

*Documentos Institucionales  
Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue*

- *Memorias de Gestión "MEMORIA"  
2001 / 2002*
- *XXIV Reunión de Ministros de Salud  
y otros Documentos Institucionales*
- *Un ejemplo de Integración exitosa. Diez países  
Latinoamericanos y un propósito común:  
por las personas que viven con VIH/SIDA*
- *Aplicaciones de Telecomunicación en Salud  
en la Subregión Andina.*
- *Boletín Epidemiológico*
- *Salud, Gobernabilidad y Retos Estratégicos  
en la Subregión Andina*
- *Hipólito Unanue o el Cambio  
en la Continuidad. Julio 2000*



*Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue  
Av. Paseo de la República 3832 - 3er. Piso  
Lima 27 - Perú  
E-mail: [postmaster@conhu.org.pe](mailto:postmaster@conhu.org.pe)  
Web: [www.conhu.org.pe](http://www.conhu.org.pe)*

Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración - "Aprendizaje y Perspectivas"

# Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración

"Aprendizaje y Perspectivas"

Seminario Internacional  
Memoria



*El Organismo Andino de Salud-  
Convenio Hipólito Unanue es una  
institución subregional perte-  
neciente al Sistema Andino de  
Integración, cuyo objetivo es  
coordinar y apoyar los esfuerzos  
que realizan los países miembros,  
para el mejoramiento de la salud  
de sus pueblos y propiciar la  
construcción de políticas com-  
partidas a fin de enfrentar conjun-  
tamente nuevos desafíos en el  
contexto de la integración y la  
salud.*

*Nuestro horizonte está trazado por  
la agenda definida en las Reu-  
niones de Ministros de Salud del  
Área Andina (REMSAA), los Con-  
sejos Presidenciales Andinos y por  
el Plan Integrado de Desarrollo  
Social (PIDS - Decisión 553 de  
Ministros de Relaciones Exteriores  
de los Países Andinos, Junio 2003).*

**ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE  
ORAS / CONHU**

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES  
Delegation Regionale a la Cooperation Dans les Pays Andins**

**REFORMAS DEL SECTOR SALUD  
EN EL CAMINO DE LA INTEGRACIÓN**

**“Aprendizaje y Perspectivas”**

**Seminario Internacional  
MEMORIA**

**RECOPIACIÓN**

**Mauricio A. Bustamante García, MD  
Jorge E. Martínez Martínez, MD, MSc  
Gabriel González Rivera, MD  
Inés Elvira Ordóñez Lega, MD**



**Reformas del Sector Salud  
en el camino de la integración  
"Aprendizaje y Perspectivas"  
Seminario Internacional. Memoria**

**Recopilación:**

Mauricio Alberto Bustamante García, MD  
Jorge Enrique Martínez Martínez, MD, MSc  
Gabriel González Rivera, MD  
Inés Elvira Ordóñez Lega, MD

**Revisión y corrección de estilo:**

Alonso Restrepo Restrepo

**Edición:**

Jorge Enrique Martínez Martínez M.D. MSc

**Diagramación:**

Allison Milagros Araujo García

Los servicios de salud, antecedentes, estado actual y perspectivas: Región Andina – Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile –, México, Panamá, Francia.  
Lima, Perú, marzo del 2004

Libro Formato: 20.5 x 29 cm.  
Número de páginas: 292

© Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue  
Avenida Paseo de la República 3832, piso 3°  
Teléfonos 221 00 74, 440 92 85  
[postmaster@conhu.org.pe](mailto:postmaster@conhu.org.pe)  
<http://www.conhu.org.pe>  
Lima, Perú

La edición del libro ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue.

Esta publicación se financia con los aportes de la Delegación Regional para la Cooperación con los Países Andinos del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Francesa.

Las opiniones expresadas por los conferencistas son de su exclusiva responsabilidad y no necesariamente reflejan los criterios o las políticas del Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, totalmente o en parte, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

El Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue agradecerá recibir comentarios, así como información acerca de cualquier utilización de este libro.

Foto Carátula: Nevado Chacrajau, Huaraz - Perú. Pablo Rey de Castro.

Depósito legal 1501 05 2003-6261  
Primera edición marzo del 2004  
Tiraje 1 000 ejemplares  
Impresión FIMART S.A.C.  
Teléfonos: 424-0662 / 424-0547

Impreso en el Perú

*"La cooperación externa es una gota en un gran depósito de por lo menos diez litros de agua. Los diez litros corresponden al país y lo que puede dar la cooperación externa es solo una gota. Si es una gota de agua, nunca va a hacer una diferencia; en cambio, si es una gota cargada de tinte y un reactivo químico, va a cambiar no solo el color sino que producirá una reacción química con un importante efecto multiplicador y de cambio. Creo que estos dos días de experiencia demuestran que en términos comparativos, un pequeño organismo de cooperación externa tiene un gran valor, no desde el punto de vista de su presupuesto, no desde el punto de vista de su personal de secretariado, sino desde el punto de vista del efecto estimulador y catalizador al facilitar la cooperación entre los países. Ese es el origen verdadero de la cooperación internacional. Mis felicitaciones"*

**DAVID TEJADA DE RIVERO**

## Agradecimiento

*El Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue expresa sus agradecimientos a todos los que con su trabajo, esfuerzo y dedicación, colaboraron para hacer posible la realización del Seminario Internacional Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración - "Aprendizaje y Perspectivas" y la edición de este libro Memoria del Seminario.*

*De manera especial agradece al Gobierno del Perú, país anfitrión; a la Agencia Francesa de Cooperación Internacional, cuyo financiamiento hizo posible la conjunción de todos los participantes en la hospitalaria ciudad de Lima; a la Comunidad Andina de Naciones, en cuya sede se llevó a cabo el programa; a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, cuyo apoyo y disposición fue invaluable; a los Conferencistas, quienes con su disposición, investigaciones, aportes y exposiciones dieron vida al Evento, y a los asistentes, que con su presencia enaltecieron este acontecimiento.*

*También debemos resaltar la especial labor cumplida por el Parlamento Andino, a través de la oficina de enlace, cuyo aporte en el análisis de la legislación y normatividad sanitaria de los países andinos fue muy importante para construir nuestras reflexiones en este foro.*

*Finalmente es preciso reconocer, sobre todo, el empuje y la convicción de un equipo de trabajo que organizó en corto tiempo un seminario con los halagadores resultados que hoy aquí entregamos.*

*Lima, marzo del 2004*

# Índice

<b>Presentación</b> .....	11
<b>Conferencistas</b> .....	13
<b>1. Ceremonia de inauguración</b>	
Álvaro Vidal R. Ministro de Salud, Perú. Presidente de la REMSAA .....	17
Mauricio A. Bustamante G. Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, ORAS CONHU. ....	21
Luis Eliseo Velásquez L. Representante (e) Organización Panamericana de la Salud en el Perú. ....	23
Phillipe Cujo, Consejero Regional de la Cooperación para los Países Andinos de la República Francesa. ....	25
Embajador José Antonio García Belaunde, Director General de la Comunidad Andina CAN. ....	26
<b>2. América Latina</b>	
• Seguimiento de las reformas del sector salud en América Latina y El Caribe Priscila Rivas-Loria. Asesora en Reformas del Sector Salud / Iniciativa para América Latina y el Caribe Unidad de Políticas y Sistemas, Área de Desarrollo Estratégico Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. ....	27
• Brasil Desafíos de la Reforma en Salud en el Brasil. José Carvalho de Noronha. Fundación Osvaldo Cruz. Brasil. ....	38
• México La Reforma de la Ley General de Salud y el sistema de protección social en México. Adolfo Martínez V. Asesor del Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud. ....	47

### 3. Subregión Andina

- Bolivia

Reformas en el contexto de la descentralización: la experiencia en Bolivia Pedro Francke B. Economista de Desarrollo Humano Banco Mundial .....	55
---	----

- Colombia

Macrotendencias en la reforma sectorial de la salud en América Latina Iván Jaramillo P. MSc. Consultor e Investigador Asociado. Asociación Colombiana de la Salud. ASSALUD .....	64
--	----

La reforma colombiana: logros y retos Teresa Margarita Tono R. Programa de Apoyo a la Reforma. Ministerio de Protección Social, Colombia .....	73
--	----

Una mirada crítica a la reforma colombiana Stevenson Marulanda P. Presidente del Colegio Médico Colombiano .....	85
---	----

De la seguridad social hacia el aseguramiento en salud. Félix Martínez M. FEDESALUD. Colombia. ....	97
--	----

Desafíos del Régimen Subsidiado: la experiencia colombiana Oscar Rodríguez S. Universidad Nacional de Colombia. ....	106
---	-----

El rol de los aseguradores en los procesos de reformas del sector salud. Nelcy Paredes C. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. ACEMI. Colombia .....	112
--	-----

Visión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a los 10 Años del Sistema General de Seguridad Social en Colombia Juan Carlos Giraldo V. Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales .....	125
--	-----

Las Defensorías del Pueblo como instrumento de vigilancia y control Darío Mejía V. Secretario General y Delegado para Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo .....	140
---	-----

- Chile

Nuevo direccionamiento de la reforma del sector salud en Chile Osvaldo Artaza B. Ex Ministro de Salud .....	147
--	-----

La nueva regulación de la seguridad social en salud en Chile Manuel Inostroza T. Miembro del Directorio de la Comisión de Reformas .....	157
---	-----

El rol del aseguramiento público en un proceso de reforma: el caso chileno Álvaro Erazo, Director del Fondo Nacional de Salud .....	165
--	-----

- Perú

Reformas e integración en un mundo globalizado: "Un nuevo Alma Ata" David Tejada R. Presidente de la Academia Peruana de Salud, Ex Subdirector Mundial de la OMS, Ex Ministro de Salud del Perú .....	171
---	-----

Reforma del sector salud en el Perú: "Avances y perspectivas" Francisco Sánchez-Moreno R. Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud .....	175
--	-----

Marco para el análisis de la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud Arturo Yglesias B. Profesor Invitado. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Nacional Mayor de San Marcos .....	181
--	-----

Desafíos de la descentralización en el contexto de la reforma del sector salud en el Perú Julio Castro G. Miembro del Consejo Directivo de Foro Salud. Ex Decano del Colegio Médico del Perú .....	188
--	-----

- Venezuela

Hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela María Urbaneja D. Ex Ministra de Salud de Venezuela .....	194
---	-----

### 4. Unión Europea

- Francia

El sistema de salud francés y el paradigma de los sistemas de salud en los países occidentales Emilio La Rosa R. ADECRI, Francia .....	203
---	-----

Canasta de bienes y servicios. Sistema de salud francés. Vincent Ravoux, Director General de CPAM de la Seine-Saint Denis. Francia .....	208
--	-----

Carta sanitaria francesa y europea. Vincent Ravoux, Director General de CPAM de la Seine-Saint Denis. Francia .....	213
---	-----

<b>5. Panel N° 1. Análisis de las reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Región Andina</b>	
Virgilio Galvis R. Ex Ministro de Salud de Colombia; Javier Torres-Goitia. Bolivia; Félix Martínez M. Colombia; Osvaldo Artaza B. Chile; Fernando Sacoto A. Ecuador; Arturo Yglesias B. Perú; María Urbaneja D. Venezuela . . . . .	217
<b>6. Panel N° 2. Integración y salud</b>	
David Tejada de Rivero. Ex Ministro de Salud del Perú, Ex Secretario General de la Organización Mundial de la Salud y Presidente de la Academia Peruana de la Salud . . . . .	239
Centroamérica – Panamá: el proceso centroamericano en la integración y salud. Claudia Guerrero M. Ministerio de Salud, Panamá . . . . .	241
Mercosur: La salud en el Mercosur, estado actual, retos y perspectivas. Enir Guerra Macedo de Holanda. Asesora del Ministro de Salud, Brasil . . . . .	250
ORAS-CONHU: Salud e Integración Andina. Mauricio Bustamante G. Secretario Ejecutivo ORAS-CONHU. . . . .	260
CAN: Instrumento Andino de Seguridad Social. Guido Mendoza F. Gerente Proyecto Laboral CAN . . . . .	270
Conclusiones, David Tejada de Rivero . . . . .	276
<b>7. Ceremonia de clausura</b>	
Luis Eliseo Velásquez L. Representante (e) en el Perú de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS . . . . .	279
Philippe Cujo. Representante del Gobierno de Francia . . . . .	280
Mauricio A. Bustamante G. Secretario Ejecutivo ORAS-CONHU . . . . .	281
<b>8. Galería de fotos</b> . . . . .	283
<b>9. Glosario</b> . . . . .	289

## Presentación

*En el transcurso de los años 90 cada país definió y efectuó cambios en el Sistema de Salud sobre la base de su contexto histórico, político y económico. El consenso general se basó en definir el tema como un programa de cambios en la organización y financiación de las operaciones del sector y su adecuación a la institucionalidad específica de cada país.*

*Esta situación se dio dentro del marco de las reformas al Estado, cuyo objetivo fue disminuir su tamaño, dejando a las autoridades sanitarias con pocas funciones, reduciéndolas casi exclusivamente a trazar políticas, constituyéndolo en el ente rector y regulador.*

*En este contexto observamos la preocupación por aumentar la cobertura, acompañada por la redefinición de modelos de prestación y la descentralización de los servicios. Es decir, hubo una separación de funciones con un cambio significativo en el financiamiento y la estructura del sector, nuevas formas de pago a los proveedores –quienes ahora son más especializados– y una definición del conjunto de beneficios en los sistemas sociales, públicos y de seguro privado, junto con nuevas formas de racionalización del gasto en salud.*

*Mientras tanto, otro proceso también se desarrolló en las últimas décadas; la CAN, MERCOSUR, CARICOM y MCCA, alentados por el fenómeno cada vez más generalizado de la globalización, recorrieron el azaroso camino de los diversos procesos de integración subregional. En el caso andino, éste ha tenido como eje central el tema de comercio exterior.*

*Iniciado este nuevo siglo en los países de la Subregión a la luz de dichas experiencias, de demandas sociales crecientemente insatisfechas, tal visión integracionista sufre un giro importante hacia ejes que responden con propiedad a las necesidades del hombre común.*

*La construcción de una ciudadanía andina sigue siendo un reto. Se han logrado algunos avances significativos como el libre tránsito de los ciudadanos entre los países con solo el DNI, la próxima emisión de un pasaporte andino, etc. Sin embargo, para que el ciudadano de nuestra subregión perciba realmente una dimensión integracionista a su condición de andino, se requiere que las políticas sociales se integren y le ofrezcan alternativas concretas de desarrollo personal y colectivo.*

*En ese sentido, la reciente aprobación por el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de los países andinos de los siguientes documentos, constituye un hito en ese camino iniciado con el nuevo milenio:*

- Plan Integrado de Desarrollo Social, Decisión 553
- Instrumento Andino de Seguridad Social, Decisión 546
- Instrumento Andino de Emigración Laboral, Decisión 545
- Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, Decisión 547
- Lineamientos del Plan Andino de Salud en las Fronteras, PASAFRO, Decisión 541

*En tal contexto, los Ministros de Salud de los países que forman parte del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, han venido construyendo una agenda compartida con un enorme impacto y con resultados concretos, que además se amplía cada vez más con una visión sudamericana. Las agencias y los organismos se*

vienen sumando a este propósito en el marco de una complementariedad que debe facilitar y centralizar dichos procesos.

Pruebas a la vista de esa construcción, a menudo silente pero entusiasta son:

- El Proceso de Negociación Conjunta para disminuir los precios de los medicamentos antirretrovirales. "Un Ejemplo de integración exitosa. Diez Países Latinoamericanos y un propósito en común por las personas que viven con VIH/SIDA".
- La Jornada Andina y Suramericana de Vacunación.
- Los Lineamientos del Plan Andino de Salud en las Fronteras, PASAFRO, etc.

En ese marco y teniendo en cuenta la Resolución N°361, en la que la XXII REMSAA planteó como una de las líneas de acción de nuestro Organismo el seguimiento a los procesos de reforma en el sector salud, creímos que la realización de un Seminario Internacional sobre este tema recogería y cruzaría dos importantes variables en el contexto de la realidad antes esbozada:

- Reformas del Sector Salud
- Procesos de Integración Subregional

Creemos que analizar en detalle las generalidades y especificidades de los cambios producidos en los sistemas de salud, recoger sus avances, reflexionar sobre sus limitaciones y hacerlo en un contexto integracionista, es decir, intentando descubrir los aspectos comunes de las políticas de seguridad social en salud, puede permitirnos visualizar un escenario subregional en el que se resuelvan problemas concretos de la gente andina que impactan directamente en su calidad de vida.

Luego de transcurrido algo más de una década desde que se iniciaron reformas en la orientación, estructura y funcionamiento de los Servicios de Salud de la Subregión Andina y en Latinoamérica, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, en un esfuerzo integracionista concitó voluntades en octubre del 2003 y reunió en la Ciudad de Lima, Perú, organismos representativos de cada país en el Seminario Internacional REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN EL CAMINO DE LA INTEGRACIÓN «Aprendizaje y Perspectivas», a fin de intercambiar opiniones, conocer las experiencias de cada uno y visualizar los caminos recorridos en cada país.

Los conferencistas que participaron en el Seminario lograron transmitir los avances y la problemática principal de los sistemas de seguridad social en salud en los diferentes países; también dejaron muy claros los principales desafíos que están pendientes de resolver.

Al recopilar los contenidos del Seminario, ponemos en sus manos un documento fidedigno y enriquecedor, reflejo de los esfuerzos que han hecho cada uno de los actores de los procesos en los países andinos. Por cierto, algunas de estas reflexiones servirán de inspiración para redimensionar la utopía y encauzar nuevos caminos. En nuevos itinerarios encaminados a acercarnos más al logro de ese sueño que significa garantizar la universalización en el acceso a los servicios de salud de todos los ciudadanos".

Finalmente reconocer, sobre todo, el empuje y la convicción de un equipo de trabajo que organizó en corto tiempo el Seminario, con los halagadores resultados que hoy aquí entregamos.

MAURICIO A. BUSTAMANTE G., MD.  
Secretario Ejecutivo ORAS-CONHU

## Conferencistas

Álvaro Vidal Rivadeneyra, MD  
Ministro de Salud del Perú.

Oswaldo Artaza Barrios, MD  
Ministro de Salud de Chile.

Mauricio A. Bustamante García, MD  
Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue.

José Carvalho de Noronha, MD  
Investigador de la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Señor Philippe Cujo  
Representante del Gobierno de Francia  
Agencia de Cooperación Francesa.

Álvaro Erazo Latorre, MD  
Director del Fondo Nacional de Salud de Chile.

Pedro Francke Ballue  
Economista de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

Virgilio Galvis Ramírez, MD  
Ex Ministro de Salud de Colombia.

Embajador José Antonio García Belaunde  
Director de la Comunidad Andina.

Juan Carlos Giraldo Valencia, MD  
Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Julio Castro Gómez, MD  
Miembro del Consejo Directivo de Foro Salud  
Ex Decano del Colegio Médico del Perú  
Ex presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.

Licenciada Claudia M. Guerrero Montesa  
Coordinación Internacional  
Ministerio de Salud de Panamá.

**Enir Guerra Macedo de Holanda, MD**

Asesora del Ministro de Salud Coordinadora Nacional del SGT N.º 11 "Salud" y de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile.

**Manuel Inostroza Talma**

Superintendente de ISAPRES  
Miembro del Directorio de la Comisión de Reformas.

**Arturo Yglesias Bedoya, MD, MSc**

Consultor del Organismo Andino de Salud-  
Convenio Hipólito Unanue.

**Iván Jaramillo Pérez, MSc**

Consultor e Investigador Asociado  
Asociación Colombiana de la Salud  
Asesor en el diseño de las Leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993, 715 de 2001 de Colombia.

**Emilio La Rosa Rodriguez, MD**

ADECRI, Francia.

**Félix León Martínez Marín, MD**

Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, Bogotá, Colombia.

**Adolfo Martínez Valle, MD**

Asesor del Doctor Julio Frenck,  
Secretario de Salud de México.

**Stevenson Marulanda Plata, MD**

Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá.  
Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia.  
Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía, Presidente del Colegio Médico Colombiano.

**Guido Mendoza Fantinato**

Abogado, Gerente de Proyecto Laboral  
Comunidad Andina de Naciones.

**Darío Mejía Villegas, MD, MSc**

Secretario General, Delegado para Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo de Colombia, Defensor Delegado.

**Nelcy Paredes Cubillos**

Economista. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, ACEMI, Colombia.

**Vincent Ravoux**

Director General de la CPAM de la Seine-Saint Denis, Francia.

**Priscila Rivas-Loria, MD**

Asesora en Reformas del Sector Salud  
Iniciativa para América Latina y El Caribe  
Unidad de Políticas y Sistemas del Área de Desarrollo Estratégico OPS/OMS, Washington.

**Oscar Rodríguez Salazar, PH.D. en Economía y Sociología**

Profesor de la Universidad Nacional de Colombia.

**Fernando Sacoto Aizaga, MD**

Fundación FESALUD, Ecuador.

**Francisco Sánchez-Moreno Ramos, MD**

Presidente de la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud del Perú.

**David Tejada de Rivero, MD**

Presidente de la Academia Peruana de Salud  
Ex Subdirector General de la OMS  
Ex Ministro de Salud del Perú.

**Teresa Margarita Tono Ramírez, MD**

Programa de apoyo a la Reforma, Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia.

**Javier Torres-Goitia**

**María Urbaneja Durant, MD**

Ex Ministra de Salud de la República Bolivariana de Venezuela.

**Luis Eliseo Velásquez Londoño, MD**

Representante (e) de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú.

# 1. Ceremonia de Inauguración

ÁLVARO VIDAL RIVADENEIRA, MD

*Ministro de Salud del Perú*



En primer lugar, quisiera hacer llegar a ustedes, por encargo del Señor Presidente Constitucional de la República, Doctor Alejandro Toledo, su afectuoso saludo y expresión de gratitud por lo que todos ustedes, como líderes de la salud pública de los países de la Subregión, hacen cotidianamente para mejorar la calidad de vida y la atención en salud de nuestros pueblos, lo que es real y racional siempre que sea necesario.

“Lo que es real es racional siempre que sea necesario”, tanto este postulado hegeliano, como la dinámica de las relaciones de producción, apoyan a la integración de los servicios, a la docencia y a la investigación como estrategia que permite relacionar el papel de la medicina con las nacionalidades de la Región.

Para el balance que harán durante estos dos días, en este Seminario sobre los Procesos y Reformas en el Sector Salud, es conveniente recordar que a finales de la década de los ochenta comenzó a plantearse en los países de la región la necesidad de la reforma del sector salud.

Las propuestas desarrolladas en ese momento fueron hechas en el marco de un fundamentalismo neoliberal, de la llamada modernización del Estado y de la globalización de la economía. Ellas, por tanto, estaban sustentadas en paradigmas tales como la economía de mercado, la destrucción del Estado benefactor, la privatización de empresas y servicios, el recorte de los subsidios, la liberalización comercial a ultranza.

*Las propuestas desarrolladas en ese momento fueron hechas en el marco de un fundamentalismo neoliberal, de la llamada modernización del Estado y de la globalización de la economía. Ellas, por tanto, estaban sustentadas en paradigmas tales como la economía de mercado, la destrucción del Estado benefactor, la privatización de empresas y servicios, el recorte de los subsidios, la liberalización comercial a ultranza.*

***Plantearnos las reformas desde una perspectiva independiente y participatoria, permitiéndonos una discusión mucho más rica y fecunda, ampliando las fronteras del debate e incorporando actores que han estado al margen de la formulación de propuestas.***

zación de empresas y servicios, el recorte de los subsidios, la liberalización comercial a ultranza.

Los postulados asumidos como válidos por la mayoría de las agencias internacionales de cooperación técnico-financiera tuvieron como pilares fundamentales la privatización de los servicios de salud y la disminución del rol del Estado.

Se considera que una reforma es un cambio positivo, es mejorar algo que ya existe.

En teoría, la reforma del sector salud ha sido definida como el esfuerzo resuelto por un cambio para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de este sector. Las experiencias por las que venimos transitando los países de la Subregión en los intentos de la reforma del sector salud, no han sido todo lo exitosas que hubiésemos querido y, en muchos casos, han significado procesos regresivos. Por tanto, resulta cada vez más perentorio seguir debatiendo y desarrollando alternativas para el sector salud y

***El Presidente de la República del Perú, Doctor Alejandro Toledo, ha señalado en su intervención pública ante el Congreso de la República, que el punto de quiebre en salud es mirar por la situación de la población en extrema pobreza y creemos que esto es realmente una necesidad para todos los países de la Subregión.***

la seguridad social, desde posiciones cercanas a las de la sociedad civil.

Es interesante señalar que las limitaciones y, en muchos casos, el fracaso de las propuestas formuladas en el marco de las concepciones liberales y ultraliberales han condicionado un replanteamiento, por lo menos en el discurso de los conceptos y postulados iniciales, y los mismos organismos internacionales han incorporado ahora en sus propuestas los conceptos de equidad, universalidad, integralidad, justicia social y solidaridad. Ello contribuye a plantearnos las reformas desde una perspectiva independiente y participatoria, permitiéndonos una discusión mucho más rica y fecunda, ampliando las fronteras del debate e incorporando actores que han estado al margen de la formulación de propuestas, como es el caso de muchas organizaciones de la sociedad civil

***La reforma del sector salud ha sido definida como el esfuerzo resuelto por un cambio para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de este sector.***

Las conferencias programadas y, particularmente, el panel sobre Reformas y Financiamiento de Sistemas de Salud de la Subregión Andina, permitirán hoy –estoy seguro– un fructífero intercambio de experiencias que ayudarán a seguir avanzando en forma positiva en la reforma del sector salud.

***...una tasa de infección de su población con el VIH-SIDA del orden –en algunos países– de más del treinta por ciento de la población.***

***Realmente un drama humano, un drama social que debe llamarnos profundamente a la reflexión.***

El Presidente de la República del Perú, Doctor Alejandro Toledo, ha señalado en su intervención pública ante el Congreso de la República, que el punto de quiebre en salud es mirar por la situación de la población en extrema pobreza y creemos que esto es realmente una necesidad para todos los países de la Subregión.

Sabemos de los esfuerzos que hace cada gobierno para servir a su pueblo. Saludamos dichos esfuerzos, aprendemos recíprocamente de cada uno de ustedes y estamos seguros que la buena fe de nuestros gobernantes que aspiran a la salud, hará que avancemos porque la salud sea considerada como un Derecho Humano.

Quisiera señalar que en la reciente Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que por encargo del Señor Presidente presenté el tema del VIH-SIDA, tuvimos la oportunidad de escuchar a Presidentes del África, del Área Subsahariana, quienes dramáticamente informaban a la Asamblea General de la ONU que en sus países tenían una tasa de infección de su población con el VIH/SIDA del orden –en algunos países– de más de treinta por ciento de la población. Realmente un drama humano, un drama social que debe llamarnos profundamente a la reflexión.

Aquí, en la Subregión de las Américas, ya tenemos una situación realmente crítica en El Caribe y también hemos escuchado a los Presidentes de esta Subregión solicitar el apoyo que necesitan los países en desarrollo para atender los problemas de la salud pública.

Quisiera decirles que, en mi entrevista con el Doctor Lee, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y también en las conversaciones con la Doctora Mirtha Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, ambos han manifestado que existe la decisión política de la Organización para hacer un relanzamiento del “espíritu de una salud igual para todos”, que no es solamente un lema, es una posición de principios que reclaman los pueblos del mundo, los pueblos de la Región de las Américas y en lo que compete a nosotros, los pueblos de la Subregión Andina.

Quisiera agradecer profundamente al Gobierno de Francia y a todas las instituciones nacionales e internacionales participantes en este evento, que sin lugar a dudas será de gran aprendizaje para nosotros y, quisiera en ese sentido, decirles que el gran patólogo Rudolph Virchow decía que “la política no es más que la medicina en gran escala”.

Sabemos perfectamente lo que esto significa, que la definición de la OMS, de que la salud es

***... para hacer un relanzamiento del “espíritu de una salud igual para todos”, que no es solamente un lema, es una posición de principios que reclaman los pueblos del mundo, de la Región de las Américas.***

el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, está en esa línea planteada por Virchow y en el espíritu de Alma Ata que está presente entre nosotros.

Yo quisiera saludar la presencia de una persona entre nosotros, un colega médico, peruano, latinoamericano, que estuvo presente en ese

espíritu de Alma Ata en 1978, que sigue iluminando hasta ahora las labores de salud pública, y que es el Dr. David Tejada de Rivero, para quien solicito un voto de aplauso. Estoy emocionado porque este evento es un hito importante para nuestros países. Me es grato declarar inaugurado el Seminario Internacional Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración: "Aprendizaje y Perspectivas".

### MAURICIO A. BUSTAMANTE GARCÍA, MD

*Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue*



¿Por qué un Seminario acerca de las Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración?

La historia es que desde noviembre del año 2000, el tema de las reformas ha sido central en las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina; además de la constancia de este tema, en las reuniones de los últimos años ha tenido lugar una serie de Foros Ministeriales enfocados específicamente al tema de las reformas, las enseñanzas que se pueden recoger de la última década y los desafíos de la próxima. Los ministros han tenido la oportunidad de centrar su reflexión acerca del proceso de descentralización y la universalidad en el acceso en los servicios de salud, la equidad y los problemas de salud pública, entre otras.

Pero era adicionalmente necesario abrir un espacio de discusión con los diferentes actores del Sistema que han venido participando de las experiencias y vivencias que se han tenido en las últimas décadas. Por otro lado, hacer este tipo de reflexión en el contexto de los procesos de

integración que se vienen desarrollando en los niveles Regional y Subregional constituye un aspecto novedoso.

Para nadie es un secreto que en un mundo globalizado donde cada vez las fronteras son más flexibles, donde la integración se basa precisamente en generar procesos migratorios entre los países en los cuales existe la perspectiva de crear Mercados Comunes y, por ende, la necesidad de una mayor movilidad entre sus poblaciones, ese proceso de integración entre los países de Sudamérica en los últimos años ha tenido una especial connotación, lo cual ha llevado a pensar que ese proceso de integración ya no sólo se puede abordar desde el ámbito del comercio, sino que es necesario abordarlo desde el ámbito político, de la política exterior y también en la necesidad de enfrentar conjuntamente los aspectos sociales, y uno de sus componentes, la salud, ha demostrado ser un instrumento eficaz en el proceso integracionista.

***Era adicionalmente necesario abrir un espacio de discusión con los diferentes actores del sistema que han venido participando de las experiencias y vivencias que se han tenido en las últimas décadas. Por otro lado, hacer este tipo de reflexión en el contexto de los procesos de integración que se vienen desarrollando en los niveles Regional y Subregional constituye un aspecto novedoso.***

En ese sentido, el Secretario General de la Comunidad Andina ha sido explícito en reiterar que para enfrentar esos desafíos, juntos somos más que separados. El análisis de la reforma, de las reformas y de los procesos de cambio en el sector salud, relacionados también con los procesos de integración Subregional, constituye un espacio interesante y de esto se trata este evento.

Quiero desearles a todos ustedes que durante estos días de reflexiones conjuntas podamos, no solamente disfrutar de la masa crítica de experiencias acumuladas en este periodo, sino que también podamos, de alguna manera, visualizar cuáles son los principales desafíos de la próxima década en materia de salud.

Quiero resaltar muy especialmente que este evento no hubiera sido factible sin la disponibilidad inmediata de los conferencistas que nos dieron su aceptación y apoyo para participar en este evento y la participación de la Agencia de Cooperación Francesa, en la cual el Dr. Philippe Cujo ha sido una persona muy importante para nosotros y él, en representación del Gobierno de Francia, nos

***...ese proceso de integración ya no sólo se puede abordar desde el ámbito del comercio, sino es necesario abordarlo desde el ámbito político, de la política exterior y también en la necesidad de enfrentar conjuntamente los aspectos sociales, y uno de sus componentes, la salud, ha demostrado ser un instrumento eficaz en el proceso integracionista.***

ha generado una múltiple facilidad para que podamos estar aquí reunidos.

Yo quisiera agradecer este apoyo, agradecerle a la Comunidad Andina de Naciones y a este país hermoso del Perú y a su Ministro de Salud, por ser anfitriones de esta Reunión. Agradecerle a todos los conferencistas y a todos ustedes por estar aquí. Muchísimas gracias, creo que vamos a aprender muchísimo y les deseo que sean dos días muy enriquecedores.

**LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO, MD**

*Representante (e) de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú*



***Requerimos sistemas de salud que tengan como eje la salud pública, la salud de la población.***

Digo esto, porque todos estamos en una búsqueda de sistemas de salud que respondan mejor a las necesidades y expectativas de nuestras sociedades, que incluyan a todos los ciudadanos y cuyo fin último, objetivo y propósito sean mejorar su salud y su calidad de vida.

Va a ser este un intercambio muy especial de experiencias, porque va a haber una revisión a fondo de lo que son los avances, las lecciones aprendidas, los fracasos, la búsqueda de consensos en los diferentes países de la Subregión Andina y de otros países también. Seguramente vamos a concluir que no hay modelos acabados, que no hay recetas, que todos estos sistemas están en construcción. Todas las presentaciones que van a ver en esta Reunión podrían iniciar con un aviso de "esta propuesta está en construcción".

Requerimos sistemas de salud que tengan como eje la salud pública, la salud de la población; entendida en sus tres niveles: como práctica social, como el consenso que debe tener toda sociedad para lograr un mejor bienestar y estado de salud de todos los ciudadanos y la salud pública entendida en un nivel de funciones que el Estado y la sociedad deben cumplir para que se logre ese bien ulterior como práctica social.

Pero también salud pública entendida como servicios, como intervenciones, como servicios de atención a las personas, obviamente en términos de calidad adecuada, con una buena gestión, eliminando la corrupción que tanto daño nos hace en los sistemas de salud que buscan ser fundamentalmente sensibles y flexibles a las necesidades de los ciudadanos.

Creo que el gobierno de Francia acaba de darnos una lección, y hablo de Francia porque ha sido catalogado el suyo como el mejor sistema de salud del mundo, pero, luego de la ola de calor y de los once mil muertos que hubo allí, el sistema de salud francés, tan maduro, que

***Todos estamos en una búsqueda de sistemas de salud que respondan mejor a las necesidades y expectativas de nuestras sociedades, que incluyan a todos los ciudadanos y cuyo fin último, objetivo y propósito, sean mejorar su salud y su calidad de vida.***

*Probablemente, la base fundamental de estos sistemas esté en la creación conjunta con la sociedad, con la comunidad, de unos sistemas de veeduría y rendición de cuentas, construyendo ciudadanía en salud, permitiendo el desarrollo de una planificación desde el nivel más local, pasando por los niveles regionales y nacional, definiendo metas y objetivos sanitarios que convoquen a todos, que el Estado fortalezca su rectoría para ayudarle a la sociedad a lograr esos grandes objetivos sanitarios.*

está en construcción permanente, sensible, haciendo cambios para lograr entender qué está pasando en la sociedad y poder responder a estas necesidades.

Por eso, quisiera concluir que los sistemas de salud, todos sin excepción, tienen muchos retos. Probablemente, la base fundamental de estos sistemas esté en la creación conjunta con la sociedad, con la comunidad, de unos sistemas de veeduría y rendición de cuentas, construyendo ciudadanía en salud, permitiendo el desarrollo de una planificación desde el nivel más local, pasando por los niveles nacional y regionales, definiendo metas y objetivos sanitarios que convoquen a todos, que el Estado

fortalezca su rectoría para ayudarle a la sociedad a lograr esos grandes objetivos sanitarios.

Por lo tanto, vamos a necesitar un nuevo sistema de inteligencia sanitaria que nos permita planificar estos nuevos sistemas, hacerles el seguimiento y evaluación necesarios y efectuar el cambio y el desarrollo permanente de políticas de salud.

Además del Seminario, los invito a que disfruten de la riqueza de la cultura y la gastronomía peruana. Les quiero decir que esta semana en el Perú es muy especial porque se celebra la Semana de la Medicina Peruana, que es una semana de mucho significado en el Perú.

## DOCTOR PHILIPPE CUJO

*Representante del Gobierno de Francia - Agencia de Cooperación Francesa*



Quiero hacer un énfasis especial en dos cosas que me parecen muy importantes: la primera, la integración andina, para la cual mi Delegación Regional ha sido creada, y la segunda es la solidaridad humana, sin la cual de nada sirve hacer un sistema de salud para cualquier país que sea.

Me fundamento sobre lo segundo, en lo que pasó este verano en Francia. Ustedes supieron que más de diez mil personas ancianas murieron debido a los efectos del calor excesivo, pero también debido a la falta total de atención por parte de la familia y de la sociedad, y eso es extremadamente grave porque significa que el avance –por muy fuerte que sea en los sistemas económicos y políticos de los países– no garantiza en absoluto el avance de la situación social de los ciudadanos.

No quiero entrar en la cuestión de la gestión de los sistemas de salud en los países porque no me

*... la solidaridad humana, sin la cual de nada sirve hacer un sistema de salud para cualquier país que sea.*

incumbe, pero yo creo que eso debe depender de una posición social en la cual los ciudadanos sean corresponsables de su estado de vida y de su bienestar. El acceso a los sistemas de salud, por lo tanto, es una condición necesaria e indispensable para que todos tengan un sistema de vida normal y mi país, Francia, está muy atento hacia esa problemática. Yo creo que vamos a tratar en el futuro de poner en marcha algún sistema que permita tomar en cuenta mejor al ciudadano como tal, no como un cliente del sistema de salud, sino como alguien que integra y es parte de la evolución de ese mismo sistema.

Les deseo a todos ustedes un muy buen Seminario y que avancemos en esta problemática, porque es clave para la paz y el desarrollo de la Subregión.

*El acceso a los sistemas de salud, por lo tanto, es una condición necesaria e indispensable para que todos tengan un sistema de vida normal*

EMBAJADOR JOSÉ ANTONIO GARCÍA BELAUNDE

*Director de la Comunidad Andina de Naciones*



hay que pasar a una segunda generación de políticas y eso incluye no sólo acercarse a temas, sino acercarse también a la población; en otras palabras, tenemos que corregir un déficit democrático, un déficit de participación en el proceso, que ha estado estricta o exageradamente vinculado a las actividades oficiales y al campo comercial fundamentalmente.

*... tenemos que corregir un déficit democrático, un déficit de participación en el proceso, que ha estado estricta o exageradamente vinculado a las actividades oficiales y al campo comercial fundamentalmente.*

Para la Secretaría General de la Comunidad Andina es un privilegio ser anfitriona de esta Reunión, pero más allá del privilegio que significa este reconocimiento a su entrega a la causa de la Integración, yo diría que es también una forma de avanzar en un proceso de integración que ya dejó de ser un negocio comercial o económico, que ya dejó de ser un tema estrictamente de los ámbitos financieros y ha pasado a involucrar cada vez a más actores y más temas.

El Secretario General de la Comunidad Andina –quien lamentablemente no ha podido estar esta mañana con nosotros– ha planteado que la integración tiene una agenda multimodal, que

Es por ello entonces, en esa perspectiva en la que nos movemos ahora, que nos parece de suma importancia y utilidad que el Convenio de Salud del Proceso de Integración haya previsto estas jornadas de reflexión y escogido esta sede, que es la Casa de la Integración, la Casa de todos ustedes. Muchas gracias por el honor que nos han conferido.

## 2. América Latina

### Seguimiento de las reformas del sector salud en América Latina y El Caribe

PRISCILA RIVAS LORIA, MD

*Asesora en Reformas del Sector Salud. Iniciativa para América Latina y El Caribe. Unidad de Políticas y Sistemas del Área de Desarrollo Estratégico de la OPS/OMS, Washington.*

Lo que les voy a presentar hoy es muy actual, porque es un proceso que se ha dado en los países en el sentido de preparar perfiles de sistemas y servicios de salud, dentro del marco de la iniciativa de reforma. En esos perfiles, la Organización se ha empeñado para que sean los países quienes los construyan, teniendo un componente de seguimiento y evaluación de la reforma. Luego les voy a hablar de cómo se da este proceso.

La Organización, en 1995, tuvo una reunión internacional donde se definió qué era la reforma. Sin embargo, a medida que ha pasado el tiempo, cada país ha definido o ha ido efectuando sus cambios y sus adecuaciones a



sus sistemas de salud y a su sector salud con base en su contexto político, económico, tradición histórica y los procesos de reforma.

*Los países han definido o han incorporado en el tema de reforma el hecho de que es un programa. Están de acuerdo que es un programa de cambio en la organización y financiación de las operaciones del sector salud y su montaje institucional, que es específico para cada país, y que no existen fórmulas mágicas ni recetas específicas que los países puedan seguir.*

Hemos tomado la decisión de que cada país defina cuál va a ser su reforma y hemos tenido la experiencia de que, por ejemplo, Cuba define a la reforma como todo lo que ocurrió después de 1959; Estados Unidos de América la define de acuerdo con lo que el gobierno actual quiere hacer en términos de cambio al sistema de salud, y así sucesivamente.

Sin embargo, hemos encontrado que casi todos los países han definido o han incorporado en el tema de reforma el hecho de que es un programa. Están de acuerdo que es un programa de cambio en la organización y financiación de las operaciones del sector salud y su montaje institucional, que es específico para cada país, y que no existen fórmulas mágicas ni recetas específicas que los países puedan seguir. Que es una oportunidad que se abre para el fomento del sector salud y es el eje conductor de los esfuerzos para el desarrollo de los sistemas de salud.

Estas fueron cuatro áreas que los países en sus perfiles incluyeron y fue algo común a todos, en términos de lo que consideraban era la reforma.

Igualmente, se ha visto, en la experiencia que hemos tenido con el seguimiento de las reformas, que en todos los países de América Latina se busca fortalecer el rol rector y regulatorio de las autoridades sanitarias.

Dentro del marco de las reformas del Estado, donde se insertan las reformas del sector salud, se ha buscado achicar el tamaño del Estado e,

***Se van separando las funciones y se van delimitando las funciones de rectoría, de aseguramiento y de financiamiento.***

igualmente, achicar el sector público en salud, dejando a los Ministerios de Salud y a las autoridades sanitarias con muy pocas funciones, reduciéndolas casi exclusivamente al rol rector.

Este es un tema que se ve uniforme en casi todos los países; existe un esfuerzo, un interés por fortalecer su rol rector y, dentro de las actividades que tenemos en la iniciativa, está el desarrollo de una metodología para fortalecer el rol rector de las autoridades sanitarias y de los Ministerios de Salud.

También se ve que se trata de extender la cobertura de los servicios de salud, de redefinir los modelos de prestación de servicios. Se trata de descentralizar los servicios de salud y se busca igualmente –no se busca, sino que resulta del proceso de reforma– una separación de funciones.

Se observan, a medida que se van implementando las reformas tradicionales, reformas con un fuerte componente de cambio en el financiamiento y en la estructura del sector; se van separando las funciones y se van delimitando las funciones de rectoría, de aseguramiento y de financiamiento.

En cuanto esta separación de funciones del sistema de salud se introduce, lo observado es que se introducen nuevas formas de pago a los proveedores de atención en salud. Hay diversificación en el número y naturaleza de proveedores públicos y privados; se redefinen los conjuntos de beneficios en los sistemas sociales públicos y de seguro privado; se busca racionalizar los gastos en salud y hay nuevas modalidades de financiamiento de la atención. Eso, como contexto de lo que está ocurriendo en términos de reforma.

La Organización Panamericana de la Salud decide en 1998 desarrollar este proyecto que se llama

***Diferentes áreas que son importantes de reformar para empoderar los países con el ánimo de que tengan un conocimiento profundo de su sector y que, con una posición de fuerza, puedan sentarse de tú a tú con los organismos financieros internacionales a definir cómo debe ser su reforma.***

Iniciativa Regional de Reforma, no con el objetivo de promover reformas, sino de apoyar a los países en los procesos que estaban ya en marcha o que pensaban comenzar, para fortalecerlos en esas tareas y actividades que mencionaba el Doctor Tejada, para fortalecerlos con el fin de tener, tanto la capacidad de toma de decisiones como de negociación con los organismos financieros internacionales.

La Iniciativa Regional de Reforma básicamente apoya a los países por medio de metodologías, análisis sectoriales, monitoreo y seguimiento de la reforma, recursos humanos para los procesos de reforma, diferentes áreas que son importantes de reformar para empoderar los países con el ánimo de que tengan un conocimiento profundo de su sector y que, con una posición de fuerza, puedan sentarse de tú a tú con los organismos financieros internacionales a definir cómo debe ser su reforma.

Eso lo hemos logrado con poco éxito. O sea, en algunos países que ya tenían una tradición de cuerpos técnicos muy fuertes, que ya conocían su sector y que tienen ampliamente involucrados todos los grupos técnicos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos civiles. Esos han estado en mejor posición de negociar con fuerza y de tener unas

reformas con un mayor éxito. Pero luego vamos a ver que no son resultados exclusivamente del proceso de reforma, sino que eran procesos históricos que ya se venían dando y que ellos tuvieron la capacidad de utilizar los recursos, los conocimientos que vienen con los procesos de reforma para avanzar en el sector salud.

Entonces, en términos de perfiles, tenemos la metodología para la formulación y elaboración de estos, así como de sistemas de servicios de salud. Es así como tenemos perfiles para todos los países de la Región de las Américas. Estos se han hecho en primera y segunda edición; lo importante es que se hacen por grupos de trabajo a nivel de país, con mayor o menor éxito de acuerdo con cada uno; pueden ser grupos más pequeños o más grandes, pero nunca es hecho por un consultor internacional, nunca es hecho por la OPS.

Nosotros damos apoyo técnico en la revisión del perfil y en el componente de seguimiento y evaluación, que es el tercer componente. Igualmente, se someten a una institución académica de renombre en el país para hacer una evaluación por pares de esos perfiles.

De la misma manera, a raíz del componente de seguimiento y evaluación que hay en cada uno de esos perfiles se ha hecho el análisis para la Subregión Andina, para la Subregión Centro Americana y para la Subregión del Caribe Inglés. Se han sometido a análisis subregionales hechos en la OPS; eso sí, porque es mucho más difícil y,

***La dinámica del proceso de reforma incluye cómo se dio el diseño de la reforma, quién la negoció y si tiene indicadores de implantación y evaluación.***

sin embargo, se someten a evaluación por pares de instituciones académicas reconocidas de una región totalmente diferente de la que hace el análisis. Por ejemplo, el análisis de la Subregión Andina lo hizo una institución académica de Argentina y de ese análisis les voy a presentar partes, tanto del análisis regional como del Subregional Andino.

¿Qué fue lo que se hizo? Se desarrolló la metodología, que fue sometida a evaluación por pares y consta de tres partes: la dinámica del proceso de reforma incluye cómo se dio el diseño de la reforma, quién la negoció y si tiene indicadores de implantación y evaluación.

El contenido de proceso de reforma tiene que ver con las estrategias diseñadas, con las acciones efectivamente emprendidas y con un componente de evaluación que es el más débil, porque como vamos a ver luego, los países realmente no incorporaron indicadores de evaluación en sus procesos de reforma.

Al preguntarles cuáles han sido los resultados en términos de equidad, de efectividad, de calidad, de sostenibilidad y participación social, fueron cinco los puntos clave que los países decidieron serían los conceptos mediante los

**Al preguntarles cuáles han sido los resultados en términos de equidad, de efectividad, de calidad, de sostenibilidad y participación social, fueron cinco los puntos clave que los países decidieron serían los conceptos mediante los cuales se haría la evaluación de las reformas, realmente no hubo muchos datos.**

cuales se haría la evaluación de las reformas, realmente no hubo muchos datos.

En cuanto a las dinámicas del proceso de reforma, encontramos que hay numerosas similitudes en la evolución histórica, cultural y nivel de desarrollo; hay grandes diferencias en el contexto económico y político que afectan la situación de salud en cada país.

Más de 46 % de la población en Latinoamérica (Gráfico N°1) se encuentra en situación de pobreza. Si vamos al Área Andina, en la Subregión encontramos que el Ecuador tiene el porcentaje más alto de pobreza –69 %– y Chile el más bajo, con 21%. Estos son datos de los perfiles, son datos que dan los gobiernos. Si hay discrepancias, sean bienvenidas y podemos comentarlas.

Sobre la esperanza de vida al nacer (Gráfico N°2) –y esto me recuerda lo dicho por el Doctor Tejada acerca de que no le interesaba un promedio, sino la variación lograda entre los diferentes grupos sociales–, vemos que del año 50 al 2000 la esperanza de vida al nacer, en general, ha mejorado sustancialmente hasta llegar a los 69 años en la Región de Latinoamérica y El Caribe; en el área de la Subregión

Andina vemos que Chile tiene la esperanza de vida al nacer más alta con 76 años, y el que tiene la menor es Bolivia.

**... del año 50 al año 2000 la esperanza de vida al nacer, en general ha mejorado sustancialmente hasta llegar a los 69 años en la Región de Latinoamérica y El Caribe; en el área de la Subregión Andina vemos que Chile tiene la esperanza de vida al nacer más alta con 76 años, y el que tiene la menor es Bolivia.**

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, vemos un descenso progresivo desde 1955 a 1995. En el Área Andina vemos que la mortalidad infantil más alta la refleja Bolivia, con 67 por cada mil nacidos vivos, y Chile la más baja, con 10 por mil.

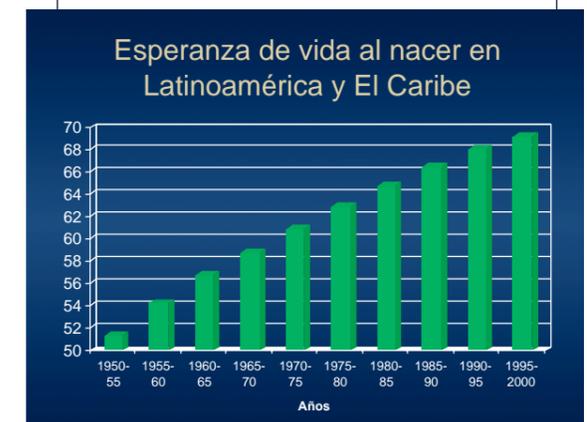
Ahora entramos a la parte de la génesis de las reformas que reportaron los países. En este punto, ellos reportan que la mayoría de las reformas estuvieron o están ligadas a procesos de reforma del Estado. Para la Subregión, Bolivia reporta que comenzó hace varias décadas; Chile tiene dos generaciones de reformas, una en 1980 y otra en 1990; Colombia, en 1993; Ecuador, en 1994; Perú, en 1995, iniciada con las reformas del Estado, y Venezuela dice también que hace varias décadas.

Cuando estos países dicen varias décadas, es que realmente no pueden precisar en qué momento comenzó la reforma, o sea, no hay un límite exacto de cuándo comenzó. En cuanto a las razones que los llevaron a iniciar las reformas, recuerdan que entre ellas se destaca aumentar la cobertura, mejorar la calidad

**La Mortalidad Infantil más alta la refleja Bolivia, con 67 por cada mil nacidos vivos, y Chile la más baja, con 10 por mil.**

de la atención, mejorar la equidad, incrementar la eficiencia y la eficacia y, posibilitar una mayor participación comunitaria.

