecanismos de coordinación entre la atención primaria y el HISMA.

Como unidad de medida de la producción y unidad básica de pago se establecen tres productos: egresos, cirugías ambulatorias y atención de urgencia. Las consultas pre y post internamiento están consideradas en el pago por egreso.

El mecanismo de pago de CONSALUD al Patronato del HISMA es el pago retrospectivo por servicio realizado. El Patronato, a su vez, paga a los contratistas con un mecanismo similar, sujeto a evaluación de calidad de los servicios prestados.

El Patronato realiza una evaluación cualitativa mensual de las prestaciones otorgadas y según puntaje obtenido se realiza el pago, se niega el pago o se puede terminar el contrato.

Estos contratistas aceptan que el Patronato, CONSALUD, la CSS y el MINSA puedan evaluar el proceso de prestación de los servicios.

Resultados

Antes de describir algunos de los hallazgos encontrados por estudios que han evaluado esta iniciativa, la siguiente tabla resume los “botones de control” que formaron parte de la estrategia de esta reforma.

Tabla 11

DESCRIPCIÓN DE LOS BOTONES DE CONTROL PARA EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN DEL HISMA

Botones de control	Descripción
Financiamiento	Financiamiento conjunto: MINSA – CCSS
Mecanismo de pago	Pago retrospectivo por servicio realizado, unidad básica de atención (egresos, cirugías ambulatorias y atenciones de urgencias)
Organización	Participación, separación de funciones e interacción entre: Financiador (MINSA Y CSS), Articulador/Comprador (CONSALUD), Proveedor de servicios (Patronato del HISMA) y Regulador y contralor (tinerante de Salud)
Regulación	Supervisión en algunos niveles: desde el CONSALUD hacia el HISMA, desde MINSA y CSS hacia el Patronato del HISMA, desde el Patronato hacia los contratistas, evaluaciones y auditorías externas.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la estrategia de financiamiento, esta reforma optó por la integración de las fuentes de financiamiento público por parte de las dos entidades más importantes en Panamá en el sector salud (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social). Para el éxito de esta participación conjunta se ha requerido de una acción coordinada en pro de los objetivos de esta reforma, separando esta función de la regulación y provisión.

La modalidad de unificar el financiamiento de MINSA y CSS y otorgar los servicios en forma conjunta a todos los beneficiarios, evitando engorrosos mecanismos de compensación de costos, favorece la equidad y la eficiencia en la utilización de los recursos de salud a nivel regional.

En lo que refiere a la organización del sistema, este modelo consideró la participación de todos los niveles del sistema que serían relevantes para el resultado (Gobierno, Poder legislativo, Contraloría, MINSA, CSS, Región de Salud, otros establecimientos de salud, opinión pública, personal de salud), tanto a nivel de compromiso como en la asignación de funciones específicas. Por otro lado, el modelo impulsó la creación de instituciones innovadoras que no existían en la organización previa y que eran indispensables para el proyecto (ente comprador CONSALUD, ente prestador PATRONATO).

Se ejecutó en forma paralela un plan de construcción de viabilidad para el modelo que permitió, por ejemplo, contar con empresas de profesionales dispuestas a prestar el servicio externalizado, realizar acuerdos con la población de la región de San Miguelito, obtener la aprobación de las leyes requeridas y negociar con los gremios de funcionarios de salud.

El proyecto no ha sido implementado totalmente y no se han entregado todas las herramientas de gestión y la autonomía comprometida. Pese a eso, el Patronato y la Dirección Ejecutiva han cumplido la mayor parte de sus compromisos y entregan atención de calidad reconocida objetiva y subjetivamente. Asimismo, la red asistencial tiene un funcionamiento superior al de las regiones control.

El modelo diseñado es muy sólido para lograr relacionar el pago con producción de servicios con una calidad previamente determinada. A pesar que no se desarrolló totalmente el modelo, los

resultados demuestran que el HISMA es más eficiente y productivo. Esta mayor productividad no se ha realizado a costa de la calidad ni es más costosa.

El instrumento que regula las relaciones entre las partes (contratos y contratos-programa) ha demostrado ser una de las fortalezas del modelo ya que especifica claramente los compromisos adquiridos, la retribución pactada y los mecanismos de renegociación. En ese sentido supera ampliamente proyectos implantados en otros países de “compromisos de gestión” o contratos de desempeño que abordan solo algunos de los puntos o no establecen una clara relación entre el logro de los objetivos y la retribución esperable.

El mecanismo de pago de CONSALUD al Patronato del HISMA es el pago retrospectivo por servicio realizado. Como unidad de medida de la producción y unidad básica de pago se establecen tres productos: egresos, cirugías ambulatorias y atención de urgencia. Las consultas pre y post internamiento están consideradas en el pago por egreso. El Patronato, a su vez, paga a los contratistas con un mecanismo similar, sujeto a evaluación de calidad de los servicios prestados, lo cual asegura un nivel de eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Lo anterior se manifiesta en el hecho que el pago que hace el HISMA a las empresas subcontratistas además de exigir un nivel de actividad determinado, está sujeto a una evaluación de la calidad de la atención, medida en dos dimensiones: (i) Calidad técnica y (ii) Satisfacción de los usuarios. La calidad técnica se evalúa por medio del cumplimiento de protocolos de atención previamente definidos en los contratos y supervisados por personal médico con dedicación exclusiva. La satisfacción de los usuarios se mide mediante encuestas mensuales a los usuarios de los diferentes servicios. Si los resultados de las evaluaciones de estas dos dimensiones muestran incumplimiento de protocolos o usuarios insatisfechos, se reduce el monto del pago.

En lo que refiere a la equidad en el financiamiento y provisión, el modelo influyó positivamente en la equidad entre asegurados y no asegurados. El copago tiene una función de contención de demanda en hospitales si: (i) No funciona la red de atención primaria; (ii) Si el funcionamiento de la referencia y contrareferencia es deficiente; y (iii) si se repite cobro realizado en el primer nivel de atención. En este caso, la cobranza del copago a no asegurados disminuye la equidad entre asegurados y no asegurados, y limita el acceso a los más pobres. Esta situación se ha disminuido en la región San Miguelito con el establecimiento de copagos de acuerdo a los ingresos de los usuarios. Para esto se han establecido cuatro categorías de ingreso. En las regiones control no existe un sistema de diferenciación de copagos. En hospitales como el HISMA en los que no se admite usuarios sin referencia del primer nivel de atención, no se justifica un copago. En los hospitales control que admitían usuarios en forma espontánea, el valor del copago está como controlador de la demanda injustificada (esto es especialmente relevante para asegurados).

3.6 La contratación de EMP en el INSS de Nicaragua

Nicaragua ha sido un pionero de la reforma del sector salud en América Latina. Para limitar el tamaño del estado y preservar el equilibrio macroeconómico, las organizaciones para el desarrollo internacional han promovido la reforma del sector salud que comprende la separación del proveedor del sistema público, en la cual el estado transfiere el rol de la provisión de asistencia médica a organizaciones privadas. Nicaragua adoptó esta reforma, generándose una mayor participación del sector privado en el financiamiento y la provisión de la salud pública. Una parte fundamental del proceso de esta reforma, es el mecanismo de pago que crea los estímulos apropiados para mejorar la eficiencia del sistema de provisión.