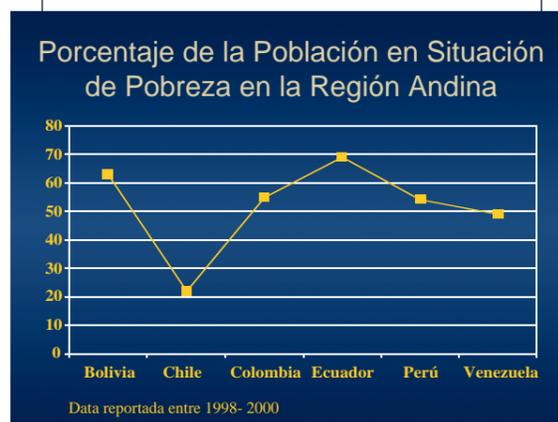
Gráfico N° 2



No sé hasta qué grado esto será absolutamente cierto o simplemente han oído que esas son las cosas que se deben hacer y, por lo tanto, eso fue lo que debió haber regido el proceso de reforma en ese país. Pero es lo reportado por todos los países en cuanto a las razones para iniciar las reformas.

Sobre el diseño de las reformas, reportan que en la mayor parte de los países los Ministerios de Salud fueron los protagonistas de la reforma; hubo limitada participación de la población en el inicio del proceso y ha habido mayor conciencia a medida que se ha ido implementando la reforma. Por ejemplo, en Colombia se incorporaron diferentes grupos interesados durante la formulación de la reforma; en

Gráfico N° 1



***Las razones que los llevaron a iniciar las reformas, recuerdan que entre ellas se destaca aumentar la cobertura, mejorar la calidad de la atención, mejorar la equidad, incrementar la eficiencia y la eficacia, y posibilitar una mayor participación comunitaria.***

Ecuador y Bolivia se establecieron leyes para incorporar una mayor participación social.

Fueron tímidos en lo referente a responder si los organismos internacionales financieros habían presionado o no, para que estas reformas se dieran. Sabemos que en realidad los organismos financieros sí ponen una presión muy grande para que estos procesos comiencen. Inclusive, el día de ayer me estaban mencionando –creo que en Perú–, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) dio dinero para reformas sin siquiera tener un proyecto establecido y creo que, importante también, en esto de los organismos internacionales, no es que ellos existan –el Banco Mundial, el BID o el Fondo Monetario Internacional (FMI) y traten de hacer su negocio–, lo importante es que los países se empoderen para poder tener una posición de fuerza en sus negociaciones, porque son los países los que últimamente toman los préstamos, son ellos los que últimamente pagan los intereses y a los bancos les interesa hacer los

***En esto de los organismos internacionales, no es que ellos existan –el Banco Mundial, el BID o el FMI y traten de hacer su negocio–, lo importante es que los países se empoderen para poder tener una posición de fuerza en sus negociaciones, porque son los países los que últimamente toman los préstamos, son ellos los que últimamente pagan los intereses y a los bancos les interesa hacer los préstamos.***

préstamos. O sea, es una necesidad mutua, pero hay que saber negociar. Es como si usted fuera a construir una casa, fuera al banco y dijera: “necesito dinero para construir una casa pero usted me va a decir cómo la vamos a construir y cómo la voy a hacer, cuántas habitaciones va a tener”, y el banco le está diciendo todo pero usted no está diciendo nada como respuesta a esa oferta.

En cuanto a la negociación de las reformas, reportaron que el liderazgo de los procesos de negociación de los objetivos y contenidos de las reformas, lo ejerce la autoridad sanitaria en toda la Región, lo cual, desde mi punto de vista, creo que es cuestionable.

Que el liderazgo en los procesos de negociación lo tenga la autoridad sanitaria eso es probablemente cierto. Pero cuán bueno es ese liderazgo, es sobre lo que no tenemos evidencia. El proceso de negociación política ha involucrado diversos actores nacionales, pero también ha implicado la concertación con organismos internacionales.

Sobre la implantación y evaluación de las reformas, Chile fue el único país que reportó contar con un plan con acciones políticas y metas cuantitativas. Otros países, como Bolivia y Ecuador, tuvieron planes estratégicos y voluntad política pero sin metas, fechas y responsabilidades fijas para la implantación de las reformas.

***La definición del derecho a la salud varía entre los países y en cuanto al aseguramiento, lo que encontramos en común es que hay estrategias para aumentar la cobertura, paquetes básicos de servicios de salud y esquemas de aseguramiento.***

De la evaluación, sólo Colombia definió criterios de evaluación desde el inicio de las reformas y Bolivia, realizó y publicó dos evaluaciones concretas que sirvieron de base para la reformulación de los subsiguientes proyectos de reforma que tuvieron.

Para el seguimiento del contenido de la reforma, en cuanto a cambios en el marco legal, la mayor parte de los países han enmendado su Constitución Política para hacer las reformas. Igualmente, sólo en dos países se han introducido cambios jurídicos conducentes a la intersectorialidad.

En el ámbito regional, solamente Costa Rica y Panamá incluyeron cambios constitucionales o cambios en su marco jurídico tendientes a la intersectorialidad. Muy pocos países definieron la equidad en su marco legal. En la Región Andina todos los países, con excepción de Bolivia y Chile, realizaron modificaciones constitucionales o de leyes básicas para apoyar la reforma.

Acerca del derecho a la salud y al aseguramiento, el derecho aparece definido en la Constitución y en las leyes. La definición del derecho a la salud varía entre los países y en cuanto al aseguramiento, lo que encontramos en común es que hay estrategias para aumentar la cobertura, paquetes básicos de servicios de salud y esquemas de aseguramiento.

Chile, Colombia y Perú incrementaron la cobertura de los servicios y desarrollaron estrategias para ello. Bolivia, Colombia y Perú tenían planes o paquetes de servicios para la prestación de servicios básicos.

Lo que les mencionaba anteriormente sobre las dimensiones del rol rector o la capacidad que tienen los Ministerios de Salud o la autoridad sanitaria nacional, es un tema de muchísimo debate en estos momentos. Es un apoyo técnico que están pidiendo todos los países para el que hemos definido, preliminarmente, éstas áreas a incluirse, con el fin de fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria:

1. Capacidad de armonizar la provisión de los servicios
2. Capacidad de regular, de conducir, de modular el financiamiento
3. Capacidad de garantizar el aseguramiento y de cumplir con las funciones esenciales de Salud Pública.

Al mismo tiempo que se estaba haciendo este seguimiento y esta evaluación de las reformas, la Organización se involucró en apoyar a los países para hacer una evaluación de las funciones esenciales de la salud pública, lo que constituye una forma de fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria.

***Al unísono que se estaba haciendo este seguimiento y evaluación de las reformas, la Organización se involucró en apoyar a los países para hacer una evaluación de las funciones esenciales de la salud pública, que son una forma de fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria.***

Todos los países hicieron este ejercicio el año pasado y se encontró lo siguiente en cuanto al rol rector: los ministerios de salud aducen tener el rol rector primario en todos los países, no se evidencia una separación explícita en las funciones de provisión de servicios, financiamiento y aseguramiento en todos los países; hay una ausencia de sistemas de rendiciones de cuentas o de "accountability" para las instituciones públicas de salud, y buscan actualizar los sistemas de información como insumos para la toma de decisiones y la formulación de políticas.

Sin embargo, en aquellos países donde esto sí ha ocurrido, no se sabe si han actualizado los sistemas de información, no tenemos evidencia de cómo se está utilizando esa información para la toma de decisiones.

En la Región Andina, la mayor parte de los países está revisando el rol rector o redefiniendo las funciones que debe ejercer el Ministerio de Salud. Se ve una clara separación de funciones en el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios en Colombia, Chile y Bolivia.

Ellos están tomando medidas para fortalecer los sistemas de información para la toma de decisiones.

En cuanto a modalidades de descentralización (Gráfico N°3), el otro componente que se incluyó en el contenido de la reforma, se evidencian esfuerzos hacia la descentralización de los

**... la descentralización es incipiente y hay muchos debates sobre qué es, cuán beneficiosos es, si realmente se puede hacer sin tener un rol rector, o un Ministerio de Salud o autoridad sanitaria nacional fuerte que, a la misma vez que se descentraliza, regule, conduzca y apoye ese proceso.**

servicios, funciones, recursos y gestión. Estos países –Colombia, Chile y Bolivia– son los que han hecho algún tipo de esfuerzo por descentralizar los servicios, sin embargo, en la mayor parte, la descentralización es incipiente y hay muchos debates sobre qué es, cuán beneficiosa es, si realmente se puede hacer sin tener un rol rector, o un Ministerio de Salud o autoridad sanitaria nacional fuerte que, a la misma vez que se descentraliza, regule, conduzca y apoye ese proceso.

Que no sea simplemente entregarle a las provincias, a los municipios, al nivel local, estas tareas que antes hacía el Ministerio de Salud central y para las cuales los niveles descentralizados realmente no tienen la capacidad técnica, si se les da de un día para otro.

Es un proceso que debe irse formando; nadie está diciendo que la descentralización no sea positiva, pero tiene que ser al unísono con el Ministerio de Salud o la autoridad sanitaria.

Chile es un ejemplo en el Área Andina, descentralizó su servicio nacional de salud en 1980 desagregándolo en 26 servicios de salud; transfirió la atención primaria a las municipalidades y las funciones, competencias y recurso para la planificación, gerencia y toma de

**En la Región Andina, la mayor parte de los países está revisando el rol rector o redefiniendo las funciones que debe ejercer el Ministerio de Salud.**

Gráfico N° 3

**Génesis de las Reformas**

➤ La mayoría de las reformas estuvieron o están ligados a procesos de reforma del Estado

País	Año de Inicio de la Reforma
Bolivia	Hace varias décadas
Chile	Dos generaciones de reformas: 1980s-1990s
Colombia	1993
Ecuador	1994
Perú	1995 - Se inició con la reforma del Estado
Venezuela	Hace varias décadas

decisiones han sido transferidas del nivel central al nivel de prestación de los servicios.

Tengo entendido –y tal vez el ex Ministro de Salud de Chile puede luego hablar sobre esto– que la acción se canceló después de un tiempo. Eventualmente se restableció la protección y la prestación del servicio a nivel nacional.

En Bolivia se promulgó la Ley de Descentralización y Participación Pública, que instaba la transferencia de la infraestructura y equipo de salud del nivel central a los municipios; no obstante, la dotación de recursos humanos, la provisión de servicios y la focalización de programas prioritarios se mantienen centralizados en el Ministerio de Salud.

La participación social se ha incluido como un objetivo de las reformas en casi todos los

países; sin embargo, se evidencian diferentes mecanismos de participación social o sea mecanismos para operativizarla, algunos de ellos son los Consejos Locales de Salud y los Comités de Monitoreo. Muy pocos países hacen referencia a los grupos tradicionalmente excluidos en la toma de decisiones: la población indígena, los ancianos, los grupos afro-americanos y la mujer. La participación social ha sido extremadamente limitada en cuanto a financiamiento y gastos.

Los países reportaron que están fortaleciendo sus sistemas de información en financiamiento y gasto; esto, obviamente responde a los requisitos de los organismos financieros internacionales de incorporar este componente en su proceso de reforma.

Hay diferentes mecanismos de financiamiento que han incorporado el pago de acuerdo con el diagnóstico a nivel hospitalario, sistemas descentralizados de contrataciones, sistema nacional de aseguramiento y pago por usuario y uso de tarifas.

En el Área Andina, la mayor parte de los países coinciden en que deben mejorar sus sistemas de información sobre financiamiento y gasto. En Chile los sistemas existen a nivel hospitalario y Ecuador es el único país que informó sobre el desarrollo de cuentas nacionales en salud. Sin embargo, hay muchos países involucrados en el desarrollo de cuentas nacionales de salud, no creo que Ecuador sea el único.

**Chile es un ejemplo en el Área Andina, descentralizó su servicio nacional de salud en 1980 desagregándolo en 26 servicios de salud; transfirió la atención primaria a las municipalidades y las funciones, competencias y recursos para la planificación, gerencia y toma de decisiones han sido transferidas del nivel central al nivel de prestación de los servicios.**

***Muy pocos países hacen referencia a los grupos tradicionalmente excluidos en la toma de decisiones: la población indígena, los ancianos, los grupos afro-americanos y la mujer.***

De la prestación de servicios, los países reportaron nuevas modalidades, introducidas como resultado de las reformas. Aquellos con un fuerte esquema de aseguramiento han basado la oferta en función de la demanda y de la focalización de servicios en grupos vulnerables. Muchos países no han definido un modelo básico de atención primaria, ya que una vez que se comenzó el proceso de reforma, todo lo que fue atención primaria y salud para todos quedó de lado. No se evidencia asignación de recursos para mejorar el modelo de prestación de servicios.

Sobre los recursos humanos, en menos de la mitad de los países se han modificado los *curriculums* para su formación de acuerdo con el resultado de las reformas, y la participación de los trabajadores de la salud en el proceso de reforma ha sido mínima. En Chile y Colombia se han implementado parcialmente incentivos al desempeño para el personal de los servicios de salud. En cuanto a la capacitación para el personal de salud, ésta es incipiente en Bolivia, Chile y Colombia.

***De la prestación de servicios, los países reportaron nuevas modalidades, introducidas como resultado de las reformas. Aquellos con un fuerte esquema de aseguramiento han basado la oferta en función de la demanda y de la focalización de servicios en grupos vulnerables.***

Ahora, referente a evaluación de los resultados, en equidad, la mayor parte de los países no pudieron reportar un vínculo directo entre la reforma y la equidad. Algunos países reportaron aumentos en los indicadores de cobertura, gasto en salud y recursos humanos, pero realmente no se puede decir que ha habido un aumento en la equidad, yo diría que todo lo contrario, como producto de la reforma.

Respecto de la efectividad y calidad de los servicios, el único país que reportó un vínculo directo entre la reforma y el progreso positivo en los indicadores de salud fue Brasil; Costa Rica, Honduras, Cuba, Jamaica, Nicaragua y Panamá reportaron haber instituido Comités de Garantía de Calidad en los hospitales y clínicas como único indicador de calidad, y en algunos países se están utilizando encuestas de satisfacción del usuario con el servicio.

De eficiencia, algunos países mostraron evidencia de mejores mecanismos para la asignación y gestión de los recursos. En sostenibilidad, sólo Brasil, Costa Rica y Chile aducen que sus reformas son sostenibles desde el punto de vista financiero; la mayor parte de los países reportan problemas económicos que dificultan la sostenibilidad de las reformas, especialmente problemas económicos internos y problemas económicos que resultan una vez termina el financiamiento de los organismos externos.

Sobre la participación social, la modalidad más común fue por medio de Comités Locales de

***En equidad, la mayor parte de los países no pudieron reportar un vínculo directo entre la reforma y la equidad.***

Salud en el primer nivel de atención y en el nivel hospitalario. Finalmente, en el Área Andina, todos los países, excepto Colombia, aducen la imposibilidad de establecer relaciones causales directas y unívocas entre las acciones de la reforma y las modificaciones de los indicadores relativos a equidad, efectividad, calidad, participación social y sostenibilidad.

Esto es básicamente lo que tenemos como datos en términos de seguimiento y evaluación. Se ven

unos patrones que no son alentadores, los cuales han llevado a la Organización Panamericana de la Salud a pensar en cuáles son las posibles acciones para el futuro, dada la integración, el éxito parcial del proceso de reforma, donde se incluyan conceptos y acciones en el fortalecimiento de la salud pública, que le den una respuesta más factible a los problemas de salud que están teniendo los países de la Región.

***Sobre la participación social, la modalidad más común fue por medio de Comités Locales de Salud en el primer nivel de atención y en el nivel hospitalario.***

**Desafíos de la reforma en salud en el Brasil**

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA, MD**

*Investigador de la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil*

En el cuadro I observamos información general sobre el Brasil, para que se den cuenta de nuestro tamaño. El producto interno bruto per cápita medido en términos de poder de paridad de compra, que es el valor del dólar para ajustar la tasa de cambio; son datos con algunas cosas importantes que voy a utilizar en mi presentación. En el cálculo de la mortalidad infantil tenemos aquí en la tabla el valor de 32.7 por mil nacidos vivos, pero ahora en 2002 ya estamos con 28.9; la población urbana alcanza 82% y la esperanza de vida al nacer es de 67.8 años. Son datos del informe de la Organización Mundial de la Salud.



Brasil, entre esos países más o menos semejantes, tiene un poder de paridad de compra de 7360

**Cuadro I. INDICADORES BÁSICOS, BRASIL, CIRCA 2001**

Indicador	Valores
Superficie	8.514.215,3 km <sup>2</sup>
Población (2001) <sup>a</sup>	172.385.776
Producto Interno Bruto (2001) <sup>b</sup>	502.000 millones US\$
PIB per cápita (2001) <sup>c</sup>	7.360 PPP US\$
Tasa de Natalidad(2001) <sup>a</sup>	19.89 por 1.000 habitantes
Tasa Global de Fecundidad(2001) <sup>a</sup>	2.18
Tasa Bruta de Mortalidad (2001) <sup>a</sup>	6.68 por 1.000 habitantes
Esperanza de Vida al Nacer (2001) <sup>a</sup>	68.82 años
Tasa de Mortalidad Infantil (2001) <sup>a</sup>	32.7 por 1.000 nacidos vivos
Población con más de 65 años(2001) <sup>a</sup>	9.1%
Tasa de Alfabetización de Adultos(2001) <sup>a</sup>	87.7 %
Población Urbana (2000) <sup>a</sup>	81.25 %
Médicos (2001) <sup>d</sup>	2.08 por 1.000 habitantes
Camas Hospitalarias (2002) <sup>d</sup>	2,7 por 1.000 habitantes

*El movimiento en los años 90 de implantación de reformas neoliberales en todo el mundo, particularmente en América Latina, profundizó la gran desigualdad existente en Brasil.*

dólares, por lo tanto, es uno de los países con paridad similar a México, en tanto la esperanza de vida al nacer está en 67.8 años, patrón parecido al de países como Tailandia.

En los años 90 el país no tuvo un crecimiento importante en la economía, la que fue reestructurada en varios aspectos. Entre tanto, a pesar de haber construido un marco institucional muy poderoso –el cual evitó que el daño de las reformas neoliberales de los años 90 fuera profundo–, no logró alcanzar un mejoramiento de sus indicadores de salud.

En el Brasil tenemos países dentro del país, es muy grande y no estamos tan mal cuando nos comparamos con nuestros hermanos. Mientras la región sureste presenta un valor de 69,9 años para la esperanza de vida al nacer, con una

población de 72 millones de brasileños, tenemos en el noreste 47 millones de personas que se quedaron más alejadas del progreso, presentando una tasa de mortalidad infantil de 45‰ una esperanza de vida al nacer de 66 años. (Cuadro II)

El movimiento en los años 90 de implantación de reformas neoliberales en todo el mundo, particularmente en América Latina, profundizó la gran desigualdad existente en Brasil cuando una importante porción de población quedó por fuera del desarrollo, lo que provocó ciertamente un desempeño desfavorable en los indicadores globales.

En el cuadro III se señalan los marcos institucionales del proceso de reforma sanitaria brasileña hasta los grandes retos puestos hoy en día. Lo más importante, después de la dictadura militar que tuvimos, fueron los acontecimientos de 1986 y 1988 cuando realizamos la Octava Conferencia Nacional de Salud, que reunió más de 5000 personas luego de un proceso de conferencias que empezó en las municipalidades de los Estados hasta el nivel nacional, las cuales sentaron las bases de la nueva Constitución Federal, promulgada desde el Congreso por la Asamblea Nacional Constituyente de 1988.

**Cuadro II. TAMAÑO DE LA POBLACIÓN E INDICADORES DE SALUD SELECCIONADOS POR REGIÓN DE BRASIL, 2000**

Región	Población en miles	Tasas de Fecundidad	Tasas de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	% nacimientos en mujeres con menos de 19 años de edad
Norte	12.901	3.09	28.9	68.5	30.7
Nordeste	47.742	2.64	44.9	65.8	26.5
Sudeste	72.412	2.08	19.1	69.6	20.2
Sur	25.108	2.09	17.1	71.3	21.3
Centro-oeste	11.638	2.11	21.9	69.4	26.2
Brasil	169.799	2.32	28.3	68.6	23.5

Brasil. Ministerio de Salud. DATASUS. IDB - 2002<sup>1</sup>

**Cuadro III. MARCOS HISTÓRICOS RECIENTES**

- 1986 VIIIª Conferencia Nacional de Salud
- 1988 Nueva Constitución Federal
- 1990 Ley Orgánica de la Salud (Ley 8080)
- 1990 Consejos y Conferencias de Salud (Ley 8142)
- 1993 Norma Operacional Básica
- 1996 Norma Operacional Básica
- 1998 Ley de los Planes y Seguros Privados de Salud (Ley 9656)
- 2001/2 Norma Operacional de la Asistencia de la Salud (NOAS)

Luego siguió la generación de importantes dispositivos pos constitucionales, tales como la Ley Orgánica de Salud del año 1990, la reestructuración de Consejos y Conferencias de Salud –con estructura democrática y participación de la población, en los que 50 % de los miembros de esos Consejos son usuarios de los servicios de salud y el restante 50 % son prestadores del servicio: gobierno, médicos, todos los hospitales–, los planes de salud y las nuevas normas interministeriales.

Antes de 1998 se dio la primera ley que reglamentó los planes de seguros privados que funcionaban en Brasil de una manera totalmente desregulada. Finalmente, creo que lo más importante fue la introducción de la Norma Operacional de la Asistencia en Salud en 2001, con la revisión de 2002, en la que me detendré más adelante.

Los principios constitucionales centrales en los que se basa todo el Sistema de Salud Brasileiro, fueron un factor esencial para que resistiéramos en este sector la avalancha de reformas neoliberales, estimuladoras del mercado, permitiendo que consiguiéramos concebir el fortalecimiento de una base pública importante sobre el control público. Igualmente importante fue el principio constitucional de la seguridad social que coloca juntos los sistemas de pensiones y otros beneficios de seguridad social, la salud y la asistencia social.

Además, se estableció un conjunto de principios esenciales para la conformación de esos tres sistemas: la universalidad, la cobertura y la atención.

Desde el comienzo nosotros sabíamos las dificultades de asegurar con una cobertura universal, pero la universalidad es un principio constitucional garantizado y no aceptamos que la capacidad de pago sea el factor determinante en la concesión del beneficio de salud o de asistencia social. Creemos que el papel del gobierno es encontrar los mecanismos para disminuir las discriminaciones en la capacidad diferenciada de pago de las personas en la sociedad.

Como consecuencia de la universalidad, se articuló otro principio, el de la uniformidad, que hace equitativos los beneficios y los servicios, tanto para la población urbana como rural. Aquí los valores de los beneficios deben

***Los principios constitucionales centrales en que se basa todo el Sistema de Salud Brasileiro, fueron un factor esencial para que resistiéramos en este sector la avalancha de reformas neoliberales, estimuladoras del mercado.***

***La universalidad es un principio constitucional garantizado y no aceptamos que la capacidad de pago sea el factor determinante en la concesión del beneficio de salud o de asistencia social. Creemos que el papel del gobierno es encontrar los mecanismos para disminuir las discriminaciones en la capacidad diferenciada de pago de las personas en la sociedad.***

ser irreducibles, cuidando la forma de participación, los costos, la diversidad de la parte de financiamiento y un carácter democrático y descentralizado de la Administración Nacional.

Específicamente sobre la salud, el artículo 196 de la Constitución de 1988 estableció lo que continúa siendo nuestra guía. Esta definición es el principio constitucional sobre el cual fue estructurado el Sistema de Salud Brasileiro y, después de la onda neoliberal de los años 90, con nuevos gobiernos, estos principios volvieron a tener el énfasis que merecen.

El artículo 196 de la Constitución Nacional dice: “La salud es derecho de todos y el deber de garantizarlo es del Estado, a través de políticas sociales y económicas que ayuden a la reducción de los riesgos de enfermedad y otros daños, por el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. Este artículo, lo repetimos en todo momento y a toda hora; es una guía en extremo importante para el diseño de nuestras políticas públicas.

De estos principios, aparecen en la Constitución del Brasil algunas directivas organizacionales: el sistema tiene que ser único en todo el territorio nacional, organizado a través de una red regionalizada y jerarquizada, con descentralización y dirección única a cada nivel de gobierno. Brasil tiene 27 estados, aproximadamente 5.600 municipios en los

cuales la atención debe ser integral, con participación de la comunidad y su financiación debe ser compartida en la Unión de los Estados, del Distrito Federal y los municipios.

En 1990 se aprobaron las leyes federales 8080 y 8142 que definen la estructura de lo que nosotros llamamos el Sistema Único de Salud –SUS. Esas leyes establecen sus funciones, atribuciones de los niveles federal, estatal y municipal, determinan la creación de los fondos de salud, definen los mecanismos de la participación comunitaria: consejos y conferencias de salud y el rol suplementario de los planes de salud para la asistencia en salud.

En 1993 y 1996 se edita un conjunto de normas en el ámbito del Ministerio de la Salud, llamadas Normas Operacionales que van a establecer con más detalle los mecanismos de funcionamiento del SUS, con énfasis particular en los procesos de descentralización. Esas normas determinan la obligatoriedad de creación de instancias gestoras específicas para

***El artículo 196 de la Constitución Nacional dice: “La salud es derecho de todos y el deber de garantizarlo es del Estado, a través de políticas sociales y económicas que ayuden a la reducción de los riesgos de enfermedad y otros daños”.***

la salud en los municipios, el establecimiento de comisiones tripartitas y bipartitas entre gestores, definen los mecanismos de transferencias financieras del gobierno federal y los procedimientos para la programación pactada de recursos.

La obligatoriedad de creación de instancias gestoras específicas para salud en los municipios ha llevado a que hoy prácticamente todos tengan estructuras específicas destinadas a cuidar de la salud.

**La obligatoriedad de creación de instancias gestoras específicas para salud en los municipios ha llevado a que hoy prácticamente todos tengan estructuras específicas destinadas a cuidar de la salud.**

Para el proceso de concertación entre los niveles de gobierno son instituidas las comisiones intergestoras: la Comisión Tripartita, en el ámbito federal, donde se sientan el Ministerio de Salud, el Concejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y el Concejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud. En el ámbito de los Estados existen las Comisiones Bipartitas, donde se reúnen las Secretarías Estatales de Salud y el Concejo de aquel Estado particular de los Secretarios Municipales de Salud, para diseñar la distribución de fondos y arreglar una serie de mecanismos para la organización asistencial.

Esas normas definieron más precisamente los mecanismos de transferencias financieras del Gobierno Federal, que corresponden aproximadamente a 64% de los fondos públicos para salud en Brasil.

En 2001, con modificaciones en 2002, se aprueba en el Ministerio de Salud y en el Concejo Nacional de Salud la Norma Operacional de Asistencia. Por ser Brasil un país de dimensiones continentales, con 27 Estados conformados por muchos municipios, el proceso de descentralización acelerada para los municipios provocó una fragmentación muy importante en la asistencia, porque los recortes administrativos no corresponden a los recortes de la distribución de las Redes Asistenciales. Esa norma fue desarrollada para que se estableciera la regionalización, con estructuración de la Atención Básica y la definición de planes de regionalización, planes de inversión y nuevos roles para los Estados y municipios con la identificación de focos asistenciales.

Entonces, en la estructura decisoria del Sistema Único de Salud Brasileiro tenemos instancias colegiadas, con participación de la sociedad civil organizada a nivel de los municipios, de los Estados y de la Nación: el Concejo Nacional de Salud, los Concejos Estatales y los Municipales.

Como órganos gestores tenemos el Ministerio, las Secretarías Estatales, las Secretarías Municipales, las Comisiones entre gestores Tripartita y Bipartita, con la representación de los gestores –Concejo Nacional de Secretarios Estatales– CONASS–, Concejo Nacional de Secretarios Municipales– CONASEMS– y Concejo de Secretarios Municipales en el ámbito de los Estados –COSEMS–.(Cuadro IV).

**En la estructura decisoria del Sistema Único de Salud Brasileiro tenemos instancias colegiadas, con participación de la sociedad civil organizada.**

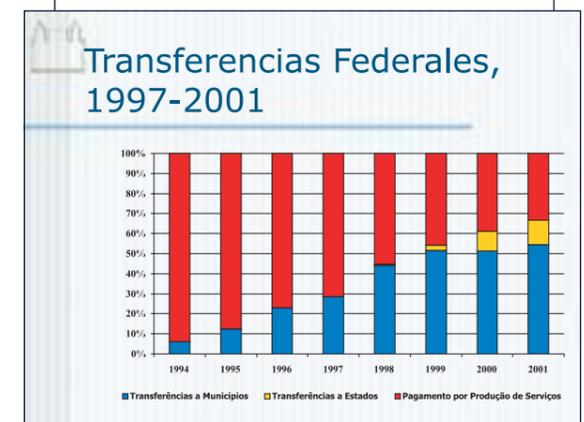
**Cuadro IV. ESTRUCTURA DECISORIA DEL SUS**



Para que se pueda tener una idea de la velocidad de la descentralización en Brasil, durante el año 1997 apenas 144 municipios recibieron fondos directamente del Gobierno Federal y en diciembre de 2000, casi la totalidad de los municipios recibían transferencias del Fondo de la Unión; de los Estados, casi ninguno recibía trasferencias en diciembre del 1997, en 2002 ya había 12 y, creo que ahora, en 2003, aproximadamente 18 de los 27 Estados ya tienen transferencias directas cubriendo 99.9 % de la población. En la gráfica 1 vemos, en términos de valores, las trasferencias hechas a la fecha, el rojo implica la aplicación directa de fondos federales, en azul la transferencia a los municipios y en amarillo, como se ve, la tendencia del proceso.

**En Brasil, entre tanto, a pesar de que hemos sido capaces desde los años 90 de constituir una estructura defensiva en el sector público, no pudimos contener las ondas del neoliberalismo.**

**Gráfica N° 1**



Entre 1994 y 2001 se dio la transferencia de responsabilidades administrativas y también la objetiva de fondos, con una gran libertad de usos de éstos para los futuros gastos operacionales en salud.

En Brasil, entre tanto, a pesar de que hemos sido capaces desde los años 90 de constituir una estructura defensiva en el sector público, no pudimos contener las ondas del neoliberalismo. Creo que en gran parte debido a la subfinanciación del sector y a la entrada

**La cobertura por planes privados de salud es extremadamente selectiva, discriminatoria e inequitativa.**

significativa del sector privado. Para el año 1998 (cuadro V) teníamos ya los planes de

salud responsables de 24.5% de los gastos totales de salud con un incremento de la participación de los gastos de salud en el producto interno bruto y un crecimiento importante y significativo de los gastos de las familias y los gastos en planes de salud. La proporción del gasto público en salud fue de 3.2% del producto interno bruto.

**Cuadro V. GASTOS EN SALUD PÚBLICO Y PRIVADO, BRASIL, 1998**

Tipos de gastos	R \$ 10 <sup>6</sup> Per Capita	Em % PIB	
Públicos	32,9	203,2	3,20
União	19,1	117,9	1,86
Estados	5,7	35,2	0,56
Municípios	8,1	50,1	0,79
Privados/Familias*	28,5	176,2	2,78
Planos de Saúde	24,5	151,4	2,39
<b>Total</b>	<b>85,9</b>	<b>530,8</b>	<b>8,4</b>

En la Cuadro VI se presentan los datos de una encuesta nacional de hogares donde se verifica que la cobertura por planes privados de salud es extremadamente selectiva, discriminatoria e inequitativa. La población total tiene una cobertura privada de 24.5% mientras la población que tiene un rendimiento familiar per cápita de 20 salarios mínimos o más tiene 76.2% de cobertura y la población de más bajo ingreso –hasta 1 salario mínimo– sólo llega a 2.56% de aseguramiento privado. El resto, queda bajo la cobertura estatal a cargo del Sistema Único de Salud, quien debe atender los rangos de edad más jóvenes, los viejos y los enfermos de alto costo –renales crónicos,

cirugías de alta complejidad–, que son transferidos y cubiertos por el sistema.

**Cuadro VI. COBERTURA POR PLANES Y SEGUROS DE SALUD, BRASIL, 1998**

Clase de ingreso familiar	Cobertura (%)
Hasta 1 salario mínimo	2.56
1 a 2 salarios mínimos	4.83
2 a 3 salarios mínimos	9.36
3 a 5 salarios mínimos	18.58
5 a 10 salarios mínimos	34.72
10 a 20 salarios mínimos	54.03
20 + Salarios Mínimos	76.18
<b>Población Total</b>	<b>24,45</b>

**Sistema Único de Salud, quien debe atender los rangos de edad más jóvenes, los viejos y los enfermos de alto costo –renales crónicos, cirugías de alta complejidad–, que son transferidos y cubiertos por el sistema.**

Con el fin de guiar un sector que hasta 1998 estaba totalmente desreglado, en el año 2000 se promulgaron leyes para la regulación de los planes de seguro privado de asistencia de salud. Los aspectos más importantes de esas leyes (Ley 9658/98 y Ley 9961/2000) fueron el establecimiento de la obligatoriedad de registro de los productos ofrecidos, inexistente hasta el momento y el establecimiento de planes de referencia de cuidados ambulatorios, hospitalarios y odontológicos, junto con la estandarización de carencias, de la definición de enfermedades preexistentes y la regulación de precios entre otros, que todos los planes tendrían que ofrecer. Además, se creó la Agencia Nacional de Salud Suplementaria vinculada al Ministerio de Salud para su supervisión, complemento, cuidado de los registros y aplicación de sanciones sobre los planes de salud.

Ahora nos aproximamos –todos ustedes están invitados desde ya– a la Duodécima Conferencia Nacional de Salud que, por decisión del Concejo Nacional de Salud, lleva el nombre de Sergio Arouca, a quien muchos de ustedes conocieron –gran profesional brasileño de la salud pública fallecido hace poco–. Esta Conferencia tiene los diez ejes temáticos que focalizan los grandes

**El derecho a la salud en el sentido de cumplir los principios constitucionales, donde es la necesidad de salud y no la capacidad de pago la que debe determinar el acceso y utilización de los servicios de salud.**

retos que debemos y estamos enfrentando ahora (cuadro VII), teniendo como prelación el derecho a la salud en el sentido de cumplir los principios constitucionales, donde es la necesidad de salud y no la capacidad de pago la que debe determinar el acceso y utilización de los servicios de salud.

En segundo lugar, la reestructuración de la seguridad social. En los años 90 hubo una fragmentación de lo que había sido establecido en la Constitución; la integración entre los sistemas de pensiones y otros beneficios pecuniarios, la salud y la asistencia social, fracturada desde los años 90. Entonces defendimos la recomposición organizacional y financiera de la seguridad social porque la población tiene

**Cuadro VII. EJES TEMÁTICOS DE LA 12ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD SERGIO AROUCA DE BRASIL, 2003**

1. Derecho a la salud
2. La seguridad social y la salud
3. La intersectorialidad de las acciones de salud
4. Los tres niveles de gobierno y la construcción del SUS
5. La organización de la atención a la salud
6. El control social y la gestión participativa
7. El trabajo en la salud
8. Ciencia y tecnología en salud
9. El financiamiento del SUS
10. Información, informática y comunicación en salud

también necesidades que son parte de esos tres sectores.

El tercer punto de la Conferencia tratará sobre la intersectorialidad como plano organizador de las acciones en salud, para la que hay una política en este gobierno extremadamente afirmativa y de acuerdo con el principio constitucional.

Cuarto, la prioridad en las relaciones de los tres niveles de gobierno en la construcción del SUS. Básicamente aquí se trata de ajustar toda la estructura de la norma a la cual me referí anteriormente sobre la organización de la atención en salud. Hubo en Brasil un gran énfasis al final de los años 90 en los programas de salud familiar. Ahora se trata de ofrecer a esos programas una integración mayor con la estructura secundaria y terciaria más especializada de los servicios de salud; es el quinto eje temático que representa un reto sobre cómo articular la atención básica con los otros niveles de atención de una manera creciente. Está en estudio, en fase de tesis, la introducción de una tarjeta nacional de salud que pueda seguir los flujos de la gente por todo el sistema.

El sexto punto trata sobre el control social y la gestión participativa de la comunidad, mecanismo de participación de una manera más efectiva en el sistema. El séptimo punto

*El quinto eje temático que representa un reto sobre cómo articular la atención básica con los otros niveles de atención de una manera creciente.*

corresponde al trabajo en salud, la integración de la fuerza de trabajo, los problemas de los sueldos de los médicos y de los enfermeros. En el octavo eje se enfrentaran los desafíos de la ciencia y la tecnología en salud y la innovación.

Tenemos sentadas las bases de financiamiento del SUS con una enmienda constitucional del año 2000, pero hay que generar más fondos porque el gasto público total en salud durante 2002 fue de 40 mil millones de reales.

Los mecanismos de generación de recursos y las estrategias para su mejor utilización, incluyendo los mecanismos de pago a los prestadores de servicios, se incluyen en el noveno eje. Brasil gastó, con el pago de amortizaciones e intereses de la deuda, 120 mil millones de reales, tres veces más, al incluir los mecanismos financieros internacionales, que lo aplicado a la salud.

Finalmente, la modernización de los sistemas de informática y comunicación en el sector salud será el tema del décimo eje temático.

<sup>i</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2002. IDB - 2002 in Informações de Saúde. <http://datasus.gov.br>. Accessed 22/Aug/2003.

## La reforma de la ley general de salud y el sistema de protección social en México

**ADOLFO MARTÍNEZ VALLE, MD**

*Asesor del Doctor Julio Frenck, Secretario de Salud de México*

Muy brevemente les voy a describir cuál fue el proceso. La reforma que estamos implementando en México va a cumplir dos años, de modo que aún nos queda un largo trecho por recorrer.

Permítanme hablarles de tres grandes aspectos, el primero acerca de cómo se enmarca este proceso en las políticas de salud en México; segundo, el reto que tenemos enfrente y, finalmente, describir hacia donde queremos llegar, hacia un financiamiento justo de la salud.

El gráfico 1 ilustra lo que estamos haciendo.



que nos permitió plantear soluciones. Básicamente las políticas que definimos tienen un soporte importante en tres pilares, ético, técnico y político; de esto voy hablar a lo largo de mi presentación.

El punto de partida fue el Programa Nacional de Salud, éste fue el gran trabajo, el gran pilar técnico de la reforma en México, sustentado



En primer lugar no partimos de la nada, en México hicimos un diagnóstico muy serio de la situación, epidemiológico, económico y social,

*El gran reto es vencer las grandes desigualdades en tres dimensiones, el peso de la enfermedad, vemos cómo el sur sigue siendo el que tiene la carga de enfermedad mayor pero también la menor red de protección social en salud, y quien recibe menos recursos. Esto es a lo que nos enfrentamos desde un punto de vista financiero.*

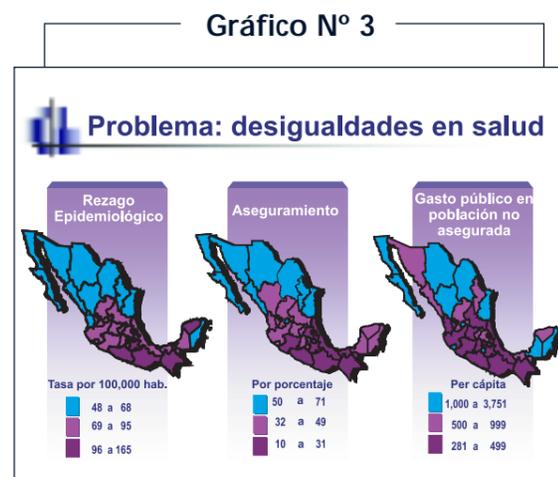
éticamente en lo que el Secretario bautizó como la democratización. ¿Qué quiere decir eso de democratizar la salud? Quiere decir, justamente, no dejar excluido a nadie, aspirar a la universalidad. Como sistema de salud aspiramos a que a la vez haya participación ciudadana y mecanismos de rendición de cuentas que permitan satisfacer las necesidades y las expectativas de la población.

Los retos que nos planteamos en este programa nacional de salud están dirigidos a cumplir estos objetivos. No me detengo en ello, simplemente resaltar la equidad, la calidad y la protección financiera con sus respectivos objetivos que se plasman en la práctica en cinco estrategias sustantivas, cinco estrategias instrumentales. El gran marco, el gran paraguas que enmarca todos éstos lo denominamos el Sistema de Protección Social en Salud, que bien decía el Doctor Mauricio Bustamante, fue una Ley que se aprobó a fines de abril de este mismo año, que nos plantea, y aún no nos resuelve, estos retos (gráfico 2).

vencer las grandes desigualdades en tres dimensiones, el peso de la enfermedad, vemos cómo el sur sigue siendo el que tiene la carga de enfermedad mayor pero también la menor red de protección social en salud, para colmo también recibe menos recursos, esto es a lo que nos enfrentamos desde un punto de vista financiero (gráfico 3).

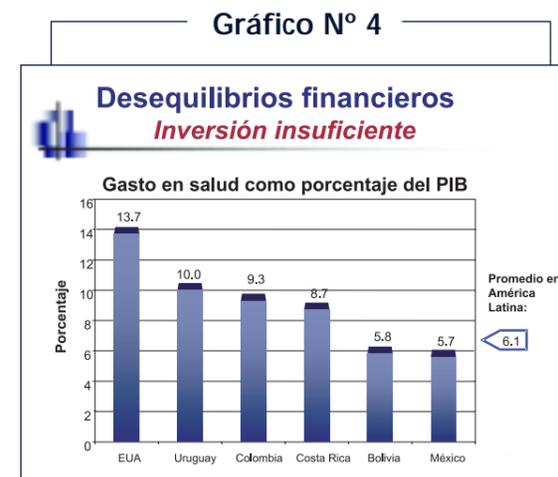


El reto, poner esto en práctica, para lo cual ya dimos un primer paso, tener el respaldo jurídico que te da una Ley. El gran reto que tenemos, no solamente México sino toda Latinoamérica, es

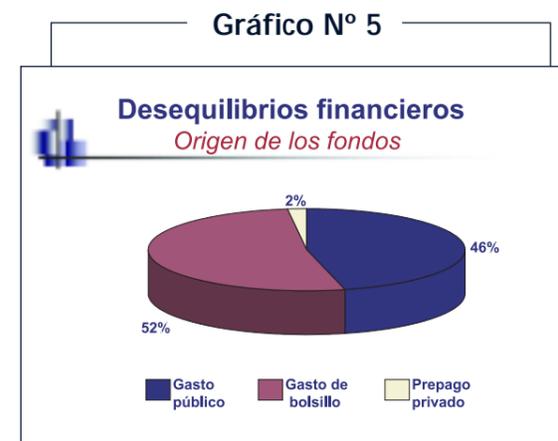


Aquí identificamos cinco grandes desequilibrios, primero no estamos invirtiendo suficientemente en salud; México, si lo ubican, está por debajo de la media latinoamericana, incluso por debajo de países como Costa Rica, que en términos per cápita percibe menos ingresos, y me gusta siempre mostrar a Estados Unidos de América (EUA) para dejar la idea de que no necesariamente hay que gastar tanto para poder tener una cobertura de salud, ya que ustedes saben que EUA deja desprotegidos aproximadamente a cincuenta millones de estadounidenses (gráfico 4).

El otro gran desequilibrio es cómo estamos financiando la salud en México. Este es un problema que aqueja gran parte de Latinoamérica; más de la mitad de los gastos viene del bolsillo de las personas; algo estamos haciendo mal, no estamos convenciendo a la gente para



que vaya a las instituciones públicas de salud a atenderse, se va al sector privado y paga de bolsillo; como ven, un porcentaje muy pequeño son los seguros privados (gráfico 5).



En términos de familia (gráfico 6), lo que tienen aquí son los quintiles de gasto; el quintil uno es el quintil más bajo y, en el eje vertical, lo que tenemos es el porcentaje de familias o de hogares que incurren en gastos catastróficos, esto se refiere a los que dedican más de 30% del ingreso disponible, es el ingreso una vez que descontamos lo que gastan en satisfacer sus necesidades básicas, fundamentalmente alimentación.



Como pueden ver son las personas de menores niveles, las familias de menor nivel socio-económico quienes están en riesgo de empobrecerse aún más; el otro mensaje que da este gráfico, es que entre los que sí cuentan con una protección social –en México aproximadamente la mitad de la población o un poco menos cuenta con una protección social a través de las instituciones de seguridad social– el riesgo de empobrecerse disminuye.

Entonces, ¿qué es lo estamos haciendo? ¿Qué es lo que vamos hacer en los próximos años? La visión es salir de este sistema segmentado, aspiramos a romper los dos esquemas, el de la seguridad social que sólo cubre a los trabajadores formales, a la población urbana, y el esquema asistencialista, que normalmente han asumido los Ministerios de Salud, ofreciendo servicios a toda la gente que queda excluida de la seguridad social (gráfico 7).

Aspiramos a tener un auténtico Sistema de Salud que pueda proteger a toda la población; como decíamos, para esto un pilar muy importante es el ético, este concepto rector que señala la democratización de la salud, con el cual subraya tres valores: incluir a todo el mundo, universalidad bajo un sistema de financia-

*Entonces la visión es salir de este sistema segmentado, aspiramos a romper los dos esquemas, el de la seguridad social que sólo cubre a los trabajadores formales, a la población urbana, y el esquema asistencialista, que normalmente han asumido los Ministerios de Salud, ofreciendo servicios a toda la gente que queda excluida de la seguridad social.*



miento justo sustentado en la solidaridad, y el tercer punto el cual no subraya suficientemente su importancia, es que el dinero siga a la gente; tener estos mecanismos de rendición de cuentas que le den un contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales; se trata de ir mas allá de las leyes, que la gente, efectivamente reciba los servicios necesarios (cuadro I).

Los otros grandes objetivos son ordenar las asignaciones actuales de presupuesto, básicamente corregir estos desequilibrios financieros que enseñaba en los mapas anteriores, bajo una lógica de aseguramiento público y con una corresponsabilidad, tanto del gobierno federal como estatal y municipal, con importante participación de los ciudadanos.

**Cuadro I. REFORMA FINANCIERA: FUNDAMENTOS ÉTICOS**

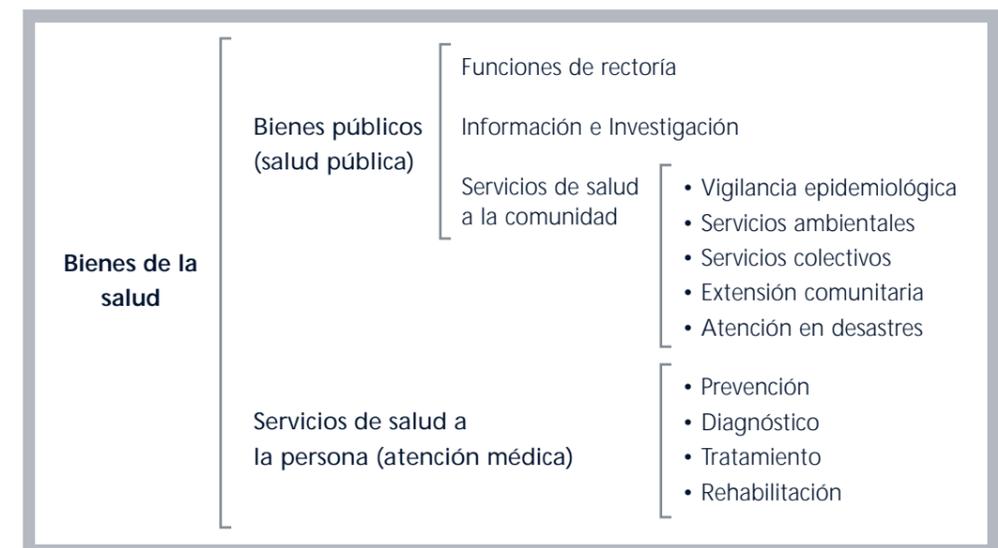
Concepto rector	Valores	Principios
<i>Democratización de la Salud</i>	Inclusión social	→ Universalidad
	Justicia financiera	→ Solidaridad financiera
	Autonomía de la persona	→ Rendición de cuentas

*...un pilar muy importante es el ético, este concepto rector que señala la democratización de la salud, con el cual subraya tres valores: incluir a todo el mundo, universalidad bajo un sistema de financiamiento justo sustentado en la solidaridad, y el tercer punto es que el dinero siga a la gente; tener estos mecanismos de rendición de cuentas que le den un contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales; se trata de ir mas allá de las leyes, que la gente, efectivamente reciba los servicios necesarios*

¿Qué estamos innovando con esta reforma? Un aspecto muy importante es que desde el punto de vista financiero dividimos los bienes de la salud en dos, los que son propiamente de la salud pública, las funciones de rectoría,

información e investigación, y lo que tradicionalmente han hecho los sanitaristas (salubristas) que es la vigilancia epidemiológica, la atención en desastres, los servicios colectivos (cuadro II).

**Cuadro II. CLASIFICACIÓN DE LOS BIENES DE LA SALUD**



Todo esto lo hemos separado de los servicios de salud a la persona, que es propiamente la atención médica. Con esta distribución, lo único que queremos es que la salud pública no quede desfinanciada, pero a la vez, que esa protección social en salud a través de la atención médica también se cumpla.

Entonces, lo que este cuadro ilustra es un poco a dónde aspiramos ir. La protección social que actualmente se ofrece en México se da a través de dos grandes instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cubre a los trabajadores formalmente empleados, y el Instituto de Seguridad y Servicios

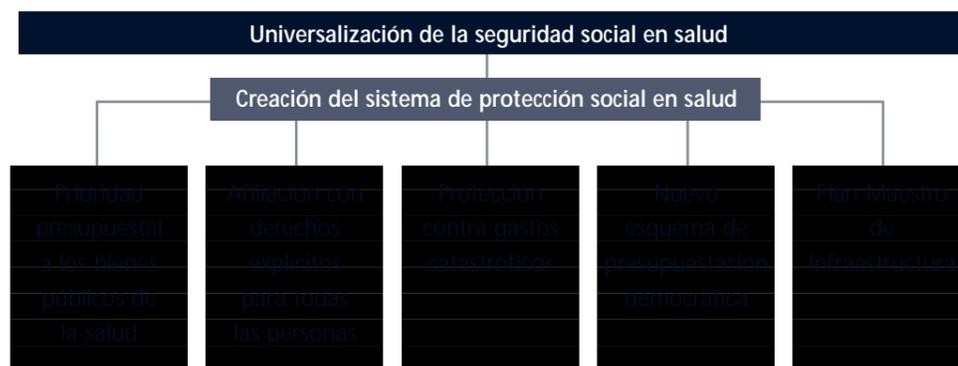
**Cuadro III. HACIA UNA NUEVA ARQUITECTURA FINANCIERA PARA LA SALUD**

Seguros públicos	Aportantes			
	Obrero	Patrón	Gobierno Estatal	Gobierno Federal
Trabajadores asalariados (IMSS)	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)	
Empleados públicos	Empleado	Gobierno Federal		Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular de salud	Familia	Gobierno Estatal	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los funcionarios públicos (cuadro III). El instrumento operativo lleva dos años operando y actualmente cubre a medio millón de familias, más o menos dos millones de individuos: El Seguro Popular de Salud, y lo que queremos es eliminar la inequidad, que las instituciones de seguridad social estén recibiendo mayor financiamiento que la población. Denominamos abiertamente que no es un derecho habiente, bajo una lógica de financiamiento tripartita.

¿Qué otras innovaciones hay aquí? (Cuadro IV). La prioridad presupuestal a los bienes públicos de salud; creo que ninguna reforma en el mundo, explícitamente, le ha dado la importancia que tiene la salud pública; éste es un componente tanto novedoso como importante, la afiliación con derechos explícitos, un ejercicio que también están haciendo en Chile con el AUGE y que representa un reto enorme porque la gente nos va a exigir que realmente le demos lo que le estamos prometiendo.

**Cuadro IV. INNOVACIONES DEL FINANCIAMIENTO**



Otro componente importante radica en que, normalmente, las instituciones públicas de salud no cubren los padecimientos que son muy costosos, lo que llamamos enfermedades catastróficas. Recientemente se ha obtenido la creación de un fondo dedicado exclusivamente a estas enfermedades; la primera que se va a tratar es el SIDA, aprovechando que prácticamente el problema de los retrovirales, como ha señalado el Doctor Mauricio Bustamante, está resuelto a corto plazo.

Maestro de Infraestructura en el que mapeamos a todo el país y estamos viendo dónde están los hospitales, dónde están los centros de salud y dónde hacen falta más médicos. Uno de los hallazgos más sorprendentes es que no necesitamos construir más hospitales o clínicas, lo que necesitamos es que los médicos tengan mejores condiciones de trabajo, mejor instrumental, que estén mejor pagados, ahí se abre una ventana de oportunidad importante.

Se ha innovado un esquema de presupuestación democrática que sigue a la persona y una inquietud –que surgió en la presentación que hizo el Secretario en Washington– era la parte de oferta. La capacidad de oferta no está descuidada, estamos diseñando un Plan

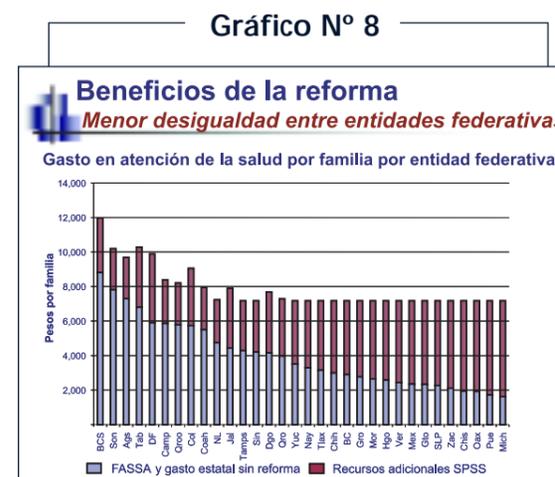
El proceso legislativo que seguimos, empezó en enero de 2001 cuando nos acercamos tanto a Diputados como a Senadores planteándoles qué queríamos hacer; simplemente, déjenme decirles que en el Senado esta iniciativa se aprobó con 92 % del voto, y en la Cámara de

*Uno de los hallazgos más sorprendentes es que no necesitamos construir más hospitales o clínicas, lo que necesitamos es que los médicos tengan mejores condiciones de trabajo, mejor instrumental, que estén mejor pagados, ahí se abre una ventana de oportunidad importante.*

mente, por lo menos no a corto plazo, pero a largo plazo sí podremos disminuirlas significativamente –me refiero de aquí al 2010–.

Otro gran beneficio de la reforma es que, justamente, quienes van a ser los principales beneficiarios son las familias de bajos ingresos. El gráfico 9 lo que ilustra es un ejercicio econométrico que simula el efecto de la reforma en términos de redistribución del ingreso y, como ven, es un gradiente claramente diferenciado.

Diputados con un porcentaje menor, pero, sin embargo, un porcentaje importante.



¿Cuáles son los beneficios de la reforma? Como mostraba en el mapa al principio de la conferencia, hay una gran desigualdad entre entidades federativas; el gráfico 8 lo que muestra son los pesos por familia que recibe cada una en los 32 estados que componen la República, como ven, hay una gran dispersión, una gran desigualdad.

Con la Reforma, lo que se quiere es cerrar esas brechas; no vamos a lograr cerrarlas completa-



Para finalizar, permítanme citar una frase del presidente Fox en su toma de posesión que ilustra lo importante que es la voluntad política en un proceso de éstos: “El cambio implica brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, para que todas las familias cuenten con un seguro básico de salud”. Vicente Fox, Dic. 1-2000, Toma de Posición.

*Otro gran beneficio de la reforma es que, justamente, quienes van a ser los principales beneficiarios, son las familias de bajos ingresos.*

## 3. Subregión Andina

### Reformas en el contexto de la descentralización, la experiencia de Bolivia

**PEDRO FRANCKE BALLUE**

*Economista de Desarrollo Humano del Banco Mundial*

Voy a tratar de presentarles las partes principales de un estudio que hemos terminado hace poco con Nicole Schwab, colega en el Banco Mundial, y en colaboración con el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Por supuesto, lo que aquí vamos a exponer no compromete la institución de la cual formamos parte. Quienes tengan deseos de consultar el documento completo pueden obtenerlo en la página web del Convenio Hipólito Unanue.

El objetivo del estudio ha sido analizar las políticas de salud que se vienen dando desde la última década en Bolivia, ver los retos pendientes y contribuir al desarrollo de un diálogo de políticas que en los últimos meses ha sido bastante fructífero con el Ministerio de Salud y con distintos organismos. En Bolivia



hemos hecho algunas presentaciones con gente de la Cooperación Internacional y sindicatos, hemos recibido comentarios y, como siempre, no todo el mundo está de acuerdo, pero hemos tenido un diálogo muy fructífero.

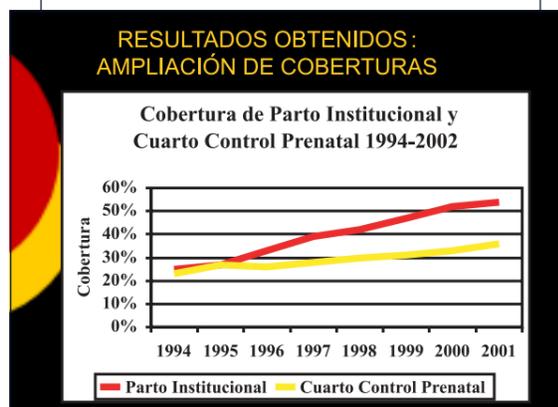
***Aunque el gasto del Ministerio de Salud se reparte de manera más o menos pareja, equitativa entre los distintos quintiles, en realidad las diferencias del gasto en la seguridad social persisten.***

La reforma de salud que hemos analizado básicamente se inicia a partir de 1994 con la descentralización; en 1996 y en 1998 hubo nuevas reformas introducidas que voy a detallar. Su objetivo principal fue reducir la mortalidad materna e infantil y la incidencia de enfermedades prevalentes entre los pobres. El trabajo que hemos hecho analiza los temas de la descentralización, enfoque de resultados, recursos humanos, seguros públicos, una

iniciativa que en Bolivia se llama el Escudo Epidemiológico, que son todos los programas relacionados con las enfermedades transmisibles, además del problema del tratamiento a los pueblos indígenas.

Antes de entrar a detallar cada uno de estos temas, quisiera presentarles rápidamente lo que hemos observado, que son los resultados en términos de salud obtenidos en los primeros años. Un resultado bastante positivo se refiere a la cobertura de algunas atenciones fundamentales: el parto institucional ha aumentado significativamente (gráfico 1), como pueden ver, prácticamente se ha duplicado la cobertura desde 1994 hasta la fecha; los cuartos controles prenatales también se han incrementado; el incremento no es tanto en cobertura de vacunaciones que ya eran altas; también hemos visto una cobertura bastante importante en atenciones de neumonías en menores de cinco años de edad, para quienes se ha llegado a cubrir prácticamente todos los casos esperados.

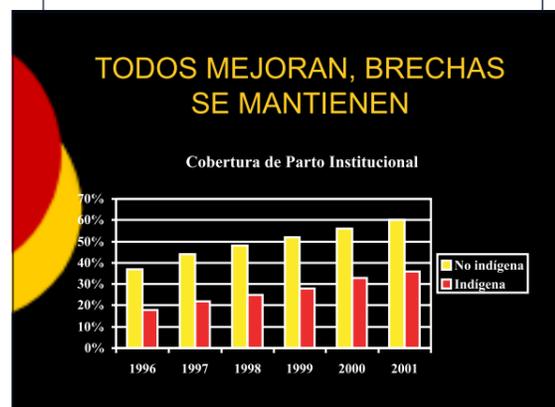
Gráfico N° 1



Los resultados son más o menos interesantes, sin embargo, aunque ha habido estas mejoras en el parto institucional, también hemos observado que estas mejoras se han desarrollado

manteniendo brechas entre distintos sectores (gráfico 2). A lo largo del tiempo la cobertura del parto institucional ha aumentado, tanto para grupos indígenas como para grupos no indígenas, sin embargo, la diferencia entre ambos se mantiene.

Gráfico N° 2



Ahora la pregunta que nos hacemos es: ¿la reforma ha llegado hasta los pobres?

Lo que se observa es que sí; ha llegado a los más pobres pero también ha llegado a los estratos medios. Datos parecidos uno ve por ingreso o por zonas rurales y urbanas. Las diferencias entre ambos no han llegado a reducirse.

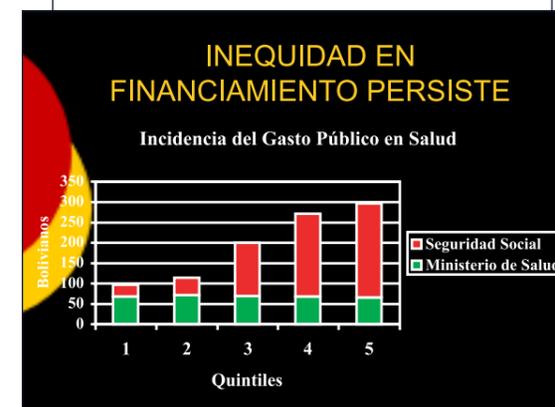
En el gráfico 3, se muestra cómo hay algunas diferencias todavía importantes en el financiamiento entre quintiles socioeconómicos para los distintos sectores de la población boliviana.

Vemos cómo, aunque el gasto del Ministerio de Salud se reparte de manera más o menos pareja, equitativa entre los distintos quintiles, en realidad las diferencias del gasto en la seguridad social persisten. Del mismo modo, es lo que pasa cuando hacemos un análisis en el Perú, está más concentrado en los grupos de ingresos altos y medios por lo que los más pobres –traba-

*... está más concentrado en los grupos de ingresos altos y medios por lo que los más pobres –trabajadores campesinos informales– no están afiliados a la seguridad social.*

trabajadores campesinos informales– no están afiliados a la seguridad social.

Gráfico N° 3

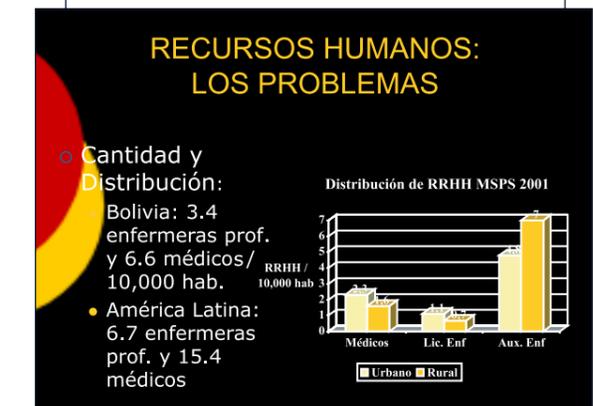


Déjenme pasar ahora al tema de recursos humanos. Los problemas que ha habido con los recursos humanos en Bolivia aparentemente son varios. El primero es la cantidad absoluta de recursos existentes, alrededor de seis médicos por cada diez mil habitantes, un poco menos de la mitad del promedio latinoamericano.

Un segundo problema es la distribución. En el gráfico 4 pueden ver la distribución de los recursos humanos en los centros y puestos de salud; lo esperado es que estén distribuidos en todo el país y lo observado es que en las zonas rurales hay menos médicos y menos licenciadas en enfermería. En cambio, hay más auxiliares de enfermería. Por consiguiente, hay escasez de

recursos profesionales calificados, las auxiliares en Bolivia tienen una calificación bastante baja.

Gráfico N° 4



Como el país es uno de los más pobres de América Latina pudo acogerse a la iniciativa HIPC para los países más pobres, más endeudados del mundo. Esta iniciativa le permite a Bolivia que buena parte de los recursos que debería pagar en deuda externa sean destinados al gasto social; parte de esto se destinó a un fondo especial para la contratación de recursos humanos que ha tenido un impacto muy importante en la cantidad total de recursos contratados. El dato más claro es que el total de médicos contratados por el Ministerio de Salud aumentó 37%, una cantidad muy significativa; sin embargo, se mantiene el problema de la distribución, pues los médicos no siempre han ido a los lugares donde se necesitan.

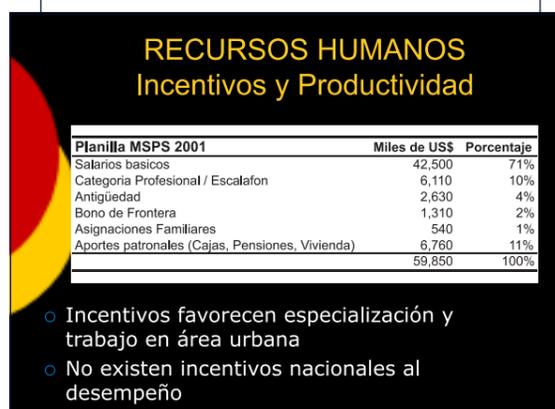
*En las zonas rurales hay menos médicos y menos licenciadas en enfermería. En cambio hay más auxiliares de enfermería, por consiguiente, hay escasez de recursos profesionales calificados.*

**Los incentivos existentes, la forma como se paga a los médicos y al personal de salud tienden a favorecer el servicio en zonas urbanas y a la especialización.**

Un tercer problema fundamental, que está tras esto, son los incentivos y la productividad de los recursos humanos. Lo observado en los análisis que hemos hecho es que los incentivos existentes, la forma como se paga a los médicos y al personal de salud tienden a favorecer el servicio en zonas urbanas y a la especialización.

En el gráfico 5 se demuestra que la mayor parte de los pagos son el salario básico y los aportes patronales. El principal mecanismo que diferencia los ingresos entre unos médicos y otros es el escalafón y la categoría profesional. En esto, los rubros más importantes se refieren a la especialización y a la antigüedad y no a la prestación de servicios en zonas rurales o a la prestación de algunos servicios básicos a la población. No existen sistemas que permitan evaluar la calidad de los servicios prestados o el desempeño del recurso médico.

Gráfico N° 5



Todo esto tiene un problema adicional relacionado con la descentralización. Este proceso, como voy a presentarlo un poco más adelante, ha avanzado en muchos aspectos pero no en el de los recursos humanos. La gestión del personal médico y de salud se ha mantenido básicamente centralizada, es decir, la contratación de todos los médicos es a través del Ministerio de Salud que, en algunos casos, lo hace a través de sus oficinas desconcentradas, los Servicios Departamentales de Salud, dependencias directas del Ministerio.

Entonces un problema fundamental que se encuentra es cómo poder mejorar esta gestión de los recursos humanos y esto, en buena parte, tiene que ver con cómo hacerlo a nivel desconcentrado o descentralizado. Más adelante voy a explicar el modelo de los Directorios Locales de Salud (DILOS), cómo es que estas entidades descentralizadas pueden tener mayores funciones en cuanto a los recursos humanos.

La idea básica aquí es que estas entidades descentralizadas pueden tener algunas funciones críticas respecto a la evaluación de los recursos humanos, participar en su selección, establecer funciones y ubicación específica dentro del distrito, hacer que vayan a las comunidades o a los servicios donde son más necesarios. Muchas veces hay rigidez en eso y ojalá puedan tener algunos fondos para premiar o para favorecer a los médicos con mejor desempeño.

Desde luego, esto implica también mantener algunas funciones, en cuanto a recursos humanos, a nivel central. No pensamos que una idea razonable sea descentralizar todo; se deben mantener algunos temas a nivel del Ministerio de Salud: la planificación general de la cantidad de médicos necesarios, las competencias que se necesitan y las condiciones generales de

contratación, digamos como pisos o condiciones salariales y remuneración, que tienen que ser establecidas centralmente.

La segunda iniciativa importante que ha habido en Bolivia en los últimos años es lo que hoy se llama el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con la cual continúa una tradición que hemos llamado en Latinoamérica los Seguros Públicos. Estos comenzaron en Bolivia con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en el año 1996, de ahí se transformó en el Seguro Básico de Salud que comenzó en el año 1999 y, ahora tenemos este nuevo, llamado Seguro Universal Materno Infantil.

Estos seguros, de alguna manera similares a lo que es aquí el Seguro Integral de Salud y algunas otras experiencias latinoamericanas, utilizan fondos públicos. Es decir, el tesoro público debe pagar un paquete o un grupo de atenciones. En Bolivia la característica es diferente al Perú, este pago se hace a través de las municipalidades, entidades que reciben la asignación de recursos y lo pagan luego a los centros de salud, hospitales y establecimientos de salud.

Las características actuales de este seguro radican en atender, con algunas exclusiones muy limitadas, todos los problemas de salud de madres gestantes y niños menores de cinco años de edad; no financia ahora ninguna atención a otros grupos poblacionales.

Es interesante ver que los municipios en Bolivia reciben 20% de todos los recursos tributarios de la nación; 10% de eso está separado exclusivamente para el SUMI y esa proporción ha ido aumentando a medida que el sistema de seguros públicos ha ido ampliándose. Ha mantenido la obligación de las Cajas de Seguridad Social, las cuales están obligadas por ley a atender las personas que no son sus

afiliadas a las Cajas dentro del SUMI; es como si una señora en Lima va al hospital Rebagliati y dice "yo no soy asegurada pero soy gestante y tengo mi niño menor de cinco años", el hospital está obligado a atenderla. La institución, por supuesto, puede obtener su reembolso por parte del SUMI.

El sistema de pago actual es por paquetes o grupos de atenciones; por ejemplo, el caso más claro corresponde a los partos, hay una tarifa que se quiere cubra tanto partos simples como cesáreas, aunque esa tarifa está diferenciada por niveles de complejidad. El cambio fundamental que ha habido del régimen anterior al actual es que ahora el seguro es universal, y por lo tanto, incluye también la atención compleja. Hace dos años el seguro existente era un seguro básico de salud que no cubría atenciones de mayor complejidad.

Esto implica un primer riesgo importante que es el financiamiento: el gobierno aumentó los fondos en una proporción más o menos significativa, pero es necesario hacer un seguimiento muy específico para estar seguros de que los fondos alcanzan. En realidad, los últimos datos que hemos visto hacia mediados de año muestran que en realidad estaban alcanzando justamente, y esto es un riesgo al que se debe tener cuidado.

**Las características actuales de este seguro radican en atender todos los problemas de salud, con algunas exclusiones muy limitadas, de madres gestantes y niños menores de cinco años de edad. No tienen ninguna atención ahora a otros grupos poblacionales.**

***El cambio fundamental que ha habido del régimen anterior al actual, es que ahora el seguro es universal y por lo tanto incluye también la atención compleja.***

Una ventaja del SUMI respecto al anterior seguro básico radica en el empoderamiento y exigibilidad de los derechos por parte de la población. Estos mecanismos son potentes porque aumentan la demanda y hacen que la gente pueda ir al servicio de salud a exigir una atención. En el contexto de poblaciones como la nuestra, pobres con alta cantidad de población indígena, es muy fácil de atender este mensaje: “Señora, si su hijo tiene menos de cinco años está cubierto”. Esto, por supuesto, demanda –sobre todo en países como Bolivia y algunos otros de la Región–, un tema de adecuación cultural de los servicios para no rechazar la necesidad del paciente. Muchas veces los servicios no son lo que la gente quiere; en consecuencia, en el tema de partos en Bolivia al igual que en el Perú, hay todo un problema para que el servicio sea culturalmente adaptado y aceptado.

Una tercera ventaja es que éste es un avance en términos de reducir la segmentación del sistema. El sistema boliviano, como el peruano, ha sido hasta ahora un sistema segmentado, las Cajas tienen su financiamiento, su provisión de servicios y funcionan separadas del resto del

***Una ventaja del SUMI respecto al anterior seguro básico radica en el empoderamiento y exigibilidad de los derechos por parte de la población. Estos mecanismos son potentes porque aumentan la demanda y hacen que la gente pueda ir al servicio de salud a exigir una atención.***

Sistema de Salud. Este seguro permite que vayan estableciéndose conexiones entre ambos.

En términos de equidad, término que nos ha preocupado particularmente, es cierto que el SUMI tiene una ventaja en el sentido de permitir que la gente atienda algunas necesidades que antes no podía atender, muchas veces enfermedades complejas o de alto costo.

Sin embargo, hay un riesgo debido a que lamentablemente la cantidad de fondos disponibles es más o menos limitada y Bolivia, como otros países de la Región o tal vez más, pasa por una crisis fiscal bastante aguda; el déficit fiscal este año está proyectado en casi 7% del PBI. De tal manera que hay un problema de fondos importante y existe el riesgo de que éstos terminen siendo focalizados a hospitales mientras la atención de primer nivel, que muchas veces es más costo/efectiva no puede ser adecuadamente financiada.

El segundo riesgo es que, en realidad en nuestros países, lamentablemente la atención hospitalaria tiende a concentrarse en poblaciones de las grandes ciudades, donde están estos hospitales. En un país cuya población pobre vive en una zona muy alejada, una zona rural, acceder al hospital –por desconocimiento, por distancias, etcétera– es muy costoso. En ese sentido en Bolivia se están evaluando algunas medidas, como, por ejemplo, asegurar que haya más personal y fortalecer la atención de primer nivel en las zonas rurales, incidir para que dentro del seguro se dé prioridad a estos

***En términos de equidad, término que nos ha preocupado particularmente, es cierto que el SUMI tiene una ventaja en el sentido de permitir que la gente atienda algunas necesidades que antes no podía atender, muchas veces enfermedades complejas o de alto costo.***

niveles e incluir paquetes preventivos promocionales.

El seguro tiene poco en la parte preventivo promocional actualmente y pensamos que puede ser una vía importante para financiar muchas más atenciones preventivas promocionales, por ejemplo, consejería de planificación familiar y otras atenciones de ese tipo, consejería nutricional, etcétera.

Para terminar, deseo tratar un tema que me parece importante por las cuestiones que se están discutiendo en el Perú y en varios países de Latinoamérica en estos tiempos, el tema de la descentralización.

Bolivia es uno de los países que hizo una descentralización más o menos radical en el año 1994 cuando el gobierno promulgó la Ley de Participación Popular, por la cual decidió que 20% de los recursos tributarios nacionales iban a ser destinados a los 314 municipios, los cuales en algunos casos, sobre todo en zonas rurales, ni siquiera estaban organizados y no tenían realmente una función respecto a los pobladores.

El gobierno decidió, radicalmente, entregarles ese dinero y parte de la responsabilidad en varias otras cosas como la salud. La decisión fue que

los recursos humanos van a seguir centralizados pero la responsabilidad por la infraestructura y los insumos va a ser municipal. Así, desde esa Ley, la propiedad del edificio, de la infraestructura, la responsabilidad por los equipos y por la compra de medicamentos es una responsabilidad municipal.

Esto fue muy revolucionario, muy interesante en cuanto a devolver capacidades a la población para participar en la salud, sin embargo, planteó algunas dificultades. La primera que se comenzó a ver fue en cuanto a establecer prioridades en salud, por ejemplo, la cobertura de vacunación en los primeros dos años de la descentralización cayó un poco; a pesar de que el gobierno hizo las transferencias los municipios no asumieron claramente la responsabilidad de comprar las vacunas y prestar el servicio, por lo tanto el financiamiento tuvo que ser nuevamente asumido por el gobierno central. Por otro lado, se crearon unas instituciones intermedias, los Servicios Departamentales de Salud y los distritos, que no tenían una misión clara.

Se piensa que había un problema con la gestión porque finalmente no quedaba claro de quién era la responsabilidad del servicio; los recursos humanos dependen del nivel central y el edificio y los insumos dependen del nivel local, pero

***El gobierno decidió, radicalmente, entregarles ese dinero y parte de la responsabilidad en varias otras cosas como la salud. La decisión fue que los recursos humanos van a seguir centralizados, pero la responsabilidad por la infraestructura y los insumos va a ser municipal.***

juntos tienen que entrar en la provisión del servicio.

Se han establecido algunos avances para tratar de mejorar estos temas, mediante compromisos o acuerdos de gestión a través de los cuales el gobierno central –con las unidades desconcentradas– y los distritos, establecen metas específicas año por año, las cuales deben cumplirse con referencia a las atenciones prioritizadas, entre éstas figuran los partos y la atención de menores de cinco años de edad en rubros prioritarios.

Los resultados han sido bastante positivos porque las metas nacionales se han cumplido en buena parte y han estado vinculadas a mecanismos de financiamiento con destino específico. En la mayoría de casos estos compromisos de gestión firmados han sido cumplidos; sin embargo, el problema fundamental, que está resolviéndose ahora con el gobierno actual, es cómo se logra un mecanismo para vincular las políticas nacionales con las políticas locales.

Ese es el tema que ha quedado en discusión en Bolivia; además, hay un nuevo enfoque retomado por el gobierno actual que tiene poco más de un año de gestión, y es el de los Directorios Locales

***En la mayoría de casos estos compromisos de gestión firmados han sido cumplidos; sin embargo, el problema fundamental, que está resolviéndose ahora con el gobierno actual, es cómo se logra un mecanismo para vincular las políticas nacionales con las políticas locales.***

de Salud. Un DILOS está compuesto básicamente por tres actores en el ámbito municipal, un representante del Ministerio de Salud –a través del organismo desconcentrado que es el Servicio Departamental de Salud–, un representante del municipio y un representante de la población organizada.

El modelo ha avanzado respecto a uno que había anteriormente; se ha planteado que estos directorios funcionen como un directorio, es decir toman las responsabilidades y decisiones estratégicas a nivel local, aprueban el Plan Local de Salud y las orientaciones generales en el municipio. Pero la gestión diaria, digamos permanente, de la Red de Servicios de Salud no está a cargo del Directorio sino de un gerente nombrado para tal efecto. De tal manera se busca un esquema en el cual hay un Directorio y participación de la población del municipio para tomar las grandes decisiones, pero en el día a día de decidir horarios, controlar el cumplimiento, comprar los medicamentos, etcétera, hay un gerente específicamente encargado de eso. Se espera que en los próximos meses esos gerentes sean nombrados por los DILOS y, por lo tanto, la expresión de esta especie de pacto entre el nivel central, el nivel local y la población organizada sea funcional.

Lo que se está esperando ahora en Bolivia es que esta fuerza, esta responsabilidad de los Directorios Locales de Salud se exprese en los Planes Locales de Salud que deben tener metas y prioridades específicas que incluyan las prioridades nacionales. Ahora la idea es cómo se debe asegurar el gobierno central para que efectivamente se de prioridad a los partos o a la vacunación.

Bueno, el gobierno central debe establecer su prioridad, poner una meta y a la hora de hacer el Plan Local de Salud –que también debe ser aprobado por un representante del gobierno

central– esas metas y orientaciones deben estar contenidas. Evidentemente el Plan debe combinar ambas cosas, las prioridades nacionales y la forma como esas prioridades se efectúan en la localidad con la propia realidad y prioridad local. Lógicamente no se trata que sea sólo expresión de las prioridades nacionales, también incluye las prioridades locales pero combinadas, conjugadas, ambas en concordancia.

Finalmente, un tema que se ha pensado importante, hay que hacer seguimiento permanente, monitoreo y evaluación de qué pasa con estos Planes de Salud y sus metas. Dado que se establecen compromisos y objetivos claros, lo más importante es asegurarse de que esas metas se cumplan, hacerles seguimiento, llamar

***Se establecen compromisos y objetivos claros, lo más importante es asegurarse que esas metas se cumplan, hacerle seguimiento, llamar la atención y buscarle solución si es que no se cumplen.***

la atención y buscarles solución si no se cumplen.

Sabemos que las metas pueden no lograrse por muchas razones, por consiguiente, estar mirando permanentemente los logros que se obtienen por parte del Servicio de Salud es una cuestión importante para mejorar la gestión.

## Macrotendencias en la reforma sectorial de la salud en América Latina

**IVÁN JARAMILLO PÉREZ**

*Consultor e Investigador Asociado de la Asociación Colombiana de la Salud, Asesor en el diseño de las Leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993, 715 de 2001 de Colombia*



Afortunadamente, la conferencia de la doctora Priscila Rivas-Loira me abonó gran parte del camino, porque así no voy a entrar a describir qué es lo que ha ocurrido en América Latina con motivo de la reforma, pero sí aprovechar para hacer una interpretación aún más crítica. Como ella representa a un Organismo Internacional y es muy prudente, voy a tratar de arriesgar algunas hipótesis interpretativas de por qué está ocurriendo y, posiblemente, qué es lo que puede pasar y qué críticas podemos ir haciendo a las tendencias de reforma.

Esta conferencia se llama Macrotendencias, porque ya desde una de las primeras intervenciones el Doctor Eliseo Velásquez decía: “No hay modelos rígidos en esto de las reformas. No hay paradigmas”, y la doctora Priscila lo reafirmaba. De manera que en materia

de reforma, lo único que podemos decir es que hay “tendencias”.

### La mezcla de tendencias en cada país

Hay entonces varias tendencias de reforma, de las cuales sacaré las que llamo “Macrotendencias”, y las dos principales de las cuales vamos a hablar son la descentralización y la privatización.

Nuestra primera hipótesis es que no hay un paradigma de reforma como se dijo y que lo que ocurre es que cada país “agarra los componentes, las tendencias y los mezcla en una determinada forma”. Yo diría que la reforma de cada país es un cóctel “sui generis”, en el que se entremezclan las distintas tendencias; cada uno determina si le agrega más de uno u otro componente y, finalmente, va produciendo el modelo más adecuado a su realidad. A propósito, estos eventos internacionales ayudan mucho porque nos permiten ver qué han logrado y en qué se han equivocado los otros. Así, cuando uno está trabajando en su reforma nacional, puede aprovechar los logros de los otros y evitar sus errores.

### La adaptación de los sistemas de salud

Vamos a desarrollar acá una segunda tesis interpretativa, según la cual las reformas en el

*Diría que la reforma de cada país es un cóctel “sui generis”, en el que se entremezclan las distintas tendencias; cada uno determina si le agrega más de uno u otro componente y, finalmente, va produciendo el modelo más adecuado a su realidad.*

sector salud originalmente no son un invento del sector salud sino una adaptación que tiene el sector a las grandes reformas que realiza el Estado en su administración pública.

Prácticamente pretendemos demostrar que las grandes tendencias son decisiones “macro” del propio Estado, que es quien decide reorganizar la administración pública y la prestación de los servicios. Lo que hace el sector salud es adaptarse a ese contexto; inclusive las ideas desarrolladas por los salubristas tienen que terminar buscando, en esas grandes reformas, cómo se acomodan dentro de ellas, cómo se anidan las ideas de salud dentro de la reforma macro de naturaleza político-administrativa.

Entonces, uno podría afirmar, por ejemplo, que no puede subsistir un sistema de salud centralizado en un país que está descentralizado o que se quiere descentralizar; no se puede tampoco sostener un sistema de salud estatizado en un país donde abundan las políticas de privatización y de introducción del mercado. Lo que ocurre es que finalmente el sector salud termina contaminándose, adoptando aquellas tendencias por las cuales están caminando el Estado y la administración pública.

Esta afirmación que podría considerarse una verdad de “perogrullo” es apenas lógica. Inclu-

sive el doctor Tejada presentaba una imagen muy bonita: “Hasta Jesús se tuvo que adaptar y convertirse, en alguna forma, en producto de la época y las condiciones políticas del momento”; con mayor razón hay que afirmar que los sistemas de salud y las ideas de los salubristas tienen que terminar adaptándose a lo que ocurre en su entorno.

### Desde el modelo clásico inglés-cubano

Sin embargo, pese a ser tan enfáticos en estas afirmaciones, en algún momento de la historia pensamos que el sistema de salud podía existir casi independiente de las condiciones político-económicas que lo rodeaban. Esta posibilidad la vimos cuando el mismo modelo, sin muchos cambios, habitaba en el seno de un país capitalista y en el seno de un país socialista, me refiero a lo ocurrido con el modelo inglés y el modelo cubano.

Si comparamos el modelo inglés hecho en la posguerra, dentro de la matriz de un país típicamente capitalista, con el modelo cubano, hecho dentro de una revolución socialista, encontramos que coinciden casi que en 80% o más. Los dos sistemas son o pretendieron ser universales (en Inglaterra, después Margaret Thatcher, la realidad ha cambiado un poco); pero el modelo inglés de la posguerra era prácticamente universal, dentro de los lineamientos de su celebre creador Lord William Beveridge; los dos modelos, el cubano y el inglés, eran totalmente financiados por el Estado, sin que intervinieran el

*“Hasta Jesús se tuvo que adaptar y convertirse, en alguna forma, en producto de la época y las condiciones políticas del momento”*

sistema de precios o pago de bolsillo; ni siquiera existió para ellos la contribución obrero-patronal tal como funciona la seguridad social en otros países. Los hospitales del modelo clásico inglés y del modelo cubano eran además públicos y los funcionarios de los hospitales eran también públicos.

El modelo inglés descubrió el sistema de la distritalización del país e introdujo el médico familiar de cabecera. El modelo cubano desarrolló una estrategia parecida de atención primaria sobre la base de un grupo de profesionales incorporados en la comunidad.

Entonces, ¿cuál es la diferencia entre el modelo clásico inglés y el modelo clásico cubano? Se diría que uno está en un país capitalista y el otro en un país socialista; y por esta coincidencia histórica podría pensarse que los sistemas de salud, prácticamente, pueden existir sin necesidad de contaminarse del entorno político económico. La diferencia posterior entre ambos sistemas, sería que Cuba conservó todo su equipo profesional desde el primer nivel de atención hasta el último, como empleados públicos y en Inglaterra, mal que bien, se empezó a dar un proceso de privatización y de cambios en el sistema de pago, introduciendo la capitación, especialmente con el médico de primer nivel.

No obstante que Inglaterra y Cuba son dos sistemas económico-políticos totalmente dife-

rentes, hay que tener en cuenta que ambos países coincidían en que eran el uno un capitalismo centralizado y el otro un socialismo centralizado y los dos valoraban mucho los sistemas de planificación central. Por supuesto más Cuba que Inglaterra, pero Inglaterra también tenía su sistema de planificación central.

Ahora, todos estamos de acuerdo en que fueron o han sido sistemas muy exitosos; ¿A qué se debió el éxito de esos sistemas? Quizás el gran logro de Inglaterra y Cuba fue articular distintos componentes que antes estaban separados: las campañas de salud pública, de saneamiento básico, de vacunación, atención primaria, el segundo, tercer y cuarto nivel de atención. Todo se logró integrar en un solo sistema. Quizá esa fue la fuerza de estos servicios de salud que posibilitó disparar la esperanza de vida para todos los grupos sociales y, eso, los ha convertido en paradigmas.

#### La ola de reformas en la globalización

Sin embargo, toda esta ola de reformas posteriores que estamos viviendo ahora, que el Ministro de Salud del Perú doctor Álvaro Vidal caracterizaba claramente, como que se están haciendo a la sombra de lo que se llama la "Modernización del Estado" y están fuertemente impregnadas, como él mismo decía, con ideas "neoliberales" y las ideas de "la globalización".

**Quizás el gran logro de Inglaterra y Cuba fue articular distintos componentes que antes estaban separados: las campañas de salud pública, de saneamiento básico, de vacunación, atención primaria, el segundo, tercer y cuarto nivel de atención. Todo se logró integrar en un solo sistema. Quizá esa fue la fuerza de estos servicios de salud que posibilitó disparar la esperanza de vida para todos los grupos sociales y, eso, los ha convertido en paradigmas.**

**Es así que hoy se quiere que una entidad se encargue de la financiación, otra de la prestación de servicios y alguien más de la modulación; empieza a aparecer "una fórmula mágica" que dice: mientras más especializadas sean las instituciones, mejores resultados vamos a conseguir.**

A la sombra de este pensamiento surgen precisamente las grandes tendencias de la descentralización y la privatización y son las que vamos a analizar. Ambas tienen en común, por ejemplo, que las dos quieren achicar el papel del Estado, minimizar por lo menos el Estado Nacional y darle juego al sector privado o a los municipios, a las regiones, a los departamentos, a los niveles intermedios y locales del gobierno.

Pero lo común, contrario a la etapa anterior, es que esta nueva ola de reformas trata de "desbaratar" los aparatos centrales de los gobiernos; los nuevos sistemas hoy pretenden, caminando en sentido contrario al modelo integrado y centralizado, lograr la eficiencia diferenciando y separando funciones. Es así que hoy se quiere que una entidad se encargue de la financiación, otra de la prestación de servicios y alguien más de la modulación; empieza a aparecer "una fórmula mágica" que dice: mientras más especializadas sean las instituciones, mejores resultados vamos a conseguir.

Antes, en el modelo cubano-inglés, mientras más integradas estuvieran las actividades en una sola institución, en un servicio nacional de salud, más éxito tendríamos que conseguir. En ese sentido, el paradigma anterior es totalmente diferente al paradigma actual. Hoy el mandato es descentralizar, privatizar separando funciones, posibili-

tando la entrada a múltiples actores y presumiendo que si cada actor asume la función para la cual es mejor, entonces, como resultado, tendremos un mundo mejor. No se trata de otra cosa sino del principio del mercado aplicado al manejo de los servicios públicos y sociales.

#### Descentralización y privatización

Estas macro-tendencias de hoy que son la descentralización y la privatización en realidad son dos grandes reformas que nos están atravesando en toda la administración pública después de que se acabó "el Estado de bienestar clásico" formado entre los años 40, 50 y 60. Las nuevas macro-tendencias son impulsadas bajo la asesoría, por supuesto, de los organismos internacionales, y han tomado los caminos que se repiten sistemáticamente en la administración pública: la descentralización territorial y la introducción del mercado en la prestación de los servicios públicos y, fíjense que uso una palabra bonita. Digamos que pudiera haber dicho: descentralización y privatización; estas son las dos macro-tendencias en su nombre más conocido.

**El paradigma anterior es totalmente diferente al paradigma actual. Hoy el mandato es descentralizar, privatizar separando funciones, posibilitando la entrada a múltiples actores y presumiendo que si cada actor asume la función para la cual es mejor, entonces, como resultado, tendremos un mundo mejor. No se trata de otra cosa sino del principio del mercado aplicado al manejo de los servicios públicos y sociales.**

***Las nuevas macrotendencias son impulsadas bajo la asesoría, por supuesto, de los organismos internacionales, y han tomado los caminos que se repiten sistemáticamente en la administración pública: la descentralización territorial y la introducción del mercado en la prestación de los servicios públicos.***

Un célebre líder colombiano muy joven, muerto hace más de 10 años, el doctor Luis Carlos Galán, decía “el Estado actual cuando se quiere reformar siempre tiene una disyuntiva, ¿Qué hago con esto que me dio el Estado de bienestar anterior y ya no puedo financiar? ¿Qué hago con esta función? Y siempre aparecen dos opciones, ¿descentralizo o privatizo?, o bien envío la función para que sea manejada por la región, el departamento, la provincia, o el municipio; esa es la primera opción. O bien, la segunda opción, “privatizo, mando la función al sector privado, bien sea con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro, para que la maneje”, esa es la disyuntiva.

A manera de ejemplo ¿qué hacemos con la telefónica? Ya Perú respondió hace días,

***Los temas de discusión que tendríamos que enfrentar dentro del análisis de estos procesos de reforma se podrían resumir en estos tres: primero, habría que analizar qué está pasando con la administración pública y la descentralización; hay que anotar que la descentralización está íntimamente ligada a las ideas de participación popular, que es un nuevo sistema de control social; lo siguiente, es la introducción del mercado y la competencia en la prestación de los servicios públicos y sociales y, finalmente, mirar esto cómo afecta e impacta al sector salud.***

privaticemos, inclusive es una privatización muy particular porque el dueño ahora es otra empresa pública, la empresa de teléfonos de España, es una privatización a través de una empresa pública de otro país.

Cuando se habla de salud y educación, siempre la respuesta será igual. Sobre estas funciones, ¿qué hacemos con ellas? Las privatizamos –las entregamos a una Empresa Promotora de Salud privada, a un proveedor privado de salud– o las descentralizamos –las entregamos a la región para que las maneje, al municipio o al distrito–. Estas son las opciones, no solamente en salud sino en el conjunto de la administración pública.

Por eso insisto, nosotros, desde el punto de vista del sector salud, no nos inventamos nada. Eso se lo inventó el Estado en su reforma. Sin embargo, hay que reconocer, que sería muy extremo decir que el sector salud no se ha inventado absolutamente nada y que sólo ha tenido que ir colocando y adaptando sus ideas dentro de ese macromodelo que da el Estado; indudablemente que hay aportes sectoriales específicos.

#### **Las reformas de salud en América Latina**

En América Latina se han dado una serie de experiencias de reforma, que ya la doctora Priscila me ahorró el trabajo de describirlas. Tal

vez, la más conocida en los años 80 es la de Chile, que municipaliza los servicios de atención primaria e introduce el mercado en el manejo de la seguridad social, al generar las ISAPRES.

Los temas de discusión que tendríamos que enfrentar dentro del análisis de estos procesos de reforma se podrían resumir en estos tres: primero, habría que analizar qué está pasando con la administración pública y la descentralización; hay que anotar que la descentralización está íntimamente ligada a las ideas de participación popular, que es un nuevo sistema de control social; lo siguiente, es la introducción del mercado y la competencia en la prestación de los servicios públicos y sociales y, finalmente, mirar esto cómo afecta e impacta al sector salud.

#### **La introducción del mercado y la competencia**

Después del fenómeno chileno, estudiado, controvertido, pero de todas maneras un paradigma que enseñó mucho en sus aciertos y en sus errores, aparecieron otras experiencias. Quizá la experiencia colombiana es un intento de combinar las dos grandes corrientes, pues descentraliza unas funciones hacia los municipios y los departamentos y, por otro lado, introduce el mercado de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), con dos diferencias respecto a los chilenos, en Colombia se estableció un solo Plan Obligatorio de Salud – POS- y se estableció un sistema de solidaridad mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

La imposición del Plan Obligatorio de Salud es una intervención del Estado para garantizar los derechos de los afiliados de los abusos de un mercado caníbal, cosa que no ocurrió en el caso chileno en donde cada ISAPRES tiene sus propios planes de salud y se registran 5000 o más planes de salud y cada cual escoge de acuerdo con su

***Quizá la experiencia colombiana es un intento de combinar las dos grandes corrientes, pues descentraliza unas funciones hacia los municipios y los departamentos y, por otro lado, introduce el mercado de las EPS, con dos diferencias respecto a los chilenos, en Colombia se estableció un solo Plan Obligatorio de Salud – POS- y se estableció un sistema de solidaridad mediante el FOSYGA***

capacidad de pago. Pero sin información adecuada y sin equidad, pensamos nosotros.

La otra gran diferencia del sistema colombiano fue que conservó el principio de la solidaridad, ya que los aportes recogidos por cada EPS no son de ellas, son del FOSYGA. Este fondo le dice a cada EPS “de eso que recogió, quédese con una parte, la Unidad de Pago y Capitación (UPC), que es su capitación. El resto mándemelo para acá, porque hay otras EPS por allí, que trabajan con los pobres, que no son capaces de recoger suficiente dinero y necesitan que yo les dé un subsidio”. En Colombia tenemos un sistema en el que unas EPS recogen dinero para darle a otras, o sea que no existe libre competencia estrictamente, sino una competencia “regulada y compensada” por mecanismos estatales que garantizan la equidad y el derecho del usuario.

Las experiencias iniciales de mercado son las ISAPRES chilenas, con la crítica que ya se les hizo, luego vienen las EPS colombianas, las Empresas de Medicina Previsional de Nicaragua, que también son una forma de introducción del mercado y la competencia en prestadores con funciones de aseguradores. Aquí en Perú ha

*En Colombia tenemos un sistema en el que unas EPS recogen dinero para darle a otras, o sea que no existe libre competencia estrictamente, sino una competencia “regulada y compensada” por mecanismos estatales que garantizan la equidad y el derecho del usuario.*

habido un intento, llamémoslo limitado y tímido, de introducir competencia en la seguridad social; existen unas EPS que manejan no toda la seguridad social, pero sí algunos servicios complementarios.

De otra parte los regímenes de seguro popular de salud se están generalizando en el continente; permiten la aplicación de la teoría del subsidio a la demanda a la cual hay que ponerle mucha atención y, por supuesto, hay que mirarlo críticamente. En el caso colombiano se llama régimen subsidiado de salud; aquí en Perú se denomina Seguro Integral de Salud (SIS), es un principio de seguro subsidiado que tiene uno o dos años de experiencia y seguramente se desarrollará muy ampliamente. En México ya hay una ley aprobada en este sentido, igual en República Dominicana, precisamente con asesoría de algunos colombianos que están tratando de reproducir la idea del manejo de un Régimen Subsidiado de Salud.

Es de observar que las reformas latinoamericanas con las ideas del mercado han pretendido introducir la competencia, buscando calidad pero tratando de preservar la universalidad, que es contraria al mercado, y por eso ha sido necesario introducir los subsidios en salud, con sistemas de seguros populares de salud.

### La descentralización territorial

De otra parte ha habido reformas descentralistas en varios países que ya se mencionaron, pero sobre las cuales quiero insistir. Tal vez el modelo de descentralización vía municipios más importante que se ha desarrollado es, en el caso boliviano, con el doctor Sánchez de Losada y la Ley de Participación Popular; en México encontramos de forma incipiente las dos tendencias, descentralizar hacia los estados inicialmente y ahora se quiere llegar a los municipios e introducir, por ejemplo, el seguro subsidiado de salud. Finalmente caemos en el caso peruano, donde también se dan las distintas tendencias; acá, y sobre todo en este gobierno, se le está dando una gran importancia al proceso de descentralización con énfasis en la descentralización hacia las regiones, pero también hay una Ley de municipalidades que muestra un horizonte más lejano y le entrega competencias también a los distritos y provincias.

Bastaría ver que esas son las grandes tendencias en América Latina, esa es la experiencia que tenemos y por supuesto, entran en contraste con los antiguos Sistemas Nacionales de Salud. Inclusive es interesante ver que aquí, el sistema se llama “Sistema Nacional de Salud Descentralizado y Coordinado”, es decir, en Perú se quiere hacer un Sistema Nacional de Salud pero reformado respecto al sistema nacional clásico, que hoy necesita ser descentralizado al tiempo que también debe ser integrado y coordinado.

Respecto a la descentralización la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló su propia estrategia que fue la de los llamados Sistemas Locales de Salud “SILOS”, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la suya denominada los “Municipios Saludables”; en Perú se han desarrollado ideas como la de los Centros Locales de Atención en Salud (CLAS), con un manejo comunitario de los centros de salud, que es una idea de desconcentración muy

*Respecto a la descentralización la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló su propia estrategia que fue la de los llamados Sistemas Locales de Salud “SILOS”, y la OMS desarrolló la suya denominada los “Municipios Saludables”; en Perú se han desarrollado ideas como la de los Centros Locales de Atención en Salud (CLAS), con un manejo comunitario de los Centros de Salud, que es una idea de desconcentración muy avanzada, con un buen componente de participación comunitaria.*

avanzada, con un buen componente de participación comunitaria.

### El impacto en los hospitales

Este contexto de competencia y descentralización, necesariamente genera un gran impacto sobre el manejo de los hospitales clásicos. El hospital, prácticamente en todo el continente, incluyendo por supuesto a Argentina, Perú, Colombia, El Salvador, ha evolucionado desde el hospital clásico muy dependiente del Ministerio de Salud hacia una empresa con autonomía administrativa y gerencial. Hoy se habla del hospital autónomo, inclusive unos investigadores argentinos se ganaron un célebre premio al diseñar un modelo teórico y matemático de cómo debería funcionar el hospital autónomo. Hoy la reforma implica que el director de un hospital no debe ser sólo un científico sino un gerente, conocedor de las técnicas privadas de administración aplicadas a los hospitales públicos y es así por ejemplo que el hospital entra a utilizar nuevas formas de financiación, contratación de servicios y pagos.

### La evaluación de la reforma

De todas maneras, para terminar, la pregunta final es ¿cómo evaluar una reforma? Si es buena,

regular o mala. Lo primero que hay que mirar es si hubo un incremento en la esperanza de vida al nacer, además, hoy le hemos introducido a la esperanza de vida dos variables, de un lado la exigida por el doctor David Tejada, pues no basta elevar la esperanza de vida, sino elevarla equitativamente, porque si en un país los ricos viven más cada día y los pobres se mueren más ligero, el promedio podría mostrar que crece la esperanza de vida, pero no crece con equidad. Hoy los modelos de evaluación, inclusive de la OMS, buscan no solamente medir la esperanza de vida cómo se incrementó, sino además medir el grado de equidad con que al nacer crece ello y ya existen instrumentos matemáticos para medir la equidad como el “coeficiente de Gini”. Además, ya no sólo importa la esperanza de vida

*Hoy la reforma implica que el director de un hospital no debe ser sólo un científico sino un gerente, conocedor de las técnicas privadas de administración aplicadas a los hospitales públicos y es así por ejemplo que el hospital entra a utilizar nuevas formas de financiación, contratación de servicios y pagos.*

al nacer equitativamente distribuida sino también la esperanza de vida útil; queremos personas que vivan mucho pero que puedan trabajar y disfrutar, porque de nada nos serviría vivir mucho si no se puede trabajar, ni disfrutar. O sea que son dos los nuevos componentes para valorar el criterio de esperanza de vida al nacer, que sea útil y equitativamente distribuida.

El segundo factor de medición busca evaluar no solamente que la gente tenga buena salud y que los sistemas sean eficaces, logren realmente preservar la salud y evitar la enfermedad, sino que se trata además de que en el proceso de prestación del servicio el usuario quede satisfecho, esa es la nueva variable. A algunos les molesta mucho que al usuario o al paciente, hoy se le llame cliente; aparte de lo inconveniente del nombre de llamarlo cliente, hay un componente nuevo y positivo y es el considerar que el usuario tiene derecho a opinar, no como científico, pero sí como usuario de un servicio. Se trata ahora de que el paciente pueda decir "esto no me gusta", a pesar de que el

médico sea un buen científico, "porque no me siento bien tratado como persona", aunque, posiblemente, el paciente también reconozca al mismo tiempo que "como científico el médico me atendió muy bien". Este nuevo criterio de evaluación de la salud es muy importante.