Objetivo de la Reforma y justificación

En 1994, Nicaragua externalizó la asistencia médica proveída por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Dicha externalización consistió en la participación del sector privado como un agente más de la estructura del mercado de servicio al cuidado de la salud pública. Desde entonces, bajo un escenario de competencia en la provisión del servicio público y privado, la participación del sector privado es proveer la asistencia médica primaria a la población de bajos ingresos. Estas nuevas organizaciones de provisión privada del servicio público, son llamadas Empresas Médicas Provisionales (EMP), las mismas que funcionan en un sistema de pagos per cápita, i.e., el gobierno nicaragüense financia a la EMP el costo de un paquete básico de beneficios por paciente afiliado. Bajo este enfoque, el objetivo de esta estructura de pagos, es hacer que las EMP adopten una combinación de los servicios que acentúe la prevención y el cuidado primario de la salud de mejor calidad a mínimo costo. Sin embargo, hay que reconocer que existen otros factores que influyen sobre el objetivo de calidad y eficiencia en la provisión privada de salud pública, entre estos factores se tienen: cambios en la cobertura, en la tecnología, y en la situación epidemiológica del país. Por lo tanto, no es posible atribuir la calidad y eficiencia únicamente al cambio en el mecanismo del pago de proveedor.

En la actualidad, el INSS cubre aproximadamente 6 por ciento de la población nicaragüense (260.000 beneficiarios), y los afiliados representan el 25 por ciento de la mano de obra del país. La cobertura del seguro abarca al trabajador afiliado, a su esposa, y a sus hijos hasta los seis años de edad. Adicionalmente, el trabajador asegurado tiene un derecho al reposo por enfermedad y la licencia por maternidad. El INSS paga una cantidad fija por familia, a pesar de su tamaño, edad, o riesgo.

El paquete de beneficios se define por una lista negativa, en la que se excluye una serie de tratamientos y procedimientos, tales como el TAC, encefalograma, diálisis, trasplantes, salud mental, radioterapia y la quimioterapia, enfermedades neurológicas, y enfermedades contagiosas (SIDA, tuberculosis, leishmaniasis, lepra y rabia). La exclusión de estos tratamientos y procedimientos del paquete básico, no implica la exclusión de los servicios de salud pública. La diferencia entre estar contenido en el paquete básico o no está marcada por el subsidio. En esta dirección, el INSS realiza pagos mensuales, por beneficiario, al proveedor contratado (EMP), a cambio de un acordado conjunto de beneficios médicos.

Descripción

Los mecanismos de pago engendran los estímulos que afectan la eficiencia en la producción de asistencia médica, calidad del servicio, equidad en la provisión y financiamiento. Idealmente, los pagos se deben hacer por paciente asistido. Sin embargo, una de las dificultades prácticas más relevantes, consiste en establecer los incentivos adecuados que mejoren el desempeño de los proveedores en términos de resultados de los indicadores de salud (McGuire et al., 1988:242).

En la práctica, los mecanismos de pago comúnmente utilizados son honorarios por servicio prestado y por paciente asistido. En Nicaragua, el INSS escogió el segundo. El pago por paciente, consiste en un pago periódico fijo hecho por el asegurador al proveedor, por beneficiario atendido. Por otra parte, el pago es independiente del historial clínico del beneficiario y la cantidad de asistencia médica que él o ella demanden. Por lo tanto, el riesgo de un mayor gasto esperado, es transferido directamente al proveedor. En comparación con el honorario por servicio, la mayor demanda bajo el sistema de pago per cápita, afecta únicamente los costos asumidos por el proveedor, en este sentido, la capacidad de ganancia del proveedor depende exclusivamente de su habilidad de atraer y retener al afiliado y su capacidad de mantener los costos medios por debajo del pago recibido por beneficiario (Robinson y Cassalino, 1996).

Para que el mecanismo de pago funcione adecuadamente, la magnitud del riesgo asumido por el proveedor debe ser suficientemente grande,⁸ sin afectar negativamente el incentivo de participación de las EMPs, i.e., el riesgo financiero para cada proveedor debe ser tolerable. Se estima que un médico a cargo del cuidado primario, necesita por lo menos 2.000 miembros para tratar exitosamente con el riesgo asignado (Wouters, 2000). Por otra parte, para producir los aumentos en la eficiencia, los hospitales han desarrollado sistemas variables de compensación, tal como las primas, participación en las ganancias, y pagos por asistencia individual.

Tabla 12

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN, COMPARACIONES Y RESULTADOS ESPERADOS

Preguntas	Hipótesis	Método	Comparación de variables	Resultados
¿Cómo hacerlo ¿Afectó el sistema per cápita el desempeño de los promotores médicos?	¿Incrementaría la utilización de la salud primaria?	Comparar datos de las EMPs (1994-1998) con los datos del INSS (1974-1978)	Tasas de visitas Tasa de visitas en asistencia general Tasa de visitas a especialistas	+ + -
	¿Reduciría la utilización de la salud secundaria y terciaria?	Datos de las EMPs (1994-1998) comparadas con el MOH (1994-1998)	Primera visita/Total de visitas Exámenes de laboratorio/visita Pruebas de radiología/visita	+ - -
	¿Disminuiría los costos per cápita?	Tratamientos de los pacientes de las EMPs (1999)	Prescripciones/ visita Tasa de visita por emergencias	- -
		Inspección de médicos de las EMPs (1999)	% visitas por emergencias/total visitas Tasas de hospitalización ALOS % C-secciones/ total asistencias Días de reposo por enfermedad Gasto per-cápita Gasto per-cápita de la atención primaria Gasto por atención primaria/Gasto total Satisfacción del paciente Satisfacción del médico	- - - - - + + ? ?
¿Qué efecto tiene el sistema de pago per cápita sobre las condiciones laborales de los médicos?	Incrementar la utilización de médicos puede asumir algunos riesgos	1999 evaluación del personal médico de las EMPs 1999	Remuneración anual promedio Antigüedad en la profesión Antigüedad en la especialidad Horario de trabajo Bonos y remuneración variable	? - - ? Si

⁸ Conforme a la ley de grandes números, la varianza del gasto por beneficiario es inversamente proporcional a la raíz cuadrada del número de afiliados (Phelps, 1992:357).

Tabla 13 (conclusión)

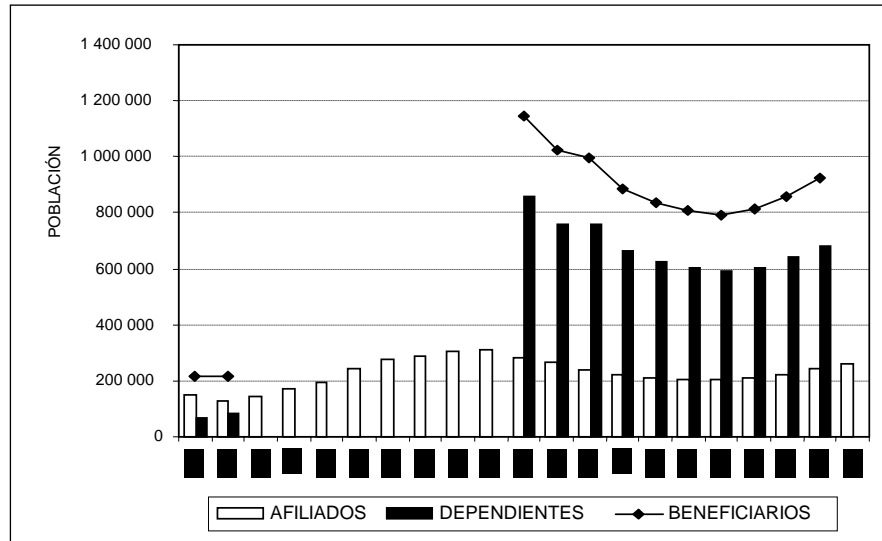
Preguntas	Hipótesis	Método	Comparación de variables	Resultados
Con respecto al sistema de pago per cápita: ¿Cómo se alteró la estructura de mercado?	Disminución de la concentración de mercado	Tratamiento de los pacientes de las EMPs (1999) INSS Base de datos de las EMPs (1994-1998)	Porcentaje de pacientes mujeres Promedio de la edad de los pacientes Número de las EMPs	Diferencias entre tipos de EMPs Diferencias entre tipos de EMPs ?

Fuente: Bitrán y Asociados (Junio 2000).

La evolución del proceso de mejora de la seguridad social en Nicaragua, se resume en tres puntos clave ocurridos en la reciente historia del sistema de atención médica: el desarrollo de la seguridad social (1955), la creación de un sistema unificado de pago y provisión de salud (1979), y la implementación de un modelo competitivo que incorpora la separación del agente proveedor del sistema público (1994).

La primera etapa del proceso, empezó con la creación del INSS, cuyo objetivo fue proporcionar a trabajadores únicamente del sector formal, el seguro de asistencia médica y maternidad. Hasta 1979 INSS proporcionó los servicios de sanidad a través de su propia red de proveedores médicos, que incluyó tres hospitales, un policlínico especializado que atendía al 5 por ciento de la población nicaragüense (129.517 afiliados).

Figura 10
BENEFICIARIOS DEL INSS EN NICARAGUA 1978-1998



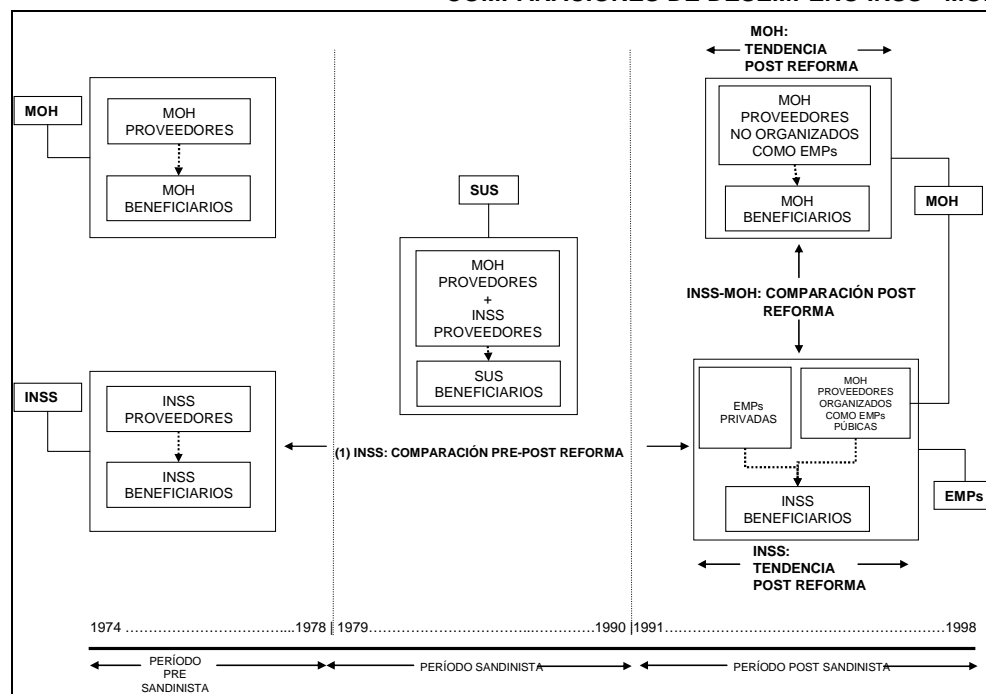
Fuente: Bitrán (1998).

Para la segunda etapa, se creó un solo sistema nacional unificado de asistencia médica, sin que el INSS desapareciera como una institución. No obstante, todas sus facilidades de asistencia médica y su renta por concepto de primas de seguros fueron transferidas al MOH. Como resultado de esta intervención, la calidad y el acceso al cuidado de la salud disminuyó notablemente, causando una disminución en la tasa de afiliación y un apreciable evasión de las contribuciones.

En la tercera etapa del proceso, se inició una nueva reforma para restaurar la asistencia médica en la población del INSS. La génesis de la reforma fue limitar el papel del Estado en la asistencia médica, y estimular la participación del sector privado en la provisión del servicio de la salud pública. Como resultado de este proceso, en 1994 INSS aplicó un sistema nuevo de contratación a proveedores externos para la entrega de un paquete de beneficios médicos.

En la actualidad, INSS cubre aproximadamente 6 por ciento de población de Nicaragua (260.000 beneficiarios), y sus afiliados representan el 25 por ciento de la mano de obra.

Figura 11
COMPARACIONES DE DESEMPEÑO INSS - MOH



Fuente: Bitrán (1998).

Resultados

El número total de visitas por beneficiario a las EMP disminuyeron durante el primer año de la post-reforma (1994). No obstante, al año siguiente se produce un significativo salto de 1.3 a 3.2 visitas por año y estabilizándose en aproximadamente 4,5 visitas por año durante el período restante de la post-reforma, esta tasa es muy semejante a la observada durante los años setenta (ver tabla 4). La EMP exhibió un número creciente de visitas por asistencia médica general, mientras que el número per capita de visitas a especialistas, permaneció invariable. Así mismo, se observa que las tasas de visitas al especialista eran substancialmente más bajas para las EMPs en comparación al INSS antes de la reforma. Por otra parte, el número de pruebas de laboratorio por beneficiario entre las EMP permaneció relativamente fijo entre 1994 a 1998 y era levemente más alto que en el años setenta. Con respecto a las pruebas de radiología, las EMPs mostraron una tendencia decreciente durante la reforma. El número de prescripciones por visita era más bajo durante la década de los 90 que en los años setenta.

En la mayoría de los años de la post-reforma, en comparación con el MOH, las EMP han tenido una acción mucho más focalizada en las primeras intervenciones (visitas), lo que implica que las EMP pudieron haber tenido una mayor habilidad para resolver los problemas de pacientes en su primera visita. Sin embargo, en los últimos años el MOH parece haber aumentado su eficiencia, visto por su creciente proporción de las primeras visitas. En lo referente a pruebas de

laboratorio, existe poca diferencia entre los resultados de las EMP y el MOH, mientras que las prescripciones por visitas reportadas por las EMP, excedieron significativamente a las observadas por el MOH.

Algunos indicadores de mejoría del estado de salud se listan a continuación.

Tasa de utilización por emergencias: En 1998, la tasa de asistencias por emergencias reportadas por el MOH fue la mitad de lo encontrado para las EMPs. Según los estándares de la Organización Americana de la Salud, las visitas por emergencia no deben exceder el 10 por ciento de las visitas totales. Con respecto a las EMP, se tiene que las visitas por emergencia crecieron, del 3 por ciento en 1994 al 8 por ciento en 1998. En contraste con el MOH, se reporta una caída del 12 por ciento al 8 por ciento.

Tabla 14

ÍNDICES DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE EMERGENCIA, NICARAGUA 1974-1978; 1994-1998

	Indicadores	Períodos de la pre-reforma					Períodos de la post-reforma				
		1974	1975	1976	1977	1978	1994	1995	1996	1997	1998
INSS-EMP	Visitas Totales/Beneficiarios	4,6	5,2	5,3	5,0	4,4	1,3	3,2	3,4	5,2	4,7
	Visitas por práctica medica general/Beneficiarios	3,9	4,4	4,5	4,1	3,6	1,1	2,8	2,8	4,5	4,1
	Visitas a especialistas/Beneficiarios	0,7	0,8	0,9	0,9	0,8	0,2	0,4	0,5	0,7	0,5
	% primeras visitas/Beneficiarios	25,4	18,9	19,0	21,1	21,8	77,3	81,4	51,4	53,5	50,7
	Exámenes de laboratorio/visita	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
	Pruebas de Radiología/visita	0,06	0,07	0,07	0,08	0,05	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03
	Prescripciones/visita	2,8	3,0	3,2	3,3	3,4	1,1	1,4	1,9	1,9	2,3
	Visitas por emergencias/Beneficiarios por año	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4
	% visitas por emergencias/Total visitas	3,6	2,4	3,9	4,4	6,6	2,7	3,3	4,2	6,1	8,0
Min. Salud	Visitas Totales/Beneficiarios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,7	2,0	2,0	2,0	1,9
	Visitas por práctica medica general/Beneficiarios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	-	-	-	-	-
	Visitas a especialistas/Beneficiarios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	-	-	-	-	-
	% primeras visitas/Beneficiarios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	14,1	11,5	21,3	-	-
	Exámenes de laboratorio/visita	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,1	0,6	0,6	0,6	0,6
	Pruebas de Radiología/visita	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9
	Prescripciones/visita	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9
	Visitas por emergencias/Beneficiarios por año	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	% visitas por emergencias/Total visitas	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	11,8	10,0	9,2	9,2	8,3

Fuente: Bitrán (1998).