Finalmente, es necesario que se cuente con una adecuada financiación. Por lo tanto, aquí el criterio de equidad es básico y fundamental, no sólo para recibir lo que se necesita, sino también para aportar económicamente de acuerdo con la capacidad de cada uno. Pero además debemos ser eficientes en el gasto, pues no podemos seguir incrementando el gasto en salud como proporción del Producto Interno Bruto, si simultáneamente no crece la esperanza de vida al nacer.

El texto de esta conferencia está escrito en cincuenta páginas, por supuesto con más detalle y lo he entregado al Convenio para que quien quiera profundizar sobre estos temas pueda acceder a él.

***Hoy los modelos de evaluación, inclusive de la OMS, buscan no solamente medir la esperanza de vida cómo se incrementó, sino además, medir el grado de equidad con que crece la esperanza de vida y ya existen instrumentos matemáticos para medir la equidad como el "coeficiente de Gini". Además, ya no solo importa la esperanza de vida equitativamente distribuida sino también la esperanza de vida útil; queremos personas que vivan mucho pero que puedan trabajar y disfrutar, porque de nada nos serviría vivir mucho si no se puede trabajar, ni disfrutar.***

## La reforma colombiana, logros y retos

**TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ, MD**

*Programa de apoyo a la Reforma, Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia*

En el proceso colombiano tuvimos una serie de debates que nos llevaron a una reforma en la cual, lo que hicimos, fue aprovechar un momento político. Yo soy una técnica, todas mis presentaciones en general tienen un fuerte contexto técnico, les voy a mostrar números, voy a darles una serie de argumentos racionales e importantes, pero no podemos ignorar el contexto político.

He visto hoy, con interés enorme, el que me recuerden un factor fundamental en nuestra reforma, su momento político; este momento fue el que permitió que hiciéramos un esfuerzo inmensamente ambicioso y lleváramos una propuesta al Congreso que fue aceptada y, solo después de ser aceptada, creo que la nación realmente entendió en lo que se había embarcado. Han transcurrido prácticamente 10 años, que se cumplen el 23 de diciembre de este año. Desde ese momento hasta hoy mucho ha sucedido en Colombia.

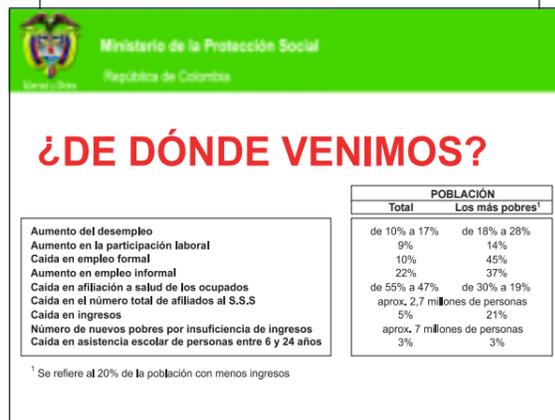
Voy a hacer un brevísimos recuento de lo que pasó entonces y en lo que estamos hoy; hay una circunstancia muy particular que ustedes tienen que conocer frente a la reforma colombiana y es el hecho de que el equipo que consiguió que se aprobara estaba liderado por el entonces Senador Álvaro Uribe, hoy Presidente de la República, y por el Ministro de Salud del momento, doctor Juan Luis Londoño, recién fallecido siendo Ministro de la Protección Social. Eso quiere decir que después de estar allí en el



desarrollo de la reforma y de salir inmediatamente después, volvimos a trabajar por la misma casi 10 diez años más tarde. Entonces hay una serie de momentos políticos muy importantes, como bien nos lo recordaba el doctor Iván

***Tuvimos un aumento del desempleo que por supuesto golpeó más rápidamente a los pobres, serios problemas de empleo en los que no voy a ahondar, aumento del empleo informal, caída de la afiliación a salud en el Régimen Contributivo, pero no así en el Subsidiado, caída en los ingresos y todo esto afectaba mucho más rápidamente a los pobres.***

Gráfico N° 1



Jaramillo esta mañana, que definen muchas de las circunstancias en las que se dan las reformas y la colombiana en esto es muy particular.

¿En qué estamos hoy? Voy contándoles paso por paso qué nos ha sucedido en Colombia. Venimos de una recesión importante, estamos en medio de un proceso de guerra interna que nos afecta enormemente y hemos visto que no fue la década de los ochenta sino el final de la década de los noventa en Colombia, lo que deterioró todos nuestros indicadores sociales y eso, evidentemente, golpeó a los más desprotegidos, como pueden ver en esos números que están en el gráfico 1, todos indicadores importantes.

Tuvimos un aumento del desempleo que por supuesto golpeó más rápidamente a los pobres, serios problemas de empleo con aumento del empleo informal, caída de la afiliación a salud en el Régimen Contributivo, pero no así en el Subsidiado, caída en los ingresos y todo esto afectaba mucho más rápidamente a los pobres.

El contexto que esto tenía era la Ley 100 de 1993, en la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud –la gigantesca reforma colombiana–, y el actual Sistema

General de Pensiones. Nosotros conseguimos que se aprobara esa reforma en diciembre de 1993, a fines del gobierno de César Gaviria, con elecciones pocos meses después y cambio de gobierno el 7 de agosto siguiente. Éramos un gobierno ya debilitado al final. Lo que hicimos fue correr rápidamente a hacer nuestro desarrollo de reglamentación, pensando con temor que, de pronto, el gobierno entrante no iba a estar de acuerdo porque nuestro país, al igual que el de muchos de ustedes, tiene la enorme debilidad de carecer de grandes políticas de Estado. Lo que tenemos son políticas de gobierno y al tener políticas de gobierno, el que llega cambia todo lo que hizo el anterior. Los colombianos somos expertos en eso y nos apuramos dejando una increíble cantidad de reglamentación.

Al dejar esa increíble cantidad de reglamentación pensábamos que habíamos dejado los ladrillos y todos los cimientos para arrancar la implantación de la reforma, sin embargo, no fue así. Los dos gobiernos posteriores, los previos al actual, estaban en total desacuerdo en una parte y en desinterés en otra parte frente a esta reforma que es muy controvertida.

¿Qué sucedió entonces? Los Presidentes, el alto gobierno muy influenciado por importantes grupos de opinión, comenzaron a darse cuenta de lo que se había aprobado y le pusieron el freno a su implantación. Además, cuando arrancamos en 1994 existía, y eso ha mejorado mucho afortunadamente, una marcada debili-

***Cuando arrancamos en 1994 existía, y eso ha mejorado mucho afortunadamente, una marcada debilidad de todas las instituciones.***

dad de todas las instituciones, el Ministerio –entonces de Salud–, las Secretarías de Salud, todos esos entes rectores y los operadores, los hospitales públicos y aun los privados, las entidades nuevas que nacían, eran todas instituciones que debían recibir funciones, nuevos roles, nuevos compromisos, los cuales requerían que las organizaciones tuvieran claridad de eso, cómo se expresaba en su quehacer diario que tuviéramos capacidad no sólo de negociar y trabajar con los otros en un sistema de mercado que requiere que un grupo sea capaz de negociar, aunque ese grupo que está enfrente tenga unos incentivos fundamentales diferentes a los de uno.

Tenemos entonces unos actores hoy en mi país, todos ellos representados en este foro, aquí los van a oír e invito a que ustedes les pregunten cómo es que se debería hacer el trabajo, qué se requiere para que el sistema nos pueda beneficiar a todos los afiliados y todos los usuarios que es para lo que fue creado.

¿Eso qué quiere decir? Que en Colombia nuestra debilidad y nuestra defensa de los intereses de cada grupo han hecho que las asociaciones de profesionales peleemos por nuestro pedacito, al igual que pelean las empresas Promotoras de Salud (EPS), al igual que pelean los hospitales, al igual que pelea el mismo Estado, que en muchos momentos se comporta apenas como un actorcito más y no como el gran rector. Súmenle a eso la corrupción que tristemente persiste aún en nuestro sistema y tenemos entonces una llegada nuestra, como parte de un gobierno que recibe el país en situación de crisis el 7 de agosto del año pasado.

Tenemos poco más de un año de estar de vuelta en el gobierno y –me sorprende oyéndome decir las mismas cosas, no es habitual para mí sino hablar de los números pero es que la realidad

***... el Presidente nos dijo: venimos a implementar la Reforma, pero seamos más ambiciosos, pensemos que en una situación de crisis como la que enfrenta Colombia necesitamos un Sistema que responda a los riesgos fundamentales de las personas que se hacen mucho más duros en épocas de crisis y que afectan particularmente a las personas menos privilegiadas.***

política es enorme, doctor Iván Jaramillo tiene toda la razón–, el Presidente nos dijo: venimos a implementar la reforma, pero seamos más ambiciosos, pensemos que en una situación de crisis como la que enfrenta Colombia necesitamos un sistema que responda a los riesgos fundamentales de las personas que se hacen mucho más duros en épocas de crisis y que afectan particularmente a las personas menos privilegiadas.

Nuestro líder intelectual Juan Luis Londoño aceptó el reto y asumió dos Ministerios al mismo tiempo: Salud y Trabajo. El Ministerio de Salud a principios de este gobierno, agosto del año pasado, era exclusivamente un administrador del aseguramiento en salud, tenía una serie de entidades adscritas muy grandes e importantes como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Instituto de Vigilancia de Medicamentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS) –nuestro principal centro de investigación y desarrollo de vacunas. Había un Ministerio de Trabajo dedicado a la solución de conflictos laborales e igual que aquí –en el Perú– tenía adscrito el Instituto de Seguros Sociales Colombiano, la Caja Nacional de Previsión que

es el asegurador de los empleados públicos y otra caja de previsión de empleados del sector de las comunicaciones, muy grande muy importante, CAPRECOM. Lo que encontramos cuando llegamos fueron entidades mezcladas y desordenadas como trata de representar el gráfico, como resultado de lo cual había una enorme duplicidad en funciones, vacíos en servicios y en producción para las personas y corrupción (gráfico 2).

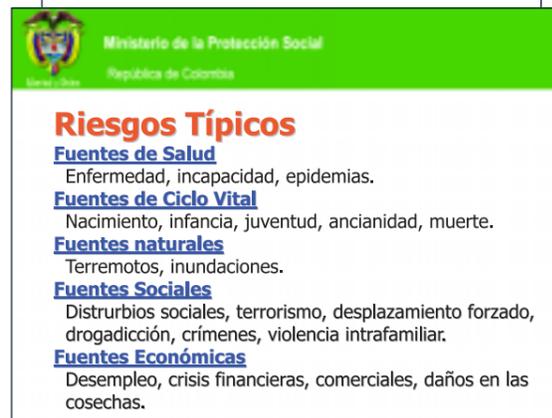
Gráfico N° 2



¿Qué decidieron nuestros líderes, incluyendo el Congreso de la República Colombiana, representado aquí por el doctor Carlos Ignacio Cuervo? Crearon para nosotros el Sistema Integral de Protección Social de Colombia, que es mucho más que la fusión de dos Ministerios, es el que define las políticas públicas orientadas a aminorar la vulnerabilidad a la que estamos expuestas todas las personas y a mejorar la calidad de vida frente a los riesgos típicos que

**El Sistema Integral de Protección Social busca unir las estrategias y acciones del gobierno en tres grandes grupos: una Estrategia de Prevención; una Estrategia de Mitigación y otra, la Estrategia de Superación o lo que en Colombia también llamamos La Inclusión Social.**

Gráfico N° 3



tiene cualquier persona en una sociedad. Riesgos para la salud como son enfermedad, incapacidad, epidemias, riesgos naturales del ciclo vital, los riesgos de ser recién nacido o de ser anciano, de la infancia, de la juventud, el riesgo de muerte; las fuentes naturales de riesgo como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas como las que tenemos en Colombia, las sociales que para nosotros son tan importantes y ciertamente las económicas como las que viven las personas en una época de recesión y marcado desempleo como el que tenemos en nuestro país (gráfico 3).

¿Cómo se integra todo esto? El Sistema Integral de Protección Social busca unir las estrategias y acciones del gobierno en tres grandes grupos: una estrategia de prevención para evitar que las personas se expongan a las consecuencias de los grandes riesgos; una estrategia de mitigación para cuando el evento dejó de ser riesgo y llegó

y otra, la estrategia de superación o lo que en Colombia también llamamos la inclusión social (gráfico 4).

Gráfico N° 4

Choques se combaten con:	Trabajo estable, productivo (social y familiarmente) y bien remunerado	Pensión	Salud (bienestar bio - sico - social)
Prevención	Capacitación para la producción (Sena) Hogares ICBF Facilitar creación empresas	Trabajo con amplia cobertura de un sistema de pensiones viable	Nutrición (ICBF) Desarrollo Humano (ICBF) Promoción y prevención Materno infantil Compensación familiar
Mitigación	Microempresas Seguro de desempleo Afiliado Riesgos Profesionales	Sistema Pensional viable con amplia cobertura	Primer nivel de atención Afiliación al SGSSS: subsidiado, contributivo
Inclusión Social (superación)	Capacitación reinserción (SENA) Empleo temporal (RAS) Subsidios al empleo	Subsidio a 3ra edad	II y III Nivel

La Prevención la tienen ustedes preparando a las personas para el trabajo, para la producción, que es lo que hace el Servicio Nacional de Aprendizaje. Los hogares son atendidos por el ICBF, quien vela por la niñez y tiene programas de atención para que la madre de bajos recursos pueda salir a trabajar mientras otra madre de la misma comunidad los atienda y, así, sucesivamente. No voy a entrar en tanto detalle, pero de esa manera, tanto en trabajo, como en

pensiones, como en salud para nosotros vista como bienestar y calidad de vida en su totalidad, se integran en este sistema (gráfico 5).

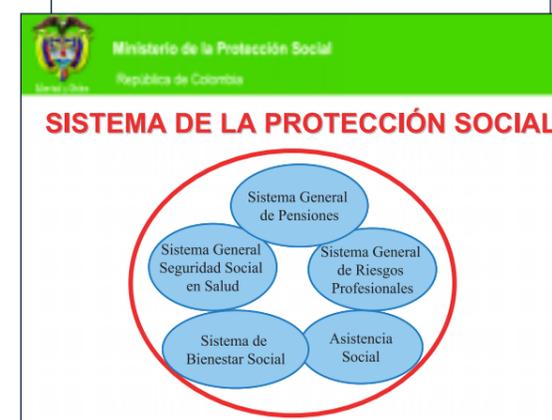
Para llevar esto a la práctica estamos nosotros en el Ministerio de la Protección Social, resultado de la fusión de los otros, pero por un lado con Salud como era antes, agregándole todas las acciones de Bienestar Social, al otro lado Relaciones Laborales como era antes, pero con una enorme política de empleo y un sector de análisis técnico muy importante que le da soporte a los conceptos de la Protección Social para el mejoramiento de la calidad de vida de todos (gráfico 6).

Gráfico N° 6



¿En qué estamos? Antes de morir, nuestro Ministro Juan Luis Londoño pasó una importante reforma laboral donde se consiguió flexibilizar los contratos laborales, generar incentivos al empleo, dar subsidios al empleo, y para los desempleados, una reforma pensional que arrancó el proceso de mejorar el Sistema de Pensiones Colombiano a través de racionalización de los beneficios con las contribuciones y se intervinieron también, por otras acciones además de una Ley, las pensiones de alto riesgo en Colombia, con lo cual nos referimos aquí a todos aquellos profesionales que estaban expuestos en ejercicio de su profesión a un riesgo mayor, recibían una pensión de alto

Gráfico N° 5



*Antes de morir, nuestro Ministro Juan Luis Londoño, pasó una importante reforma laboral donde se consiguió flexibilizar los contratos laborales, generar incentivos al empleo, dar subsidios al empleo y para los desempleados, una reforma pensional que arrancó el proceso de mejorar el Sistema de Pensiones Colombiano.*

riesgo que, sin embargo, había sido definida como una pensión, no para quienes hoy tienen un riesgo sino para aquellos que en el transcurso del quehacer de su profesión acortan su vida laboral, como es por ejemplo el caso de los mineros, no el de los empleados de un juzgado o de los sistemas de seguridad a quienes por riesgos en el día de hoy no necesariamente se les va a acortar su vida laboral.

En un acto simbólico muy importante se afectó el Régimen Pensional del Presidente que pasó al Régimen Común de los colombianos; se trabajó el Régimen Pensional de la Fuerza Pública colombiana y entramos al del Magisterio que es un grupo de presión muy importante políticamente en Colombia. Tenemos también en el Referendo que estamos a punto de votar los colombianos por primera vez en nuestra historia, un punto en el cual se permite intervenir lo que nos queda que son los Regímenes Especiales de unos pocos empleados públicos privilegiados con los beneficios más increíbles a expensas de todos los demás.

Pero hablemos de salud, ¿en qué estamos, para dónde vamos?

En salud tenemos las siguientes prioridades en este gobierno: por encima de todo estamos para

implementar una reforma que nunca fue realizada como fue concebida. Ciertamente no lo fue en el Régimen Subsidiado y tan sólo a medias en el Contributivo, a eso venimos; es hora de ejecutar la reforma, en eso estamos, contamos con los tres años de gobierno que nos quedan y tenemos metas ambiciosas para el final de este gobierno.

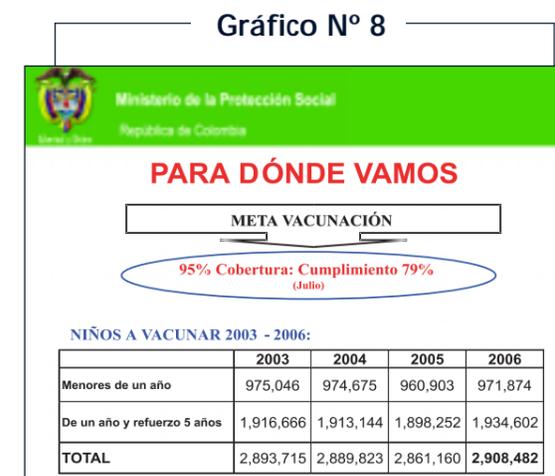
Dentro de eso, ¿a qué le estamos dirigiendo todo el foco?, ¿cuáles son las prioridades? Primero que todo a salud pública y por encima de todo a vacunación, que en Colombia había caído, en buena medida porque el Ministerio de Hacienda nos quitó los recursos y estamos luchando para recuperarlos y mantenerlos; en este momento puedo reportar con gusto que la vacunación, un año después, ha cambiado sustancialmente para bien; otras prioridades son el Régimen Subsidiado y la calidad de servicios, estamos en una campaña de reordenamiento de los hospitales públicos – quizás nuestra tarea más difícil y la que más pone en riesgo la implantación de la reforma–, una gestión de recursos y el desarrollo de un sistema de información que nos permita manejar este megasistema que se creó.

Teníamos, cuando llegamos el año pasado, una tendencia en la hepatitis B (gráfico 7) –y es tan



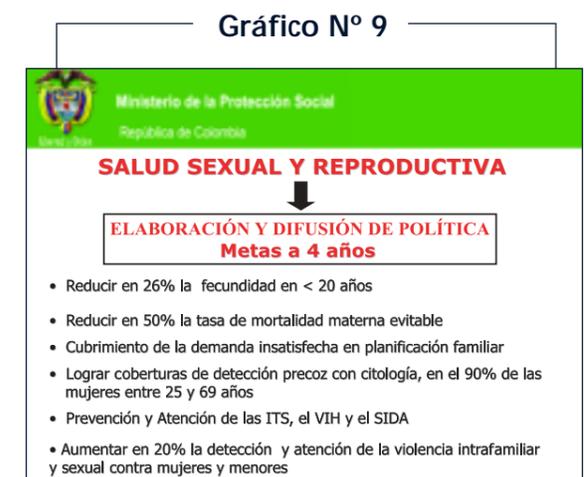
sólo un ejemplo– de cómo se está comportando la vacunación para la cual teníamos unas metas de cobertura de 95% en todos los biológicos y nos encontramos con que las tendencias iban muy por debajo.

Simplemente, con un ejercicio de asignar recursos, respetarlos y hacer una gestión juiciosa de seguimiento y mantenimiento de la salud pública, comenzamos a elevar marcadamente los resultados. Estamos empezando a obtener resultados mucho mejores y este año vamos a llegar, en niños menores de un año de edad, a 95 % de cubrimiento con el esquema básico de vacunación en Colombia (gráfico 8).



En salud mental, tenemos una estrategia que hace parte importante de las estrategias de salud pública de este gobierno, al igual que una estrategia de salud sexual y reproductiva (gráfico 9) de la que estamos muy orgullosos porque

*“menores de un año de edad, a 95% de cubrimiento con el esquema completo de vacunación en Colombia”.*



consideramos que son tres pilares fundamentales frente a las necesidades que presenta la población colombiana.

Hablemos de cobertura del Régimen Subsidiado, nuestro foco está allí en ampliar la cobertura, hacerla viable y reducir los costos administrativos. ¿En qué estamos? El Régimen Subsidiado de Colombia tiene a la fecha 11'700.000 personas afiliadas; estas son personas de los niveles socioeconómicos bajos de Colombia, identificados a través del Sistema de Beneficiarios o SISBEN colombiano, que es una encuesta de hogares por medio de la cual se va al hogar, se examinan las condiciones de vida dentro del hogar, las condiciones de calidad de vida de cada una de las personas, su educación, ingreso, empleo y, al salir clasificado en los estratos más bajos, se hace acreedor al derecho de ser afiliado.

De colombianos en niveles 1 y 2 tenemos aproximadamente 18 millones, hoy estamos en esos 11,7 millones y hemos logrado este año tan sólo 300.000 afiliados nuevos; no hemos logrado más por los problemas fiscales de Colombia que están en el programa de ajuste estructural con el Fondo Monetario Internacional, pero lo estamos luchando y con gusto les presentaría por muchas

horas los resultados de esto que, en mi opinión, es el logro más importante de la Reforma Colombiana (gráfico 10).

Gráfico N° 10

AMPLIACIÓN DE COBERTURA AÑO 2003	
ESTIMATIVO DE NUEVOS AFILIADOS POR DEPURACIÓN DE MULTIAFIADOS RS/RS	699,714
ESTIMATIVO DE NUEVOS AFILIADOS CON CARGO A SALDOS DE LIQUIDACIÓN	138,056
TOTAL DE AMPLIACIÓN EN CONTRATACIÓN DE 2003	328,722
SGP	294,470
ESFUERZO PROPIO	34,252
TOTAL NUEVOS AFILIADOS AÑO 2003	1,166,492

Lo que esto expresa es la manera más pura de entregar equidad; en Colombia contribuimos los ricos al sistema y a cambio de eso afiliamos a los pobres al Régimen Subsidiado. De estos pobres, en un estudio que mencionó el doctor Iván Jaramillo, sabemos que, hoy por hoy, tienen una marcada reducción de su gasto y un aumento de los usos con equidades por asignación de recursos, particularmente en la zona rural.

Como resultado de esto –hablábamos anoche el congresista José Ignacio Cuervo y yo en el avión– no hay un colombiano pobre que no salga a las calles a marchar si lo amenazan con quitarle el carnet del SISBEN. Este Régimen Subsidiado no es popular entre los importantes

*... es la manera más pura de entregar equidad; en Colombia contribuimos los ricos al sistema y a cambio de eso afiliamos a los pobres al Régimen Subsidiado.*

grupos de interés de nuestro país, pero yo les aseguro a ustedes que no hay una persona humilde en nuestro país, porque así lo muestran todas las encuestas, que se vaya a dejar quitar esos carnets fácilmente, ya que les da poder real, llegan a exigir sus servicios, tienen un derecho, no es medicina de caridad como tenían antes. Ellos llegan con el poder de ser compradores.

¿Qué vamos hacer con el sistema que tiene muchas dificultades en el Régimen Subsidiado? Una estrategia es la regionalización que nos permita identificar y ordenar mejor los mercados que no operan en una parte importante del país; tenemos Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) -son las EPS del Régimen Subsidiado- que, sobre todo al principio, se han comportado desafortunadamente, más como administradoras de recursos. Por esto les estamos sacando importante regularización para convertirlas en administradoras de riesgo, lo cual quiere decir que sirvan a las personas y no que se dediquen, sencillamente, a ver cómo exprimen el peso. Estamos asegurándonos de que éstas sean entidades sin ánimo de lucro. (gráficos 11, 12 y 13).

*... no hay una persona humilde en nuestro país, porque así lo muestran todas las encuestas, que se vaya a dejar quitar esos carnets fácilmente, ya que les da poder del real, llegan a exigir sus servicios, tienen un derecho, no es medicina de caridad como tenían antes. Ellos llegan con el poder de ser compradores.*

Gráfico N° 11



*El sistema nuestro es un sistema de competencia regulada donde controlamos el precio porque fijamos la Unidad de Pago por Capitación (UPC) pero controlamos también los contenidos porque definimos un único plan de beneficios –Plan Obligatorio de Salud (POS).*

Tenemos una estrategia de calidad para nosotros muy importante. El sistema nuestro es un sistema de competencia regulada donde controlamos el precio porque fijamos la Unidad de Pago por Capitación (UPC), pero controlamos también los contenidos porque definimos un único plan de beneficios –Plan Obligatorio de Salud (POS)–, eso quiere decir que las Entidades Promotoras de Servicios y las Administradoras del Régimen Subsidiado solamente tienen una variable por la cual competir y sólo una si el modelo se aplica y opera como fue concebido, y ésa es la competencia por calidad donde el precio y el contenido de los beneficios no son una variable, entonces lo que queda para competir es la calidad. Para ello estamos

Gráfico N° 12

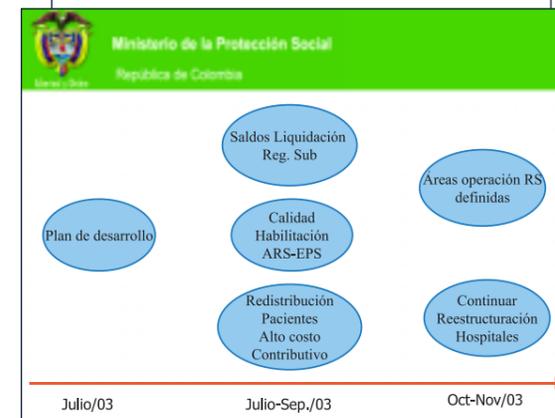


Gráfico N° 13

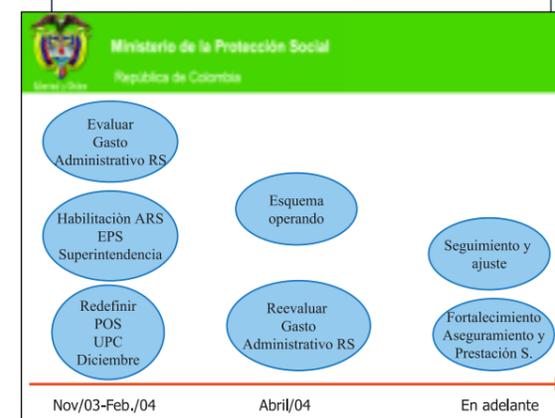


Gráfico N° 14

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

**CALIDAD – IPS y EPS**

**Habilitación:**

- Decreto 2309
- Resolución de estándares
- Cierre de 43 IPS que no habilitaron en Bta
- Cierre de 250 servicios en Antioquia

**Acreditación:**

- Decreto 2309
- Resolución de estándares
- Selección de ente acreditador abierta
- Asistencia técnica para entidades públicas

creando los mecanismos, un sistema de licenciamiento que viene con garra y con diente, el que no cumple se cierra y ya comenzaron los cierres. Un sistema importante de acreditación, tanto de las Entidades Promotoras como de los prestadores de servicios. Un sistema de Auditoría para el mejoramiento y no sólo la revisión de cuentas (gráfico 14).

ahí fue mucho mayor el gasto que el ingreso y, sin embargo, a pesar de ese aumento en el gasto la prestación de servicios, su producción, las personas atendidas se mantuvieron estables en unos servicios y cayó en otros. Entonces, cada día gastamos más en sostener los hospitales con recursos públicos y esto es lo que obtenemos a cambio.

Los hospitales, este es nuestro problema aún no resuelto; en Colombia tuvieron un incremento extraordinario, tanto en sus gastos como en sus ingresos como resultado de la reforma. Sin embargo, como ustedes ven (gráficos 15 y 16),

De ahí que hemos establecido un programa de reorganización, rediseño y modernización alrededor del concepto de redes (gráficos 17 y 18), para darle a los hospitales recursos con los cuales trabajar. Existen unas inflexibilidades

**Hemos establecido un programa de reorganización, rediseño y modernización alrededor del concepto de redes, para darle a los hospitales recursos con los cuales trabajar.**

laborales importantes para lo cual se va hacer reestructuración de las nóminas.

Tenemos importantes y nuevos recursos en el sistema, un Impuesto de Valor Agregado (IVA) que le estamos aplicando a los sorteos y que estamos usando como fuente de ingreso; estamos atacando evasión y elusión; tenemos una serie de herramientas que nos permiten reducir el gasto –formularios únicos, mejor manejo de costos administrativos– y una serie de reglamentaciones a las leyes sobre sorteos y chances (loterías), que nos van a traer recursos adicionales.

Hemos hecho un ejercicio, que en Colombia este gobierno llama la Renovación del Estado en la cual –así lo llama nuestro Ministro–, “tapamos huecos”. Tapar huecos quiere decir que hemos hecho un esfuerzo por racionalizar la estructura del Instituto de Seguros Sociales, de la Caja Nacional de Previsión –parte de ellos están en liquidación–, de la Caja de Previsión de Comunicaciones, de la Caja de Previsión de la Superintendencia Bancaria, del Fondo de Previsión del Congreso, donde los congresistas reciben privilegios muy especiales.

Hay importantes acciones de fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control para implementar, para darle dientes al sistema y poner orden, tenemos una Ley de Recursos Humanos en progreso y un fortalecimiento de las Superintendencias.

Para terminar voy a contarles que tenemos un sistema de información que para nosotros es muy importante porque con él vamos finalmente a tener esta información que nos permita tomar decisiones (gráficos 19, 20 y 21).

Finalmente, el último gráfico (gráfico 22) es una presentación que utiliza el Ministro de Protección Social y que yo adapté para traer hoy, es él quien se inventó la palabra “autofagia”. La invitación que hacemos desde el Ministerio a todos los actores del sistema, a todos, incluyéndonos a nosotros cuando tomamos decisiones de política, es a recordar

Gráfico N° 15



Gráfico N° 17

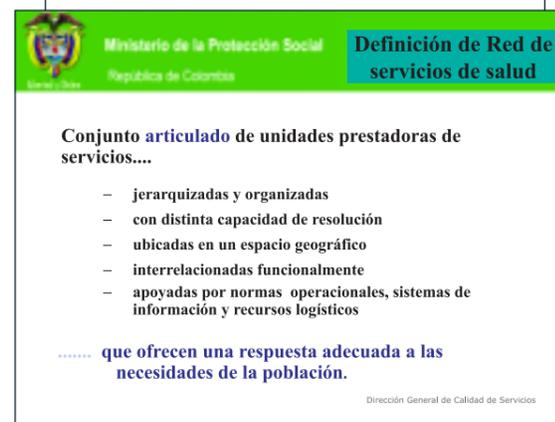


Gráfico N° 16

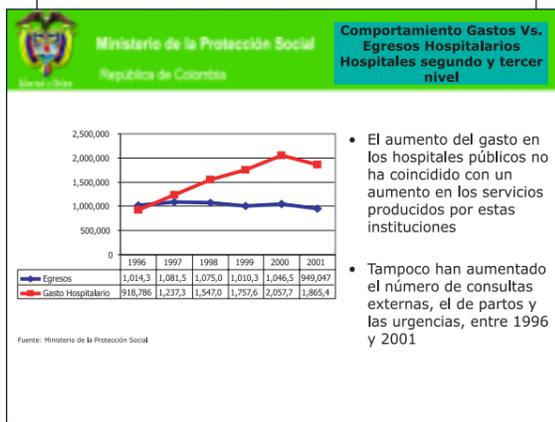


Gráfico N° 18

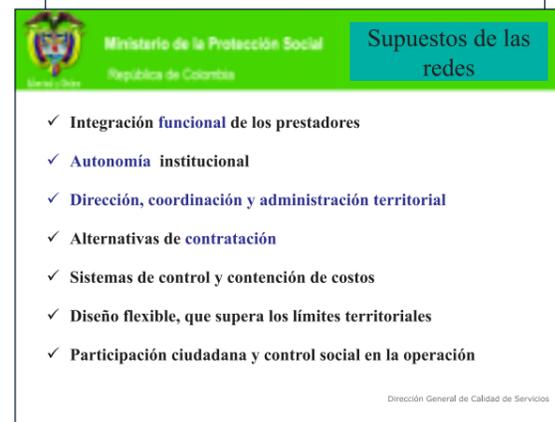


Gráfico N° 19



Gráfico N° 20

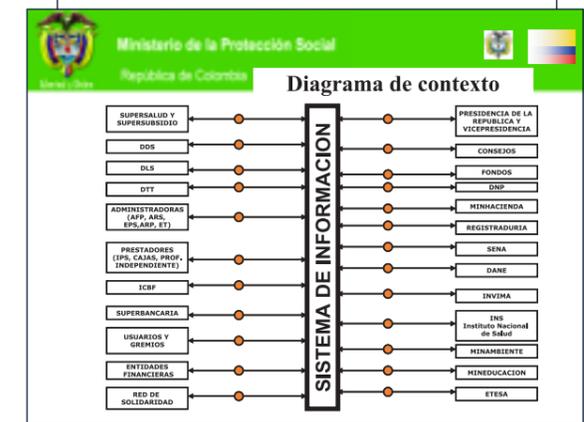


Gráfico N° 21



Gráfico N° 22



que cuando cualquiera de los actores del sistema desde el Congreso hasta los profesionales de la salud incluyéndonos, repito, incluyéndonos, no pensemos solamente en el interés particular y en la defensa de ese interés. Así, lo que estamos haciendo es destruyendo nuestra posibilidad de implementar un sistema

cuyo objetivo todos compartimos, porque en el objetivo todos estamos de acuerdo, es la entrega de servicios que mejoren las condiciones de salud de la población, pero cuando peleamos y somos chiquitos nos estamos comiendo ese sistema cuyo objetivo todos queremos.

**Una mirada crítica a la reforma colombiana**

**STEVENSON MARULANDA PLATA, MD**

*Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá. Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía. Presidente del Colegio Médico Colombiano*

Quiero decirles hoy que lo que van a oír proviene de un médico en ejercicio, que trabajo todos los días, que estoy de permiso hoy y que no soy un técnico, no soy político, no trabajo con el gobierno y tampoco soy sindicalista. Sencillamente, soy un Profesor de Cirugía, preocupado con el tema del problema de la salud en Colombia, en Latinoamérica y en el mundo.



Afortunadamente en el foro de hoy tengo la oportunidad inclusive de compartir este podio con personas que en Colombia nunca veo, porque allí siente uno como que el recurso humano es un insumo más en la cadena productiva y la verdad es que se siente uno como excluido.

Doctor Bustamante, le agradecemos mucho en nombre de todos los profesionales de la salud de

Colombia. Por estas razones constituimos el Colegio Médico Colombiano que no existía y también conformamos la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud Pro Reforma de la Ley 100, no solamente de médicos, sino de todos los profesionales del sector. De manera que vamos ahí, podemos estar sesgados, pero eso sí, es de buena fe. Lo que pensamos lo decimos de buena fe y ojalá podamos llegar a un acuerdo.

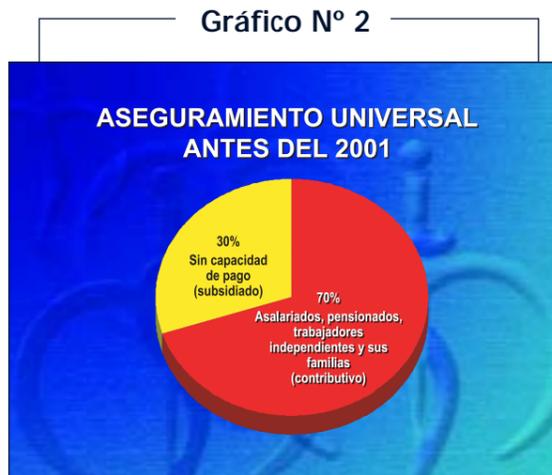
***Antes de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud de Colombia no tenía ningún asegurado porque esa figura no existía, pero 50% de la población sí tenía acceso sin seguro, sin carnet y se atendía...***

Sobre los antecedentes de la reforma en Colombia –la Doctora Teresa Tono lo demostró– antes de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud de Colombia no tenía ningún asegurado porque esa figura no existía, pero 50% de la población sí tenía acceso sin seguro, sin carnet y se atendía, había un seguro social que cubría

*se aumentó la cobertura, pero solamente para los asalariados, los que tienen capacidad de pagar, en esos aumentó; para los que no tienen capacidad de pago, en ellos no aumentó.*

se pensaba que 70% de la población iba a estar en un nivel contributivo (gráfico 2); fue el panorama que se pintó en esa época.

20% a través del Instituto de Seguros Sociales, algunas Cajas de Compensación, el sector privado contribuía con 11% y estaba excluido 19% de la población (gráfico 1), éste era el panorama, un desorden que se necesitaba cambiar.



*En Colombia no hay separación de funciones, ellas aseguran, prestan y le devuelven a la gente que se enferma un paquete de servicios (POS). Esto ha traído problemas porque esta integración vertical de los aseguradores no trae competencia y ha quebrado a las clínicas privadas, las ha sacado del mercado y les paga como quiere, de manera que se han convertido en unos "pulpos"*

del mercado y les paga como quiere, de manera que se han convertido en unos "pulpos" con esa integración vertical y ha producido muchos problemas en Colombia.

Entonces vemos como quedan 30 millones de pobres entre los cuales hay que seleccionar los más pobres por un mecanismo (SISBEN) para que los aseguradores por intermedio del Estado, de los alcaldes municipales que son los "dueños" de este dinero –hay "carteles" de contratistas en Colombia que se han enriquecido, que son magnates de la salud, hay una corrupción en estos contratos del Estado que manejan los alcaldes y gobernadores con las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) o Aseguradoras– para que con sus propias clínicas le den medio POS al asegurado.

Aquí nadie ha dicho que es medio seguro, no es un seguro completo, es la mitad de lo que se le ofrece al afiliado al Régimen Contributivo, de manera que ¿estos 19 millones de personas a dónde van? A los hospitales quebrados. El otro medio POS de servicios tenemos los hospitales que brindarlo (gráfico 3). De manera que aquí está la población asegurada, ellos no pueden libremente consultar donde quieran, tienen que pasar por las EPS o las ARS que tienen ánimo de lucro.

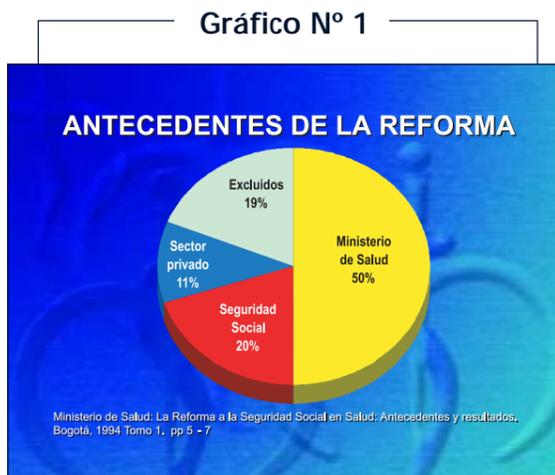
Hay contratos, pero ellos –los aseguradores– contratan con su propia red privada y han quebrado los hospitales públicos y las clínicas privadas, y abren "garages", como dice nuestro



Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales Doctor Juan Carlos Giraldo, "clínicas chuzo de garage". O son mansiones, como hay opulencia los atienden ahí, porque es el alcalde, porque es el primo, porque son empresas de fachada.

De manera que después de 10 años de reforma tenemos 14 millones de personas en el Régimen

***De manera que después de 10 años de Reforma tenemos 14 millones de personas en el Régimen Contributivo, 11 millones en el Régimen Subsidiado, con medio seguro y 43% de la población excluida.***



Y las cosas buenas, la plata aumentó, el gasto en salud como porcentaje del PIB se duplicó –estamos en 9 punto y pico por ciento–, se aumentó la cobertura, pero solamente para los asalariados, los que tienen capacidad de pagar, en esos aumentó; para los que no tienen capacidad de pago, en ellos no aumentó. Voy a mostrar la gráfica al final de cómo quedó. Y también hubo esto, más racionalidad en el gasto médico, a los hospitales nos metieron en cintura y tuvimos que aprender incluso a "gerenciar el bolígrafo de los Residentes" (controlar las ordenes médicas innecesarias).

En Colombia hay 44 millones de personas en este momento. Catorce millones le contribuyen a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), ellas aseguran y también prestan. A mí me da pena con la doctora Priscila pero en Colombia no hay separación de funciones, ellos aseguran, prestan y le devuelven a la gente que se enferma un paquete de servicios (POS). Esto ha traído problemas porque esta integración vertical de los aseguradores no trae competencia y ha quebrado a las clínicas privadas, las ha sacado

Entonces sale esta Ley 100, la reforma, sistema único, solidario, universal y equitativo de aseguramiento público y privado, con un paquete obligatorio de salud (POS) en una economía de mercado. Eso se habló aquí suficientemente de manera que sigamos, el Ministro Juan Luis Londoño en la época dijo esto, no más crisis hospitalaria, salud para los pobres, no discriminación entre ricos y pobres y distribución equitativa de los recursos, eso fue el planteamiento teórico, o sea que antes de 2001, el 31 de diciembre del año 2000, en Colombia

Contributivo, 11 millones en el Régimen Subsidiado con medio seguro y 43% de la población excluida. Voy a mostrar ahora –como yo no soy técnico ni político, sino que están viendo un panorama de Colombia a través de documentos– documentos de académicos de la Universidad Javeriana, estudiosos del tema y miren lo que dicen los académicos de esto: “En Colombia el sistema de seguridad es de desigualdad y exclusión”.

Esta es la foto de un paciente de esos que está excluido en un hospital público de Cali, uno de los 20 millones de habitantes que no tienen

Gráfico N° 4



Fotos de un Hospital Público (Cali, Colombia)

Gráfico N° 5



Fotos de un Hospital Público (Cali, Colombia)

**“... en Colombia el sistema de seguridad es de desigualdad y exclusión”.**

nada, que antes podían consultar sin carnet. (Gráficos 4 y 5)

También vemos cómo es un “infierno” acceder a un carnet. “Reventaron” un estadio porque ofrecieron unos cupos, allá se fueron desde el lunes pasado mujeres embarazadas, fueron niños, minusválidos hicieron fila alrededor del coliseo de fútbol, por un cupito del Sistema de Beneficiarios (SISBEN) fueron más de 50.000 personas en Cali (gráficos 6 y 7); no iban a ver al Deportivo Cali (club profesional de fútbol) o al Colo Colo. Iban por un cupito de esos que la doctora Teresita Tono dice “claro que no lo van a devolver”, claro, porque si no tienen el carnet no pueden acceder, se ha convertido eso en una barrera de acceso al sistema.

Gráfico N° 6

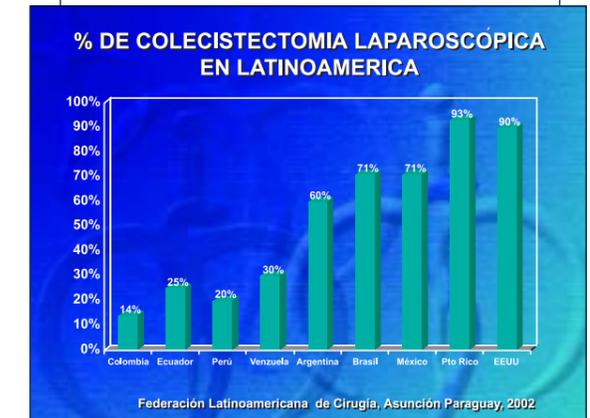


Acerca del discurso de la focalización en salud, miren lo que dicen los académicos sobre este tema: “Se concluye que tanto la focalización del subsidio para el aseguramiento en salud como el SISBEN generan exclusión de la población pobre,

Gráfico N° 7



Gráfico N° 8



son un obstáculo para el acceso y uso equitativo de los servicios de salud y atentan contra el derecho a la vida y a ser atendidos cuando se está enfermo”. Esto no lo dicen sindicalistas, son académicos, profesores de posgrado de una universidad de jesuitas, que es la Universidad Javeriana de Bogotá.

Hay otro problema también –yo soy cirujano– miren bien. La colecistectomía laparoscópica, que es un “gold standard” (gráfico 8), en Colombia se hace menos porque no está en el POS, no está la mortalidad en el POS como dice el ex Ministro de Chile, pero la colecistectomía laparoscópica tampoco está. Entonces la inserción de las nuevas tecnologías es mínima por la contención de costos.

A ver qué dice la Academia de Salud Pública: “La Penuria de la Salud Pública”, con todo este problema se disparó la malaria –en cuatro años

se duplicó el número de casos–, la leishmaniasis, la tuberculosis, el dengue hemorrágico, la fiebre amarilla.

Los hospitales se acabaron. El hospital donde yo me eduqué, San Juan de Dios, otrora símbolo

**“Los hospitales se acabaron. El hospital donde yo me eduqué, San Juan de Dios, otrora símbolo latinoamericano, no se acabó el Hospital, se acabó la Escuela porque del hospital quedaron los ladrillos, el de Bucaramanga – el Ramón González Valencia–, el San Rafael de Tunja, el de Apartadó, el de Barranquilla, el de Cartagena, todos están cerrando.”**

**“se concluye que tanto la focalización del subsidio para el aseguramiento en salud como el SISBEN generan exclusión de la población pobre, son un obstáculo para el acceso y uso equitativo de los servicios de salud y atentan contra el derecho a la vida y a ser atendidos cuando se está enfermo”.**

latinoamericano, no se acabó el Hospital, se acabó la Escuela porque del hospital quedaron los ladrillos; el de Bucaramanga –el Ramón González Valencia– lo van a cerrar, el San Rafael de Tunja, el de Apartadó, el de Barranquilla, el de Cartagena, todos están cerrando.

Esta es la deuda del año 2000 (gráfico 9) con los hospitales públicos, esto es imparable, deudas a más de 180 días por medio billón de pesos que continúan creciendo. Entonces, no sé cómo defienden un sistema de éstos que está acabando con los hospitales, y privilegiando y haciendo opulentos a unos cuantos. Claro, los pobres hospitales hay que cerrarlos porque no pueden pagarle a sus empleados (gráfico 10). Allá –en Colombia– hay hospitales que deben ocho meses de sueldos pero no, o son los corruptos o son los sindicatos, y esto es tema de todos los días en la prensa (gráfico 11).

Gráfico N° 9

CARTERA HOSPITALES PÚBLICOS	
<b>TOTAL GENERAL</b>	
< 90 días	211.982.618.442
90 - 180 días	119.794.458.360
> 180 días	339.967.992.118
Facturación glosada	31.004.092.259
<b>Total</b>	<b>702.749.161.179</b>

FUENTE: Programa mejoramiento, MinSalud

*Esta es la deuda del año 2000 con los hospitales públicos, esto es imparable, deudas a más de 180 días por medio billón de pesos que continúa creciendo. Entonces no sé cómo defienden un sistema de éstos que está acabando con los hospitales, y privilegiando y haciendo opulentos a unos cuantos.*

Gráfico N° 10

DEUDA DE LOS HOSPITALES	
Deuda Hospitales Públicos	Valor
Deuda salarial	179.072.307.484
Prestaciones sociales	97.325.197.214
Aportes parafiscales	106.288.057.696
Contratación y supernumerario	79.898.704.165
Proveedores	256.215.806.826
Obligaciones financieras	72.459.483.590
Otros	144.442.612.352
<b>Total Deuda</b>	<b>935.702.169.328</b>

FUENTE: Programa mejoramiento, MinSalud

Gráfico N° 11



¿Cómo es el negocio del aseguramiento? A ver, la atención de un millón de pobres en Bogotá vale 400.000 millones de pesos. ¿Cómo se los gana una ARS? A la tercera parte no le da carnet, 520.000 no consultan, o sea que ya arreglaron la mitad, quedan 265.000 de los cuales 186.000 son los que atienden en sus propias instituciones

(integración vertical de la Administradora) o sea que ya atendieron a 92.8%, quedan entonces 80.000 cuya atención la contratan externamente; de éstos 7.2% pagan 71% de las cuentas y el resto lo "glosan" o sea que no lo pagan o pagan tardíamente solo una parte (gráfico 12). De esto concluimos que se ganaron 400.000 millones de pesos en aseguramiento, que no atendieron una parte importante de la gente y de los que mandaron a atender por contratación pagaron sólo un porcentaje, como para que respiren los hospitales.

Gráfico N° 12

MEDIO SEGURO DE 1.108.000 POBRES DE BOGOTÁ VALE 400.000 MILLONES		
1.108.000	afiliados	100%
- 321.320	no carnetizados	29%
- 520.760	no consultantes	47%
<hr/>		
265.920		
- 186.144	IPS propia	16.8%
<hr/>		
	(1.028.224)	92.8%
79.776	contratación externa	7.2%
71%	glosas, objeciones, retrasos y pagos parciales	
29%	pago oportuno	

FUENTE: Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital, Diciembre 2001

Las ARS se han quedado con muchísimo dinero y no hay un solo preso en Colombia por este tema. Las ARS se quedaron con 1 billón 25.000 millones de pesos en 2000 y no pasó nada, esto es lo que cuesta la cosecha cafetera de un año en Colombia donde los muertos le cotizan a las ARS, o sea que cobran.

El Ex Ministro Juan Luis Londoño q.e.p.d., decía cuando era Director Ejecutivo de la revista *Dinero*: "Las oportunidades que se dieron: las entidades creadas por la Ley 100 de 1993 crecieron vertiginosamente, en apenas seis años varias EPS se posicionaron entre las empresas más grandes del país por ingresos, los bajos requerimientos de capital y las ventajas

*"Las oportunidades que se dieron: las entidades creadas por la Ley 100 de 1993 crecieron vertiginosamente, en apenas seis años varias EPS se posicionaron entre las empresas más grandes del país por ingresos, los bajos requerimientos de capital y las ventajas otorgadas por la Ley 100. La mayor inversión pública en salud hizo de las ARS un excelente negocio".*

otorgadas por la Ley 100. La mayor inversión pública en salud hizo de las ARS un excelente negocio". Eso lo dice quien fue Ministro de Salud después y tuvo un infortunado accidente. Respecto al valor agregado figuran Cafesalud, Saludcoop y Coomeva entre las empresas que mejores negocios dan en Colombia, o sea las que más plata dan con menor inversión, es decir, donde un inversionista quiere meter su dinero. No lo ponen en diamantes, ni en oro, ni en esmeraldas, lo meten en una empresa de salud porque tienen mejor *Economic Value Add* (EVA).