Nota: N.D. No disponible.

Tasa de hospitalizaciones: La tasa de hospitalización por persona asegurada en el INSS durante 1997 y 1998 es similar a lo observado 10 años antes. La tasa de hospitalización es del 10 por ciento incluyendo prestaciones, y el 6 por ciento excluyéndolas (Tabla 5). Este indicador es

relativamente alto cuando es comparado con países de similar desarrollo económico. La tasa de intervención por cesáreas en las EMPs fue superior al 40 por ciento, mientras que en el MOH se encontraba por debajo del 20 por ciento. Esto se convirtió en un hallazgo sorprendente, ya que los estímulos económicos del sistema de pago per cápita, debieran llevar a una disminución en la proporción de cesáreas. Sin embargo, las atenciones por cesáreas ofrecen la posibilidad de planificar la intervención y de ahí necesitar menos médicos de guardia.

Finalmente, antes de la reforma un paciente se hospitalizaba por un promedio de 10 días, y después de la reforma el promedio de permanencia disminuyó a tres días. El tiempo medio de hospitalización para pacientes del MOH es más que el doble de la permanencia de los pacientes en las EMPs.

Tabla 15

ÍNDICES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, NICARAGUA, 1974-1978 Y 1994-1998

Indicadores		Períodos de la pre-reforma					Períodos de la Post-Reforma				
		1974	1975	1976	1977	1978	1994	1995	1996	1997	1998
INSS -EMP	Admisiones/1000 beneficiarios por año	80	100	120	110	100	16	42	59	99	99
	Admisiones (sin incluir entregas)/1000 beneficiarios	50	60	70	70	60	8	22	32	59	63
	Promedio de hospitalización (días)	8,1	7,8	7,1	7,2	6,6	1,4	1,6	2,4	2,5	2,4
	Promedio de hospitalización (sin OBGYN)	11,5	10,5	9,6	10,0	9,4	1,6	2,1	2,8	2,8	2,6
	Promedio de hospitalizaciones con todos los beneficios	2,5	3,7	3,4	3,7	3,5	-	-	1,7	2,6	1,8
Min. Salud	Admisiones/1000 beneficiarios por año	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	60	70	60	-	-
	Admisiones (sin incluir entregas)/1000 beneficiarios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	40	40	40	-	-
	Promedio de hospitalización (días)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	4,5	4,5	4,6	-	-
	Promedio de hospitalización (sin OBGYN)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	4,9	5,7	5,2	-	-
	Promedio de hospitalizaciones con todos los beneficios	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	2,3	2,4	2,3	-	-

Fuente: Bitrán (1998).

Nota: N.D. No disponible.

Desde que la reforma de la seguridad social se aplicó en Nicaragua, el mercado del proveedor privado (EMP) se ha consolidado progresivamente. El número de EMP ha crecido apreciablemente y el mercado ha tendido a ser menos concentrado. Así mismo, las EMP se

distribuyen uniformemente entre la capital y otras partes del país, y en los últimos años el número de EMP ha crecido significativamente en áreas no metropolitanas.

Bitrán y Asociados (2000), evaluaron el mecanismo de pagos per cápita en el funcionamiento de las EMP en Nicaragua, del cual se obtuvo lo siguiente:

- La tasa de utilización por visitas de práctica médica general ha aumentado, mientras que la tasa de utilización para visitas a especialistas no ha variado;
- Según las opiniones médicas, la EMP ha adoptado una combinación de los servicios que acentúa la prevención y el cuidado de la salud a nivel primario;
- En promedio, se tiene que las EMP poseen una capacidad resolutoria más grande que el MOH;
- Las EMP muestran una tasa de utilización del servicio de salud más alta que el MOH.

En Nicaragua la reforma ha generado un alto nivel de satisfacción entre médicos y pacientes. Sin embargo, estos resultados pueden ser específicos al contexto nicaragüense. Se debe recordar que tanto los médicos como los pacientes comparan su situación actual con el observado durante el régimen sandinista, caracterizado por la ausencia de un sector privado, de médicos empobrecidos, y de ninguna elección para pacientes.

A pesar de los resultados positivos, también se deben analizar los potenciales efectos negativos que deben ser considerados para el diseño regulativo.

El posible deterioro de la calidad técnica. Por ejemplo la tasa media de hospitalización ha disminuido y la tasa de atención por emergencias ha experimentado un crecimiento explosivo. En este sentido, la calidad del servicio puede verse deteriorada. Esto puede ser evitado mediante monitoreos de la calidad ofrecida.

La competencia entre proveedores se puede basar en la selección del riesgo en vez del costo y la calidad. Este estudio no encontró evidencia de este fenómeno en Nicaragua.

Finalmente, la experiencia en Nicaragua sugiere que proveedores públicos se comportan menos eficientemente que sus contrapartes privados. En este sentido, la aplicación del modelo Nicaragüense parece tener más ventajas que desventajas.

3.7 La descentralización en la provisión y el financiamiento en el sistema público de salud

En las últimas dos décadas, las políticas de descentralización del sector de la salud se han planificado e implementado a gran escala en el mundo en desarrollo. La descentralización, habitualmente en combinación con una reforma financiera a la salud, ha sido señalada como una herramienta clave en el mejoramiento del desempeño del sector de la salud y en la promoción del desarrollo social y económico (Banco Mundial 1993). Esta sección estudia la evidencia empírica en materia de descentralización explorada por Chile, Colombia y Bolivia. La finalidad de la descentralización del sector salud es mejorar la calidad, equidad y eficiencia de la utilización y asignación de los recursos por parte de las autoridades locales, las mismas que se supone, conocen la verdadera realidad del sector bajo su jurisdicción. Bajo este contexto, la génesis de la efectividad de la descentralización, está en su planificación e implementación, y no en la descentralización como tal.

Objetivos

Los expertos en materia de descentralización, sostienen que los objetivos potencialmente alcanzables son: eficiencia, equidad y calidad del manejo de recursos del sector de la salud. Asimismo, los expertos a favor de la descentralización coinciden en que la transferencia de la autoridad y responsabilidad a los municipios, permitirá converger a una mayor sintonía con las preferencias locales. Esto se justifica porque suponen que los funcionarios locales conocen mejor las condiciones locales. Este conocimiento cercano, junto con la flexibilidad de tomar decisiones, llevará a decisiones más eficientes y eficaces. Por lo tanto, esto lleva a pensar que resultaría óptimo para el alcance de los objetivos, permitirles a las autoridades locales, administrar el uso de los recursos humanos, la organización de servicios y la compra de suministros locales.