Sobre los indicadores de calidad encontramos que un médico general no puede remitir más de 10% de sus pacientes a un especialista, no puede hacer más de 25% de órdenes de laboratorio clínico ni ordenar más de 7% de imágenes diagnósticas en el primer nivel de atención, no puede formular a más de 60% de pacientes, ni ordenar más de tres productos farmacéuticos, tampoco puede costar más de un dólar la cuenta, la factura de lo que formula, y a eso lo llaman calidad de gestión. Nos obligan a violar la ética, dicen los médicos.

Entre las 300 empresas más grandes de Colombia por utilidad neta, la primera es Ecopetrol, la octava es Saludcoop, por encima de Avianca,

Bavaria, Peldar, Azucar Manuelita, IBM y Siemens. Esos no son milagros económicos, que una empresa en tan poco tiempo ya tenga más rentabilidad que todas las mencionadas, a pesar de que el país en 1999 tuvo un crecimiento negativo de -4.28%. ¿Cómo es posible que, si el PIB tuvo un crecimiento negativo, estas empresas de salud estén ganando tantísimo dinero?

En el gráfico 13 se ve cómo esta Administradora Moradita compró la Azul y la Verde y como contentillo están financiando festivales de acordeón, guitarra, tiple, equipos de basketball y, además de eso, van a comprar un banco, en consecuencia el problema es bien serio.

En otro artículo encontramos esto (gráfico 14) "Dilemas Éticos Contemporáneos, el caso

colombiano de las perspectivas de la Seguridad Social, bien criticado el modelo en Colombia".

Refiere que la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 "no sólo ha profundizado las inequidades sino que ha generado nuevas desigualdades injustas y regresivas y propone adelantar una tarea política, la construcción colectiva de la salud como un modelo de interés público, condición necesaria para la refundación de un Sistema de Salud con una perspectiva influyente y equitativa".

Otro problema que tenemos es la "fábrica" de profesionales como si las universidades fuéramos productores de empleados, fuéramos politécnicos. Este es otro negocio con el mismo eje eficientista de las Administradoras del

Gráfico N° 13

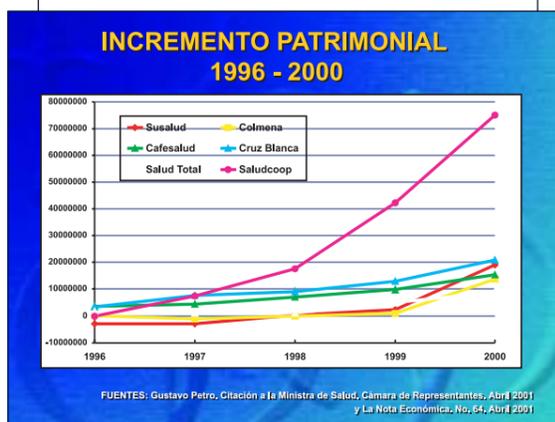
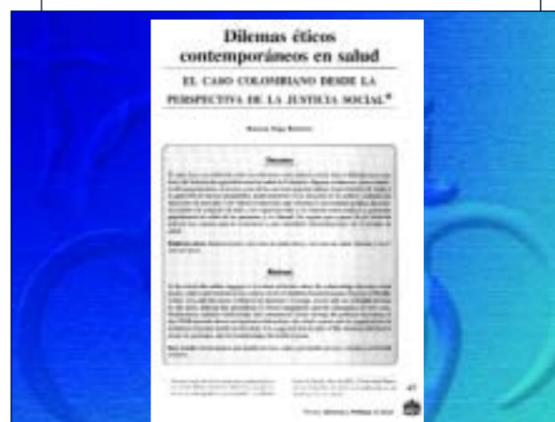


Gráfico N° 14



*Entre las 300 empresas más grandes de Colombia por utilidad neta, la primera es Ecopetrol, la octava es Saludcoop, por encima de Avianca, Bavaria, Peldar, Azúcar Manuelita, IBM y Siemens. Esos no son milagros económicos, que una empresa en tan poco tiempo ya tenga más rentabilidad que todas las mencionadas, a pesar de que el país en 1999 tuvo un crecimiento negativo de -4.28%. ¿Cómo es posible que, si el PIB tuvo un crecimiento negativo, estas empresas de salud estén ganando tantísimo dinero?*

***El Gerente de una EPS ya está ofreciendo \$10.400 pesos (US \$ 2.74) por una hora de consulta o de cirugía a un otorrinolaringólogo. Ya ni siquiera es salario ni contrato sino jornadas, como cualquier jornalero. En esta proporción un Especialista puede hacer cuatro amigdalectomías en una hora –porque ahí tiene un capataz o dos–, o sea que una amigdalectomía va a valer dos dólares o menos.***

Régimen de Salud. Un gerente de hospital, el rector de una universidad o un decano de facultad no se diferencian en nada ahora en Colombia. Tienen que alcanzar su P y G o punto de equilibrio cuando gradúa 200 estudiantes porque son 6 millones de pesos por cada uno por semestre, y es buen rector o buen decano si tiene una P y G que le produzca rendimientos y utilidades. En Colombia hay 51 facultades de medicina, no hay dónde hacer la medicatura rural, en consecuencia es el mismo negocio, mano de obra abundante y barata.

Encontramos, además, que el gerente de una EPS ya está ofreciendo \$10.400 pesos (US \$ 2.74) por una hora de consulta o de cirugía a un otorrinolaringólogo. Ya ni siquiera es salario ni contrato sino jornadas, como cualquier jornalero. En esta proporción un especialista puede hacer cuatro amigdalectomías en una hora –porque ahí tiene un capataz o dos–, o sea que una amigdalectomía va a valer dos dólares o menos. En el diario *El Tiempo* de Colombia, aparecen avisos como el que solicitaba "Médico general por 166 dólares al mes" y al llamar ya el puesto está ocupado. Y no es por medio tiempo, es de lunes a sábado de 7 de la mañana a 1 de la tarde.

Además, los médicos no tenemos seguridad social. En Colombia hay 54.500 médicos, la mitad –" en casa de herrero, asador de palo" – no tienen seguridad social, porque hay flexibilidad laboral, contratos a destajo, por esto dice el ex presidente Alfonso López Michelsen en artículo publicado en la prensa "réquiem por la posición médica".

De manera que si seguimos así, yo que tengo una hija estudiando medicina, veré que mis nietos, si ella llega a tener hijos, seguramente serán pordioseros, es real el aforismo actual "Abuelo médico, hijo médico, nieto pordiosero" o se acaba la profesión. La Academia Nacional de Medicina dice "reforma y crisis de la salud después de la Ley 100 de 1993". Hay muchos movimientos en Colombia, más de la mitad, porque están bien solamente algunos del Régimen Contributivo y los inversionistas.

La Asociación Nacional de Profesionales de la Salud Pro Reforma de la Ley 100 promulga este cambio. En el Congreso de la República, el doctor Luis Alfredo Ramos, quien fue Presidente del Congreso, ya se está ambientando una reforma de la Ley, yo lo que hago es un llamado de verdad a que el Representante doctor José Ignacio Cuervo aquí presente, congresista colombiano, nos ayude en este tema, que entendamos que tenemos que resolver este problema, que ese eje eficientista, esa ecuación de la eficiencia de beneficio privado minimizando el costo, matando la calidad, lo que crea son más problemas al generar más inequidades.

Así no vamos a tener la Colombia que necesitamos para todos. Yo no soy populista y no aspiro a ser político, yo soy académico e

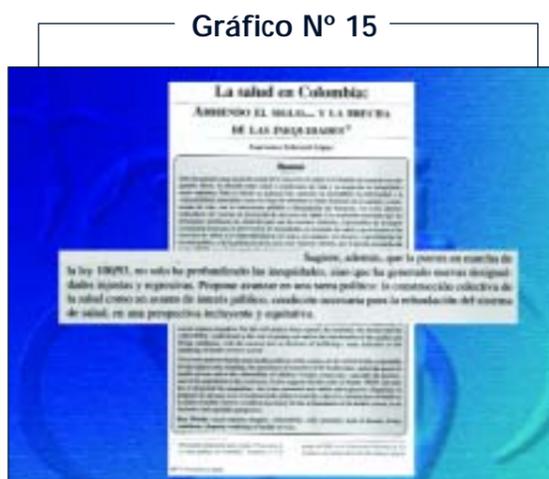
***"Abuelo médico, hijo médico, nieto pordiosero"***

imploro que concertemos de verdad y resolvamos este tema entre todos, porque nos vamos a seguir matando en la medida en que este problema no se resuelva. Va a haber mucha más inequidad si nosotros no entendemos que por ahí no es el asunto.

La corrupción es otro problema “bien teso” como decimos en Colombia los costeños. Colombia es una tierra de descuido, hay mucha pobreza y se está concentrando la opulencia peligrosamente. El Coeficiente Gini, que mide la diferencia entre ricos y pobres o sea que da una visión de inequidad, está aumentando en Colombia desde los años 90 y yo creo que la Ley 100 está proporcionando eso. ¿Cómo va a ser posible que a “costillas” de la salud de la gente una persona, gerente de una EPS, se gane alrededor de 50 millones de pesos al mes y ande con ocho guardaespaldas? Eso es opulencia mientras por el otro lado hay mendicidad y se aumenta todo este problema. De manera que estas grandes corporaciones sí son buenas para hacer plata pero son muy excluyentes, si seguimos en este tren ésta puede ser una corporación de salud pero éste puede ser un pediatra y su hijo (gráfico 15). Esos casos se dan en Colombia.

Entonces miren los resultados de la reforma en Colombia, pueden estar sesgados, lo entiendo, pero algo de razón habrá ahí: se concentró el

***Cómo va a ser posible que a “costillas” de la salud de la gente una persona, gerente de una EPS, se gane alrededor de 50 millones de pesos al mes y ande con ocho guardaespaldas? Eso es opulencia mientras por el otro lado hay mendicidad y se aumenta todo este problema.***



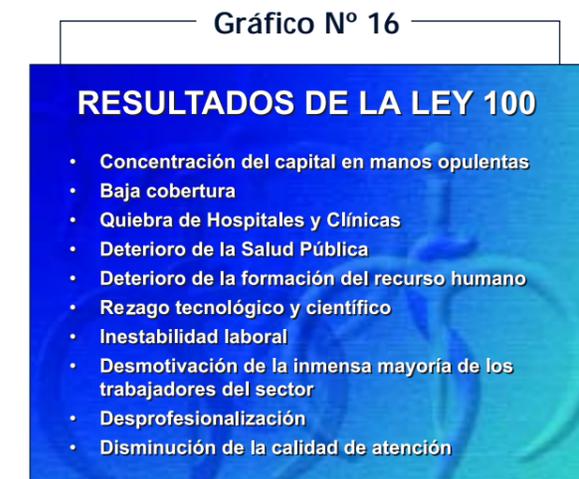
capital en manos opulentas, baja cobertura, los hospitales se quebraron incluyendo los universitarios, hay deterioro de la salud pública, deterioro en la formación del recurso humano, retardo tecnológico, científico y de investigación, deterioro laboral, desmotivación de casi todos nosotros, desprofesionalización y disminución de la calidad de la atención.

Aquí, desde esta mañana, todo el mundo ha planteado esta pregunta, un sistema sanitario, como decía el doctor Iván Jaramillo, es como una mezcla, una receta, “¿cuánto de mundo le ponemos –estamos hablando de globalización– o cuánto de Nación o cuánto de mercado le ponemos?”

Fue que en Colombia le pusieron todo el acelerador al mercado. Creen que el mercado lo va a resolver todo, pues ya lo han definido y hasta la salud de los pobres la convirtieron en mercancía para venderla. Pues si la van a vender, tienen que obtener utilidades, si uno hace una mercancía es para ganar plata y no para producirla como economía natural y entregarla a precios de consumo, de manera que ésta es la ecuación que hay que resolver: “¿Cuánto de corrupción –¡claro!– necesitamos para ser una nación feliz?”

***Se concentró el capital en manos opulentas, los hospitales se quebraron incluyendo los universitarios, hay deterioro de la Salud Pública, en la formación del recurso humano, retardo tecnológico, científico y de investigación, deterioro laboral, desmotivación de casi todos nosotros, desprofesionalización y disminución de la calidad de la atención.***

Y el último gráfico 16, que había pensado no ponerlo porque me duele, pero los profesionales de la salud en Colombia, la gente que está excluida –no los que están ganando dinero, o que consiguieron un carnet del SISBEN o que



tienen un salario–, pensamos que la Ley 100 es un estatuto de derechos, libertades y abusos de los inversionistas que concentraron el capital en manos opulentas, trasformando la dignidad humana, la salud y la vida misma en mercancía.

### **VIRILIO GALVIS RAMÍREZ, MD**

*Ex Ministro de Salud de Colombia*



Quiero complementar las palabras del Doctor Stevenson Marulanda con un cuadro que tengo, porque en mi calidad de médico y de ex Ministro de Salud me adhiero a todo su planteamiento: Lafoscal es una IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud), la Ley 100 dice que hay unas Empresas Promotoras de Servicios de Salud y, posteriormente le agregaron, no es de la Ley, las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Estas empresas captan el dinero en nuestro Sistema y se lo pagan a las IPS que son las clínicas donde están los médicos y demás funcionarios del sector de la salud que prestan el servicio. Las Administradoras captan este dinero y lo ponen a rentabilidad en las corporaciones de ahorro, por eso les pueden pagar, en este momento, intereses entre el 8 y el 10% anual sobre la plata que captan. Si pagan 200.000 pesos por cada afiliado y tienen un millón de usuarios saquen la suma del dinero que están ganando por intereses estas EPS. La Ley ahora tiene una pequeña modificación, pero les permite tomar 20% por

administración y 80% lo tendrían que destinar a contratación con las IPS.

Entonces, ahora las Administradoras le dicen a las IPS, no les pago el 80%, si les sirve 60 o 70% las contrato, si no, me voy a las clínicas de garaje que mostró el doctor Marulanda en su conferencia, donde contratan más barato y posteriormente, estas EPS se toman entre dos y tres meses, hasta 2 ó 3 años para pagarles los servicios, ganándose en intereses hasta un 10% adicional por año que retengan el dinero. Entonces se apropian, en este mecanismo de intermediación, hasta de 46% del dinero.

¿Es justo que en un negocio de intermediación se gane más de 25%?

¿Qué está pasando ahora? Las EPS montaron sus clínicas privadas y además compraron todos los sistemas de megafarma para suministrar los medicamentos, ponen sus laboratorios, sus medios diagnósticos y las IPS que contratan (hospitales públicos principalmente) se quedan sin ingresos. En consecuencia se cae la Ley 100 por su propio peso porque las IPS se acabaron.

***Estas EPS se toman entre dos y tres meses, hasta 2 ó 3 años para pagarles los servicios, ganándose en intereses hasta un 10% adicional por año que retengan el dinero. Entonces se apropian, en este mecanismo de intermediación, hasta de 46% del dinero.***

## De la seguridad social hacia el aseguramiento en salud

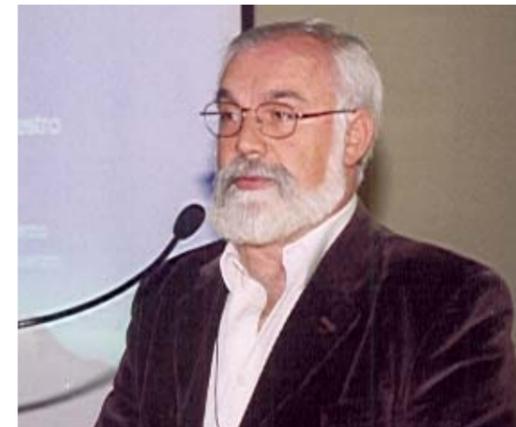
**FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARÍN, MD**

*Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, Bogotá, Colombia*

Sobre el debate que aquí se adelanta, sobre muchos aspectos de la reforma de los sistemas de salud y seguridad social, quisiera anotar que estoy completamente de acuerdo con las reflexiones que ayer hizo el doctor David Tejada, en el sentido de que nuestros países sólo van a poder tener destino en un mundo globalizado, si conforman un mercado común. Creo que en este sentido me siento muy agradado y en el Perú me siento en casa también. Ojalá tengamos todos una casa más grande en un futuro muy próximo que nos permita enfrentarnos con mas soberanía al resto de los mercados del mundo.

Ayer se ha dado aquí un debate sobre la reforma en Colombia, bastante fuerte por cierto. Sobre las posiciones planteadas no voy a decir ni que si ni que no, sino todo lo contrario, como diría el personaje de la Chimoltrufia. Voy a permitirme hacer una reflexión de fondo sobre algunos

*La atención médica se ha vuelto costosísima por su proceso de industrialización y por su desarrollo tecnológico, esto ha hecho que su costo ya no sea solamente inalcanzable para los pobres sino para la gran mayoría de la población.*



aspectos de las reformas que quizás le sirvan de marco a este debate y al que sigue sobre las reformas en nuestros países.

Quiero empezar por resaltar el problema de los costos de la atención médica, generados fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XX. La atención médica se ha vuelto costosísima por su proceso de industrialización y por su desarrollo tecnológico. Esto se traduce en que ya no sólo resulta inalcanzable para los pobres sino para la gran mayoría de la población.

La consecuencia de estos altos costos en salud la expresa muy bien la Organización Mundial de la Salud en el reporte del año 2000, reporte muy interesante, creo que el más interesante desde Alma Ata en el año 1978. Dice la OMS que "los sistemas de salud difieren de otros sistemas sociales como el de educación y de los mercados

***La mayoría de las necesidades de salud son impredecibles por lo que resulta vital para la población estar protegida del dilema que de otra forma supone la ruina financiera o la pérdida de la salud” o la muerte.***

de la mayoría de bienes y servicios, en dos aspectos fundamentales... Uno es que la atención puede ser catastróficamente costosa - para las familias agregó yo-. La mayoría de las necesidades de salud son impredecibles por lo que resulta vital para la población estar protegida del dilema que de otra forma supone la ruina financiera o la pérdida de la salud”, o la muerte agregaría yo.

Venimos de una época con un sistema de asistencia pública que entró en crisis por varias razones, primero porque el financiamiento de la asistencia pública, dependiente de los presupuestos nacionales, entra en crisis con cada crisis económica y cada crisis fiscal del Estado. Los recursos del sector salud suelen ser los más elásticos en el presupuesto y los que más se reducen en situaciones de crisis; adicionalmente las crisis de nuestras economías y de nuestros estados son cíclicas y repetitivas, luego las crisis de los sistemas de asistencia pública son repetitivas.

Por otra parte hay un problema serio de eficiencia, dificultades en el acceso y la calidad en el servicio en los sistemas de asistencia pública de nuestros países. Dicen los teóricos que en los países muy equitativos un servicio público funciona muy bien, porque es igual para todos los ciudadanos, pero en los países muy inequitativos, con sociedades tan inequitativas como las nuestras, los servicios públicos no

funcionan igual para todos los ciudadanos. Funcionan como las “piñatas” en los cumpleaños de los niños. Cuando caen los dulces, los niños grandes se llevan los dulces y los niños pequeños se quedan llorando.

De igual manera, los políticos, los sindicalistas, quienes tienen influencias y relaciones, todos toman su tajada del pastel, y el pobre pueblo es el último que se beneficia de esos servicios públicos supuestamente creados para ellos, bajo el concepto de redistribución del ingreso; luego los derechos a la asistencia universal, a la salud universal, se convierten en derechos de papel para la mayoría de los ciudadanos pobres de nuestros países. Los sistemas de asistencia y beneficencia, además, dejan de operar cuando nuestras sociedades están totalmente permeadas por la economía de mercado; nadie cree en comida regalada, ni en casa regalada, ni en salud regalada, todo lo regalado es deficiente. No funcionan los servicios, nadie cree en lo que no se paga, en lo que no está mediado en una sociedad de mercado por un contrato basado en un pago. Si yo pagué, puedo exigir la calidad de ese servicio-producto, lo demás, no funciona. Nuestra sociedad es capitalista, y voy a hacer aquí una defensa del capitalismo -para llevar la contraria-, en lo que es defendible. La caridad, pues, no es más que una mentira en las economías de mercado, promesas que no se pagan.

***Los recursos del sector salud suelen ser los más elásticos y los que más se reducen; las crisis de nuestras economías y de nuestros estados son cíclicas y repetitivas, luego las crisis de los sistemas de asistencia pública son repetitivas***

***La caridad pues, no es más que una mentira en las economías de mercado, promesas que no se pagan.***

Por otra parte, también la asistencia pública ha producido una gran segmentación entre el sector privado en sus clínicas de lujo, el sector obrero en la seguridad social y el resto de los pobres ciudadanos en los hospitales públicos.

Vimos desarrollarse la seguridad social para los trabajadores con los sistemas bismarkianos, en nuestra Latinoamérica. Vimos la consolidación de sistemas financieros parafiscales muy sólidos, muy poderosos, a través de agencias estatales. Con los institutos de seguros sociales de nuestros países, vimos cómo se desarrolló una nueva función muy importante, la de administrar el riesgo de una población, administrar el servicio de salud a esa población; se desarrollaron los contratos y las formas de pago.

Tuvimos oportunidad algunos, como tuve yo cuando fui Gerente del Seguro Social en Bogotá, que cubría 1’600.000 trabajadores, de manejar 100 millones de dólares en contratos con más de 200 clínicas y centros médicos privados, y aprendimos una nueva función, entendimos la importancia de esa nueva función de gestionar

***En el debate y la reflexión, nos dimos cuenta que esta labor que hacíamos desde el Seguro Social era una labor de una institución nueva, de “segundo piso”, que era importante, indispensable para organizar, planificar, coordinar, administrar, contratar servicios de salud y garantizar los servicios de salud a los ciudadanos. No desempeñábamos sólo la función aseguradora, sino también otra que hoy definimos -después de un estudio teórico importante- como la “función de agencia”.***

la prestación de servicios, de gestionar los contratos para asegurar que a los afiliados los atendieran debidamente en las instituciones de prestación de servicios, en las clínicas, en los hospitales; se desarrollaron los sistemas de control y auditoría de esos contratos, etcétera.

Mucho más tarde, en el debate y la reflexión, nos dimos cuenta que esta labor que hacíamos desde el Seguro Social era una labor de una institución nueva, de “segundo piso”, que era importante, indispensable para organizar, planificar, coordinar, administrar, contratar servicios de salud y garantizar los servicios de salud a los ciudadanos. No desempeñábamos sólo la función aseguradora, sino también otra que hoy definimos -después de un estudio teórico importante- como la “función de agencia”.

La “agencia”, como la agencia de viajes, supera la asimetría de información entre proveedores de servicios y usuarios, contrata en volumen, guía al usuario, controla la calidad, posee sistemas de información muy desarrollados. Si se quiere viajar a Europa es mejor asesorarse de una agencia de viajes. Igualmente importante resulta agenciarse en salud, dada la complejidad de los servicios y la jeringonza de esta tecnología para el pobre ciudadano.

También nos dimos cuenta que esos seguros sociales permitieron el desarrollo de la alta tecnología en salud de nuestros países, puesto

***Nos dimos cuenta que esos seguros sociales permitieron el desarrollo de la alta tecnología en salud de nuestros países, puesto que mientras no hubo financiadores de esta capacidad, no se desarrollaron las clínicas de alta tecnología.***

que mientras no hubo financiadores de esta capacidad, no se desarrollaron las clínicas de alta tecnología. Sólo cuando entró el Seguro Social, cuando ya había un número de personas agrupadas que requerían tratamientos costosos y existía una entidad que los respaldaba y pagaba las cuentas, se desarrolló la alta tecnología en nuestros países, como las clínicas cardiovasculares.

La asistencia pública no era capaz de enfrentar las enfermedades renales y cardíacas, porque con sus escasos recursos no podía realizar inversiones tecnológicas de ese tipo. Por consiguiente, desarrollamos la tecnología médica en nuestros países gracias a los institutos de seguridad social y vimos que solamente en el Seguro Social o en las Cajas de Previsión respectivas, los usuarios tenían garantía de acceso a los servicios, y vimos además otra cosa muy hermosa, en el Seguro Social de esa época, los ciudadanos exigían, “es que yo pago.... a mí me tienen que prestar el servicio”, no como en los hospitales públicos donde “le hacemos el favor a la gente” de darle servicio de salud. Muy caritativos nosotros, cuando podíamos y cuando queríamos. No. Ya la seguridad social expresaba un contrato y también expresaba la única verdad que funciona en el mercado “yo pagué y yo exijo el servicio”. Esa es la única forma de garantía que voy a defender aquí, la que hace real el derecho de los ciudadanos.

Llegaron entonces las reformas neoliberales, los procesos de privatización de los servicios públicos y de algunos otros servicios que eran tradicionalmente manejados por el Estado. Arribó el tema famoso de la reducción del tamaño del Estado ejecutor, digo del Estado ejecutor de servicios públicos y sociales, porque vino simultáneamente el incremento del Estado protector del capital, del Estado punitivo, el Estado judicial, que completa las reformas, la verdadera reforma neoliberal. Llegó también la búsqueda de mayor eficiencia del gasto público y una política de apoyo temporal a los más pobres, porque se suponía que la estrategia de la empresa y el capital supuestamente liberados del yugo del Estado protector iban a generar un gran desarrollo económico, pero que sería necesario entre tanto otorgar subsidios a los más pobres, mientras se generaba esa gran riqueza.

No llegó.... Y vinieron los procesos de focalización para seleccionar bien a esos más pobres (que optimismo, dice Amartya Sen, el premio Nobel de economía), seleccionarlos bien para darles servicios y ayuda mientras llegábamos a la gran riqueza. Se sacaron avante una serie de reformas constitucionales y legales en nuestros países para negociar el ingreso del sector económico al sector social y a cambio, (en esas negociaciones políticas que se dan en los congresos entre los intereses económicos y sociales), a cambio se garantizaban unos derechos mínimos a los ciudadanos, entre ellos el de la seguridad social en salud.

Lo más importante que nos trajeron nuestros amigos neoliberales, eso si quiero destacarlo, es el “*accountability*”, este si se lo agradecemos profundamente. Todo se cuenta, todo se mide, todo se evalúa, ya no decimos muchas palabras, contamos.

Este conflicto de la reforma nos llevó a muchas reflexiones. Es la praxis la que nos obliga a

reflexionar definitivamente ¿Qué es la seguridad social? ¿Cómo garantiza la seguridad social el derecho de la salud? ¿Cómo se inscribe la seguridad social en una economía de mercado? ¿Lo público o lo privado? ¿Qué es lo que funciona? ¿Prevenir o curar? El falso dilema de siempre.

Veamos algunos conceptos y reflexiones al respecto. Miremos qué son los seguros, nos interesa. Tuvimos que ir a mirar qué son los seguros. ¿Cuál es la lógica de los seguros? Los seguros se crean para proteger de riesgos financieros, son sistemas solidarios desde la China antigua, donde dicen que los inventaron una docena de terratenientes que llevaban sus cosechas en barcasas a la ciudad. De vez en cuando se les hundían estos planchones con sus cosechas, y perdían todo; entonces decidieron estos terratenientes cargar un décimo de la cosecha de cada uno en cada barcaza, de modo que si se hundía, todos perdían un décimo de la cosecha, pero ninguno quebraba. Eso es un seguro, eso es un sistema de solidaridad.

Los seguros son sistemas solidarios; la solidaridad nace en el desarrollo de las

***Los seguros son sistemas solidarios; la solidaridad nace en el desarrollo de las sociedades de distintas maneras y los seguros son una forma de solidaridad, son mecanismos de prepago y distribución del riesgo entre personas.***

***una cuenta individual de ahorros no es un seguro, el seguro implica un proceso en el que todos aportamos y el que tiene un problema está protegido realmente.***

sociedades de distintas maneras y los seguros son una forma de solidaridad, son mecanismos de prepago y distribución del riesgo entre personas. Se caracterizan por tener definido un “pool de riesgo”, un “pool” de personas que se ponen de acuerdo para poner un aporte, que se destina a quien tenga un siniestro, una contingencia. Es como una lotería al revés, se gana el que tiene un problema, no el que tiene suerte; pero de esta forma todos los ciudadanos que conforman el grupo quedan protegidos contra el riesgo.

Las formulas para calcular seguros es muy sencilla, frecuencia del riesgo por costo de las contingencias, dividido por el número que constituye el pool de usuarios, más los costos de administración, venta y utilidades. Si nosotros entendemos esta formula de los seguros vamos a ver porque es fácil hacer seguros en salud. Pero, para que los seguros funcionen, tienen unas condiciones específicas muy claras, para que haya una verdadera distribución del riesgo y una solidaridad entre ciudadanos para la operación del seguro, se requiere que el pool de riesgo sea muy grande; cuanto más grande el pool de riesgo más seguro el seguro; cuanto más personas estén en ese pool que aporta, más protegidos están.

$$\frac{\text{Frecuencia Contingencias} \times \text{Costo contingencias}}{\text{tamaño del pool}} + \text{AVIU}$$

***Los seguros son buenos para distribuir riesgos, para garantizar que todos estemos protegidos, lo que tenemos que hacer es desarrollar seguros.***

No tiene sentido, y uno se extraña profundamente de lo que sucedía o aún sucede con las ISAPRES en Chile, donde cada cual se asegura consigo mismo y no reparten entre todos el riesgo posible individual, sobre la base del cálculo colectivo del riesgo, de modo que todos estén protegidos en función de lo que todos pagan. No como una cuenta individual de ahorros para mi propia protección: una cuenta individual de ahorros no es un seguro, el seguro implica un proceso en el que todos aportamos y el que tiene un problema está protegido realmente. Así funcionan los seguros de incendio, los seguros de vehículos, así funcionan todos los seguros.

Los seguros desarrollan grupos grandes de personas aseguradas y reaseguros inmensos. Miren las Torres Gemelas, las pagamos todos nosotros, porque los sistemas de seguros son tan potentes y distribuyen tan bien el riesgo -los seguros del mundo capitalista desarrollado, no los nuestros-. Las Torres Gemelas las estamos pagando todos, con una prima más cara para los aviones, con tiquetes más caros del transporte aéreo, pues las primas de terrorismo subieron para cubrir los pasivos de las reaseguradoras. Cualquier siniestro, del costo que sea, en el mundo, lo pueden distribuir los sistemas de seguros, y en algunos de nuestros sistemas de salud resulta que los seguros no son capaces de distribuir diez millones de pesos que cuesta la atención de un paciente o cien mil dólares y entonces rechazan a los enfermos o a los ancianos.

Es muy sencillo. Cuando se maneja la lógica de seguros, no hay paciente caro, un trasplante de corazón puede costar 20 mil dólares, lo que ustedes quieran. Este valor repartido entre 20 millones de habitantes que pagan una póliza es ridículo. Los seguros son buenos para distribuir riesgos, para garantizar que todos estemos protegidos, lo que tenemos que hacer es desarrollar seguros. En Francia es tal el desarrollo de los seguros, que los restaurantes tienen un seguro que les garantiza las utilidades de la época del verano, de la época de turismo; si llueve, cobran el seguro. Igual los agricultores aseguran sus cosechas.

Muchas empresas en Europa están aseguradas hoy, incluso por utilidades, de modo que si a alguna le va mal en su operación anual por razones contingentes, cobra su seguro y sigue teniendo utilidades, así haya tenido serios problemas ese año. Todo se puede asegurar y todo el mundo puede estar protegido. Eso significa, señores, capitalismo desarrollado. Lo que tenemos aquí es un capitalismo subdesarrollado, que no es capaz de asegurar ni de proteger a nadie. Yo creo que un buen sistema de aseguramiento, así sea privado, es mejor que declarar almuerzos por cuenta del Estado.

Por otra parte, los seguros funcionan bien frente a riesgos grandes, al alto costo de las contingencias. Cuanto más alto es el costo de las enfermedades, mejor funcionan los seguros. Pero una condición necesaria es la baja frecuencia: no se venden seguros de almuerzo ni se compran seguros de almuerzo (comida). Lo costoso y lo

***Pero una condición necesaria es la baja frecuencia: no se venden seguros de almuerzo ni se compran seguros de almuerzo (comida).***

***La solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o sea en el derecho igual para todos.***

poco frecuente es fácilmente asegurable, la consulta médica diaria es muy difícil de asegurar. Allí se entra a administrar un servicio. Allí ya la lógica de los seguros no opera bien.

Es pues, el aseguramiento de salud, un sistema de protección de los riesgos financieros, "los sistemas de salud -dice otra vez la Organización Mundial de la Salud-, no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos -como decíamos en Alma Ata, como nos enseñó el doctor David Tejada-, sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos" (World Health Report 2000).

Otro elemento clave del desarrollo del capitalismo es el contrato. El contrato determina obligaciones claras entre las partes. Nosotros contratamos un piso, un apartamento, y sabemos que tenemos que pagar, y el que nos entrega el apartamento sabe que tiene unas obligaciones, que el agua funcione, el baño funcione; tenemos claridad mediante un contrato, establecemos las condiciones del bien o del servicio que se vende y éste se transfiere o se entrega a través de un contrato, donde establecemos con claridad las formas de pago, las sanciones si alguna de las

partes incumple; establecemos las salvaguardas o pólizas para asegurarle a cualquiera de las partes el cumplimiento de la otra, generamos y señalamos explícitamente los mecanismos de resolución de conflictos y finalmente, acudimos a la justicia si alguna de las partes no cumple el contrato. Los contratos, señores, son la forma como el capitalismo moderno asegura los derechos de los ciudadanos y de las instituciones al interior de las sociedades.

¿Qué es el aseguramiento en salud? Un contrato entre el individuo y la agencia aseguradora, que puede ser pública o privada. La Corte Constitucional nos ha dicho en Colombia que la afiliación a la seguridad social es un contrato, no hay que ponerle todas las cláusulas porque está implícito por una norma mayor, pero la firma de la afiliación es un contrato con el cual el trabajador se obliga a que traslade un dinero al asegurador. A cambio, el asegurador se compromete a entregar un paquete de beneficios: la letra menuda de la póliza refiere el contenido. Allí se asegura el cumplimiento, esa persona queda protegida por un contrato; también el asegurador va hacer un contrato con los prestadores donde se especifican la calidad, la forma del servicio, con qué tipo de médicos, a qué precio, en qué condiciones de habitación, con qué auditoría y todo esto se traduce en garantías para los ciudadanos. El desarrollo jurídico y técnico de estos contratos entre aseguradores y prestadores, especifica y asegura la calidad de la prestación de los servicios a los usuarios.

Reglas claras en la relación entre instituciones, entre instituciones y personas es lo que

***La protección del riesgo financiero a las familias es el objeto de la seguridad social, el que las familias de los países estén protegidas de la contingencia financiera que supone la enfermedad, el desempleo, la invalidez***

significan los contratos. Por ello sostengo que el aseguramiento es la concreción a nivel individual del derecho que la seguridad social establece a nivel general.

¿Cuál es la lógica del aseguramiento? El riesgo financiero del individuo y la familia, el alto costo de la atención médica, las contingencias. Eso es muy importante, las contingencias..., necesitamos seguros para las cosas raras que se nos pueden venir. No entiendo cómo se introduce el concepto de prevalencia en un concepto de seguros; uno se asegura para las cosas raras y costosas que se le pueden venir encima, para estar protegido, uno no se asegura para la consulta diaria, eso lo puede pagar del bolsillo. El seguro funciona por sistemas de costeo actuarial de frecuencias y costos; responde a la demanda ciudadana (la mayoría de la ciudadanía, sino hubiera un sistema de seguridad social compraría un seguro para estar protegida financieramente de esos fenómenos), porque hacen efectivo el derecho; el que tiene un seguro, tiene dinero para pagar esa atención médica costosísima si se presenta el problema. El seguro es verdadera garantía de acceso al bien o al servicio.

Fijense que la lógica de la salud pública es opuesta, es una lógica de prevalencia o riesgo social, es una lógica de bajo costo, el que se asegura es el Estado para disminuir una morbilidad, no el individuo; el ciudadano no demandaría seguros, no compraría seguros de promoción y prevención, se entiende que esa es una función del Estado; se caracteriza -como dice la Organización Mundial de la Salud-, por atención primaria o primitiva, funciona bajo el criterio no de costo beneficio, como el aseguramiento, sino de costo efectividad, y trabaja un supuesto curioso, el de disminución de costos, en el que no voy a insistir.

La seguridad social adicionalmente incorporó, por encima de los mecanismos de seguros, un

acuerdo social. Se dice que la seguridad social que se dio en la Europa del siglo pasado fortaleció el derecho de ciudadanía, introduciendo un principio adicional al concepto de seguros, el de **separar la capacidad de pago del riesgo**. Introduce un principio de equidad por el cual no todos pagan el mismo valor de póliza, sino cada cual paga según su posibilidad y se crea un fondo que distribuye y, obviamente conforma un pool de riesgo universal, lo que permite una distribución del riesgo mucho mejor. **Cada cual aporta según su posibilidad y recibe según su necesidad**, reza el lema de la seguridad social. Por consiguiente la solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o sea en el derecho igual para todos.

Esto dice un filósofo francés, un escritor francés sobre la seguridad social, que "es parte fundamental del contrato social base de la paz social, el trabajador acepta la subordinación al trabajo, al patrón y respeta la propiedad a cambio de la garantía de mejores condiciones de trabajo y de vida para los trabajadores y sus familias" (Rosavallon).

La protección del riesgo financiero a las familias es el objeto de la seguridad social, el que las familias de los países estén protegidas de la contingencia financiera que supone la enfermedad, el desempleo, la invalidez; de modo que puedan seguir teniendo ingresos porque el Sistema paga el costo de estas contingencias, y de esta forma no tienen que perder la casa, sus propiedades y su esfuerzo. Se dice que las familias en la economía de mercado son unidades de ahorro y acumulación, unidades de ahorro porque invierten en su casita, invierten en la educación de sus hijos, y si no tienen seguro, ese esfuerzo de toda una vida lo pueden perder en un momento. Pueden perder todo, quedarse sin casa y la sociedad le dice: no, esfuérzate y trabaja otra vez, que tú sales adelante, y a los 10 años tiene otra contingencia y vuelve a quedarse en la calle, y entonces ¿quién

le dice que empiece de nuevo, si su esfuerzo se va a perder de cualquier forma?

Al existir sistemas de seguridad social, esa familia está protegida cuando surge una contingencia de invalidez, de enfermedad. De esta forma esa familia va a seguir progresando siempre a pesar de las contingencias. Y ¿qué pasa si una familia progresa y ahorra permanentemente y educa más a sus hijos? Que avanza y tiene mejor casa y mejores muebles cada vez, hijos más educados y mejores ingresos. Y ¿qué pasa si todas las familias de un país, señores, tienen mejor casa y mejores estudios, si todas las familias crecen y ahorran porque están protegidas de los riesgos financieros por la seguridad social? Que la economía del país crece. Hoy se dice que la seguridad social es la base del crecimiento económico en el capitalismo moderno. Como pueden ver se trata de algo más que realizar unas consultas.

Anoto la definición de seguridad social que en FEDESALUD llevamos a un congreso en Cuba: "La seguridad social puede ser observada como el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad de mercado. Seguros como el de enfermedad general y maternidad, el de invalidez, vejez y muerte o el de desempleo, constituyen la garantía de la seguridad y estabilidad económica de las familias de los trabajadores, es decir la protección contra las contingencias, indispensable en una sociedad capitalista, en la cual el Estado no tiene la función directa de garantizar el ingreso y la provisión de las necesidades de las familias, a diferencia de las sociedades socialistas". (FEDESALUD 2000)

Y dado que tengo que finalizar aquí esta exposición en razón del tiempo, sólo quiero aclarar que la salud y la seguridad social son **SERVICIOS PÚBLICOS**, con mayúscula, al menos eso establece la Constitución en Colombia y éste es otro principio que hacemos respetar. También nuestra Constitución autoriza la prestación de estos servicios públicos directamente por el Estado o a través de particulares, pero **el hecho de que entidades privadas manejen el servicio público de salud o seguridad social no quiere decir que sea un servicio privado**. Debo aclarar que el hecho de que se defina un servicio público no quiere decir que sea suministrado directamente por funcionarios públicos, sino que está bajo el control y la tutela del Estado, responsable de garantizar estos derechos a los ciudadanos.

Por cierto, cuando un gobierno nacional, provincial o local delega un servicio público a particulares, por ejemplo el servicio de acueducto, no puede delegar su obligación de vigilar y controlar la calidad del servicio, pues su responsabilidad frente a la comunidad aumenta al entregarlo. Igual sucede con el servicio de salud o seguridad social en manos de empresas particulares.

Desafortunadamente observamos que la capacidad de modular, regular, vigilar y controlar ese servicio público en manos de particulares, no surge en el Estado espontáneamente con la responsabilidad, ni se desarrolla a la velocidad que se desarrollan estos nuevos sistemas, por lo que observamos una gran debilidad en la función del Estado, que las grandes empresas saben utilizar en su provecho.

**“Desafíos del régimen subsidiado, la experiencia colombiana”****OSCAR RODRÍGUEZ SALAZAR, PH.D. en Economía y Sociología***Profesor de la Universidad Nacional de Colombia. Doctor en Economía y Sociología de Paris XIII e Investigador- Docente en estas materias*

Agradezco esta oportunidad para presentar la investigación realizada en Colombia sobre el Régimen Subsidiado. Una investigación sobre un sector del Sistema creado por la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, y creo que para el tema actualmente discutido es de gran validez, en tanto muchos países ven el modelo exitoso, importante a seguir.

Pero nosotros, desde la Universidad, consideramos que es necesario adecuarlo, mirarle sus diferencias, sus limitaciones y ponerlo a la comunidad internacional para la discusión. Creo también importante mirar el camino recorrido y las limitaciones que tiene.

Ayer la representante del Ministerio de Protección Social decidió cómo la actual política va a girar en torno a la Protección Social. Este tema está ganando audiencia en términos de políticas oficiales de los organismos internacionales, organismos que en la década de los 90



comenzaron una política que nosotros denominamos “Reformas por Mercado”, que se esperaba fuese una política exitosa, que condujera a los países latinoamericanos por el sendero del desarrollo, del crecimiento, de la disminución de las desigualdades.

Doce años más tarde, los resultados verdaderamente son desastrosos para toda América Latina, porque los gobiernos actuales, unos más democráticos, otros menos, se enfrentan a lo que el Profesor Persa Lama llama “La Lucha Contra las Dos V”.

Se enfrentan a la lucha contra la vulnerabilidad, entendida como la profundización y aumento de la pobreza, de las líneas de pobreza absoluta. Como lo vamos a demostrar, los problemas de la indigencia se multiplican en el escenario de todos nuestros países. Por otro lado se enfrentan a la lucha contra la volatilidad.

***Doce años más tarde, los resultados verdaderamente son desastrosos, para toda América Latina, porque los gobiernos actuales, unos más democráticos, otros menos, se enfrentan a lo que el Profesor Persa Lama, llama “La Lucha Contra las Dos V”.***

***Se enfrentan a la lucha contra la vulnerabilidad, entendida como la profundización y aumento de la pobreza, de las líneas de pobreza absoluta. Como lo vamos a demostrar, los problemas de la indigencia se multiplican en el escenario de todos nuestros países. Por otro lado se enfrentan a la lucha contra la volatilidad.***

Hemos creado un modelo de desarrollo profundamente volátil, lo que Bruno Lotia llamaría “economías de casino”, unas economías que no entran por el sendero del desarrollo. Como la CEPAL denominaría, son economías con profundas asimetrías. Hay economías desarrolladas y economías que nos están empobreciendo.

Por lo tanto, el tema de la protección social es un tema que gana audiencia y, en ese sentido, yo coloco el problema de la salud. Aquí nos enfrentamos a otro gran debate en la academia, nos enfrentamos a un debate que tiene que ver con los intentos de imponer en las universidades latinoamericanas un pensamiento único, una sola forma de mirar el asunto. Esta fue, realmente, la manera como se avalaron las reformas de mercado.

Hay otras alternativas teóricas, otras formas de mirar y desarrollar políticas económicas que han resultado más exitosas. Me parece que el pensamiento único es la forma mediante la cual el individualismo metodológico, representado en las escuelas neoclásicas, ha logrado tener un sistema de validación social, a través de

***Si nosotros definimos el problema de la protección social a partir de una lucha contra la exclusión social, como derivada del acceso al mundo del trabajo***

problemas de carácter técnico y aquí, efectivamente, hay muchas aproximaciones.

Comentamos cómo la protección social se está definiendo. Si nosotros definimos el problema de la protección social a partir de una lucha contra la exclusión social, como derivada del acceso al mundo del trabajo -la CEPAL en su informe Globalización y Desarrollo define sencillamente las mejores formas de protección social-, estaríamos hablando en términos de empleo estable y salarios adecuados. Si una sociedad tiene empleo estable, salarios adecuados y capacidad compra (de acceder a bienes y servicios), las políticas de protección social tienden disminuir.

***... estaríamos hablando en términos de empleo estable y salarios adecuados***

Por ello, los sistemas mediante los cuales se generan altos niveles de exclusión, también conducen a la ruptura de lazos simbólicos y el tema de protección social se pone a la orden del día en las agencias multinacionales.

Por las crisis macroeconómicas que han tenido los países de la Región, sobre todo en estos últimos cuatro años, obviamente el tema de protección social no sólo tiene que ver con el comportamiento del mercado de trabajo. En

nuestro caso, la protección social está ligada también al conflicto armado, conflicto que vivimos hace más de 50 años, el cual ha producido fenómenos de desplazamiento y empobrecimiento que han cuestionado a la sociedad colombiana y, obviamente, otras serían las necesidades como forma de protección social ante las calamidades naturales.

Aquí, entonces, cabe una pregunta importante y creo que el Seminario ha tenido ese gran sesgo. Son las decisiones de carácter político, éste tiene que ver con qué tipo de Estado estamos construyendo, son decisiones del orden de lo político; por eso en nuestros países solamente podemos mirar el funcionamiento de las formas de protección a través de la construcción de Estados sociales de derecho.

Si no es dentro de ese marco, es muy difícil que esas formas de protección puedan funcionar, sobre todo cuando construyamos, como la experiencia de los estados de bienestar europeos, sociedades donde el criterio de ciudadanía esté muy articulado a los criterios de derechos sociales.

No voy a detenerme mucho en los temas propios del conjunto de seguridad social, lo único que podemos decir, es que efectivamente la Ley 100 ha tenido logros en términos de aseguramiento, 13'700.000 personas en el Régimen Contributivo, 11'700.000 en el Régimen Subsidiado. Pero nos preocupa que en diez años de funcionamiento de la reforma, el gasto en salud se ha multiplicado por cinco, sin

***Pero nos preocupa que en diez años de funcionamiento de la reforma, el gasto en salud se ha multiplicado por cinco, sin embargo, la afiliación solamente por tres; ¿Qué está pasando acá?***

embargo, la afiliación solamente por tres; ¿qué está pasando acá? Esto llama la atención acerca del modelo institucional que hemos creado.

Quiero mirar un asunto ya propio del Régimen Subsidiado. Este Régimen es salud para pobres, es un régimen orientado a garantizar el acceso a la población que se ha empobrecido y aquí, creo que hay un punto fundamental en nuestros países ¿Cómo tratamos la pobreza? Para ello el Banco Mundial creó la focalización.

¿Cuál era la idea de la focalización y su validez? Que las reformas por mercado iban a ser temporales, por tanto, era necesario identificar a la población en estado de pobreza, hacerla objeto de programas sociales para que una vez recuperada la senda del crecimiento, el acceso al mercado de trabajo, la población afectada disminuiría. Luego era una política temporal, coyuntural y para sectores minoritarios de la población.

Las cifras nos dicen que Colombia para el año 2001 tenía 64% de la población por debajo de la línea de pobreza. La pregunta de alguien, una pregunta perversa sería: ¿por qué no identifi-

***En nuestro caso, la protección social está ligada también al conflicto armado, conflicto que vivimos hace más de 50 años, el cual ha producido fenómenos de desplazamiento y empobrecimiento que han cuestionado a la sociedad colombiana.***

***En América Latina está sucediendo algo que sucedió en la Europa del Renacimiento y es que aparece la pobreza laboriosa, la pobreza en el mundo laboral, cuando efectivamente la pobreza tenía que estar por otro lado.***

camos a los ricos?, administrativamente sería más barato y el resto de la población iría a la cobertura universal.

El problema es central y también está ligado a un problema de carácter cultural, que es donde veo las dificultades, es cómo las sociedades se han relacionado con el mundo de la pobreza; ya Europa, en particular el caso francés, ha avanzado mucho en el estudio de la pobreza. Obviamente fue el Renacimiento el que colocó la pobreza como una responsabilidad de carácter estatal; la pobreza es un estigma como diría Sen.

En América Latina está sucediendo algo que sucedió en la Europa del Renacimiento y es que aparece la pobreza laboriosa, la pobreza en el mundo laboral, cuando efectivamente la pobreza tenía que estar por otro lado. La experiencia de la pobreza en Europa nos habló de cómo se identificaba a los pobres, la Ley inglesa de Pobres, la Ley española de Pobres, nos hablaban de formas de identificación, que son las mismas utilizadas en la focalización como un problema central y esa identificación es un estigma. Como lo diría Sen en un artículo recientemente publicado sobre la economía política, la focalización, la "sisbenización" que ha sido introducida al lenguaje nuestro en Colombia, siempre presupone en las políticas sociales para los pobres, que esos pobres son inactivos, son pobres que no se expresan, que no tienen voz; por eso, me encantó la

exposición del colega boliviano en términos de cómo los procesos de identificación son procesos que están muy ligados a una participación activa con la pobreza.

En el Régimen Subsidiado tenemos un proceso que conduce a la identificación y afiliación de los beneficiarios, la contratación de servicios, garantiza los flujos financieros y el control social.

Aquí hay un asunto de carácter institucional. Creo que las reflexiones deben conducir a la reforma en los sistemas de salud, a pensar en qué tipo de modelo institucional vamos a crear. Para nosotros, el SISBEN y la focalización tienen que ser un programa, no solamente un indicador. Es un programa en donde entra quien se identifica.

Las políticas para atención de los más pobres están ligadas en América Latina a los procesos de gobernabilidad. Yo no lo llamaría como lo llama el actual presidente colombiano "la politiquería"; no, yo lo llamaría de la forma clásica como se llama en América Latina, son políticas de clientelismo. Porque cuando yo les clasifico como politiquería, quito la escena de lo político, la escena de la organización social en la construcción de ciudadanía. Lo que nosotros hacemos en América Latina con las políticas sociales son formas de protección social.

***En Colombia, el SISBEN tiene errores de exclusión que son importantes, es decir, la gente que deja por fuera el sistema está en el orden de 53%; es decir, dejan más de la mitad de la población sin identificar y sin acceso al sistema salud. De otro lado existen los errores de inclusión o sea ricos que se nos cuelan.***

En Colombia, el SISBEN tiene errores de exclusión que son importantes, es decir, la gente que deja por fuera el sistema está en el orden de 53%; es decir, dejan más de la mitad de la población sin identificar y sin acceso al sistema salud. De otro lado existen los errores de inclusión o sea ricos que se nos cuelan.