En la actualidad, la tendencia de latinoamericana es permitir un rango más amplio de decisiones sobre la asignación, contratación y administración que sobre la organización de servicios, focalización y remuneración de funcionarios públicos (Thomas Bossert 2000). Por otra parte, existen razones para temer que la descentralización no logre estos objetivos, entre las cuales se mencionan las siguientes:

- Inequidad en la distribución de recursos. Los sectores capaces de generar mayores recursos, asignarían una mayor porción de sus recursos a la asistencia de la salud, generándose una creciente brecha con las comunidades de escasos recursos;
- Creación de incentivos perversos. La transferencia de la autoridad y responsabilidad a las autoridades locales, pueden verse influenciadas por elites locales para orientar las intervenciones de política a favorecer intereses minoritarios;
- Contratación de un deficiente capital humano. Es probable que se produzcan presiones locales que conlleven a la contratación de grupos no calificados para el rol a desempeñar.

No obstante, estas potenciales fugas de la descentralización pueden ser controladas mediante un riguroso diseño regulativo, que contemple un adecuado sistema de evaluación y monitoreo.

Descripción

Las estrategias están orientadas a resolver dos puntos clave dentro del proceso de planificación de la descentralización.

- Definir las instituciones a cargo de la autoridad y responsabilidad de la administración en un escenario de salud descentralizada;
- Definir un rango factible de decisiones para las instituciones responsables en el ámbito local.

Entre las alternativas para la identificación de las instituciones responsables, se tiene:

- Desconcentrar autoridad y responsabilidad hacia las direcciones regionales y/o provinciales del Ministerio de Salud;
- Transferir autoridad y responsabilidad hacia los gobiernos regionales, provinciales y/o municipales; o
- Delegar autoridad y responsabilidad hacia otra agencia semi-autónoma, tal como una directiva de salud, fondo de salud o superintendencia separado.

Para los casos de Chile, Bolivia y Colombia, los gobiernos centrales optaron por las líneas directivas hacia la planificación e implementación de sistemas de salud transferidos. En este sentido, las municipalidades fueron quienes asumieron la autoridad y responsabilidad de la descentralización.

Como se mencionó, otro asunto a resolver es la definición del grado de flexibilidad en la toma de decisiones para el óptimo alcance de los objetivos. La siguiente Tabla 1, muestra como tres países latinoamericanos han definido sus espacios de decisión para las diferentes funciones.

Tabla 16

ESPACIO DE DECISIÓN COMPARATIVO: RANGOS ACTUALES DE ALTERNATIVAS

Funciones	Rango de Alternativas Limitado	Moderado	Amplio
Finanzas			
Fuentes de Ingreso		Colombia, Chile y Bolivia	
Gastos		Colombia, Chile y Bolivia	
Ingresos por tarifas	Chile y Bolivia	Colombia	
Organización de servicios			
Autonomía Hospitalaria	Colombia y Chile	Bolivia	
Seguros de Salud	Colombia, Chile y Bolivia		
Mecanismos de Pago	Colombia, Chile y Bolivia		
Programas Requeridos y Normas		Colombia, Chile y Bolivia	
Programas Verticales, Suministros y Logísticas			Colombia, Chile y Bolivia
Recursos Humanos			
Remuneraciones	Colombia, Chile y Bolivia		
Contratos		Colombia y Bolivia	Chile
Funcionarios Públicos	Colombia, Chile y Bolivia		
Reglas de Acceso	Colombia, Chile y Bolivia		
Reglas de Administración			
Responsabilidad Local por Resultados			Colombia, Chile y Bolivia
Directivas de Instalación	Colombia y Bolivia	Chile	
Dirección de Salud	Colombia y Bolivia	Chile	
Participación Comunitaria	Bolivia		Colombia y Chile
Espacio de Decisión Total	Colombia	Chile	Bolivia

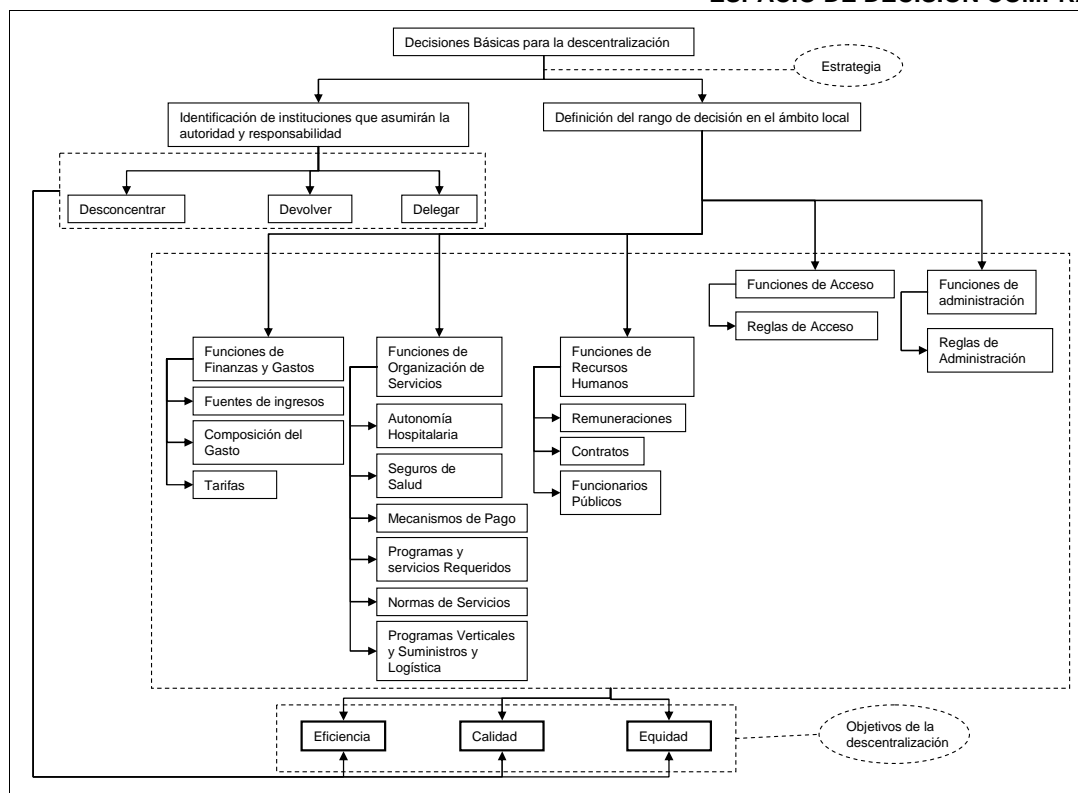
Fuente: Bossert (2000).

Aproximadamente el 50% de las funciones se ubican en el rango de alternativas limitadas, esto significa que existe un manejo centralizado de las decisiones. Por otra parte, cercano al 40% de las funciones se ubican en el espacio moderado de la toma de decisiones, y sólo un 20% de las funciones se agrupan en el sector amplio de decisiones.

La Figura 12, representa esquemáticamente las estrategias del proceso de planificación e implementación de la descentralización y los objetivos que esta pretende alcanzar.

Figura 12

ESPACIO DE DECISIÓN COMPRA



Fuente: Autores.

Resultados

En Chile, se aumentó la capacidad local de asignar recursos a la salud a través de un innovador fondo de compensación, que podría ser un modelo para otros países que han de planificar sus programas descentralizados. El Fondo Común Municipal chileno, asignó una porción de los impuestos locales y otros ingresos de las municipalidades con más recursos (hasta un 60% de esos ingresos) a un fondo de equidad, el que reasignó los fondos a las municipalidades restantes, según una fórmula de la pobreza municipal y per cápita. Este fondo de compensación redujo de modo significativo las diferencias en ingresos entre las municipalidades. (El coeficiente Gini bajó de .45 a .30).

Tal vez, este fondo sea innecesario para generar una equitativa asignación per cápita a la salud, pero es un buen ejemplo de un mecanismo de reasignación. Otras alternativas, son la reasignación de fondos centrales según una fórmula basada en la capacidad municipal para generar ingresos. Este mecanismo, sin embargo, debiera ser ajustado, para que las municipalidades con más recursos aún tengan incentivos para asignar sus fondos a la salud. Sin una fórmula ajustada, estas municipalidades podrían tener un incentivo para ser “fiscalmente perezosas,” y reducir sus fondos con la expectativa que el gobierno central pague la diferencia.

Otro mecanismo, utilizado en Colombia y Bolivia, es requerir que un porcentaje mínimo de las transferencias centrales se destine a programas de salud. En Bolivia, las municipalidades deben asignar al menos un 3,2% de los fondos provenientes del presupuesto central a un paquete de servicios de salud. Dado que se presta el financiamiento a las comunidades locales según una fórmula per cápita, este mecanismo aumenta la equidad de las asignaciones.

Un tercer mecanismo es el financiamiento compartido, que las autoridades centrales pueden utilizar para incentivar a las autoridades locales a asignar fondos a programas de prioridad y a poblaciones de prioridad. En orden de aumentar la equidad, se puede ajustar este mecanismo para que las comunidades más desprovistas deban aportar sólo un financiamiento contraparte mínimo, mientras las comunidades con más recursos deban aportar una parte mayor. Es importante que las autoridades centrales retengan un presupuesto significativo para tener los fondos para proporcionar financiamientos compartidos.

Un importante tema de la descentralización es si mejora o deteriora los programas prioritarios de atención primaria de la salud. Aún no se han recolectado los datos suficientes para evaluar los programas de inmunización y otros programas de enfermedades comunicables; sin embargo, la evidencia colombiana sugiere que las municipalidades aportan un financiamiento cada vez mayor para la prevención y promoción, y que la diferencia entre las municipalidades con mayores y menores recursos se estrecha en el tiempo.⁹

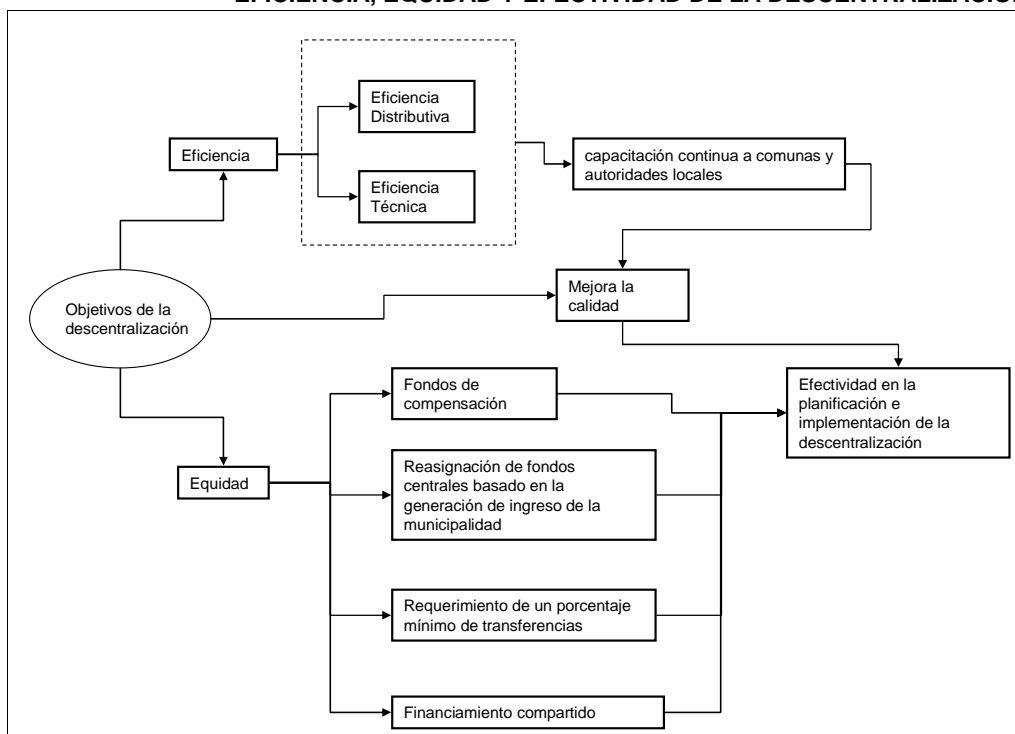
Donde las municipalidades pueden aumentar el personal contratado, tal vez han logrado aumentos en la eficiencia técnica.¹⁰ En Colombia, las municipalidades certificadas para tener un mayor control sobre sus recursos contrataban personal adicional. Tener esta flexibilidad en la administración local, en vez de ser restringidas por las reglas de manejo de funcionarios públicos, puede generar oportunidades para mejorar la combinación de insumos de recursos humanos para mejorar la eficiencia. Sin embargo, un aumento en la decisión local, sin reglas para incentivar una contratación basada en el mérito, puede llevar a patronazgo y nepotismo, lo que no aumenta la eficiencia.

Es difícil evaluar la relación entre la descentralización y la calidad de los servicios de salud. Ninguno de los casos estudiados entregó evidencia clara. Los actores locales encuestados en Bolivia y Colombia percibieron un aumento en la calidad durante la descentralización. Sin embargo, encuestas de opinión pública, mostraron altos niveles de insatisfacción con los servicios de salud en Chile después de las reformas. Otros estudios, encontraron poca diferencia en la calidad de servicios entre las instalaciones supervisadas por el Ministerios de Salud y las instalaciones municipales.

⁹ Mejora en la eficiencia distributiva. Se refiere a la capacidad de los que toman las decisiones a nivel local de asignar los fondos a los servicios apropiados.

¹⁰ La eficiencia técnica, mide la habilidad de los de toman las decisiones a nivel local para aumentar los resultados para un mismo nivel de insumos, o para reducir los insumos por el mismo nivel de resultados.

Figura 13

EFICIENCIA, EQUIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Fuente: Autores.

Bossert 2000, sostiene que es probable que ambos, detractores y defensores de la descentralización, estén equivocados. Una descentralización correctamente organizada, puede tener un efecto neutral sobre un sistema de salud, es decir, posiblemente no mejore significativamente el sistema ni lo desestabilice o deteriore gravemente. Así mismo, es probable que una descentralización bien organizada pueda aumentar la equidad distributiva y generar externalidades o efectos positivos no previstos, tales como un aumento en el financiamiento de la promoción y prevención –esto hace énfasis al botón de la persuasión. En este contexto, se concluye que su influencia en la eficiencia y calidad no es tan clara. Sin embargo, las ventajas de la globalización hacen que la descentralización sea promovida universalmente en todos los sectores de la sociedad. Por lo tanto, las reformas de la salud tendrán que adaptarse a la prominente descentralización. Para garantizar efectos positivos en los programas de salud descentralizados, será importantemente necesario, que los principales actores en el desempeño del sector de la salud contribuyan a la planificación de mecanismos más efectivos de descentralización.

En este marco analítico, Bossert 2000, sugiere algunos mecanismos que podrían ser efectivos en la planificación e implementación de la descentralización:

- Cambios en el espacio de decisión
- Fondos de compensación
- Fórmulas Distributivas para las transferencias intergubernamentales
- Reglas Distributivas que afectan fondos para propósitos específicos
- Capacitaciones para las comunidades y autoridades locales

Adicionalmente, se hace indispensable un monitoreo continuo que permita entregar incentivos adecuados para que las autoridades locales tomen decisiones efectivas.