***Cuando un hospital presta servicios y tiene esa mora en los pagos correspondientes, necesariamente tiene que entrar crisis.***

Sobre los flujos financieros, el Sistema tiene algún nivel de complejidad, pero digamos que se financia por el presupuesto nacional y por una cuota de solidaridad que aportan quienes trabajan -la cual va al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)- y luego es girada a los municipios para financiar la atención de quienes allí se han identificado como los más pobres.

Este Sistema explica, en parte, la crisis hospitalaria de la que hablaba el doctor Stevenson Marulanda. Allí, cuando se producen esos flujos financieros, comienza a retenerse dinero en el circuito financiero. De la financiación del FOSYGA -que es un punto para aquellas personas que ganan más de cuatro salarios mínimos, más un punto de aporte estatal-, va a ser girada por el gobierno a través del Fondo. Y como lo denunciaba oportunamente el Defensor del Pueblo, esos dineros cuando llegan al hospital, que es quien finalmente brinda el servicio, han tenido una mora de mínimo 270 días. Cuando un hospital presta servicios y tiene esa mora en los pagos correspondientes, necesariamente tiene que entrar crisis.

Eso, fundamentalmente, nos conduce a otra reflexión. La construcción de una reforma, si no tiene en cuenta los sistemas de inspección, vigilancia y control como elementos reguladores del Estado, son reformas que por mejor diseño que tengan están llamadas al fracaso.

Creo que ese ha sido uno de los problemas con las privatizaciones en América Latina, respecto a la supresión de reglamentaciones en Europa. Privatizamos cuando teníamos Estados débiles, sin gran construcción social, sin consumidores plenamente asociados y, por lo tanto, los procesos de privatización se volvieron traspasos de monopolios públicos a monopolios privados, monopolios privados siempre ávidos de captación de renta.

La reforma se montó sobre un punto que aquí comienza a decaer en el debate, las reformas pro mercados en general se montaron sobre la soberanía del consumidor y la libre elección era la manera de garantizar calidad. Eso, nos lo metieron en las reformas de la seguridad social.

***Las investigaciones demuestran que, en términos de la pobreza, la elección es mínima. Esa libre elección, en el caso colombiano, está siendo coartada por condiciones erráticas. Colombia es un país de regiones por tamaño del mercado, por posición dominante entre las relaciones ARS-EPS con las IPS y sobre todo, porque el sistema esta diseñado para garantizar la gobernabilidad de estos países.***

Las investigaciones demuestran que, en términos de la pobreza, la elección es mínima. Esa libre elección, en el caso colombiano, está siendo coartada por condiciones erráticas. Colombia es un país de regiones por tamaño del mercado, por posición dominante entre las relaciones ARS-EPS con las IPS y sobre todo, porque el sistema está diseñado para garantizar la gobernabilidad de estos países. El clientelismo, muy ligado a los sistemas de protección social para pobres, es el escenario explícito para la reproducción de estas políticas clientelistas.

¿Cuál es el gran desafío del régimen subsidiado? (gráfico 1). Para mí son tres los desafíos. Estamos ante una situación de alta vulnerabilidad; este gráfico sencillo en el caso colombiano, puede ser copiado para toda América Latina. Por lo menos para los países andinos -no creo que sea el caso de Chile-; aquí vemos que la grafica de líneas continuas muestra cómo el ingreso per cápita ha venido cayendo, y la línea punteada es la línea de pobreza medida por el nivel de ingresos. En la medida en que nosotros tenemos crecimiento per cápita, la pobreza disminuye, pero a medida que el ingreso per cápita decae, va aumentando la cantidad de población por debajo de la línea de pobreza. Efectivamente, el gran desafío del Régimen Subsidiado consiste en atender cada vez un mayor número de pobres. Si América Latina no encuentra el sendero del crecimiento, lo que es una política para unos pocos se volverá una política mayoritaria.

¿Cómo recuperar el crecimiento, si el per cápita cae y está siendo acompañado por otros

Gráfico N° 1



asuntos como son una gran inequidad en la Región y una alta concentración del ingreso?. En términos de la CEPAL, lo llamaríamos asimetrías del desarrollo. Si América Latina no asume una política frente a la inequidad, basada y construida sobre sistemas fiscales profundamente progresivos, donde la evasión y la elusión de los grandes beneficiarios del desarrollo no contribuya a la política social, estará sumida cada vez más en una profunda crisis y serios cuestionamientos al sistema democrático.

Es un problema de legitimidad, no es un problema del Sistema en sí. Es un problema que se resuelve en el campo de la política, del contrato social, en el campo de un Estado que privilegie fundamentalmente los derechos sociales, que convoque a una construcción democrática y, por lo tanto, sustente un modelo institucional que nos permita salir de esta situación de atraso e inequidad.

***En Colombia, el SISBEN tiene errores de exclusión que son importantes, es decir, la gente que deja por fuera el sistema está en el orden de 53%; es decir, dejan más de la mitad de la población sin identificar y sin acceso al sistema salud. De otro lado existen los errores de inclusión o sea ricos que se nos cuelan.***

## El rol de los aseguradores en los procesos de reformas del sector salud

**NELCY PAREDES CUBILLOS**

*Economista. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, ACEMI, Colombia*

En primer lugar, voy a concentrarme en los logros del Sistema, les voy a dar cifras simplemente que ustedes van a utilizar como más información, para que puedan precisar los logros.

Como antecedente, ya lo sabemos, en Colombia la Ley 100 de 1993 introduce la reforma y quiero destacar una cosa, la Ley buscó la implantación universal del Sistema General de Seguridad Social. Es un sistema de Seguridad Social que es distinto de uno de seguros de salud.

El seguro de salud le queda cortito, la seguridad social es un concepto más amplio, implica sí el seguro, pero también otras cosas; tiene ese papel de las aseguradoras pero no puede circunscribirse al de un seguro. El Doctor Félix Martínez decía ahora que se asegura lo poco frecuente, lo muy costoso, pero la consulta médica y el laboratorio para una persona pobre también son inalcanzables, por eso necesitamos avanzar al Sistema de Seguridad Social. En el sistema anterior una persona pobre tenía posibilidades, si acaso, a la consulta médica pero cuando se le prescribía una fórmula con



medicamentos, la persona no podía proveérselos. Es importante garantizar su acceso al servicio completo que se logra si lo volvemos un derecho.

La reforma está soportada en dos elementos: solidaridad y calidad. Nos decía ayer la doctora Teresa Tono que la solidaridad implica una transferencia, un equilibrio en el gasto entre personas de diferentes condiciones socio-económicas; por edad los más jóvenes, que tienen tasas de enfermedad menores, subsidian la atención de los más viejos. Por ingreso, los de mayor ingreso subsidian a los de menor ingreso por cuanto todos pagan un porcentaje igual de su ingreso y, por condiciones de salud, el sano subsidia al enfermo.

***La Reforma está soportada en dos elementos: solidaridad y calidad.***

Por eso es que no podemos pensar que esté mal, como lo presentó ayer el doctor Stevenson Marulanda, que más o menos 11% use el servicio. De eso se trata, porque si creamos un seguro sólo para los enfermos el costo del seguro tendría que ser 10, 15 o 20 veces más que la Unidad de Pago por Capitación actual (UPC - prima que paga el sistema a las Entidades Promotoras de Salud por cada afiliado). El costo es igual para todos.

Tenemos problemas para conseguir ese "todos" para el Régimen Subsidiado por restricciones fiscales. En el Contributivo la UPC es igual para todos, para ricos y para pobres, quienes reciben el mismo servicio por el mismo precio, luego el sistema buscaba que la competencia fuera por calidad que es el otro elemento fundamental que impulsa la reforma en Colombia.

El sistema ha tenido muchos logros porque es un sistema de seguridad social. La evidencia internacional muestra que hay mayor acceso a los tratamientos cuando se tiene un seguro. Ahora les doy cifras que lo demuestran. No obstante nos falta mucha investigación que muestre que el acceso temprano al tratamiento ha implicado menores complicaciones. Pero sobre el primer punto ya tenemos datos y ahora se los presentaré.

Tenemos los logros en cobertura, en cantidad de atenciones de algunos programas de atención

***la UPC es igual para todos, para ricos y para pobres, quienes reciben el mismo servicio por el mismo precio, luego el sistema buscaba que la competencia fuera por calidad que es el otro elemento fundamental que impulsa la reforma en Colombia.***

de salud pública prioritarios y un aumento importante de recursos seguros, es decir, de destinación específica para la salud, sin depender del presupuesto nacional. Ahora tenemos problemas de cobertura en los subsidiados y en la atención de los no asegurados pobres (que se llaman vinculados hasta tanto se puedan afiliar al Sistema), justamente por esa volatilidad de los recursos del presupuesto nacional.

El punto de partida en 1993 lo da el hecho que 29% de los pobres -que eran realmente pobres- no usaron el sistema público porque no les daba respuesta, luego tenían que ir al sector privado. Ahí hay un mito, los pobres no eligen el sector privado pues el sector público atiende sus necesidades. Eso es mentira. 30% de los pobres tuvieron que usar el sector privado porque el sector público no les dio respuesta, 68% de los más pobres que tuvieron una consulta médica pagó de su bolsillo (gráfico 1).

***"... la solidaridad implica una transferencia, un equilibrio en el gasto entre personas de diferentes condiciones socioeconómicas; por edad los más jóvenes, que tienen tasas de enfermedad menores, subsidian la atención de los más viejos. Por ingreso, los de mayor ingreso subsidian a los de menor ingreso por cuanto todos pagan un porcentaje igual de su ingreso y, por condiciones de salud, el sano subsidia al enfermo."***

Gráfico N° 1

**Antes de la Reforma 1993  
Recapitemos con objetividad**

- **29%** de los más pobres usaron el sector privado para consulta médica, y 6% de los más pobres se hospitalizaron en un hospital privado. (Mito: los pobres no eligen el sector privado pues el sector público atiende sus necesidades)
- El **68%** de los más pobres que tuvo una consulta médica (en cualquier proveedor) pagó de su bolsillo. (Mito: los pobres reciben atención gratis)

María Luisa Escobar: Presentación ARAUCA julio 2003. Datos encuesta CASEN 1993

Supuestamente el sector público cubría y atendía a 60% de la población antes de la reforma; estamos viendo que buena parte de esa población no tenía acceso real al servicio, luego podemos decir que el sector público en realidad cubre menos población. Ahora con la reforma, hemos dado un salto importantísimo, especialmente en la población con más baja cobertura que pasó de 9 a 44% entre 1992 y 1997, aunque a 2000 se haya mantenido por los problemas fiscales. En el promedio tenemos que el sistema cubre 56% de la población total (gráficos 2 y 3). El sector privado atiende 72% del Régimen Contributivo

Gráfico N° 2

**Colombia Sí logró mirar hacia los más pobres**

56% TOTAL 30% CONTRIBUTIVO 26% SUBSIDIADO

**Cobertura al SGSSS por estrato**

Estrato	1992	1997	2001
Bajo	9%	44%	42%
Alto	60%	75%	95%

María Luisa Escobar: Presentación ARAUCA julio 2003.

*Se destaca entonces que el salto más alto en la cobertura es el de la población pobre que ahora exige derechos y no recibe limosnas.*

Gráfico N° 3

**COBERTURA DEL SGSS POR ESTRATO - 2001**

Estrato	Afiliado	Subsidiado	Contributivo	No afiliado	Otro
Bajo	39,9	14,2	25,7	58,5	1,6
medio	78,7	9,3	69,6	15,2	0
Alto	95,1	0	95,1	4,9	0
Total	57,9	11,1	46,8	39,3	0,9

Fuente: Encuesta Social, EtapaV septiembre de 2001 en Coyuntura Social de Fedesarrollo

butivo y 25% de ese Contributivo atiende a los más pobres.

Se destaca entonces que el salto más alto en la cobertura es el de la población pobre que ahora exige derechos y no recibe limosnas. Las fotos que nos mostraba ayer el doctor Stevenson Marulanda eran dramáticas. Yo preguntaría ¿Por qué esos niños no están asegurados en lugar de estar tirados en la institución pública donde no reciben atención y no pueden exigir el cumplimiento de su derecho a ser atendidos?

Es importante destacar que estos datos son resultados de una investigación realizada por una institución que ha sido muy crítica con la reforma y que está reconociendo que ésta le ha garantizado una mayor probabilidad de atención a la población pobre. Ante la pregunta del porcentaje de personas que no usaron el servicio necesitando, 14% no lo usaron en el Contributivo, 30% en el Subsidiado y 40% en el vinculado (gráfico 4).

Gráfico N° 4

ACCESO	Población pobre y vulnerable		Régimen Contributivo
	asegurada	no asegurada	
Porcentaje de no uso de servicios	30,94%	40,11%	14,04%
<b>I. Del lado de la Oferta</b>			
a. Organizativas a la entrada	7,47%	4,90%	3,52%
b. Al interior	5,54%	1,23%	10,23%
c. A la salida	4%	2,99%	10,22%
<b>II. Del lado de la demanda</b>			
d. Predisposición	12,30%	7,70%	19,50%
e. Dotación	43,87%	63,43%	9,91%
f. Necesidades	26,82%	19,65%	45,37%

Nota: La clasificación de las barreras se hace siguiendo a Aday Andersen.  
a) el centro de atención queda lejos b) no lo atendieron y muchos trámites para la cita  
c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto  
d) no tuvo tiempo, considera que el servicio es malo y no confía en los médicos  
e) falta de dinero f) el caso era leve  
Cálculos CIE  
Fuente: Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

Una persona pobre no afiliada que debe acudir al hospital público no puede acceder al servicio, en 63% de los casos, porque le resulta muy costoso. En el Subsidiado tenemos problemas, pero la probabilidad de ser atendido es mucho mayor que estando por fuera del sistema.

Las frecuencias de uso son mayores en el Contributivo que en el Subsidiado, aquí está un resumen: trece millones de personas afiliadas en el contributivo reciben en promedio cuatro atenciones por año, mientras que las personas desvinculadas reciben apenas 1.45 (gráficos 5 y 6)

Gráfico N° 5

**GARANTIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS**

Cohorte más de 4000 familias en Bogotá un año

**Frecuencias de uso por sexo y régimen**

Régimen	Mujeres				Hombres			
	A	H	M	T	A	H	M	T
Contributivo	3,07	0,08	1,62	4,76	2,07	0,04	1,12	3,23
Subsidiado	2,62	0,1	1,31	4,03	1,83	0,03	0,88	2,74
Especial	4,36	0,07	1,86	6,29	3,34	0,06	1,2	4,59
Ninguno	1,57	0,08	1,09	2,73	1,02	0,04	0,79	1,84

A: Eventos ambulatorios H: Eventos Hospitalarios M: Eventos consumo medicamentos  
T: Eventos totales ambulatorios Fuente: Estudio Cendex U.Javeriana 2001

\* Disminuir la cifra en una cantidad

6). Hay unos Régimenes especiales que reciben muchas atenciones, casi seis.

¿Cuánto nos cuesta una atención en promedio en cada uno de los regimenes? En el Contributivo \$82.000 y en la red pública que está a cargo de los vinculados \$123.000. Si castigamos\* a los 17 millones de personas que figuran como vinculados en un 30% que corresponde a aquellos pobres vinculados que no usan el servicio público porque no les dan atención y tienen que acudir al sector privado para resolver su problema de enfermedad, tendríamos que sólo 12.4 millones de personas atiende la red pública con lo cual el costo se aumenta casi en 50%. Por tanto, si se quiere acabar con el Régimen Subsidiado - que es la propuesta en discusión en el país-, once millones de personas recibirían, a un costo promedio por actividad de \$177.000, 1.27 atenciones en lugar de recibir en promedio 3.42 atenciones (gráfico 7). Esa es la gran reforma que quieren ahora, acabando con el Régimen Subsidiado.

Se presentan ahora otros logros en salud pública. Ha aumentado la atención institucional de partos, los asegurados tienen mayor

Gráfico N° 6

**ACCESO A LOS SERVICIOS**

Régimen	Población afiliada	Frecuencias de uso	Gasto por afiliado
Contributivo	13.165.463	4,00	331.345
Subsidiado	11.444.000	3,42	186.735
Vinculados	17.685.243	1,45	179.729
Especiales	2.215.000	5,45	ND
Población Total	44.300.000		

Fuente: Estudio Cendex U.Javeriana 2001. Cálculos ACEMI

Gráfico N° 7

**Gasto Promedio por Actividad mas bajo –**

Régimen	Población afiliada	Frecuenc. de uso	Presupuesto 2003 (mill de \$)	Gasto por actividad
Contributivo	13.165.463	4,00	4.362.313	82.781
Subsidiado	11.444.000	3,42	2.137.000	54.542
Vinculados	17.685.243	1,45	3.178.548	123.951

Vinculados	12.379.670	1,45	1,27	177.073
------------	------------	------	------	---------

Fuente: Presupuesto FOSYGA., Presupuesto Nacional. Cálculos ACEMI

probabilidad de ser atendidos por el médico, la atención prenatal institucional aumentó significativamente, es más alta en el Contributivo y en el Subsidiado, contrario a lo que sucede con los Vinculados que tienen menos atención. La red pública no le está dando la atención requerida a la población no afiliada, estando obligada a ello. Queremos volver a ese esquema? (gráficos 8 y 9).

En vacunación estamos preocupados, pero como concluyó la doctora Teresa Tono, no es un problema del mecanismo de aseguramiento, es un problema de gestión. La vacunación en el país es responsabilidad del Estado quien no ha

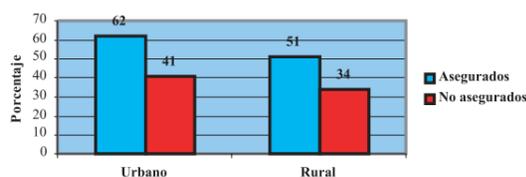
suministrado los elementos, lo cual es un problema de gestión, y no del sistema.

A la encuesta que hizo la Defensoría del Pueblo, le organicé los datos de otra manera. En oportunidad y satisfacción el Sistema sigue manteniendo una buena calificación y es mas alta en las entidades privadas que en las públicas. En efecto, organizadas las califica-

*Se presentan ahora otros logros en salud pública. Ha aumentado la atención institucional de partos, los asegurados tienen mayor probabilidad de ser atendidos por el médico, la atención prenatal institucional aumentó significativamente, es más alta en el Contributivo y en el Subsidiado, contrario a lo que sucede con los vinculados que tienen menos atención. La red pública no le está dando la atención requerida a la población no afiliada, estando obligada a ello. ¿Queremos volver a ese esquema?*

Gráfico N° 8

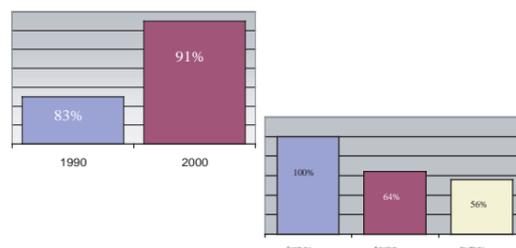
**Acceso a Atención Médica - 2000**  
No. de Personas que Tuvieron un Problema de Salud Atendidas por un Médico (%)



Fuente: Maria Luisa Escobar – Presentación Arauca- Julio 16 de 2003

Gráfico N° 9

**CONTROL PRENATAL INSTITUCIONAL**



Fuente: Tono, Velasquez y Castañeda

ciones según se trate de Entidades Promotoras de Salud públicas y privadas, las segundas tienen en promedio mejor calificación que las públicas, como el Seguro Social por ejemplo o como Cajanal que es la otra caja pública (gráfico 10). Entre Contributivo y Subsidiado los niveles de satisfacción son similares. Discutible los conceptos de libertad de elección y de información. En libertad de escogencia es discutible, especialmente en el Régimen Subsidiado donde no hay posibilidades de que la Administradora del Régimen Subsidiado contrate con otras instituciones prestadoras de servicios (IPS) distintas a las públicas porque no se lo permiten. La calificación es entonces discutible (gráfico 10).

Gráfico N° 10

**SATISFACCION DE LOS AFILIADOS**  
Encuesta de la Defensoría del Pueblo 2003

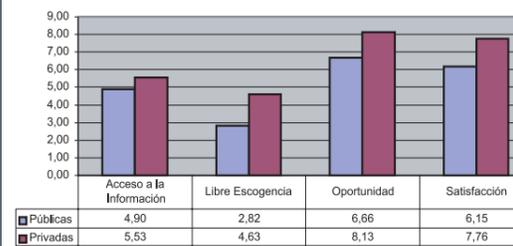
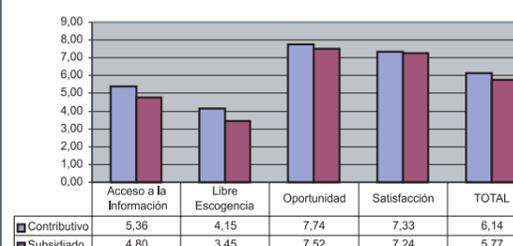


Gráfico N° 11

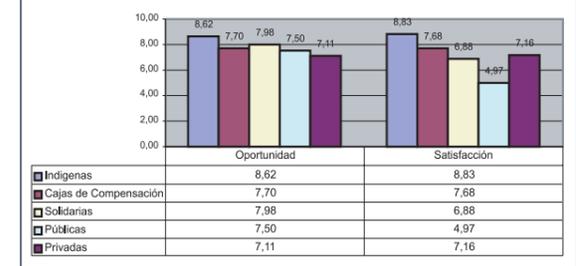
**SATISFACCION DE LOS AFILIADOS**  
Encuesta de la Defensoría del Pueblo 2003



En el Régimen Subsidiado comparando los cinco tipos distintos de organizaciones participantes, las peor calificadas son las públicas. Queremos acabar con el sistema para poder financiar las IPS públicas?; la calificación es bien bajita, pensémoslo! (gráfico 12).

Gráfico N° 12

**SATISFACCION DE LOS AFILIADOS**  
Encuesta de la Defensoría del Pueblo 2003

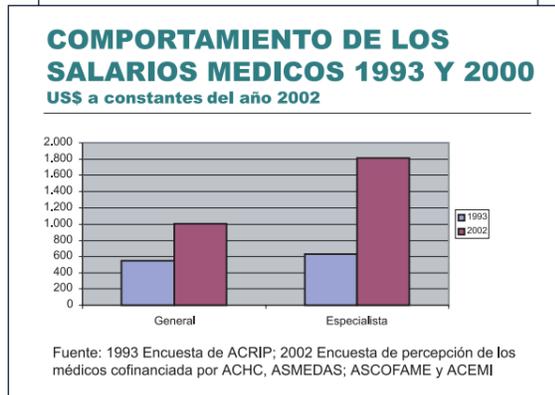


*La vacunación en el país es responsabilidad del Estado quien no ha suministrado los elementos, lo cual es un problema de gestión, y no del sistema.*

Esta es la grafica que no le va a gustar al Ministro Virgilio, comparando los salarios médicos entre 1993 y 2002, en dólares constantes del año 2002, la mejora es sustancial, lo que pasa es que se sienten muy mal. Objetivamente están mejor pero se sienten pésimo (gráfico 13).

En conclusión, definiendo el esquema de aseguramiento a través de las EPS por que según estos datos hay una mayor probabilidad de ser atendido. Ahora hay alguien a quien echarle la culpa, a las EPS; pero reconozco que aún tenemos que exigirles mucho más para

Gráfico N° 13



poder garantizar, cada vez más, una mejor respuesta para la gente.

El desafío para las EPS es prestar el Plan Obligatorio de Salud (POS), que es muy grande, y algunas veces ilimitado, con unos recursos cada vez más escasos. El reto es prestarlo con niveles adecuados de calidad, adecuados sí, por que pretender que, por ejemplo, tengamos siempre tecnología de última generación (que algunos muestran como una falta de calidad del sistema) es imposible porque no somos capaces de financiarla en ninguno de nuestros países.

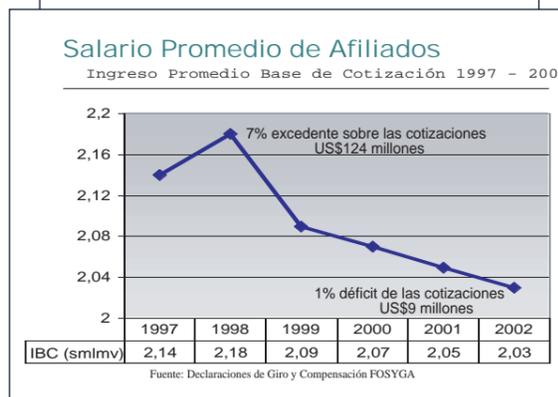
Es un desafío porque hay escasez de recursos, somos un país pobre, ahora les voy a dar los datos. En el Régimen Subsidiado el reto es la

falta de compromiso político, ahí en el país no logramos decidir qué es lo que queremos. Sabemos que la gente está mejor atendida en el subsidiado pero no sabemos qué hacer con la cirugía tan gigante que hay que hacerle a los hospitales públicos para hacerles eficientes.

La falta de recursos del Régimen Contributivo es evidente. La crisis económica ha reducido los ingresos del trabajador, creo que la doctora Teresa Tono ya dio los datos. Esto es para el doctor Virgilio Gálvis ¿Por qué efectivamente el Sistema no tiene los ingresos para pagar una buena UPC? Mientras que en el año 1998 teníamos un promedio de 2.18 salarios mínimos, eso son cerca de \$600.000, son trescientos dólares, ahora en 2002, ha bajado sustancialmente (a cerca de 2.03 salarios mínimos) (gráfico 14). En 1998 el Sistema daba excedentes y ahora nos los estamos comiendo.

¿Eso qué quiere decir? Que la prima (UPC) que le da el Estado a las EPS va a ser cada vez menor. Entonces el reto es ¿Con recursos cada vez menores qué debemos hacer? En el país la mayor crítica es sobre una EPS que supuestamente genera muchos excedentes, miremos que es una entidad especial "sin ánimo de lucro", que le da ciertos beneficios tributarios que no tienen las otras y es de origen

Gráfico N° 14



**En el Régimen Subsidiado comparando los cinco tipos distintos de organizaciones participantes, las peor calificadas son las públicas. Queremos acabar con el sistema para poder financiar las IPS públicas?; la calificación es bien bajita, pensémoslo!**

*... es de origen cooperativo, regida por la normas del régimen cooperativo las cuales determinan que sus excedentes deben invertirse en educación y en deporte, por eso nos mostraban ayer los campeonatos de básquetbol financiados por esa EPS.*

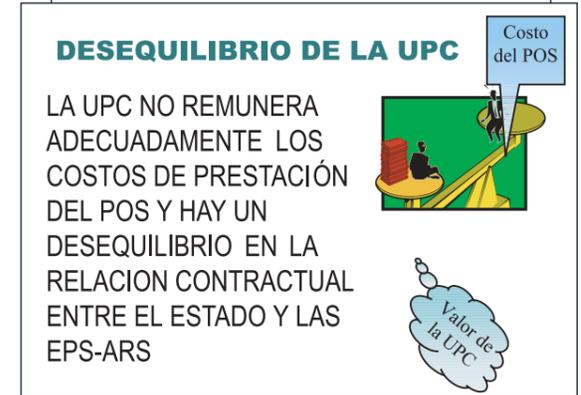
cooperativo, regida por las normas del régimen cooperativo las cuales determinan que sus excedentes deben invertirse en educación y en deporte, por eso nos mostraban ayer los campeonatos de básquetbol financiados por esa EPS.

Miremos las cifras de gasto médico de esa entidad que es criticada porque compro unas entidades las cuales tienen un perfil de riesgo diferente. Son más urbanas que rurales, mientras que la principal es más rural que urbana. Esta composición diferente va a impactar las cifras de gasto médico como proporción de la UPC y lo vamos a ver en los resultados finales de este año, por que la tazas de demanda de uso de servicios son mucho mas altas en el sector urbano que en el rural.

En conclusión, la UPC entonces no remunera adecuadamente la prestación del POS y es probable que no la vaya a remunerar adecuadamente en el futuro por que el Régimen Contributivo no tiene plata para aumentar su valor por la caída en los ingresos promedio de los trabajadores. Ese es un gran reto que implica también revisar la financiación del sistema (gráfico 15).

Para darles a ustedes una idea de la suficiencia de la UPC, la UPC del Régimen Contributivo y del Subsidiado, comparada con el gasto per

Gráfico N° 15



cápita de unos trabajadores privilegiados del país -los de ECOPETROL-, y comparada con lo que paga una persona de su propio bolsillo en las empresas de medicina prepagada. Con un plan mucho más grande (POS), apenas recibimos una tercera parte de lo que recibe la medicina prepagada y una quinta parte de lo de ECOPETROL. Esto para que ustedes se lleven una idea de las dificultades de dar un servicio demasiado amplio con tan poquitos recursos.

En los gráficos 16 y 17 se muestran los problemas del sistema por el lado de los costos. Voy a concentrarme solamente en el impacto de las tutelas en el costo de prestación del POS.

**Con un plan mucho más grande (POS), apenas recibimos una tercera parte de lo que recibe la medicina prepagada y una quinta parte de lo de ECOPETROL. Esto para que ustedes se lleven una idea de las dificultades de dar un servicio demasiado amplio con tan poquitos recursos.**

Gráfico N° 16

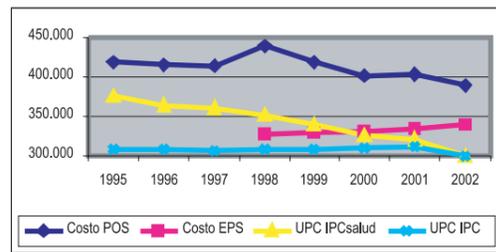
**PROBLEMAS FINANCIEROS DEL SGSSS**

**CRECIMIENTO DE LOS COSTOS**

- INDICE DE PRECIOS DE SALUD MAS ALTO QUE EL GENERAL.
- DEVALUACION
- TUTELAS Y SELECCIÓN ADVERSA
- AUMENTO DE IMPUESTOS
- MEDICAMENTOS
- AUMENTOS NO APROBADOS (POR CONCEPTO DEL MINISTERIO O DE LA SUPERSALUD) DE LOS CONTENIDOS DEL POS SIN AUMENTO DE LA UPC

Gráfico N° 17

**Evolución costo real POS frente a UPC**  
Comparando estudio detallado de agosto de 1994 con la UPC. Pesos de 2002

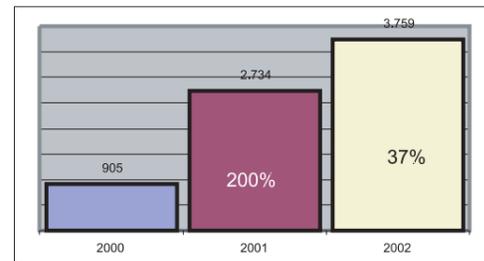


Fuente: ACEMI

Las tutelas, derecho de amparo mediante el cual la gente puede exigir su obligación en el cumplimiento de unos derechos constitucionales, crecieron 200% en un solo año (gráfico 18).

Gráfico N° 18

**TUTELAS**

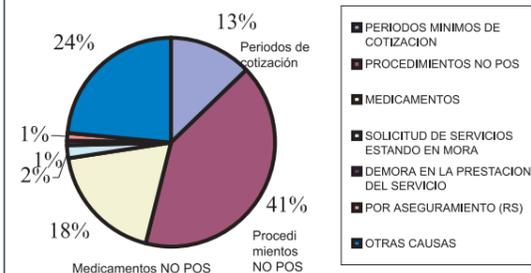


Fuente: 6 EPS privadas

La tutela no es mala, yo quiero dejar eso claro. Pero las pretensiones de amparo por periodos mínimos de cotización que han puesto nos preocupan porque están amparando derechos de personas que no cumplen con sus

Gráfico N° 19

**TUTELAS 2003 Por Pretensión**



Fuente: 13 EPS Privadas, Total 6,265 entre enero y agosto de 2003.

*Pero las pretensiones de amparo por periodos mínimos de cotización que han puesto nos preocupan porque están amparando derechos de personas que no cumplen con sus obligaciones con el Sistema; entonces, con ese derecho de tutela se está evadiendo la responsabilidad que tiene el usuario de contribuir con el Sistema. También el Estado está evadiendo su responsabilidad de garantizar a la población pobre no afiliada los servicios que debería tener*

obligaciones con el Sistema; entonces, con ese derecho de tutela se está evadiendo la responsabilidad que tiene el usuario de contribuir con el Sistema. También el Estado está evadiendo su responsabilidad de garantizar a la población pobre no afiliada los servicios que debería tener (gráfico 19).

Los que pagan puntualmente están financiando a quienes no pagan y financiando al Estado que debe garantizarle los recursos a los más pobres. Esto, en la mayoría de los casos y en relación con las privadas, no es en el ejercicio del usuario de defenderse de la mala calidad, o sea, no es para proteger la mala calidad del servicio, es, por el contrario, para evadir las obligaciones del Estado y de los mismos afiliados (gráfico 20).

Gráfico N° 20

**TUTELAS: Mala calidad del servicio o prestaciones en exceso sobre lo que podemos pagar?**

- Exigen derechos cuando no cumplen con sus obligaciones (mora, desafiliación, periodos mínimos).
- Se están pidiendo prestaciones que, en muchos países desarrollados, no se otorgan (infertilidad, cambio de sexo).
- No se ampara solo el derecho a la vida, salud, sino a la dignidad humana (odontología estética).
- La tutela se inicia con la Constitución de 1991, luego cualquiera que hubiera sido el sistema de salud, el auge de la tutela sería el mismo porque ningún sistema podría garantizar muchas de las prestaciones que se están solicitando.

Otros problemas que hacen mayor el reto a las EPS es el crecimiento de la utilización que entre

otros factores, como se ha evidenciado en la literatura internacional, obedece al exceso de oferta de prestación de servicios. Creo que, como lo mencionó el doctor Marulanda ayer, tenemos una explosión de facultades de medicina. Esto genera además unas condiciones diferentes para los médicos que está generando la percepción mala en contra del Sistema. Pero recordemos que la primera ley que a uno le enseñan en economía es "ante un exceso de oferta y poca demanda se baja el precio". Sigamos produciendo médicos como estamos produciendo y miramos haber qué pasa (gráfico 21).

Gráfico N° 21

**OTROS PROBLEMAS QUE AFECTAN A LARGO PLAZO LOS COSTOS**

- PROLIFERACIÓN DE FACULTADES DE MEDICINA
- FALTA DE CONTROL DEL ESTADO EN LA CALIDAD DE LA OFERTA
- FALTA DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS POS
- AUMENTO EN INCORPORACION ACRTICA DE TECNOLOGIA DE PUNTA

En el régimen subsidiado el gobierno no sabe para dónde va; reconoce que el usuario está mejor atendido pero tiene problemas con los hospitales. Entonces hemos estado haciendo -y yo soy parte de esa decisión porque estuve en el gobierno mucho tiempo- hemos estado

*.. tenemos una explosión de facultades de medicina. Esto genera además unas condiciones diferentes para los médicos que está generando la percepción mala en contra del Sistema. Pero recordemos que la primera ley que a uno le enseñan en economía es "ante un exceso de oferta y poca demanda se baja el precio". Sigamos produciendo médicos como estamos produciendo y miramos haber qué pasa.*

obligando a las ARS, que son las EPS en el Régimen Subsidiado a contratar con los hospitales públicos; pero además le decimos que no puede verificar si ese hospital público presta el servicio con calidad o no. Si lo presta con deficiente calidad, de malas para el usuario, no puede dejar de contratar con ese hospital público, por consiguiente no les estamos dejando hacer lo que realmente le corresponde por ley (gráfico 22).

Gráfico N° 22

**PROBLEMAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO**

**NO SE SABE PARA DONDE IR!!!**

ARS deben:

- Contratar con los hospitales públicos que defina la entidad territorial.
- Al precio que defina la entidad territorial
- Siempre con el mecanismo de capitación para que no se pregunte cuales y cuantos son los servicios que presta el hospital.
- No puede verificar la calidad de la red contratada.

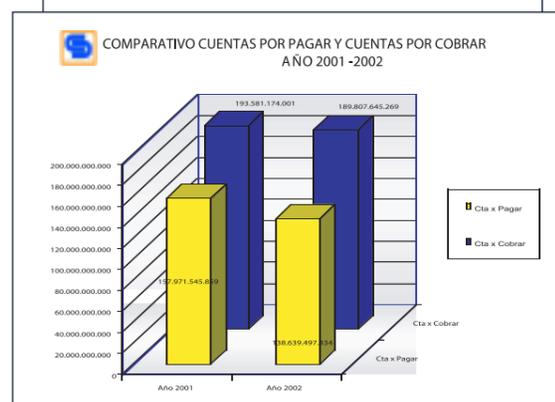


- Deben también asumir los costos de la selección adversa que ejerce la entidad territorial

Hay una queja que las ARS no pagan a tiempo. Pero esto se origina en que el Estado no paga tampoco oportunamente la UPC correspondiente. Vale la pena mencionar que las ARS están financiando con sus propios recursos una parte de lo que les debe el Estado. Lo que las ARS le deben a los hospitales es menor que lo que el Estado les debe a ellas y lo están pagando con sus propios recursos (gráfico 23).

El gran reto de las EPS es mejorar sus sistemas administrativos para la administración de riesgos, sistemas de información, gerenciamiento de la administración del riesgo para mejorar la provisión, innovación de los modelos de pensión, y en esto debemos de ir acompañados de las IPS, sino ni unos ni otros vamos a llegar a ningún lado, tenemos que trabajar en conjunto y no en contra.

Gráfico N° 23



El gran reto para el ente rector, el primero, compromiso político con la reforma y con el financiamiento suficiente para garantizar realmente el derecho a la salud de la población pobre. Tenemos que trabajarle mucho al sistema de información, al plan único de cuentas de las EPS, primero que todo para poderle pedir cuentas. A las EPS deberían medirle resultados para saber si son eficientes contribuyendo realmente con los resultados en salud. No nos da miedo que nos midan. Ahora, si hay EPS malas, que se cierren, fácil. Ya sean éstas públicas o privadas.

Lo que nos importa es el usuario. Pero se exige que en el control debe haber transparencia. No

**El gran reto de las EPS es mejorar sus sistemas administrativos para la administración de riesgos, sistemas de información, gerenciamiento de la administración del riesgo para mejorar la provisión, innovación de los modelos de pensión, y en esto debemos de ir acompañados de las IPS, sino ni unos ni otros vamos a llegar a ningún lado.**

**A las EPS deberían medirle resultados para saber si son eficientes contribuyendo realmente con los resultados en salud. Si hay EPS malas, que se cierren, ya sean éstas públicas o privadas.**

nos puede medir la entidad territorial cuando ésta tiene conflicto de interés porque es dueña de su propia infraestructura pública. Entonces hay que separar, no se puede ser juez y parte.

Aquí hay otros retos para el ente rector y este énfasis en la acción de calidad es el que más nos importa, los estándares de habilitación, tanto de los prestadores (IPS) como para los promotores (EPS) es fundamental. Pero no podemos fijar unos estándares duros y cuando no los cumplen las instituciones públicas, entonces los bajamos, porque entonces no hacemos nada. O somos calificados realmente duro todos o miremos qué vamos a hacer porque el compromiso con la calidad deja de ser férreo cuando los que no cumplen son los públicos.

La debilidad de este Sistema es el del esquema de vigilancia y control. Siendo un Sistema de competencia regulada, la regulación y el control han sido muy débiles; faltan mejores sistemas de vigilancia y control, no solamente para las ARS y las EPS, también para las IPS y para las entidades territoriales.

**La debilidad de este Sistema es el del esquema de vigilancia y control. Siendo un Sistema de competencia regulada, la regulación y el control han sido muy débiles; faltan mejores sistemas de vigilancia y control, no solamente para las ARS y las EPS, también para las IPS y para las entidades territoriales.**

Las propuestas, primero tenemos que hacer una gran discusión pública de cuál es el POS que queremos y cuál es el que podemos financiar. Queremos que la población colombiana tenga derecho a ir a Houston o a Francia para ser atendido con cargo a los recursos del Estado?, si queremos eso, entonces miremos a ver cuánto nos cuesta y si estamos dispuestos a financiarlo. Con recursos públicos es muy difícil, ¿Estamos dispuestos a sacarlos de nuestros bolsillos? ¿Estamos dispuestos a aumentar ese gasto público para salud?

Hagamos esa discusión pública y no la hagamos por debajo de la mesa. Supuestamente damos todo pero a la hora de la verdad no damos nada. Tenemos que responsabilizar a los usuarios o por lo menos que él entienda cuales son las limitaciones.

Mire, tenemos la tutela de una persona que no le pareció que el diagnóstico de un médico en Colombia era bueno, puso una tutela y obligó a la EPS a llevar su hijo a Estados Unidos de

**no podemos fijar unos estándares duros y cuando no los cumplen las instituciones públicas, entonces los bajamos, porque entonces no hacemos nada. O somos calificados realmente duro todos o miremos qué vamos a hacer.**

América para que le dieran otro diagnóstico. El solo viaje costó cuarenta mil dólares, los médicos en Estados Unidos de América le dijeron que el diagnóstico estaba bien hecho y que el tratamiento estaba bien indicado. Se devolvió el paciente pero al sistema le costo cuarenta mil dólares. ¿Estamos dispuestos a financiar eso? Ese es el gran interrogante que tenemos que responder todos los colombianos como lo han hecho otros países en los cuales las restricciones se han definido públicamente.

*Primero tenemos que hacer una gran discusión pública de cuál es el POS que queremos y cuál es el que podemos financiar.*

Se requiere esta discusión para evaluar la viabilidad del Sistema que ha mostrado sus beneficios.

**Visión de las instituciones prestadoras de servicios de salud a los 10 años del Sistema General de Seguridad Social en Colombia**

**JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA, MD**

*Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Ex Viceministro de Salud y Ex Defensor del Pueblo para la Salud en Colombia.*

Para nosotros es muy importante como gremio poder tener espacio aquí, en este foro, para contarles cómo observamos el desarrollo del Sistema de Salud Colombiano, del Sistema de Seguridad Social.

Represento entidades, tanto públicas como privadas; por eso, van a observar que no voy hacer énfasis sino en algo de lo público; trataré de mostrarles cómo uno de los “entre comillas” réditos de la reforma es que ha acercado cada vez más al sector público con el sector privado. Esas frases de que lo público es lo malo y lo privado es lo bueno, no se ven hoy en el país, ya que tenemos una mezcla muy amplia de resultados.



siempre inician con este mismo tipo de diapositivas. Eso les permite llegar a una conclusión: todos estamos de acuerdo en que la ley tiene una cantidad de bondades, tiene unos principios con los cuales estamos de acuerdo. Pero las diferencias empiezan cuando observamos los resultados. (Gráfico 1)

La apuesta inicial era resolver o mejorar el Sistema Nacional de Salud Colombiano que llegó al año 1993 fracasando por muchas cosas. Porque no había calidad, porque no hubo cobertura total y la ineficiencia era el común denominador en el

*El Estado debería ser el personero de las comunidades. Pero hay una enorme inestabilidad normativa*

Gráfico N° 1



¿Qué pasó en el país? Venimos de un esquema de asistencia pública, ustedes han visto que todos los conferencistas colombianos casi

sistema. Entonces se decidió cambiar el modelo para volverlo eficiente; una de las externalidades positivas de la reforma sería hacer que la eterna crisis hospitalaria del país cesara y convirtiera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en entidades autosostenibles.

Los objetivos propuestos son asignar una prima, estandarizar los diversos planes de salud, aumentar la cobertura y darle cabida al sector privado en la prestación de los servicios para toda la comunidad, de manera que con esa apuesta, se generara la competencia entre los dos sectores, basada en la calidad; de esa manera, el que iría a ganar al final sería el usuario (gráfico 2).



Esos anhelos iniciales han chocado, han friccionado con unas realidades de la dinámica social del país. Hay que reconocer que ha habido una coyuntura económica desfavorable, y en un sistema altamente dependiente de las cotizaciones, como es un sistema de seguridad social, la caída del empleo, de los ingresos y de los salarios ha hecho que una de las fuentes de financiación natural empiece a extinguirse; además, hay divergencia en los intereses de cada uno de los participantes.

En Colombia nos hemos ido apertrechando en diferentes lados, en diferentes orillas del

desarrollo del sistema donde cada uno trata de defender lo suyo y eso no es malo. Me decía el extinto Ministro Juan Luis Londoño que nosotros deberíamos tener una visión de país, pero no, cada uno de los gremios debe tener la defensa de lo suyo, la Doctora Nelcy Paredes viene y habla por los aseguradores, yo vengo y defiendiendo a los prestadores. Eso no es malo siempre y cuando exista un árbitro natural que es el gobierno.

El Estado tiene que dar la línea y tiene que evitar que cada uno de esos actores se desborde en sus comportamientos, de manera que sea el personero de las comunidades, así debería ser la cosa. Pero hay una enorme inestabilidad normativa; eso casi que es un eslogan de los tecnócratas en el mundo de la inseguridad jurídica.

Si, esa es una enfermedad que nos afecta; nosotros tenemos muchísimas entidades que están opinando sobre cómo debe andar el sistema, hay un Consejo Nacional de Seguridad Social, están el Ministerio de Salud, la Superintendencia nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda, los gobiernos locales, departamentales y territoriales.

Todo el mundo tiene algo que decir y cambia las reglas de juego constantemente en el sistema, de manera que ninguno de los actores o jugadores del sistema tiene tranquilidad sobre los desarrollos que está implementando y, como les acabo de mencionar, la rectoría -que ahora es uno de los términos técnicos de moda- ha sido muy débil en el sistema porque, creo, se ha hecho la apuesta muy neoliberal de dejar que todas esas cosas del mercado se resuelvan entre los actores allá en la periferia, que eso al final va a generar eficiencia si hay una adecuada confrontación

Entonces, el resultado de unos principios teóricos friccionados contra una dinámica social real ha hecho que todas las transiciones del Sistema de

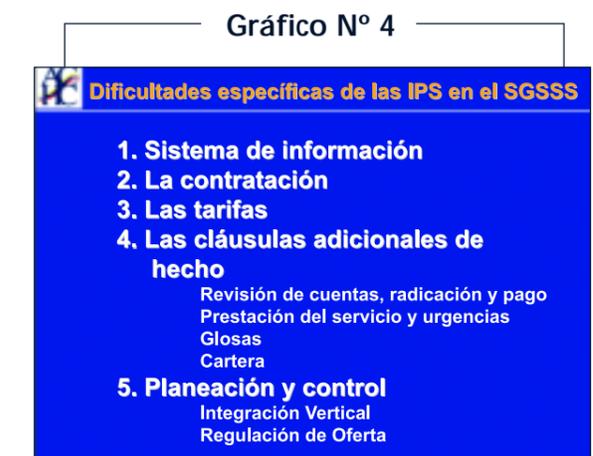
*El resultado de unos principios teóricos friccionados contra una dinámica social real, ha hecho que todas las transiciones del Sistema de Salud Colombiano hayan quedado incompletas.*

Salud Colombiano hayan quedado incompletas. Nos quedamos en la mitad del camino en la afiliación, la que sólo llega a 56%. Tenemos 44% de la población que son Vinculados, o sea, todavía son vestigios del anterior Sistema Nacional de Salud. Los planes de beneficio que para 2001 deberían ser iguales -no con la odiosa discriminación entre Vinculados, Subsidiados y Contributivos, sino que debería haber uno solo-, quedaron en la mitad. (Gráfico 3).



También existe la transformación de los subsidios, los cuales harían que mágicamente los hospitales públicos se convirtieran en entidades eficientes; quedaron en la mitad porque sino se iba a extinguir todo el sistema de hospitales públicos. Se hacía la apuesta inicial de que íbamos a cerrar la llave del subsidio a la oferta y se iba a llenar por el lado del subsidio a la demanda. Los hospitales le prestaban sus

servicios a la gente que estaba siendo cubierta o financiada por el subsidio a la demanda y, por lo tanto, le iban a derivar sus ingresos y eso los iba a hacer eficientes y superavitarios. En realidad, ustedes van a poder a sacar sus conclusiones al final de la intervención (gráfico 4).



El sistema de información es el nexo por el cual voy a empezar hablar ya de las relaciones y problemas específicos del sistema de prestadores en Colombia. Uno no se imagina cómo se puede hacer una reforma tan grande sin haber desarrollado un sistema de información. Como ustedes ya lo habrán podido observar, en Colombia tenemos una proclividad hacia las siglas, las tenemos de toda clase y han hecho que la reforma nuestra sea prácticamente incomprensible: SIS, SIIS, RIAS y RIPS, esas son las abreviaturas de los cuatro sistemas de

*También existe la transformación de los subsidios, los cuales harían que mágicamente los hospitales públicos se convirtieran en entidades eficientes, quedaron en la mitad porque sino se iba a extinguir todo el sistema de hospitales públicos*

información de salud que hemos tenido en nuestro país en los últimos diez años del sistema de salud. Pasamos del Sistema de Información de Salud al Sistema Integral de Información en Salud, a los Registros Individuales de Atención en Salud y a los Registros Individuales de Prestación de Servicios, van cuatro. (Gráfico 5)

Gráfico N° 5



El problema radica en que uno aspira a que los sistemas de información evolucionen pero aquí no habido ningún resultado. En una política pública se debería hacer esa evaluación, esa rendición de cuentas y decir vamos a cambiar esta política por que definitivamente fracasó y la vamos a reemplazar por esta otra: no, aquí han sido unas decisiones arbitrarias y al final ¿qué es lo que pasa? Hay muchísimos datos, no hay ni una información, casi todos los avances que teníamos en el seguimiento de nuestro perfil demográfico y epidemiológico han fracasado, no tenemos frecuencias de uso, los gremios somos los que estamos aportando la mayoría de la información para la toma de las decisiones, de manera que el gobierno no tiene forma inteligente e imparcial para tomarlas.

Empecemos con las relaciones entre las IPS y los pagadores o Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes nos contratan. En este sistema, como en la mayoría de sistemas de seguridad social, se ha

**Las modalidades de contratación en nuestro país están buscando hacerle ahorros especialmente a los pagadores. No tenemos un adecuado Sistema de Información, sin embargo la presión de los pagadores es entregarnos parte de sus responsabilidades.**

creado la figura del contrato o del cuasicontrato, donde voluntades explícitas de unas partes se llevan a un documento y se hace una aceptación de determinado tipo de condiciones.

La realidad de las modalidades de contratación en nuestro país es que están buscando hacerle ahorros especialmente a los pagadores. Tiene mucho sentido lo que les voy a decir cuando –recuerden- no tenemos un adecuado sistema de información, sin embargo, la presión de todos los pagadores es entregarnos a nosotros parte de sus responsabilidades. En Colombia es lo natural en la relación de los hospitales con los diferentes pagadores o con los usuarios; usted hace una serie de intervenciones y le pagan por eso que usted ha hecho, es el famoso pago por evento.