IV. Conclusiones

Al estudiar los procesos de reforma para Centroamérica, la primera característica que sale a relucir es que cada una de estas experiencias se inscribe en al menos dos de los tipos de iniciativas propuestas en el marco analítico. Un mismo caso de reforma, por ejemplo el Programa SESYN para El Salvador, incluso puede abarcar todos los ámbitos y desplegar acciones tanto en la modalidad de financiamiento, los aspectos de organización, los mecanismos de pago a los proveedores, la regulación; así como en la persuasión o influencia en el comportamiento de los usuarios.

Con respecto a los objetivos de política pública en salud, las reformas analizadas enfatizan el interés en mejorar el estado de salud de la población beneficiaria, tal es el caso de las iniciativas de Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Estos programas han logrado incrementar la cobertura de paquetes básicos para atención preventiva y primaria, gracias al diseño de focalización. Los criterios de focalización utilizados por estos programas son por lo general: ruralidad, pobreza, perfil epidemiológico, etnicidad, edad, sexo, etc. Lo anterior ha permitido identificar los sectores más vulnerables y en riesgo social, siendo ésta la principal razón que hace que la elección final priorice la atención a niños, mujeres en edad fértil o embarazadas y al adulto mayor.

El modelo de contratación de ONG's para la provisión de servicios de salud en áreas de escasa provisión pública, ha resultado en atenciones eficientes en términos de costo-efectividad, aunque el nivel de eficiencia alcanzado no ha cumplido con las expectativas iniciales de los reformadores, tal es el caso de El Salvador y el Programa SESYN. Esto puede deberse a que estos procesos de reforma son relativamente jóvenes

y no es posible medir sus impacto en el corto plazo; definitivamente, toda inversión social tiene un retorno que solo es visible en un plazo de tiempo considerable, que permita gozar de las externalidades y socialización del nuevo sistema.

La separación de funciones entre financiador, proveedor y regulador, ha logrado una mejoría en la macroestructura organizacional del sector salud, delimitando tareas y exigiendo de cada institución el cumplimiento de metas.

Por otro lado, el esquema de mecanismos de pago a proveedores ha sido adoptado como una medida fundamental en el cuidado del nivel de eficiencia en los procesos, lo que se consigue mediante incentivos adecuados que sugieran una mezcla deseable entre cobertura y calidad, en este caso hemos visto la experiencia de Guatemala y Nicaragua.

Asimismo, algunas de las experiencias abordadas, otorgan especial interés en minimizar los choques financieros que experimentan los hogares o individuos en su esfuerzo por combatir problemas de salud catastróficos. En este caso se apuntan las iniciativas de reforma en el sistema de seguridad social de Costa Rica, República Dominicana, Nicaragua y otros programas locales para la protección de trabajadores informales.

Al analizar el sistema de seguridad social de La República Dominicana éste resulta ser equitativo tanto vertical como horizontalmente. La equidad vertical se refleja en el sistema de pagos del servicio público basado en tres regímenes de financiamiento (contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado), procurando que exista una relación positiva entre la capacidad de pago y el pago realizado al sistema de seguridad social. La equidad horizontal se establece por la igualdad en el acceso y exoneraciones a grupos de similares condiciones en su capacidad de pago – se establece un sistema de pago en base a las características homogéneas al interior de los asegurados.

Con respecto a las reformas en los ámbitos de gestión, destacan la iniciativa HISMA-CONSALUD en Panamá y los procesos de descentralización en la provisión y el financiamiento del sistema público de salud. Este tipo de reformas se distinguen por su modelo organizacional, a través de la separación de funciones entre financiamiento y provisión y el establecimiento de contratos cuyo modelo de pago está sujeto a medidas de desempeño.



Serie

CEPAL

financiamiento del desarrollo

Números publicados:

1. Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
2. Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
3. Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
4. Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
5. La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
6. Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
7. El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
8. Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
9. Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
10. ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
11. La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
12. Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
13. Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
14. Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
15. Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
16. El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
17. La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
18. Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
19. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
20. Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
21. Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
22. La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
23. Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo French-Davis (LC/L.854), 1994.
24. Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
25. El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
26. Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo French-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
27. Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
28. El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
29. Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.

30. Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
31. Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
32. Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
33. Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
34. Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
35. Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
36. Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
37. Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
38. Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
39. Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
40. Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
41. Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
42. Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
43. Choques, respostas de política económica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
44. Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
45. Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Holzmann (LC/L.1007), 1997.
46. Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
47. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
48. On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Holzmann (LC/L.1012), 1997.
49. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. [www](#)
50. La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
51. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
52. A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. [www](#)
53. Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. [www](#)
54. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
55. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. [www](#)
56. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
57. Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
58. Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
59. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
60. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
61. Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
62. Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
63. Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzales Arrieta (LC/L.1045), 1997.
64. Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.

65. Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
66. Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis A. Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
67. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
68. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
69. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
70. Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
71. Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
72. Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
73. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
74. Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
75. El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
76. Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
77. El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
78. El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
79. Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
80. La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), N° de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
81. El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), N° de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
82. O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), N° de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
83. Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), N° de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
84. Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), N° de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
85. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), N° de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
86. Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), N° de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
87. Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales Number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
88. Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales Number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
89. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), N° de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
90. Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), N° de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
91. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), N° de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
92. Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), N° de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
93. Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), N° de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)

94. Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), N° de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
95. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), N° de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
96. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), N° de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
97. Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), N° de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
98. Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), N° de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
99. Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), N° de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
100. Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), N° de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
101. Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), N° de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
102. Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Sales Number: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
103. Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), N° de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
104. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), N° de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
105. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), N° de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
106. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), N° de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
107. Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), N° de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
108. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), N° de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
109. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), N° de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
110. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), N° de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
111. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), N° de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)
112. La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes, Andras Uthoff (LC/L.1575-P), N° de venta: S.01.II.G.118 (US\$10.00), 2001.
113. International Finance and Caribbean Development, P. Desmond Brunton and S. Valerie Kelsick (LC/L.1609-P), Sales Number: E.01.II.G.151 (US\$10.00), 2001. [www](#)
114. Pension Reform in Europe in the 90s and Lessons for Latin America, Louise Fox and Edward Palmer (LC/L.1628-P), Sales Number: E.01.II.G.166 (US\$10.00), 2001. [www](#)
115. El ahorro familiar en Chile, Enrique Errázuriz L., Fernando Ochoa C., Eliana Olivares B. (LC/L.1629-P), N° de venta: S.01.II.G.174 (US\$10.00), 2001. [www](#)
116. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia, Olga Lucía Acosta y Ulpiano Ayala (LC/L.1630-P), N° de venta: S.01.II.G.167 (US\$10.00), 2001. [www](#)
117. La crisis de la deuda, el financiamiento internacional y la participación del sector privado, José Luis Machinea, (LC/L.1713-P), N° de venta: S.02.II.G.23 (US\$10.00), 2002. [www](#)
118. Políticas para promover una ampliación de la cobertura del sistema de pensiones en Colombia, Ulpiano Ayala y Olga Lucía Acosta, (LC/L.1724-P), N° de venta: S.02.II.G.39 (US\$10.00), 2002. [www](#)
119. La banca multilateral de desarrollo en América Latina, Francisco Sagasti, (LC/L.1731-P), N° de venta: S.02.II.G.42 (US\$10.00), 2002. [www](#)
120. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos en Bolivia, Juan Carlos Requena, (LC/L.1747-P), N° de venta: S.02.II.G.59 (US\$10.00), 2002. [www](#)
121. Multilateral Banking and Development Financing in a Context of Financial Volatility, Daniel Titelman, (LC/L.1746-P), Sales Number: E.02.II.G.58 (US\$10.00), 2002. [www](#)