Había una cosa muy mala en todos los sistemas, sobre todo en los sistemas nacionales de salud que eran los pagos por presupuestos históricos. Eso en realidad generaba gran ineficiencia porque

**Casi todos los avances que teníamos en el seguimiento de nuestro perfil demográfico y epidemiológico han fracasado, los gremios somos los que estamos aportando la mayoría de la información para la toma de las decisiones.**

prácticamente a la entidad le estaban pagando era por existir, no tenía ningún tipo de lo que hoy llaman pomposamente “incentivos para hacerse más eficientes”. Nosotros creemos que la forma natural de relación es el pago por evento. Eso no se está dando, nos están desplazando hacia los pagos por capitación. (Gráfico 6).

Gráfico N° 6



¿Qué es el pago por capitación? A usted como hospital le entregan una cohorte poblacional para que la atienda durante un determinado periodo de tiempo con un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es la prima que recibe la EPS. A los hospitales les dicen “necesitamos que ustedes como IPS empiecen a compartir el riesgo con nosotros”. No señores, eso no es empezar a compartir el riesgo, nos están cediendo el riesgo a nosotros.

La pregunta es ¿si yo soy el que está asumiendo todas las variaciones, las fluctuaciones de la

**La pregunta es ¿Si yo soy el que esta asumiendo todas las variaciones, las fluctuaciones de la siniestralidad, por qué y para qué reciben la prima –UPC- las EPS?, Ojo, con eso nos están entregando a nosotros parte de las competencias que son de ellos, pero nos las están entregando sin una asignación apropiada de recursos.**

**La contratación en Colombia se está desplazando, hay un movimiento global a desplazar todo el riesgo hacia las IPS.**

siniestralidad, por qué y para qué reciben la prima –UPC- las EPS? Ojo, con eso nos están entregando a nosotros parte de las competencias que son de ellos, pero nos las están entregando sin una asignación apropiada de recursos.

Así las cosas, en la IPS uno podría hacerlo si tuviera la estructura de información y la estructura financiera suficiente para soportar los movimientos de las siniestralidades. De esa manera si usted es una IPS, es un hospital o clínica, por grande que sea, no va a tener la capacidad suficiente para resistirlo, mucho menos si no tiene la suficiente información sobre cuál es el comportamiento histórico de cada una de esas cohortes.

Por consiguiente, se desprende el primer punto. La contratación en Colombia se está desplazando, hay un movimiento global para desplazar todo el riesgo hacia las IPS; nosotros como gremio de IPS hacemos cada año una evaluación a las EPS en nuestra relación, para obtener un ranking y decir “ mire, esta es la EPS más confiable para la IPS”. El supuesto que hay de base ahí es que si una EPS tiene una buena

relación con las IPS, la población muy posiblemente va a estar mejor atendida porque no va a tener sobresaltos, sobre todo en esa parte que es el diseño de su red de prestadores de servicios y los últimos resultados muestran, en la mayoría de los casos, casi en la mitad de los hospitales y clínicas que respondieron esta encuesta, que las condiciones no son propicias para suscribir contratos, que no existe un margen razonable de negociación y que se imponen cláusulas desventajosas en las negociaciones “contra” las IPS, además, las políticas de pago registran un porcentaje de cumplimiento muy bajo (gráfico 7).

verán, las llamamos “cláusulas adicionales de hecho”.

El segundo tema son las tarifas. Es absurdo, no hagan el esfuerzo por entenderlo, ni con los ojos de la fe se entienden. (Gráfico 8) Lo único que les quiero decir es hay dos tipos de Manuales Tarifarios en el país. Uno es el Manual del Ministerio de Salud (Tarifas SOAT) y otro que es el Manual del Instituto de Seguros Sociales (ISS), que era el anterior gran comprador de servicios. Los dos son manuales oficiales, el absurdo radica en que el Ministerio de Hacienda en Colombia aprueba, con las mismas frecuencias de uso, dos manuales que son absolutamente diferentes. Tan diferentes que el Manual SOAT es superior en precios 40% en promedio al Manual ISS.

*... algunas entidades –EPS– nos dicen ¿Por qué no negociamos la calidad, dele una calidad subóptima y entonces, me puede cobrar una tarifa barata.*

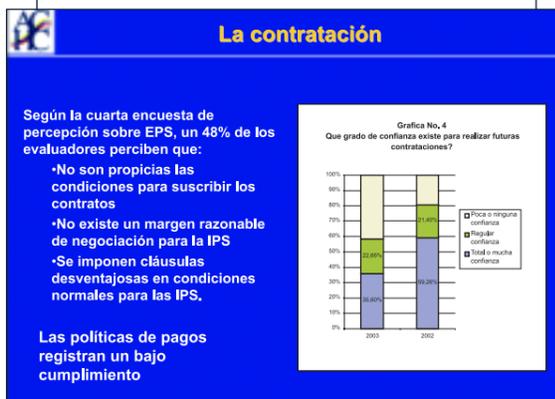
mira cuánta plata hay en la caja del Seguro Social, cuánta plata hay en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y listo, divide eso entre las frecuencias que tenemos y ahí están las tarifas. ¡Es al revés!

En Colombia es necesario generar rápidamente algo que para algunos economistas es abominable, un piso tarifario. Necesitamos intervenir rápidamente para evitar que las EPS o los compradores de servicios en general, hagan una serie de presiones sobre los prestadores para que ellos empiecen a hacer una competencia desleal contra los precios. De tal forma, hay algunas entidades –EPS– que llegan y nos dicen ¿Por qué no negociamos la calidad, dele una calidad subóptima y entonces, usted me puede cobrar una tarifa más barata?. Por eso estamos pidiendo que haya un piso tarifario o que haya un piso de capitación, para evitar que haya la posibilidad que algunos desesperados por la falta de liquidez se lancen a hacer ese quiebre de tarifas que está causando graves problemas en el sistema.

Esto que es una enumeración de diez puntos (gráfico 9), es el curso que sigue una factura después que es atendido un paciente, el flujo de recursos para la IPS. Todo esto es cierto, el tema de la auditorías, la asistencia, los auditores, la revisión inicial, la segunda revisión, la devolución, todo ese camino es el vía crucis de una factura. Nos podemos demorar unos cuatrocientos veinte días o más; claro, si estoy exagerando digamos que estoy hablando de uno de los extremos,

digamos el extremo derecho, pero los promedios ya se los voy a mostrar para que ustedes vean como es imposible mantener la liquidez y la eficiencia en las IPS.

Gráfico N° 7



De tal manera, el contrato que debería ser la suscripción de una serie de voluntades para tener unas buenas relaciones, no se está dando tal como se imagina, sino que es una cuestión de formalismo, a la hora de la verdad, se están imponiendo unas cláusulas que más adelante

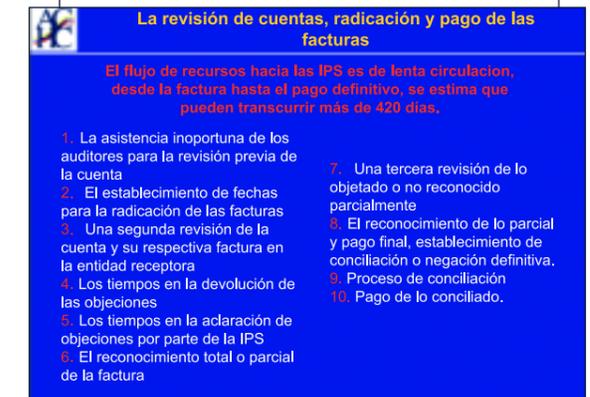
*El absurdo radica en que se aprueban dos manuales que son absolutamente diferentes. Tan diferentes que el Manual SOAT es superior en precios un 40% en promedio al Manual ISS.*

Gráfico N° 8

CONCEPTOS	MANUAL SOAT	MANUAL ISS
ESTUDIOS INICIALES	Basado en el manual ISS	Basado en estudios de costos de su propia red
APROBACION	Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud	Ministerio de Hacienda y Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales
CRITERIOS DE APROBACION MINHAZIENDA	UPC Régimen contributivo, base de datos Minsauid 97	
CAMPO DE APLICACION	Compra de Servicios	Venta de servicios
OTROS CAMPOS DE APLICACION	Calculo de la UPC (tarifas techo)	Compra de Servicios
ACTUALIZACION	A partir del 1 de Enero de cada año SMLDV	Incierta
TENDENCIA TARIFARIA	Las tarifas medida en SMLDV se mantiene	Las tarifas medidas en SMLDV decrecen cada año
OBSERVACIONES A LA EVALUACION REALIZADA POR EL MINCP	1. Aprueba con la misma base de datos y con los mismos criterios dos manuales tarifarios distintos 2. Se asigna el valor de la UPC con un manual de tarifas (tarifas techo) y se avala un tarifario con valores más bajos 3. Promueve la reducción de tarifas y causa gran distorsión en el mercado.	

¿Qué es lo que ha pasado? El Manual ISS es el que paga más barato, además no se actualiza por que los valores están expresados en unidades que no están indexadas, éste se ha convertido en el manual oficial y de referencia para todas las EPS. Hoy en el país se está negociando con ese nivel tarifario que es un nivel absurdo, porque las tarifas deben partir desde los centros reales de las instituciones; a eso le adicionan unos porcentajes y eso genera unos precios, unas tarifas en el mercado. Lo que se está haciendo aquí es al revés, el gobierno

Gráfico N° 9



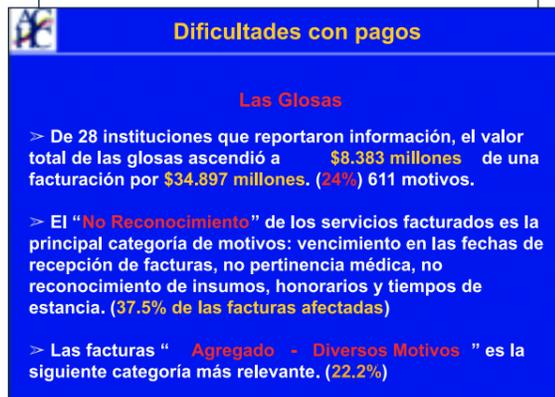
Cuando se están demorando los pagos a las IPS, alguien está haciendo rendimientos financieros, alguien está jugando con ese dinero, alguien está especulando con ese recurso y nosotros, las IPS, estamos subsidiando la existencia de esos “alguien”.

Hay que discutir las pertinencias (gráfico 12); en el país se está haciendo una auditoria que es antitécnica, es una auditoria que no es por pares, por ejemplo, a eminentes cirujanos de trasplante cardiovascular les llega cualquier médico que acaba de terminar o algún otro profesional de la salud no médico, le hace un

*Cuando se están demorando los pagos a las IPS, alguien está haciendo rendimientos financieros, alguien está jugando con ese dinero, alguien está especulando con ese recurso y nosotros, las IPS, estamos subsidiando la existencia de esos “alguien”*

auditaje y le glosa las cuentas diciéndole “esa sutura que usted utilizó en la válvula tricúspide de ese paciente me parece que no es pertinente; le devuelvo toda la cuenta”. (gráfico 10).

Gráfico N° 10



Ese es un mecanismo deliberado que se está dando en el país hace varios años, sobre el cual el gobierno no ha hecho nada por corregirlo, a pesar de que, inclusive con el gremio de las EPS, tenemos ya un cierto conocimiento para tratar de generar un estatuto de la glosa, de manera que sea una regla de juego concreta.

Muy bien, miren, no hay reconocimiento de intereses de mora y no es porque usted pacte en los contratos que se diga: las partes se comprometen a que si al hospital se le demora la cuenta no va a cobrar interés de mora. No, eso no se puede hacer, eso no se está haciendo, pero sí se está dando en la realidad. Es lo que se conoce dentro del Derecho de la Competencia como Cláusulas Adicionales de Hecho, es decir, una cantidad de circunstancias que se están dando en las relaciones que no están formalizadas, pero que si se han vuelto obligatorias.

¿Por qué se han vuelto obligatorias? Ustedes dirán “las IPS de Colombia son un tanto tontas pues ¿cómo se someten a esas condiciones?” Es que las otras entidades –EPS- son las que tienen

las cohortes poblacionales a cargo, son las dueñas entre comillas, “dueñas de los usuarios” y “dueñas de las unidades de pago por capitación”, son los que determinan cual es la red de prestadores que van a escoger para enfrentar el perfil epidemiológico de esa población. De tal manera, si yo voy y hago la justa reclamación y digo “esta es una situación ilegal, creo que usted me debe pagar intereses de mora”, listo le pagan los intereses pero después no hay ni un paciente para usted. Con esa amenaza lo pueden sacar del mercado, lo eliminan, lo sacan definitivamente de la prestación de los servicios.

Las glosas, es un término que es fatal para nosotros en las IPS. Una glosa es una discrepancia en una cuenta y éste es el resultado de algunos de los estudios que hacemos en la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales. La glosa, hoy está representando más o menos veintidós por ciento de la facturación, es decir, de cien pesos que usted facture, veintidós se los están devolviendo glosados. Eso es lo que se llama la “glosa inicial”, después de todas esas vueltas que usted da en el vía crucis de la factura; al final, el porcentaje real de glosa es uno por ciento. O sea, en el porcentaje final ha habido veintiuno por ciento que simplemente ha sido un mecanismo dilatorio para demorar los pagos.

En Colombia el 611 no es el número de emergencias, es el número de motivos que hay en el país para glosarle una cuenta a una IPS; además, cada una de las entidades pagadoras

**En Colombia el 611 no es el número de emergencias, es el número de motivos que hay en el país para glosarle una cuenta a una IPS; No hay uniformidad, inclusive en cada una de sus propias regionales.**

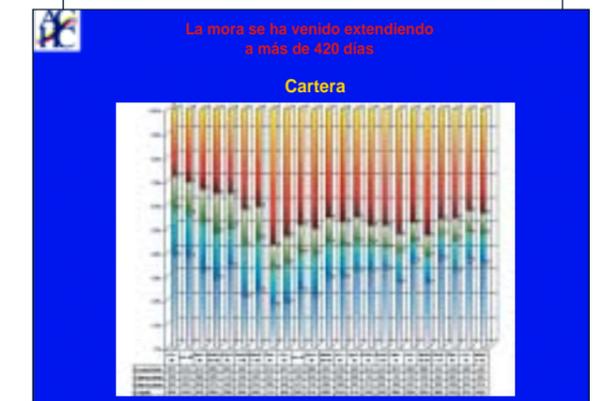
**Los pagadores –EPS-, siguen teniendo esta tendencia, ésta es una fotografía de una tendencia, de una estrategia. Es una estrategia, esto se ha convertido en una cuestión de represamiento financiero para que otras personas hagan rendimientos y esto va en contra de los presupuestos de los hospitales públicos y de las clínicas privadas de nuestro país.**

tiene motivos diferentes para ello, no hay uniformidad, inclusive en cada una de sus propias regionales. Entonces, es como en esos juegos de video, recordemos como en nuestra infancia, en nuestra juventud, cuando usted iba aprendiendo el juego, usted subía una generación, un nivel de complejidad. Como en el Pacman que era el que yo jugaba, subía a la segunda, la tercera, la cuarta y cada vez era más rápido. Es lo mismo, le van cambiando las condiciones a medida que uno se va volviendo más experto para evitar que le glosen las cuentas y después, dicen “es que las IPS no saben facturar”. Ocurre que uno no puede adivinar cómo van a ser las condiciones el día de mañana en la condición de las glosas.

Al final, ¿esto qué significa? (gráfico 11). Ahí entra una serie de barras, se expresa en esto. Tampoco quiero que entiendan las cifras, cada una de las barras que ustedes ven acá es un estudio trimestral que hacemos de la cartera de las IPS desde hace varios años. La descomposición vertical por colores les muestra a ustedes los porcentajes de las carteras de los hospitales; en 1997 y 1998 estaba alrededor de treinta por ciento, eso es de cada cien pesos, de cada cien dólares treinta dólares estaban considerados como cartera francamente vencida. Es decir, se la debían a uno desde hacía más de noventa días,

mire como fue creciendo y creciendo hasta llegar al “boom” de la deuda los años 1998 y 1999 y ahí se quedó el promedio.

Gráfico N° 11



A pesar de todo lo que sabemos manejar la facturación, el manejo que hemos tenido con sistemas de información y todas las modernizaciones gerenciales que hemos tenido, los pagadores –EPS- siguen teniendo esta tendencia, ésta es una fotografía de una tendencia, de una estrategia, esto no es accidental. Esto se ha convertido en una cuestión de represamiento financiero para que otras personas hagan rendimientos y esto va en contra de los presupuestos de los hospitales públicos y de las clínicas privadas de nuestro país.

¿Cuál es la cifra de cartera? No sé si a ustedes les parecerá despreciable, haciendo la proyección partiendo de nuestras clínicas afiliadas y de toda la red hospitalaria del país les estoy hablando de uno punto cinco billones de pesos. Esos son más o menos 500 millones de dólares, les aseguro que para muchos de sus países puede ser un porcentaje importante del PIB, dentro de nuestro país es un punto del PIB.

Quinientos millones de dólares están ahí, represados en la cartera de todos nuestros hospitales y clínicas colombianas, esa plata existe,

*¿Cuál es la cifra de cartera? No sé si a ustedes les parecerá despreciable, haciendo la proyección partiendo de nuestras clínicas afiliadas y de toda la red hospitalaria del país les estoy hablando de uno punto cinco billones de pesos. Esos son más o menos 500 millones de dólares, les aseguro que para muchos de sus países puede ser un porcentaje importante del PIB, dentro de nuestro país es un punto del PIB.*

no es dinero virtual. Esa plata ya se generó, ya la contribuyeron, ya la cotizaron los ciudadanos y el FOSYGA ya la puso. ¿Dónde está la plata? Bueno de ese dinero, la mitad, cincuenta por ciento -no solamente es grave la cifra sino la antigüedad de la cartera-, el cincuenta por ciento de la cartera está por encima de noventa días. Recuerden, no hay intereses de mora, vayan sacando ustedes conclusiones.

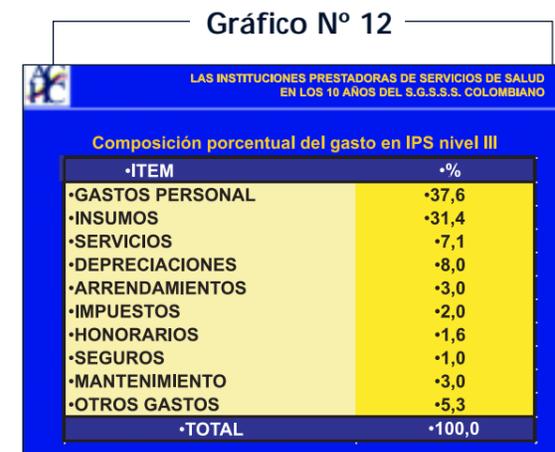
Las IPS han hecho esfuerzos sobrehumanos para contener la cartera dentro de las paredes hospitalarias; se ha tratado de renegociar los contratos, se ha acudido a leyes de salvamento económico como la Ley 550, todas están endeudadas con el sector financiero, todas han acudido a los bancos; todas las IPS de este país han perdido los descuentos por pronto pago pues ¿cuál pronto pago? Si a nosotros no nos pagan oportunamente no podemos efectuar ningún pronto pago.

En consecuencia, cedemos nuestra capacidad de negociación, la hemos ido perdiendo para tratar de contener las deudas dentro de nuestras barreras, no hemos sido capaces y hoy tenemos que decir que de cada peso que le den a un

hospital o a una clínica en Colombia más o menos entre quince y veinte centavos se los están proyectando a sus proveedores, tanto de insumos, de medicamentos, de tecnología, como a nuestro abnegado recurso humano. Por eso el Doctor Stevenson Marulanda ayer hablaba de hospitales que se demoran cinco, seis meses para pagar la nómina. Eso está pasando, para tratar de contenerlo dentro de nuestro sector, hemos tenido que acudir a todo ese tipo de cosas. El gobierno conoce esta situación ampliamente y no ha tomado los correctivos, o bueno, sí, aparentemente ha tomado los correctivos, ha expedido una episódica compulsiva normatividad regulatoria, pero no tiene capacidad de vigilancia y control y, me anticipo a una de las grandes conclusiones. No se metan en un sistema de éstos si primero no tienen dos cosas: un sistema de información amplio y un sistema de vigilancia y control temible, una superintendencia de salud que sea temible al estilo de la superintendencia bancaria la que, rápidamente, cuando ve un problema en el margen de solvencia interviene la entidad por que eso es algo preventivo; frente a la prestación de esos servicios a la comunidad eso no está pasando en nuestro país.

***El gobierno conoce esta situación ampliamente y no ha tomado los correctivos, no tiene capacidad de vigilancia y control. No se metan en un Sistema de éstos si primero no tienen dos cosas: un sistema de información amplio y un sistema de vigilancia y control temible, una superintendencia de salud que sea temible al estilo de la superintendencia bancaria que rápidamente ven un problema.***

No me voy a detener acá sino para decirles lo siguiente. Esta es la radiografía de la composición porcentual promedio de un hospital de tercer nivel de atención en Colombia (gráfico 12).



¿Dónde le ven ustedes algún porcentaje a la actualización de la tecnología o a la renovación tecnológica o de equipos? No estamos haciéndolo hoy en día, el país se va a condenar a una desactualización tecnológica si rápidamente este problema, que aparentemente es una queja de las IPS, una queja así, banal, no se resuelve rápidamente. Hay que resolverlo porque ustedes lo saben, en el sector nuestro, la medicina es altamente dependiente de los avances de la tecnología, de la tecnología de punta. Nosotros que somos un país exportador de servicios de salud tenemos que resolver rápidamente este problema o sino vamos a quedarnos rezagados.

Este, paradójicamente, es un recorte de un periódico colombiano que decía, "Buenas noticias para el sector. EPS abre nueva clínica". Esas no son buenas noticias para el sector ese es un problema muy serio. Otras de las condiciones fundamentales en una reforma o en un sistema de seguridad social es el purismo en los papeles de cada uno de los actores, el prestador es experto en prestar servicios, en hacer cirugías, en hacer intervenciones; el asegurador en

manejar, administrar y gestionar un riesgo; el gobierno en hacer unas políticas y en la vigilancia y control en cabeza de una entidad llamada Superintendencia Nacional de Salud.

En Colombia les están permitiendo a esas EPS, que a pesar de tener todas esas ventajas en las relaciones individuales, cuando no logran arrodillar a las clínicas y hospitales hasta el punto que ellos quieren, especialmente en el nivel tarifario, entonces dicen "como no soy capaz de negociar entonces compro una clínica o la construyo". Eso es lo que está pasando, esta clínica está ubicada en el sitio de mayor densidad de camas hospitalarias del país, la ciudad de Medellín, donde en un área de dos kilómetros a la redonda tiene la infraestructura tal vez más desarrollada de América Latina: los hospitales Pablo Tobón Uribe, el San Vicente Paúl, el General de Medellín, y las clínicas Soma y Medellín, todas las grandes entidades hospitalarias de este país, donde se hacen los transplantes, donde hay un movimiento científico enorme, están ahí.

Esas entidades que les acabo de mencionar tienen un índice ocupacional con un promedio de 40%, es decir, no están saturadas y sin embargo, le introducen esta entidad con doscientos o trescientas camas nuevas que entren en un ámbito donde no hay necesidad. ¿Qué significa? Que alguien va a perder y ¿quién es el que va a perder? El país, es el costo social para todo el desarrollo del país.

La integración vertical está abierta en el país, eso rápidamente hay que controlarlo, evitarlo, porque afecta el derecho a la libre escogencia. Ustedes se imaginan ¿Qué pasa al interior? No crean que esas entidades abren clínicas por un altruismo y ganas de aportar al sector. Es por que necesitan controlar y hacer listas de espera que no sean visibles, es como decir, vengan traemos la cola aquí adentro para que no se vea, esas puertas de entrada son para conocer los expedientes de los

**No nos están permitiendo hacer la competencia por calidad en la que nosotros estamos capacitados. La competencia se está dando por precio, el que baja el precio es el elegido.**

pacientes, es para conocer y manejar aún más el riesgo que ellos tienen, no es para hacer las mejores prestaciones de servicios.

Por consiguiente, la libertad de escogencia no se puede dar cuando usted, en una EPS, tiene diez clínicas que son iguales, todas prestando los mismos servicios o el mismo modelo de servicios. A usted deberían darle el pluralismo para que entre y escoja en el mercado y así sea como se haga la competencia entre las EPS.

Acerca del tema de la calidad, siempre he dicho que es un comodín de los que están a favor y de los que están en contra de cualquier tipo de reforma. Siempre hablan del tema de la calidad y hoy en Colombia no se está dando. No nos están permitiendo hacer la competencia por calidad en la que nosotros estamos capacitados. La competencia se está dando por precio, el que baja el precio es el elegido.

Todo esto, para ir terminando. Lo nuevo no es que solamente hay integración vertical, ahora ya hay integración horizontal. Esas grandes EPS, como el mercado está caído, no tienen para donde crecer, lo que han hecho es comprar otras EPS e imponer sus modelos. Hacen integración horizontal con otras EPS. Entonces hacen la prestación del servicio, el aseguramiento y ahora, han pasado al modelo también de enseñanza médica. En este momento ya hay EPS que están abriendo su propia escuela de medicina para formar desde bien temprano esos médicos en el modelo que ellos necesitan. Además, están incursionando en el mercado de los insumos y los

medicamentos; van a tener su propia marca de medicamentos. ¿Hacia dónde vamos y dónde está el Estado? ¿Cuál es la calidad que se le va a garantizar a esos usuarios?

En la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales estamos haciendo este estudio desde hace tiempo y sufrimos a veces armando todas estas cositas, todas estas piezas del rompecabezas; el diagnóstico final, la conclusión para nosotros es que en Colombia existe una enfermedad de los mercados que se llama "abuso de posición dominante" por parte de la demanda de los servicios de salud, es decir por parte de los compradores.

Hace falta entonces, en los países que vayan a incursionar en estas aventuras, tener rápidamente un estatuto antimonopolio que pueda evitar estas enfermedades y todas estas cosas que son la cara oculta o la cara fea del mercado. Si hay competencia hay una cantidad de cosas, pero las enfermedades van resultando cuando los diferentes jugadores van tomando y desarrollando su dinámica y no hay un gobierno que los controle, así llegan a esto del abuso de posición dominante.

Si no se produce una ley antimonopolio el sistema va a quedar en manos de las EPS. Las clínicas y hospitales de Colombia vamos a quedar todos, en cada una de nuestras puertas, con un aviso que dice "propiedad de la EPS tal".

Quiero pasar al final para hacer una reivindicación de los hospitales públicos. Los hospitales públicos

**En Colombia existe una competencia que se llama "abuso de posición dominante" por parte de la demanda de los servicios de salud, es decir por parte de los compradores.**

se han defendido muchísimo en la reforma colombiana, han tenido un movimiento enorme hacia la empresarialización y ustedes, los mejores gerentes de entidades de salud de este país son los gerentes públicos, gente inteligente, formada, gente de escuela a pesar de que sean médicos y de que yo soy médico, lo digo así porque parece que al recurso humano médico lo subestimarán en esa cuestión. No, es que son médicos le dicen a uno, no es gente bien formada en finanzas, en economía, en economía de la salud.

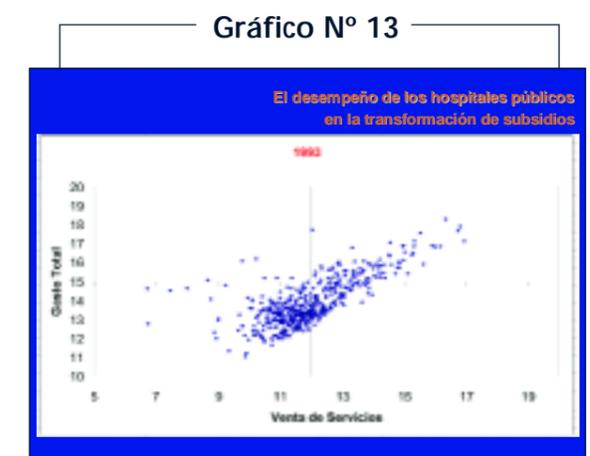
Quería mostrarles que los problemas serios del sector privado, con todas esas carteras tan enormes, también están sucediendo en el sector público. Están manejando unos niveles de cartera de mora enormes, que hacen que no puedan tener la eficiencia que algunos piden. Yo si quiero preguntarles y se lo preguntaba a Juan Luis Londoño en alguna oportunidad, ¿dígame cuál es la herramienta gerencial que le permite a usted manejar de manera eficiente una cartera de cinco millones de dólares, en un hospital? No la conozco, creo que no la han inventado los magos de la administración moderna, eso no existe.

La eficiencia hospitalaria se mide no solamente dentro de las barreras del hospital sino dentro de los límites del mercado, tiene que haber muchos movimientos del Estado, de los compradores, de los aseguradores que le permitan a usted ser eficiente o no. No se puede medir sólo como una fábrica de zapatos, ésta es ineficiente, ésta es eficiente. No, hay que medirlo en el contexto social.

Les voy a mostrar a ustedes para terminar unos gráficos extractados de un estudio que estoy terminando sobre seiscientos setenta y dos hospitales públicos en Colombia (gráficos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). En el extremo inferior izquierdo de los gráficos estaría un hospital -para hablar del autosostenimiento que es uno de los sueños de la Ley 100-, que no vende nada y por

lo tanto no puede pagar nada de su mantenimiento con la venta de servicios, es decir, es cero por ciento autosostenible. En el extremo superior derecho estaría el hospital que todo lo vende, es decir que tiene una gran venta de servicios y con esos resultados es capaz de ser totalmente autosostenible, es decir, 100% autosostenible.

El gráfico correspondiente al año 1993 muestra cómo antes de la reforma la mayoría de los hospitales vendían muy poco y por lo tanto, eran poco auto sostenibles; los siguientes gráficos corresponden a los años 94, 95, 96, 97, 98 y 99.



¿Será que no han hecho esfuerzos los hospitales públicos colombianos para ser auto sostenibles? Por supuesto ese esfuerzo lo han hecho a pesar de esas condiciones tan difíciles del mercado. ¿Qué tal si a nosotros nos pagaran? ¿Qué tal que a nosotros no nos contrataran por capitación? ¿Qué tal que nos contrataran libremente, por evento? ¿Qué tal que las tarifas fueran buenas? ¿Qué tal que el gobierno nos defendiera? -por qué es que los débiles en los sistemas de seguridad social son dos: los usuarios y los hospitales- ¿Qué tal que el gobierno tuviera una función de supervigilancia sobre nosotros los hospitales? Los hospitales serían exitosos y se podría cumplir con ese sueño de la eficiencia.

*¿Qué tal si a nosotros nos pagaran? ¿Qué tal que a nosotros no nos contrataran por capitación? ¿Qué tal que nos contrataran libremente, por evento?, ¿Qué tal que las tarifas fueran buenas?, ¿Qué tal que el gobierno nos defendiera?, ¿Por qué es que los débiles en los sistemas de seguridad social son dos, los usuarios y los hospitales?, ¿Qué tal que el gobierno tuviera una función de supervigilancia sobre nosotros los hospitales? Los hospitales serian exitosos y se podría cumplir con ese sueño de la eficiencia.*

Ahora, lo que decía de la anterior era: que lástima que no esté la gente del Ministerio de Salud de Colombia, porque todo lo que quieren y entienden de la reestructuración hospitalaria es el camino, claro la reestructuración hospitalaria es recortar los gastos de los hospitales a expensas de la nómina y... ¿quién está reestructurando los ingresos? ¿Quién está reestructurando el mercado? ¿Quién está ayudando a que nos paguen oportunamente? Nadie.

En consecuencia, eso no puede ser. La reestructuración real es la reestructuración del mercado. No solamente de la eficiencia micro del hospital.

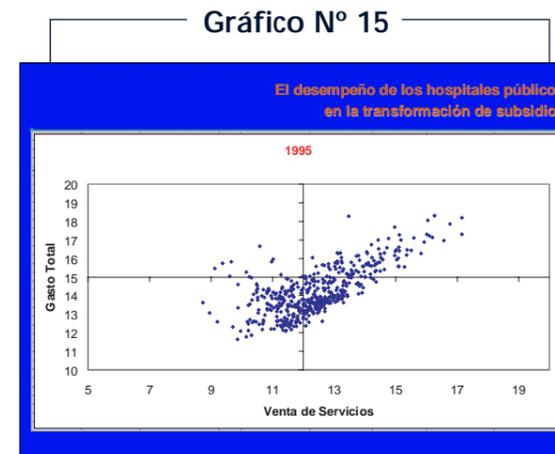
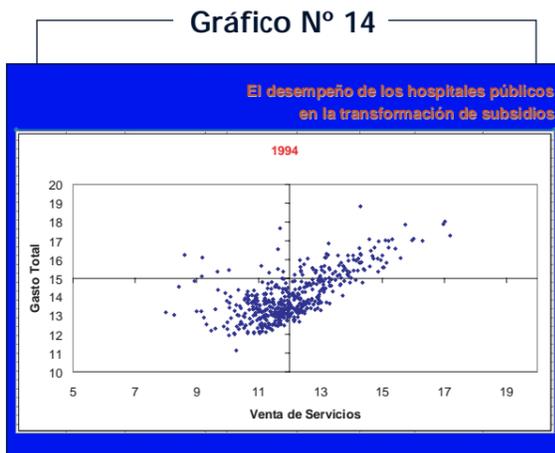
Mis conclusiones, los hospitales y las clínicas en Colombia son verdaderas empresas, la reforma les ha servido para hacer un gran movimiento de empresarialización, de tecnificación y siguen

**Los hospitales y las clínicas en Colombia son verdaderas empresas, la reforma les ha servido para hacer un gran movimiento de empresarialización, de tecnificación y siguen prestando servicios de excelente calidad.**

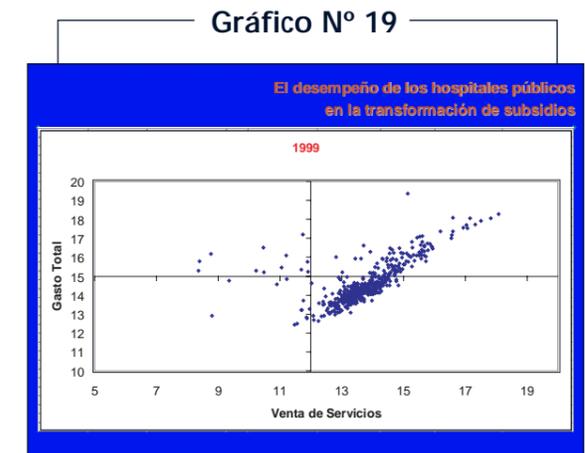
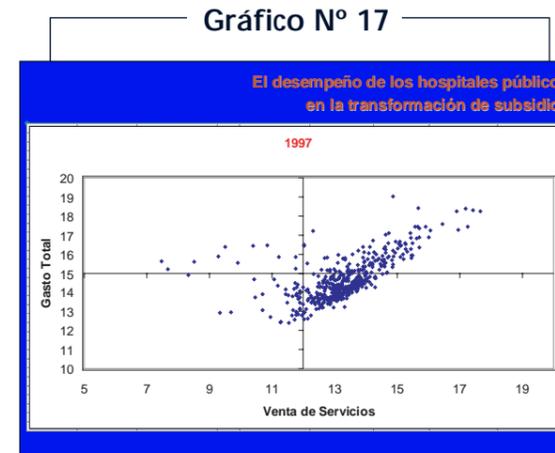
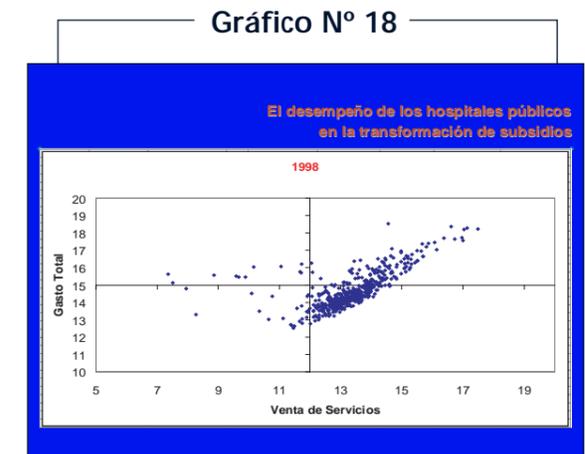
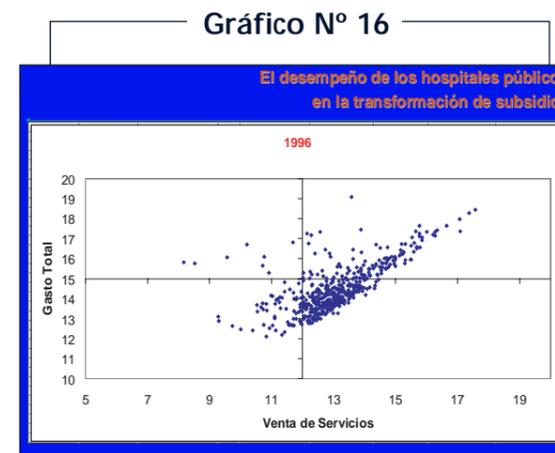
prestando servicios de excelente calidad. Yo fui uno de los primeros que hizo una gran encuesta cuando era el Ombudsman, el Defensor del Pueblo para la Salud, todas esas cifras de calidad y la satisfacción que tienen los usuarios se están dando a expensas del buen tratamiento de los Médicos y el buen comportamiento de las IPS.

Los objetivos de la reforma se han visto obstaculizados por esto que les he mencionado, las debilidades normativas y una rectoría supremamente débil, no se cuenta con un sistema de información adecuado, las IPS enfrentan graves problemas en las relaciones micro en los aspectos de contratación, facturación, pagos de carteras morosas y glosas que impiden el oportuno ingreso de recursos. La dirección del sistema ha permitido la integración vertical en lugar de propiciar la separación de funciones correspondiente al modelo denominado de pluralismo estructurado, y esa es una situación que hay que acabar rápidamente. Si la reestructuración de los hospitales públicos se queda al interior de éstos, desconociendo las condiciones del entorno, las

*Los objetivos de la reforma se han visto obstaculizados por las debilidades normativas y por una rectoría supremamente débil. Las IPS enfrentan graves problemas en las relaciones micro en los aspectos de contratación, facturación, pagos de carteras morosas y glosas que impiden el oportuno ingreso de recursos. La dirección del sistema ha permitido la integración vertical. Si todo se queda al interior de los hospitales públicos, la reforma nuevamente va a fracasar.*



relaciones del mercado, la reestructuración nuevamente va a fracasar.



## Las Defensorías del Pueblo como instrumento de vigilancia y control

**DARÍO MEJÍA VILLEGAS, MD, MSc.**

*Secretario General y Delegado para Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo de Colombia, Defensor Delegado*



*El Defensor del Pueblo es un apoderado virtual de la comunidad, un intérprete del derecho de la participación ciudadana.*

es un elemento aglutinante muy importante para efectos de cualquier integración y, dentro de esos derechos humanos que corresponde promocionar, defender y realizar, conseguir su cumplimiento es el objetivo primordial. Las Defensorías del Pueblo tienen distintos nombres en las diferentes partes del mundo: en México se llama Comisión de Derechos Humanos, en Costa Rica se conoce como Defensoría de los Habitantes, para nuestros países Defensoría del Pueblo, Portugal la llama Proveduría de Justicia y el nombre original, que es sueco como la institución el "Ombudsman" o Defensor.

Las Defensorías del Pueblo protegen los derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales. Para este efecto les corresponde buscar, como fórmula de control, el cumplimiento estricto de la legislación interna. En ese sentido, pero sobre todo en los Tratados Internacionales que se incorporan a la legislación interna, lo que se llama "el bloque de constitucionalidad", se ha ampliado el espectro de los derechos humanos y específicamente, el

La exposición, como pueden ver, trata sobre el papel de la Defensoría del Pueblo en un proceso de integración, en especial acerca del tema que nos atañe, la protección del derecho a la salud.

La justificación de la intervención o participación de las Defensorías del Pueblo nace de la función defensorial, cuyo cometido es la protección general de los derechos humanos, por naturaleza universales. Este ya

*A las defensorías les corresponde buscar, como fórmula de control, el cumplimiento estricto de la legislación interna.*

derecho a la salud como línea de cumplimiento de los estados.

El Defensor del Pueblo u *Ombudsman*, es un apoderado virtual de la comunidad, un vehículo e intérprete del derecho fundamental de participación ciudadana que se ejerce a través suyo.

Los derechos humanos son, entonces, el factor común y prevalente de una integración, de una globalización. Ese elemento común, tratándose justamente de instituciones comunitarias, es muy importante y prevalente para todo proceso de integración o globalización porque, previamente a la atención que se deba prestar a los procesos y a los bienes económicos, se tiene que mirar al ser humano; históricamente primero ha venido la Declaración de los Derechos Humanos, posteriormente vendrán y se implementarán las que corresponden a bienes y tráfico mercantil.

Como antecedentes importantes de participación de la Defensoría del Pueblo en la integración, tenemos el caso del *Ombudsman*. En este momento la Unión Europea, realidad palpable y turgente, tiene dentro de su componente de justicia y articulación de controles una de las garantías para que exista y funcione, el *Ombudsman*. Existe esta figura y nosotros estamos avanzando como Defensores locales, como Defensores Andinos y Latinoamericanos. En este momento ya hay

*Históricamente, primero fue Declaración de los Derechos Humanos, posteriormente vendrán y se implementarán las que corresponden a bienes y tráfico mercantil.*

*El ILO señaló dentro de los objetivos prioritarios de esta nueva figura o institución, la protección del derecho a la salud, dada su dramática relación con la supervivencia humana y porque, en la mayoría de los países consultados, esa vulneración al derecho a la salud ocupa el primer o segundo lugar.*

acuerdos y convenios entre las Defensorías del Pueblo del Pacto Andino e incluso de otros países latinoamericanos, lo cual empieza a darnos ese toque de lo extra territorial, permitiendo justamente que vayan cayendo las fronteras para ir trabajando por agrupaciones.

Las Defensorías, de manera conjunta, han trabajado sobre temas como los problemas de fronteras, desplazados, detenidos y, obviamente, se empieza a perfilar el tema de la salud, especialmente en relación con la salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el tema de los medicamentos.

Ya se habla del *Ombudsman* Andino. Al respecto, hace cuatro semanas se reunió en Bogotá, el Instituto Latinoamericano del *Ombudsman* (ILO) y una de sus conclusiones y recomendaciones fue empezar a estudiar e implementar la figura del *Ombudsman* Andino. Así como existe el *Ombudsman* Europeo tendremos el Defensor Andino.

El ILO señaló dentro de los objetivos prioritarios de esta nueva figura o institución, la protección del derecho a la salud, dada su dramática relación con la supervivencia humana y porque, en la mayoría de los países consultados, esa vulneración al derecho a la salud ocupa el primer o segundo lugar. Colombia por ejemplo, tiene el

más alto índice de vulneraciones al Derecho Internacional Humanitario como consecuencia de su conflicto armado y tiene muy cerca, en segundo lugar, las vulneraciones y violaciones que se cometen asociadas al derecho a la salud, medido justamente por el número de quejas que llegan a la Defensoría del Pueblo.

Existen proyectos especiales donde participan las Defensorías del Pueblo Andinas y Latinoamericanas, porque por ejemplo, aquí están incluidos países como Panamá que afortunadamente se niegan a romper esos vínculos históricos y de sangre con Colombia. Entre estos proyectos figura el que actualmente se adelanta con la UNESCO para definir indicadores comunes y resalto la palabra, para hacerle seguimiento a políticas y acciones públicas en materia de salud y educación, dirigidas de manera especial a grupos vulnerables como son los afrodescendientes, grupos étnicos, indígenas, mujeres cabeza de familia y discapacitados, entre otros.

Otro elemento común de integración y aglutinación en estos propósitos, es el que ha surgido de la unificación e implantación de la Encuesta de Salud que ha sacado la Defensoría del Pueblo de Colombia, desafortunadamente limitada a los asegurados. Esta evaluación que se hizo del sistema de salud quieren adoptarla, a

***Estos dos proyectos, estas dos ilusiones que ojalá se concreten, están moldeadas o enmarcadas por las características de los derechos económicos, sociales y culturales, uno de los cuales es la salud, que también tiene la característica de derecho fundamental por su conexidad directa con la vida***

través de sus Defensorías del Pueblo, países como Perú, Ecuador, Panamá, Venezuela y Bolivia.

He conversado con el Doctor Walter Albán y con la doctora Ana María Campero en Bolivia, en fin, con diferentes Defensores del Pueblo y están interesados en que esta encuesta se estandarice y aplique, tanto a asegurados como a no asegurados al sistema de salud con un rasero mínimo, los mínimos o indicadores básicos universales en materia del derecho humano a la salud.

Estos dos proyectos, estas dos ilusiones que ojalá se concreten, están moldeadas o enmarcadas por las características de los derechos económicos, sociales y culturales, uno de los cuales es la salud, que también tiene la característica de derecho fundamental por su conexidad directa con la vida. Deben tener en cuenta la exigibilidad, en el sentido de que la salud debe de ser un derecho concreto, un derecho definido y reglado, siempre y cuando se pueda comprobar o demostrar su contrapartida económica. Esta es una limitación que tienen los derechos económicos, sociales y culturales, pues están sometidos a reglamentación de la contrapartida económica.

Se busca igualmente dar cumplimiento al principio de la justiciabilidad, es decir que el derecho a la salud no quede al arbitrio o buena voluntad del gobernante sino que, si las conminaciones o admoniciones que se llegaren a hacer no son cumplidas ni atendidas, haya la posibilidad de incohar las acciones judiciales correspondientes, como lo hace la Defensoría del Pueblo en Colombia.

En ese orden de ideas, las acciones populares o acciones de grupo en materia de salud deben tener en cuenta el principio de la progresividad, indicador de que los logros y alcances no

pueden ser reversibles, salvo que se demuestre fuerza mayor económica; debe haber maximización en la utilización de los recursos como lo especifica el Artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esa maximización, supone eficiencia; por esta razón, las Defensorías, hoy en día, juzgan la eficiencia del Estado para dar cumplimiento a su deber en materia del derecho a la salud teniendo en cuenta algo muy importante, la inmediatez, dada la relación directa que tiene este derecho con la vida y con lo irreparable de los perjuicios que se causen aquí, en materia de vida y salud, de integridad personal. Hay daños que son irreparables a diferencia de lo que ocurre otros de nuestros derechos.

El elemento unificador de la encuesta, se basa en el Apartado Primero del Artículo Doce del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo de San Salvador, suscrito por todos los países aquí representados y, obviamente, por otros más, pero que casi todos desconocemos. Por esa razón, cuando sacamos la Encuesta de Salud en Colombia, se hablaba de la violación al principio de la libre escogencia que vamos a ver mas adelante.

Al respecto, hubo gente extrañada preguntando dónde estaba consagrada la libre escogencia, pues está consagrada de manera muy escondida en el artículo 153 de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, además obedece a un instrumento internacional que nos obliga a honrar con el cumplimiento. A su vez, nos basamos en la Observación 14 del año 2000, fórmula interpretativa justamente del Convenio sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la agenda del nuevo Relator Especial para Salud. En la encuesta se tomaron los focos de inconformidad y de vulneración cotejándolos con los principios básicos o

mínimos del derecho a la salud, y de allí salieron los elementos que dieron pie a la encuesta.

Los principios básicos del derecho a la Salud, de acuerdo con estos instrumentos internacionales, que nos obligan a nivel constitucional, es lo que la Corte Constitucional ha llamado el “Bloque Constitucional”, integrado por los Acuerdos e Instrumentos Internacionales. Esos principios básicos del derecho a la salud, comunes a los países que hemos suscrito los Acuerdos, son irresistibles en su cumplimiento para todos y específicamente son:

1. Principio de la disponibilidad, de donde viene justamente la libre escogencia o la disponibilidad que debe haber en los establecimientos de bienes y servicios de salud suficientes. Dentro de esa suficiencia debe haber una posibilidad o pluralidad de posibilidades de escogencia; en Colombia, este principio incorporado en la Ley se vendió con el argumento de la racionalidad del usuario. Si el usuario es racional debe escoger lo que más le convenga, donde mejor lo atiendan; además, obviamente, ese principio y esa regla tienen sus excepciones, pero es un principio de Bloque Constitucional para nuestros países.
2. Principio de la accesibilidad a la información, económica o asequibilidad -como se debe decir-, accesibilidad física o geográfica para el usuario. De estos puntos vale la pena resaltar la “no discriminación”, que es otro punto establecido en el principio de la accesibilidad.

La accesibilidad o derecho a la Información sí que es bien importante; hemos encontrado en Colombia, y es el juicio que ha hecho la Defensoría del Pueblo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que aunque es una ingeniosa fórmula de ingeniería financiera

aunque muy compleja, padece de dos problemas, le faltan dos muletas. No tiene un sistema de vigilancia y control adecuado para el reto y la complejidad de este sistema y no tiene un sistema único de información.

Permanentemente encontramos en el país sorpresas horribles, justamente porque no hay un sistema único de información y, sin eso, no se puede planear ni se puede hacer monitoreo al sistema, ni seguimiento a los ingentes recursos del torrente financiero que maneja éste en Colombia, los cuales no se miden por cuartas sino por puntos del Producto Interno Bruto, son 9 puntos del PIB.

Dentro de la accesibilidad están la ética médica, los principios de invulnerabilidad del concepto del médico tratante y el respeto cultural. Finalmente, la calidad con sus elementos de oportunidad y satisfacción.

Entre las variables del derecho a la salud está el acceso a la información, que debe asegurar al usuario el conocimiento de la red de prestadores, información sobre derechos, servicios y programas de promoción y prevención.

La encuesta en Colombia encontró que 65% de los encuestados no había recibido durante 10 años -jamás durante esos 10 años- el beneficio de un solo programa de promoción y prevención -como lo hemos comentado amablemente con la Doctora Nelsy Paredes de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral,

***La encuesta en Colombia encontró que 65% de los encuestados no había recibido durante 10 años -jamás durante esos 10 años- el beneficio de un solo programa de promoción y prevención.***

lo cual supone un ahorro irracional, ya que lo ahorrado en promoción y prevención brota más adelante como enfermedades catastróficas y de alto costo.

3.El principio de la libre escogencia, la selección, la oportunidad en el tiempo y algunos elementos especiales como la atención de urgencia, la entrega parcial o la negación de medicamentos, las autorizaciones y la satisfacción medida en el deseo de cambio de la entidad y la calificación general de la entidad.

Para finalizar, quiero simplemente recapitular, recordar que de esta encuesta y de este monitoreo que se va a hacer en Colombia, hemos tenido claridad en que hay dos fallas inmensas: falta de control, de seguimiento y falta de un sistema de información; aquí se habló ayer de falta de liderazgo y orientación del sistema, eso es lo que falta. La Defensoría del Pueblo en Colombia ya ha asumido las funciones de Superintendencia Nacional de Salud para garantizar estos derechos. Se ha

***El juicio que ha hecho la Defensoría del Pueblo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que es una ingeniosa fórmula de ingeniería financiera aunque muy compleja, padece de dos problemas, le faltan dos muletas. No tiene un sistema de vigilancia y control adecuado para el reto y la complejidad de este sistema y no tiene un sistema único de información.***

***Se ha hablado de haber permitido a los entes vigilados fijar sus propias reglas de juego y eso también tiene que ver con la Regulación del Sistema, se han entregado cientos de miles de millones de pesos a un libre juego y a que esos recursos vayan acompañados de la bendición, la mano invisible de Adam Smith; entonces, para nosotros es supremamente peligroso que no se corrijan este tipo de cosas.***

hablado de haber permitido a los entes vigilados fijar sus propias reglas de juego y eso también tiene que ver con la regulación del sistema, se han entregado cientos de miles de millones de pesos a un libre juego y a que esos recursos vayan acompañados de la bendición, la mano invisible de Adam Smith; entonces, para nosotros es supremamente peligroso que no se corrija este tipo de cosas, por lo siguiente, voy a decir dos palabritas y termino.

En Colombia se han presentado las siguientes aberraciones en el manejo financiero del

***Durante tres años se desviaron recursos por parte de los entes territoriales que deberían ir a la salud, de cien mil millones de pesos, algo como 30 o 33 millones de dólares, lo que llevó a que dejaran de incorporarse anualmente al Régimen Subsidiado, a las subvenciones de salud, 750 mil personas.***

sistema. Durante tres años se desviaron recursos, por parte de los entes territoriales, que deberían ir a la salud, de cien mil millones de pesos, algo como 30 o 33 millones de dólares, lo que llevó a que dejaran de incorporarse anualmente al Régimen Subsidiado, a las subvenciones de salud, 750 mil personas, algo así como la totalidad de la población de una ciudad del tamaño de San José de Costa Rica, que dejó de incorporarse anualmente al Régimen Subsidiado. Algo similar venía pasando con las loterías, recursos que son de destinación específica para la salud, pero que en esos mismos volúmenes se desviaban.

***31.15% de las personas que gozan de subsidio de salud no lo merecen, pero lo confiesan con un cinismo raro, cuando en medio de la tranquilidad de la respuesta a la encuesta, reconocen que a pesar de ser empleados o trabajadores independientes y de tener recursos para pagar su salud sin necesidad de subvención, lo utilizan, lo aprovechan, eso supone para el Estado colombiano, una pérdida de 600 mil millones de pesos al año.***

La Defensoría del Pueblo encontró un problema similar con las duplicaciones o duplicidades en el aseguramiento por cantidades equivalentes a esos volúmenes. Encontramos, y fíjense de qué estoy hablando -esto no le corresponde investigarlo al detalle a la Defensoría, pero lo está haciendo en subsidio o por defecto de la Superintendencia Nacional de Salud-, encontramos en esta encuesta que 31.15% de las personas que gozan de subsidio de salud no lo merecen, pero lo confiesan con un cinismo

raro, cuando en medio de la tranquilidad de la respuesta a la encuesta, reconocen que a pesar de ser empleados o trabajadores independientes y de tener recursos para pagar su salud sin necesidad de subvención, lo utilizan, lo aprovechan; eso supone para el Estado colombiano una pérdida de 600 mil millones de pesos al año, por ese sólo concepto, porque no

hay vigilancia, porque no hay control y porque no hay sistemas de información.

Quiero mostrar este ejemplo de las falencias que han ocurrido en Colombia, para que en la integración de sistemas de control que vamos a hacer, las Defensorías no permitamos que esto suceda en nuestros regímenes.

## Nuevo direccionamiento de la reforma del sector salud en Chile

**OSVALDO ARTAZA BARRIOS, MD**

*Ex Ministro de Salud de Chile*

Quiero compartirles lo que estamos viviendo en nuestro país, cuáles son nuestros esfuerzos, nuestras experiencias y nuestros sueños. Lo que más quisiera es poder transmitir a ustedes con mucha humildad, con mucho cariño, con la mayor generosidad posible, lo que hemos vivido. Es el mejor regalo que un pueblo hermano le puede hacer a otro pueblo hermano, contar su experiencia. Y creo que, hoy día, todos tenemos problemas comunes, por lo tanto -ya varios lo han dicho-, no hay recetas pero sí problemas comunes. Siendo así, nos podemos y nos debemos ayudar a buscar soluciones.

Chile tenía un Servicio Nacional de Salud construido a mediados del siglo XX y políticas públicas que fueron muy efectivas para enriquecer el tejido social y lograr los indicadores sociales que hoy día Chile tiene, con los recursos de que dispone. Además de toda una tradición de esfuerzo en el ámbito de las políticas sociales, Chile estaba y está orgulloso de su tradición democrática, la que perdimos por 17 años, en 1973.

*Estamos muy orgullosos de cómo ha disminuido la mortalidad infantil; en 2001 ha llegado a la cifra de 8.3 por mil nacidos vivos, pero “no estamos orgulloso de cómo esa cifra está descompuesta desde el punto de vista de equidad”*



La dictadura militar cambió para bien y para mal el rostro de nuestro país y en el contexto del cambio dramático que sufrió nuestro país en medio de la represión y la sangre, de nuestra política socioeconómica, la liberalización económica, la privatización de nuestras empresas, el fin de la reforma agraria, la emergencia de privatización en todas las áreas, la reducción del Estado, la entrega del sistema de pensiones a empresas privadas, es en este contexto en el que se da ese cambio tan radical para nuestra tradiciones. Aquí surge la reforma a la salud de los años 80.

Esta consistió básicamente en la creación de los seguros privados. En teoría debían ser agentes privados de administración del seguro social, un incentivo poderoso para que se desarrollara una infraestructura de prestadoras de servicios privados, que consistió en entregar a los municipios la atención primaria, en romper nuestro Servicio Nacional de Salud y

*Las personas que viven en las zonas pobres mueren más por cáncer y por enfermedades cardiovasculares, lo que confirma que no hay mayor enfermedad que ser pobre. Esto es lo que tenemos y estamos cambiando.*

descentralizarlo en 26 Servicios Territoriales Autónomos. Además, se hizo una fuerte desinversión al sistema público, debido en parte, al ciclo negativo económico de los años 80, lo que algunos han llamado la década perdida, pero también, para decirlo con franqueza, con la intención de debaritar el sistema público y generar todos los espacios posibles para el desarrollo del sistema privado.

Recuperamos la democracia logrando una concertación de partidos que antes estaban divididos, partidos que antes se miraban con desconfianza, descubriendo que si no hay coaliciones de mayoría, si no hay generosidad para unir la diversidad, no es posible en nuestros países consolidar la democracia.

De ese aprendizaje tan duro, tras la lucha por los derechos humanos, detrás de esa bandera, recuperamos la democracia. Y justamente por los derechos humanos, por los derechos del hombre, todos nos preguntamos ¿cómo esa misma lucha que dimos en los ámbitos políticos, de los derechos humanos, de los derechos políticos que recuperamos para los chilenos y chilenas, por qué no conseguimos también derechos en el ámbito social y económico para todos nuestro habitantes?

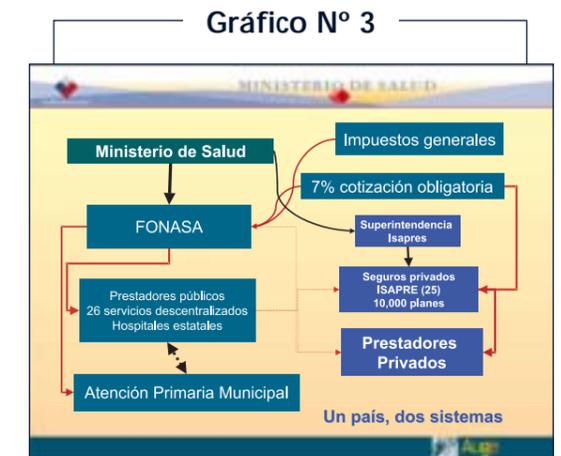
La pregunta fue, qué hacemos? Allí nos encontramos con una paradoja, teníamos paradigmas totalmente distintos y los voy a explicar a continuación. Al tener visiones tan

contrapuestas acerca de lo que se debía hacer en salud, tuvimos que concentrarnos en fortalecer el sector público e ir generando herramientas e instrumentos que nos pudieran posibilitar lo que hoy día estamos planteando.

Nuestro país ha cambiado la pirámide demográfica. Como muchos de nuestros países latinoamericanos, lo hemos vivido con celeridad, esto es, cómo ha cambiado nuestro perfil de enfermedad. Estamos muy orgullosos de como ha disminuido la mortalidad infantil, que en el año 2001 ha llegado a la cifra de 8.3 por mil nacidos vivos, pero así como decía el doctor Tejada, no estamos orgulloso de como esa cifra está descompuesta desde el punto de vista de equidad, porque tenemos una parte de Chile que tiene una tasa de mortalidad infantil de 2 por mil nacidos vivos y una parte de Chile que tiene 40 por mil nacidos vivos; las enfermedades diarreicas y otras han disminuido, pero no la mortalidad por cáncer, que nuestro Sistema no ha sido capaz de enfrentarla adecuadamente. La mortalidad por cáncer de próstata aumenta, cáncer de vesícula y vías biliares, mortalidad asociada a diabetes, en fin, podría mostrar muchas maneras de decir que así como fuimos exitosos para impactar algunos problemas, nuestro modelo no ha sido exitoso para enfrentar otros.

Tampoco ha sido exitoso para enfrentar el tema de equidad. Estas dos transparencias (gráficos 1 y 2) muestran algo que todos sabemos, como se mueren más por cáncer y por enfermedades cardiovasculares en las zonas pobres, lo que confirma que no hay mayor enfermedad que ser pobre. Esto es lo que teníamos o tenemos y estamos cambiando.

¿Qué nos dejó la dictadura? Nos dejaron un sistema dual, como dos líneas de ferrocarril, dos sistemas: uno para los ricos y otro para los pobres. Por una parte, en el lado izquierdo un



30% de las camas. Un tercio de los chilenos que está en las ISAPRES porque no quiere volver al sector público, porque quiere atención de mejor calidad, pero aunque no quieren volver están insatisfechos de la atención que reciben en las ISAPRES.

Por lo tanto tenemos 15 millones de chilenos y chilenas descontentos, unos por las dificultades de acceso y oportunidad que tienen en el sector público, otros por la desprotección financiera que obtienen en el sector privado.

En Chile, como ustedes saben, todas las personas que tienen un salario cotizan 7% de manera obligatoria a la Seguridad Social en Salud y ellas pueden escoger libremente dónde se ubican, en el Fondo Nacional de Salud -que es el que financia el sector público-, o en las

*Por lo tanto tenemos 15 millones de chilenos y chilenas descontentos, unos por las dificultades de acceso y oportunidad que tienen en el sector público, otros por la desprotección financiera que obtienen en el sector privado.*

*Las ISAPRES se han quedado con la población más sana, más joven y más rica del país, llegando hasta el extremo de que, hoy día, entre los casi 40 mil planes autorizados existentes –hechos a la medida de cada cual, a la medida del riesgo de cada uno y del bolsillo de cada cual-, se ha llegado al extremo de Instituciones de Salud Previsional vendiendo lo que hemos llamado en Chile, Planes sin Utero, en los que las mujeres han renunciado a ser madres para poder tener un plan de salud.*

ISAPRES. Además, el Estado a través de impuestos generales financia al Fondo Nacional de Salud para dar soporte financiero al sector público, por lo tanto, es un fondo de tipo solidario, que se hace cargo de igual forma para todos los que están, o porque decidieron libremente colocar allí su 7%, o porque son personas sin recursos, que no tienen otra opción diferente a estar en el sector público.

Mientras tanto, las personas que tienen un salario, que con su 7% les permite ir a las ISAPRES, lo que hacen es comprar su propio plan de salud individual a través de contratos a un año plazo. ¿Qué ha pasado? Lo ocurrido es que, como son contratos individuales, de corto plazo, han generado todos los incentivos para obtener el efecto de “descreme”, de selección adversa de riesgo.

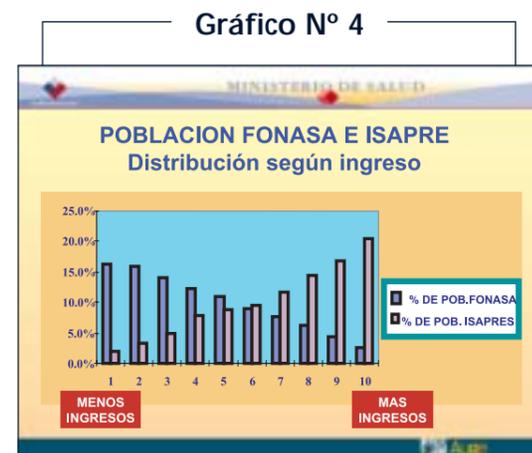
Por lo tanto, las ISAPRES se han quedado con la población más sana, más joven y más rica del país, llegando hasta el extremo de que, hoy día, entre los casi 40 mil planes autorizados existentes –hechos a la medida de cada cual, a la medida del riesgo de cada uno

*Lo que heredamos nosotros de la dictadura es lo peor del mundo privado y lo peor del mundo público.*

y del bolsillo de cada cual-, se ha llegado al extremo de Instituciones de Salud Previsional vendiendo lo que hemos llamado en Chile, Planes sin Utero, en los que las mujeres han renunciado a ser madres para poder tener un plan de salud.

¿Por qué ha sucedido esto? Porque se dejó crecer el mercado de la salud con un Estado extremadamente débil en su capacidad de definir políticas públicas y de regular su cumplimiento.

Aquí tienen ustedes la radiografía de quiénes están en cada sector. Cómo quienes tienen más ingresos están en las ISAPRES con sus contratos personales e individuales sin ningún efecto de solidaridad entre ellos (gráfico 4).



Eso es lo que quería transmitirles. Lo que heredamos nosotros de la dictadura es lo peor de los dos mundos, lo peor del mundo privado y lo peor del mundo público, los defectos de cada uno de esos sistemas (gráfico 5).



Así como no hay receta mágica, estimados amigos y amigas, no hay sistema perfecto. Por el lado del sector público, con la filosofía del comando y control y la asignación de recursos al sector a través de presupuestos históricos, nosotros teníamos todas las fallas propias de esa manera de conducir el sector y, por lo tanto, falta de adaptación a las necesidades de salud, a los cambios epidemiológicos, a las expectativas de nuestros usuarios. Fallas evidentes en la eficiencia del uso de los recursos y un correlato claro y sufrido por la población en las listas de espera, y por lo tanto la gran queja de millones de chilenos y chilenas, los más pobres de nuestro país, que

*Fallas evidentes en la eficiencia del uso de los recursos, y por lo tanto la gran queja de millones de chilenos y chilenas, que por ser pobres, además tienen que sufrir pobres servicios.*

*El sector privado asegurado paga según la demanda del tipo de servicio y por lo tanto, lo que tenemos es un espiral de costos en el que, mientras el país creció por una década a seis puntos, los costos en la salud privada tienen más de 12% de incremento al año.*

por ser pobres, además tienen que sufrir pobres servicios.

Por otro lado tenemos un sector con un sistema privado, regido por un mercado desregulado y seguros privados, en el cual las primas dan cubrimiento a los riesgos, los beneficios entregados a cada persona están individualmente asociados a la prima pagada. En él, el sector privado asegurado paga según la demanda del tipo de servicio y por lo tanto, lo que tenemos es un espiral de costos en el que, mientras el país creció por una década a seis puntos, los costos en la salud privada tienen más de 12% de incremento al año.

Esto se traduce, por efecto espejo en el sector público, en una espiral de costos, baja efectividad y desprotección financiera. ¿Por qué desprotección financiera? Todos los años a usted le llegaba una carta a su casa, diciendo “Señor, los costos han subido, por lo tanto, le subo el valor del plan o le mantengo el precio, pero le bajo sus beneficios. escoja usted.”

¿Cuál era el resultado práctico? En la medida en la que a la persona le incrementan los riesgos o envejece, es invitado gentilmente a irse al lugar de los pobres. Por lo tanto, el sector público termina subsidiándolo, haciéndose cargo de todos los riesgos sin haber compensación por ello.

***Todos nosotros tenemos el anhelo, el sueño y la utopía del acceso universal. Pero, es el acceso universal a la lista de espera lo que ofrecemos? Esa pregunta tenemos que responderla con sinceridad. En nuestros países ¿podemos ofrecerles todo a todos?***

En consecuencia, yo les quiero decir con toda honestidad que estábamos cargando con los males de lo que puede ser un sistema público mal diseñado y los males de lo que puede ser un sector privado mal diseñado. Una parte de las personas decía "me siento sin protección", mientras en el otro decían "no sé si voy a tener atención y si ésta va hacer oportuna".

En una y otra parte, las personas sentían que el derecho a la salud no podía ser ejercido en realidad y nosotros, que habíamos luchado por años por los derechos humanos, ¿cómo podríamos garantizar el derecho a la salud? Ustedes saben que en todas las constituciones figura el derecho a la salud, pero en la mayoría de nuestros países no pasa de ser un buen propósito, la expresión de un buen deseo. ¿De qué sirve un derecho si no puede ser ejercido? ¿Y es un derecho a qué? ¿A asistir al supermercado de la salud? ¿Es el derecho a colocarse en la lista de espera?.

***Podemos hacer esa oferta a nuestros conciudadanos, salud para todos. ¿Estamos en condiciones de ofrecer todo a todos o estamos generando expectativas que no vamos a poder cumplir y al no poder cumplirlas, no estamos dañando la democracia?***

Todos nosotros tenemos el anhelo, el sueño y la utopía del acceso universal. Pero, es el acceso universal a la lista de espera lo que ofrecemos? Esa pregunta tenemos que responderla con sinceridad. En nuestros países ¿podemos ofrecerles todo a todos?

Podemos hacer esa oferta a nuestros conciudadanos, salud para todos. ¿Estamos en condiciones de ofrecer todo a todos o estamos generando expectativas que no vamos a poder cumplir y al no poder cumplirlas, no estamos dañando la democracia? ¿Quitar confiabilidad a la clase política no es decir estos políticos mienten? Porque no es verdad que estén dando todo a todos, porque yo soy pobre y no me atienden, por que vivo lejos y no me atienden, porque soy de esta etnia o soy mujer y no me atienden, o me discriminan por ser anciano o por mi género o por mi opción sexual.

***¿Si no podemos ofrecer todo a todos, cuál es la opción ética, la opción moral que podemos ofrecer en nuestros países? Con rigurosidad, debemos definir qué es lo mejor que podemos ofrecer a todos, sin discriminación. Porque aquí, en este modelo que nosotros estábamos viviendo en Chile, estamos racionando todos los días.***

¿Si no podemos ofrecer todo a todos, cuál es la opción ética, la opción moral que podemos ofrecer en nuestros países? Con rigurosidad, debemos definir qué es lo mejor que podemos ofrecer a todos, sin discriminación. Porque aquí, en este modelo que nosotros estábamos viviendo en Chile, estamos racionando todos los días, si amigo, si amiga, estamos racionando todos los días.

***Aquí se habla mucho de la falla de gestión del sector público, pero poco se habla de las fallas de gestión del sector privado, espiral de costos, sin correlacionar los resultados del impacto de la salud de las poblaciones y la insatisfacción de la ciudadanía.***

En un lado racionando por el bolsillo y en el otro lado racionando por quién está más cerca de las grandes ciudades donde están los especialistas; por la edad de la persona, por el género de la persona, por que esa persona tenía influencias, conocidos o, por que tuvo la suerte de estar primero en la lista de espera.

Este es el resultado de un país con dos sistemas. Eso era lo que teníamos, inequidades, insuficiencias en las funciones esenciales de salud pública, fallas de gestión en el sector público y en el sector privado. Aquí se habla mucho de la falla de gestión del sector público, pero poco se habla de las fallas de gestión del sector privado, espiral de costos, sin correlacionar los resultados del impacto de la salud de las poblaciones y la insatisfacción de la ciudadanía.

***Plan de Salud Obligatorio (AUGE) de por vida sin discriminación de sexo y edad, debiendo funcionar con la lógica de la seguridad social, subordinada a las políticas públicas de salud, porque es el Estado y no el mercado quien define qué es lo que se hace en salud en Chile.***

Esto explica por qué el Presidente de la Republica, Ricardo Lagos, tomó la decisión el año pasado, de mandar un paquete legislativo a nuestro Parlamento, con el lema de que "la salud sea efectivamente un derecho en Chile" y no sea más una limosna para los pobres ni sea tampoco una mercancía.

No alcanzo a entrar en detalles sobre cada uno de los componentes del paquete legislativo, pero se trata, por una parte, de llevar a rango de Ley los derechos del paciente cuando es atendido en cualquier sistema de atención, público o privado; habrá igualdad de derechos, un plan de salud común y obligatorio para el sector ISAPRES y para el sector publico, de tal manera que se construya un piso de equidad (gráfico 6).



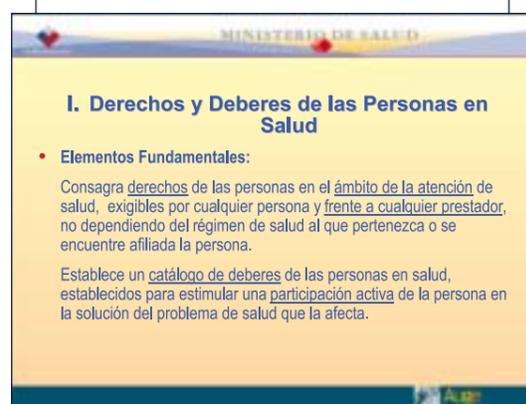
Este plan está construido con base en 80% de la carga enfermedad de chilenos y chilenas y va a ser obligatorio para el sector privado y para el sector público.

Además, se modifican el Ministerio de Salud y sus organismos anexos para lograr potenciar la capacidad rectora del Ministerio y mejorar la eficiencia del sistema público. Igualmente, modifica los seguros privados de las ISAPRES, de tal manera que deban actuar con lógica

*“ustedes saben que las reformas no son otra cosa que la construcción de consenso y negociación.”*

solidaria, dando el Plan de Salud Obligatorio (AUGE) de por vida sin discriminación de sexo y edad, debiendo funcionar con la lógica de la seguridad social, subordinada a las políticas públicas de salud, porque es el Estado y no el mercado quien define qué es lo que se hace en salud en Chile. (gráfico 7).

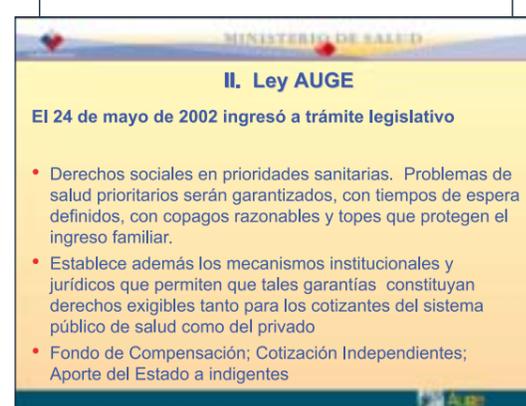
Gráfico N° 7



Finalmente, se aumenta el gasto fiscal en salud; ya se aprobó el financiamiento, desafortunadamente no como hubiéramos querido, por vía impuestos directos, lamentablemente lo que se aprobó fue el aumento de un punto al IVA, el impuesto al valor agregado. No era lo que hubiéramos querido, pero ustedes saben que las reformas no son otra cosa que la construcción de consenso y negociación.

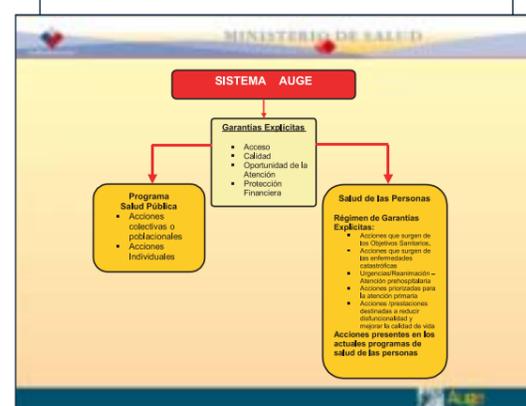
(Gráfico 8) Esto es el Plan de salud, que en el fondo es construir, con base en la priorización sanitaria, un cuerpo de derechos sociales que las personas en Chile, por Ley, puedan exigir. Esa es la forma que hemos encontrado para avanzar paso a paso, gradualmente, evolutivamente

Gráfico N° 8



hacia el acceso universal. Establece los mecanismos jurídicos institucionales para que las personas puedan exigir sus derechos y finalmente establece un fondo de compensación solidaria en el que hay aportes del Estado para apoyo a indigentes.

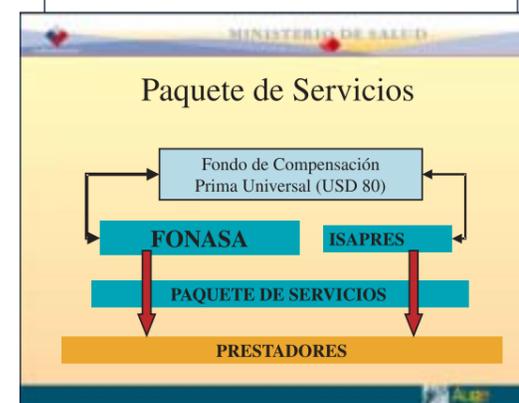
Gráfico N° 9



(Gráfico 9). Este es el Sistema que hemos llamado AUGE, porque va hacia el acceso universal a través de derechos, garantías que las personas puedan exigir, con un componente de salud pública y otro de salud de las personas, éste último es un paquete universal, común y obligatorio que tiene que ver el fondo público y las ISAPRES fijado por el Estado estableciendo

un Fondo de Compensación, de tal manera que se evite el descreme y la selección adversa que venían haciendo las ISAPRES (gráfico 10).

Gráfico N° 10



¿Qué significa esto? Si una ISAPRE expulsa una persona anciana, ese mismo sector (ISAPRE) debe compensar al seguro público porque éste es quien asume a su cargo la atención de esa persona. Por lo tanto, lo que nosotros hemos intentado hacer es producir modificaciones en el sector privado y en el sector público para que ambos trabajen con la misma lógica. La lógica de la seguridad social y la lógica de una sola política pública común para todo nuestro país.

En Chile había gente, la mitad de nosotros decía: lo que debemos hacer es desaparecer el sistema ISAPRE y volver a nuestro antiguo Servicio Nacional de Salud, mientras había otra mitad que opinaba: lo que debemos hacer es terminar bien lo que empezó a hacer la

*...acceso universal, sin generar expectativas falsas a la población. No queremos prometer acceso universal a las listas de espera.*

dictadura de Pinochet y desarrollar ISAPRES para todos privatizando los hospitales -por eso les decía al principio que en Chile estábamos partidos-. Al estar divididos cada uno quería imponerle su verdad al otro, por lo tanto, no tomábamos ninguna opción.

En consecuencia, para nuestro país lo que nos permitió avanzar, nos permitió dar los pasos que estamos dando, fue la opción de no estatizar ni privatizar, sino de centrarse en los objetivos, que eran poder impactar en la equidad y entregarles derechos a las personas sin distinción alguna, menos por distinciones injustas. Que lo que ordenara la política pública fuera la lógica sanitaria sobre qué era lo más importante, lo más urgente, lo mejor, lo crítico, lo esencial que pudiéramos dar a todos los chilenos.

Este plan de salud cada tres años va a ser revisado y se genera toda una institucionalidad para hacerlo, de tal manera que los derechos puedan irse incrementando cada vez, hasta llegar al acceso universal, sin generar expectativas falsas a la población. No queremos prometer acceso universal a las listas de espera.

*centrarse en los objetivos, que eran poder impactar en la equidad y entregarles derechos a las personas sin distinción alguna, menos por distinciones injustas. Que lo que ordenara la política pública fuera la lógica sanitaria sobre qué era lo más importante, lo más urgente, lo mejor, lo crítico, lo esencial que pudiéramos dar a todos los chilenos.*

*...la salud es un derecho, no es una limosna ni una mercancía y vamos a ir paso a paso.*

Eso es posible, seguimos pensando en Chile, y nuestro Presidente Ricardo Lagos, sigue

pensando que la salud es un derecho, no es una limosna ni una mercancía y vamos a ir paso a paso. Nuestra reforma no es revolucionaria, produce modificaciones en lo que tenemos. Es lo que podíamos hacer porque nuestra gente, nuestros pobres, no podían esperar a que quienes teníamos visiones polares pudiéramos terminar imponiendo “nuestra verdad” al otro.

## La nueva regulación de la seguridad social en Chile

**MANUEL INOSTROZA, MD**

*Superintendente de ISAPRES, Miembro del Directorio de la Comisión de Reformas*

**S**i bien podemos compartir en muchas de las reformas los objetivos y los buenos deseos, no necesariamente esto se logra cumplir y una de las carencias en herramientas de las que adolecen nuestras reformas son los instrumentos de regulación, tanto públicos como privados -sobre todo cuando hay participación en nuestros sistemas de salud del mercado-, para que, con estos instrumentos de regulación, los objetivos de políticas públicas de equidad y calidad se cumplan verdaderamente.

En primer lugar, sólo clarificar que en Chile hay objetivos de las reformas que son particulares por el contexto en el que vivimos. Comparto la idea que tenían universalmente todas las reformas, es decir todos los sistemas de salud; en general, todas las reformas buscan mejorar el desempeño de los sistemas de salud y tienen cinco objetivos universales -que no los menciono acá pues ya se ha hablado largamente sobre ellos- y tienen que ver con cómo elevar el nivel de salud de la población, cómo mejorar la calidad tanto técnica como percibida, mejorar la eficiencia, la calidad y finalmente, lograr la sostenibilidad financiera.

No me voy a referir a esos objetivos, que hoy día son universalmente compartidos y es importante



*...todas las reformas buscan mejorar el desempeño de los sistemas de salud y tienen cinco objetivos universales*

evaluarlos para ver si las reformas cumplen o no. Particularmente, en la realidad chilena, nos hemos planteado objetivos complementarios a nuestro contexto, fundamentalmente tienen que ver con estos cinco puntos:

1. Que seamos capaces de integrar sanitariamente el sector público con el privado, que hoy día, tal como lo explicó ayer Osvaldo

*... tienen que ver con cómo elevar el nivel de salud de la población, cómo mejorar la calidad tanto técnica como percibida, mejorar la eficiencia, la calidad y finalmente, lograr la sostenibilidad financiera.*

Artaza, anda por caminos totalmente distintos, donde la autoridad pública no necesariamente ejerce control sanitario de orientación de las políticas públicas del país sobre el sector privado.

2. La idea de fortalecer el empoderamiento ciudadano, haciendo que ellos puedan exigir las garantías explícitas sobre sus derechos en salud, complementariamente con otros derechos.
3. Ser capaces de mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud. Esto tiene que ver con que nuestro sistema de salud y, particularmente con la irrupción del sector privado. Ha habido una preponderancia de los aspectos curativos y por lo tanto, era importante esta mirada de cambio al modelo con el fin de volver a los temas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y, sobre todo, al nivel primario de atención. Concomitante con los modelos de gestión que tienen que ver con que, independiente de cómo se estructura el sistema, tenemos que tratar de ser más eficientes en el uso de los recursos de los que disponemos.
4. Lograr la solidaridad por riesgo. Vamos a hablar de que estamos creando en Chile esta idea del Fondo de Compensación Solidario por riesgo y por ingresos, con el aumento de impuestos para el financiamiento de la reforma.
5. Comentar la necesidad de una regulación única, tanto pública como privada, que gobierne todos estos objetivos más los universales señalados. Unica, es decir, que no hay una regulación para pobres distinta a la regulación existente para un sistema que, hoy día, fundamentalmente es para ricos.

Debemos homologar la regulación, tanto para el aseguramiento como para la prestación de servicios.

Los instrumentos que hemos diseñado para el logro de estos objetivos tienen que ver con el tema de la creación del Régimen de Garantías, AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas); por otro lado, y luego de la desintegración que produjo la municipalización entre los niveles secundarios y terciarios con el nivel primario municipalizado, fundamentalmente queremos fortalecer en Chile las Redes Asistenciales públicas y privadas, articulándolas más fuertemente con instrumentos y con la integración de los sistemas que promovemos; fortalecer la idea de hospitales públicos autogestionados, con autonomía para mejorar su modelo de gestión; la creación del Fondo de Compensación Solidario por riesgo; para esto los impuestos ya han sido aprobados para la reforma, no como quisiéramos, pero sí 90% de los recursos fueron obtenidos para el presupuesto de reformas que había planteado el gobierno; la idea de fortalecer y desconcentrar el rol sanitario del Ministerio de Salud, a través de las autoridades sanitarias regionales - tenemos 13 regiones- y por lo tanto vamos a tener muy fortalecida y desconcentrada desde el nivel central del Ministerio de Salud la autoridad sanitaria regional y, finalmente, la transformación de la superintendencia de ISAPRES, que me corresponde el honor de dirigir en la Superintendencia de Salud. Después voy a explicar cuál va hacer el alcance, puesto que va a cambiar radicalmente o ampliarse fundamentalmente su ámbito de acción.

Debo complementar a Osvaldo Artaza pues ya no son sólo los cinco Proyectos de Ley para Salud, ahora quedaron en seis (gráfico 1), sólo quiero detenerme aquí respecto a los Proyectos 2 y 3. Nosotros teníamos un solo proyecto de

modificación del Sistema ISAPRE pero lo desagregamos en dos porque a comienzos del año en curso tuvimos una situación muy particular en Chile, hubo una quiebra con cierto escándalo de corrupción de un grupo económico de nuestro país que involucró a una ISAPRE que formaba parte del *holding* financiero de este conglomerado económico. Eso derivó en que la ISAPRE casi llegara a la quiebra.

Gráfico N° 1



Cuando nos enfrentamos a la situación, a cuáles eran las herramientas de regulación frente a situaciones de quiebra de las Instituciones de Salud Previsional, si bien había en el proyecto original algunas herramientas, éstas resultaban ser tremendamente insuficientes para hacerse cargo del problema que se generó en ese momento.

En consecuencia, desagregamos sus aspectos de regulación en caso de insolvencia y desprotección financiera en la que se vieron los afiliados de la ISAPRE, enriquecimos el proyecto, lo perfeccionamos y lo transformamos en un proyecto propio, individual que ya fue aprobado junto con la Ley de Financiamiento.

Por consiguiente, el segundo de los seis Proyectos de Reformas aprobado, fue el número

3. Una Ley de Solvencia y Protección de Beneficiarios de ISAPRES, fundamentalmente referidos a situaciones de crisis financiera. Descubrimos que nuestra regulación era insuficiente sin duda y que la propuesta de modificación de Ley de ISAPRES que habíamos hecho aún no lograba resolver o ponerse en el caso, que la realidad, como ustedes saben, nos enseña mucho más que los diseños teóricos que uno podía prever. Nos dimos cuenta que ante la realidad había muchos otros ángulos que no fuimos capaces de prever.

Algo reseñaré rápidamente en cada uno de estos proyectos. Respecto al primer Proyecto de Ley del Régimen de Garantía en Salud, lo más importante, amén de destacar lo que ya se ha señalado, las garantías de creación del fondo, es que en esta Ley se establece que la institución reguladora del cumplimiento de las garantías, garante de que se cumplan tanto en el sistema público como privado, es decir en el FONASA y en las ISAPRES va a ser la Superintendencia de Salud.

Concomitante con ello, la administración desde el punto de vista de la gestión sin duda muy tecnificada, no va a ser para nada burocratizada, sino muy de administración virtual para el seguimiento de los flujos de dinero del Fondo de Compensación Subsidiario por riesgo, gestión que también recaerá en la Superintendencia de

***Descubrimos que nuestra regulación era insuficiente sin duda y que la propuesta de modificación de Ley de ISAPRES que habíamos hecho aún no lograba resolver o ponerse en el caso, que la realidad, como ustedes saben, nos enseña mucho más que los diseños teóricos que uno podía prever.***

***Estamos regulando muchas cosas que en el sistema ISAPRE se han evidenciando insuficientes y que se suman a la sensación de críticas y desprotección financiera o incertidumbres que los ciudadanos adscritos a los sistemas de seguros privados de ISAPRE han sentido.***

Salud; al mismo tiempo, vamos a regular la situación de precios, tanto del precio que va a cobrar por el Régimen de Garantías, tanto el FONASA como el sector privado.

Vamos a regular los precios de aquellas prestaciones de salud que, no estando en el Régimen de Garantías, forman parte del Complementario de Salud y las personas en el sector privado podrán contratarlas; además del Régimen de Garantías, va a ser este piso de equidad el que se ofrecerá a todos los chilenos. También puede haber ahí una regulación de precios que hoy día no existe. Eso diría que son las principales líneas del primer proyecto.

El segundo Proyecto modifica la Ley de ISAPRES y es lo que actualmente venimos discutiendo en el Parlamento. Estamos regulando muchas cosas que en el sistema ISAPRE se han evidenciando insuficientes y que se suman a la sensación de críticas y desprotección financiera o incertidumbres que los ciudadanos adscritos a los sistemas de seguros privados de ISAPRE han sentido y, de alguna manera, justificado esta sensación de insatisfacción. Sólo quisiera señalar que históricamente las ISAPRES nacieron a la vida en Chile a comienzos de los años 80; estuvimos prácticamente 11 años sin ninguna institución reguladora que de verdad fiscalizara el cumplimiento de sus obligaciones.

La Superintendencia de ISAPRE se crea 11 años

después, en el año 1990, y ya llevamos 13 años funcionando. Después de creada la Superintendencia, sólo en 1995 se le introdujeron algunas tibias modificaciones mediante un Proyecto de Ley que no logró obtener el consenso político necesario como para introducir regulaciones más radicales y, recién ahora, en el contexto de la actual reforma, estamos introduciendo un conjunto mayoritario de modificaciones junto con la idea de este Régimen de Garantía común, que tiende a corregir muchos de los aspectos que los ciudadanos consideran importantes para salvaguardar y proteger sus derechos.

Aquí, rápidamente voy a ir mencionando algunos aspectos que tienen que ver con la regulación de la fuerza de ventas de estas empresas. Hay muchos problemas de desinformación que surgen entre la relación de los vendedores de seguros y los ciudadanos, ante lo cual aumentar la capacidad de multa frente a las infracciones también parece importante. Estamos hablando hoy día, por lo menos en este Proyecto de Ley, de que pasamos de multas que en la actualidad son máximo de US\$12.500 a multas entre US\$25.000 y US\$100.000 como máximo.

Estamos regulando las alzas de precios de los planes complementarios, además de todo el fenómeno actuarial del cálculo de la tabla de factores para el proceso anual de adecuación de precios que señalaba muy bien el Doctor Artaza ayer. Cada año existe la posibilidad de adecuar los precios; lo que queremos es evitar los abusos que se cometían por falta de regulación de las políticas comerciales.

Se establecen además las causales de terminación de contrato restringiéndolas a tres, que tienen que ver con objetivar la posibilidad de que una ISAPRE pudiese declarar unilateralmente el término de contrato, con lo

cual se establece mayor igualdad ante la Ley porque, de hecho, el ciudadano puede renunciar después de un año de cumplido el plazo por cualquier razón, en cambio, las ISAPRES sólo pueden hacerlo por estas tres razones de sentido común a nuestro entender, pero no más allá de esto (gráfico 2). La Superintendencia va a tener capacidad para dictar normas para una mejor comprensión de los contratos que se celebren con los prestadores.

Gráfico N° 2

**SISP**

**2. Proyecto de ley que modifica ley de Isapres**

- Se establecen las causales de terminación de contrato:
  - Omitir maliciosamente enfermedades preexistentes
  - No pago de cotizaciones en casos de cotizantes voluntarios o independientes
  - Obtención indebida de beneficios
- SISP podrá dictar normas para la mejor comprensión de los contratos que celebren prestadores institucionales con Isapres

También había abusos y falta de regulación con relación al tipo de contratos que una aseguradora establecía con su prestador; actualmente, con la legislación vigente, como Superintendencia, no regulamos a los prestadores, por lo tanto, no podemos interferir en este punto. Con la nueva legislación regulamos además la forma y modalidad de contrato entre un asegurador y un prestador.

***Estamos manejando y discutiendo con el Colegio Médico los mecanismos por los cuales los aseguradores no van a poder cometer abusos en la confidencialidad de los datos, en el manejo de la información de la ficha o historia clínica, manteniendo el manejo de información que les permita tener un control sobre el tema de los gastos, estableciendo como objeto exclusivo de las ISAPRES el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud.***

Estamos manejando y discutiendo con el Colegio Médico los mecanismos por los cuales los aseguradores no van a poder cometer abusos respecto al tema de la confidencialidad de los datos en el manejo de la información de la ficha o historia clínica, manteniendo el manejo de información que les permita tener un control sobre el tema de los gastos, estableciendo como objeto exclusivo de las ISAPRES el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud.

Finalmente, estamos estableciendo la regulación que permita que las ISAPRES sólo se focalicen en el aseguramiento y no exista la llamada integración vertical entre el asegurador y prestador. El mecanismo de mercado que se está encontrando para eso es la conformación de *holdings*, con lo que de alguna manera se establecen dos empresas distintas, dos institucionalidades distintas con administraciones diferenciadas, con controles contables establecidos complementariamente entre la Superintendencia de Seguros y Valores y la Superintendencia de ISAPRES, con el fin de evitar efectos perversos que no estén controlados por la regulación, sin permitir que haya, de alguna manera, subsidios indeseados de una empresa a otra en perjuicio de los afiliados. Esto lo estamos regulando estrictamente con el fin de que las aseguradoras, las ISAPRES, sólo se focalicen en la gestión del seguro y no se produzca la integración vertical que tanto perjuicio puede tener en contra del usuario.

También estamos perfeccionando un conjunto de normas específicas para regular la posibilidad de planes colectivos en el sistema de ISAPRE cerrada. En Chile existen ISAPRES abiertas e ISAPRES cerradas que se manejan como seguros colectivos y son distintos a la lógica de los seguros individuales que hasta ahora se ha manejado.

Establecimos un mejor control de todos los fenómenos de carencias y preexistencias en los cuales existieron muchos abusos, mejorando también la forma de controlar y fiscalizar las licencias médicas. En el caso chileno todo lo que son subsidios y manejo de la licencia médica por enfermedad, maternidad o enfermedad grave de un hijo menor de un año de edad, forma parte de la administración del seguro. Aquí no existe, como tal vez en otros países, donde está a cargo del empleador o de otro sistema distinto. En Chile es complementaria a la cotización obligatoria legal que debe ser financiada y por lo tanto controlada también para dejar posibilidad a la complementariedad de otros tipos de beneficios.

Estamos regulando mejor aspectos que tengan que ver con el resto de usuarios del sistema de seguro privado, que no son necesariamente los cotizantes, y tienen que ver con la situación de los beneficiarios, a cargo de un cotizante, que

***Establecimos un mejor control de todos los fenómenos de carencias y preexistencias en los cuales existieron muchos abusos, mejorando también la forma de controlar y fiscalizar las licencias médicas.***

era un aspecto tremendamente injusto el cual estamos corrigiendo (gráfico 3).

Las etapas o procedimientos mediante los cuales, cuando una ISAPRE decide abandonar el mercado, se pueden cautelar los derechos de la persona que tenía contrato de salud vigente al

Gráfico N° 4

**2. Proyecto de ley que modifica ley de Isapres**

- La Isapre que solicite la cancelación de registro deberá acreditar la aceptación de otra Isapre de todos sus contratos de salud, sin afectar los derechos y obligaciones establecidos en los mismos

Gráfico N° 3

**2. Proyecto de ley que modifica ley de Isapres**

- Si un cotizante fallece, se otorga posibilidad a sus beneficiarios, incluido el hijo póstumo, de mantenerse en el mismo plan del afiliado, transcurrido un año de beneficios extendidos
- Si un beneficiario pasa a ser cotizante, la Isapre estará obligada a aceptarlo como tal, sólo con las restricciones en curso y sin exigir una nueva declaración de salud.

Gráfico N° 5

**3. Ley de solvencia y protección de beneficiarios de Isapres**

- Establece nueva definición de patrimonio, garantía y liquidez
- En caso de incumplimiento obliga a la SISP a establecer un régimen especial de supervigilancia y control
- Faculta a la SISP a nombrar un administrador provisional

Gráfico N° 6

**3. Ley de solvencia y protección de beneficiarios de Isapres**

- El administrador provisional:
  - Tendrá facultades del órgano de administración
  - Vender la Isapre o la cartera (a solicitud de la Junta)
  - Licitación de la cartera
- La SISP podrá en la transición asignar aleatoriamente la cartera

momento de traspasar la cartera a otra Institución de Salud Previsional que desee comprarla o a la cual esté traspasando la cartera de afiliados (gráficos 4, 5 y 6); también los estamos regulando con mucha más transparencia.

Como habíamos señalado tenemos el Proyecto de Solvencia y Protección de Beneficiarios de ISAPRE. Este proyecto surgió a raíz de una situación puntual vivida a comienzos de año, que nos obligó a aprobar un Proyecto de Ley en un mes con el 100 % de votos tanto del Senado como de la Cámara de Diputados. En el fondo establece nuevas exigencias de patrimonio, garantía y liquidez; es decir, se exige un mayor respaldo financiero a las empresas que van a participar en los seguros privados como una forma de prevenir con mayor anticipación futuras insolvencias.

De algún modo también establecimos un sistema preventivo para controlar anticipadamente y hacer un seguimiento mensual de ciertos indicadores respecto a cuál es la salud financiera de estos aseguradores privados y, finalmente, junto con la posibilidad de dar potestad a la Superintendencia de nombrar un administrador provisional, declarar la posibilidad cierta de que la superintendencia pudiese

intervenir para administrar, inclusive, una aseguradora privada.

Fue aprobada unánimemente por todas las fuerzas políticas, tanto de gobierno como de oposición, la posibilidad de que esta superintendencia pudiese intervenir una ISAPRE que cayese en falencia, con el fin de proteger y cautelar el derecho de las personas, con una serie de facultades de administración que nos pudiese permitir esto, imitando la regulación que ya existía en la Superintendencia de Bancos y en la Superintendencia de AFP, que son las empresas privadas que manejan las pensiones de nuestro país, extrapolando esto a la situación de ISAPRES las que no existían con el fin de cautelar, con la posibilidad vender la cartera o vender la institución en su conjunto, controlando siempre mantener los derechos contractuales establecidos por las personas. Con eso, inclusive se nos da la posibilidad, aunque sea durante los próximos tres años, por el proceso de adaptación que van a tener las ISAPRES a estas nuevas exigencias financieras, para que nosotros pudiésemos repartir en el resto de las Instituciones de Salud Previsional los afiliados de la que está en quiebra, con el fin, como siempre lo hemos dicho, de cautelar los derechos de la persona y hacer viable a largo plazo la seguridad social con actores privados en Chile.

Por último, quisiera hablar sobre el tema Proyecto de Autoridad Sanitaria. En este proyecto estamos hablando de la creación de mayores potestades para el Ministerio de Salud bajo la lógica separación de funciones. Está la posibilidad de que el Ministerio de Salud establezca una serie de estándares para el funcionamiento del sistema en general, fortalecer el rol sanitario y los sistemas de acreditación de prestadores institucionales, tanto para el sector público como para el privado, la posibilidad de certificar las especialidades médicas, las normas de protocolos de atención de salud.

*Esa es la nueva visión y las herramientas concretas regulatorias que creemos, asegura el cumplimiento de los objetivos de calidad, equidad, mejorar el nivel de salud y lograr la sostenibilidad en el largo plazo de un sistema de salud mixto, como es la decisión política que ha tomado Chile*

Muchas de estas cosas que va a tener el Ministerio de Salud son entregadas en su proceso regulatorio y fiscalizador directo a la Superintendencia de ISAPRES, transformada en Superintendencia de Salud, la que crearemos con dos Intendencias, una de seguros -es decir vamos a controlar a las ISAPRES- con todas las normativas que estamos mejorando y además vamos a regular de ahora en adelante a mi amigo el Doctor Alvaro Erazo, Director de FONASA, que de ser instituciones primas hermanas, pasamos a regularla en cuanto a su rol de seguro público y en el cumplimiento de las garantías, pero como nos llevamos muy bien vamos a seguir trabajando como hasta ahora. Resolveremos, en calidad de árbitros, cualquier

diferencia que se produzca entre ciudadanos, el seguro privado y el seguro público.

En el ámbito de la Intendencia de Prestadores, vamos a crearla -no existía en Chile ninguna institucionalidad que regulara a los prestadores- y vamos a ejercer todas las funciones que tengan que ver con la Acreditación Institucional. Ahí se señala la idea de finalmente mantener un registro y establecer esta dinámica de periodicidad como una forma de cautelar la calidad, que era una de las importantes garantías que la reforma plantea. Esta garantía de calidad la vamos a regular desde el lado del Ministerio con la acción de la Superintendencia de Salud, con la idea de la Acreditación de prestadores institucionales y con la certificación de prestadores individuales. Finalmente, vamos a supervigilar el Fondo de Compensación Solidario, con el fin de garantizar la equidad.

Esas son la nueva visión y las herramientas concretas regulatorias que creemos aseguran el cumplimiento de los objetivos de calidad, equidad, y de mejorar el nivel de salud y lograr la sostenibilidad a largo plazo de un sistema de salud mixto, como es la decisión política que ha tomado Chile.

## El rol del aseguramiento público en un proceso de reforma. El caso chileno

**ÁLVARO ERAZO LATORRE, MD**

*Director del Fondo Nacional de Salud de Chile*

Ya nuestro Ex Ministro y amigo Osvaldo Artaza ha hablado y, creo, planteado los lineamientos estratégicos de lo que han sido las decisiones de un proceso de reforma no fácil.

Por qué no decirlo con mucha claridad, no ha sido fácil, pero afortunadamente somos y formamos parte de una generación -unos más viejos, otros menos-, que ha apostado a la lucha democrática en nuestro país y al proceso de construcción de democracia y justicia social. No es parte de la diplomacia, quisiera decirlo, estamos en este proceso después de recordar 17 años de quiebre democrático en nuestro país y, creo, que no es menor la respuesta de ellos; es un proceso de reforma sanitaria tan importante desde el punto de vista de las personas que más lo requieren y de la sociedad chilena.

Lo primero que quisiera decir, antes de entrar en el tema de la caracterización típica que hacemos en estas exposiciones, es que tenemos la impresión de que el rol del Estado en materia de prestaciones de servicios de salud es uno de los principales temas que hoy día están en discusión, respecto a cuáles, particularmente, tienen que ser los límites de estado de bienestar. Tengo la impresión de que los hechos políticos e históricos nos han demostrado que no es tan importante cruzar una línea divisora tajante entre lo que son sistemas nacionales de salud por una parte y los seguros de salud por otro.



Los seguros sociales de salud básicamente, lo que han hecho, es cambiar la mirada y adecuarse a los nuevos tiempos. Los sistemas nacionales también han tratado de innovar y mejorar, principalmente por la vía de las evaluaciones de funciones, con el fin de resolver los problemas que hoy se tienen; sin embargo, creo que hay un fuerte consenso y junto con el conferencista que me precedió en su presentación, estamos revelando que el aseguramiento social debe