122. El crédito hipotecario y el acceso a la vivienda para los hogares de menores ingresos en América Latina, Gerardo M. Gonzales Arrieta, (LC/L.1779-P), N° de venta S.02.II.G.94 (US\$10.00), 2002. [www](#)
123. Equidad de género en el sistema de salud chileno, Molly Pollack E., (LC/L.1784-P), N° de venta S.02.II.G.99 (US\$10.00), 2002. [www](#)
124. Alternativas de políticas para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Costa Rica, Saúl Weisleder, (LC/L.1825-P), N° de venta S.02.II.G.132 (US\$10.00), 2002. [www](#)
125. From hard-peg to hard landing? Recent experiences of Argentina and Ecuador, Alfredo Calcagno, Sandra Manuelito, Daniel Titelman, (LC/L.1849-P), Sales Number: E.03.II.G.17 (US\$10.00), 2003. [www](#)
126. Un análisis de la regulación prudencial en el caso colombiano y propuestas para reducir sus efectos procíclicos, Néstor Humberto Martínez Neira y José Miguel Calderón López, (LC/L.1852-P), N° de venta S.03.II.G.20 (US\$10.00), 2003. [www](#)
127. Hacia una visión integrada para enfrentar la inestabilidad y el riesgo, Víctor E. Tokman, (LC/L.1877-P), N° de venta S.03.II.G.44 (US\$10.00), 2003. [www](#)
128. Promoviendo el ahorro de los grupos de menores ingresos: experiencias latinoamericanas., Raquel Szalachman, (LC/L.1878-P), N° de venta: S.03.II.G.45 (US\$10.00), 2003. [www](#)
129. Macroeconomic success and social vulnerability: lessons for Latin America from the celtic tiger, Peadar Kirby, (LC/L.1879-P), Sales Number E.03.II.G.46 (US\$10.00), 2003. [www](#)
130. Vulnerabilidad del empleo en Lima. Un enfoque a partir de encuestas a hogares, Javier Herrera y Nancy Hidalgo, (LC/L.1880-P), N° de venta S.03.II.G.49 (US\$10.00), 2003. [www](#)
131. Evaluación de las reformas a los sistemas de pensiones: cuatro aspectos críticos y sugerencias de políticas, Luis Felipe Jiménez y Jessica Cuadros (LC/L.1913-P), N° de venta S.03.II.G.71 (US\$10.00), 2003. [www](#)
132. Macroeconomic volatility and social vulnerability in Brazil: The Cardoso government (1995-2002) and perspectives, Roberto Macedo (LC/L.1914-P), Sales Number E.03.II.G.72 (US\$10.00), 2003. [www](#)
133. Seguros de desempleo, objetivos, características y situación en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.1917-P), N° de venta S.03.II.G.73 (US\$10.00), 2003. [www](#)
134. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal, Daniel Titelman y Andras Uthoff (LC/L.1919-P), N° de venta S.03.II.G.74 (US\$10.00), 2003. [www](#)
135. Políticas macroeconómicas y vulnerabilidad social. La Argentina en los años noventa, Mario Damill, Roberto Frenkel y Roxana Maurizio, (LC/L.1929-P), N° de venta S.03.II.G.84 (US\$10.00), 2003. [www](#)
136. Política fiscal y protección social: sus vínculos en la experiencia chilena, Alberto Arenas de Mesa y Julio Guzmán Cox, (LC/L.1930-P), N° de venta S.03.II.G.86 (US\$10.00), 2003. [www](#)
137. La banca de desarrollo y el financiamiento productivo, Daniel Titelman, (LC/L.1980-P), N° de venta S.03.II.G.139 (US\$10.00), 2003. [www](#)
138. Acceso al crédito bancario de las microempresas chilenas: lecciones de la década de los noventa, Enrique Román, (LC/L.1981-P), N° de venta S.03.II.G.140 (US\$10.00), 2003. [www](#)
139. Microfinanzas en Centroamérica: los avances y desafíos, Iris Villalobos, Arie Sanders y Marieke de Ruijter de Wildt, (LC/L.1982-P), N° de venta: S.03.II.G.141 (US\$10.00), 2003. [www](#)
140. Régime de croissance, vulnérabilité financière et protection sociale en Amérique latine. Les conditions «macro» de l'efficacité de la lutte contre la pauvreté, Bruno Lautier, Jaime Marques-Pereira, et Pierre Salama, (LC/L.2001-P) N° de vente: F.03.II.G.162 (US\$10.00), 2003. [www](#)
141. Las redes de protección social: modelo incompleto, Olga Lucía Acosta y Juan Carlos Ramírez, (LC/L.2067-P), N° de venta S.04.II.G.10 (US\$10.00), 2004. [www](#)
142. Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres, Jessica Cuadros y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.2070-P), N° de venta S.04.II.G.13 (US\$10.00), 2004. [www](#)
143. Macroeconomía y pobreza: lecciones desde latinoamérica, Luis Felipe López-Calva y Mabel Andalón López, (LC/L.2071-P), N° de venta S.04.II.G.14 (US\$10.00), 2004. [www](#)
144. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social, Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.2090-P), N° de venta S.04.II.G.29 (US\$10.00), 2004. [www](#)
145. Microfinanzas en Bolivia, Jorge MacLean, (LC/L. 2093-P) N° de venta: S.04.II.G.32 (US\$10.00), 2004. [www](#)
146. Asimetrías, comercio y financiamiento en el área de libre comercio de las Américas (ALCA), y en América Latina y el Caribe, Héctor Assael, (LC/L.2094-P), N° de venta S.04.II.G.31 (US\$10.00), 2004. [www](#)
147. Crecimiento, competitividad y equidad: rol del sector financiero, Molly Pollack y Alvaro García, (LC/L.2142-P), N° de venta S.04.II.G.69 (US\$10.00), 2004. [www](#)
148. Opciones de la banca de desarrollo en Chile: el “convidado de piedra” del sistema financiero chileno, Gonzalo Rivas, (LC/L.2143-P), N° de venta S.04.II.G.70 (US\$10.00), 2004. [www](#)

149. Microfinanzas rurales: experiencias y lecciones para América latina, Alejandro Gutierrez, (LC/L.2165-P), N° de venta S.04.II.G.93 (US\$10.00), 2004. [www](#)
150. Las dimensiones laborales de la transformación productiva con equidad, Víctor E. Tokman, (LC/L.2187-P), N° de venta S.04.II.G.115 (US\$10.00), 2004. [www](#)
151. Sistema previsional Argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma, Oscar Cetrángolo y Carlos Grushka, (LC/L.2219-P), N° de venta S.04.II.G.139 (US\$10.00), 2004. [www](#)
152. Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno, Stephen Blackburn, Consuelo Espinosa y Marcelo Tokman (LC/L.2221-P), N° de venta S.04.II.G.143 (US\$10.00), 2004. [www](#)
153. La evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en latinoamérica frente al caso colombiano, Beatriz Marulanda y Mariana Paredes, (LC/L.2248-P), N° de venta S.05.II.G.6 (US\$10.00), 2004. [www](#)
154. Evolución, perspectivas y diseño de políticas sobre la banca de desarrollo en el Perú, Marco Castillo Torres, (LC/L.2274-P), N° de venta S.04.II.G.25 (US\$10.00), 2005. [www](#)
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005. [www](#)
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00). 2005. [www](#)
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005. [www](#)
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005. [www](#)
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006. [www](#)
168. Inclusion of the European “Nordic Model” in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006. [www](#)
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedí , (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006. [www](#)
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006. [www](#)
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006. [www](#)
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006. [www](#)
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006. [www](#)
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00). 2006. [www](#)
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00). 2006. [www](#)
176. Ciclo económico y programas de compensación social: el caso del sistema Chile Solidario, Américo Ibarra Lara y Gonzalo Martner Fanta, (LC/L.2553-P), N° de venta: S.06.II.G.80 (US\$10.00). 2006. [www](#)
177. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, Ricardo Bitrán, (LC/L.2554-P), N° de venta: S.06.II.G.81 (US\$10.00), 2006. [www](#)

-
- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@eclac.cl.

www Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: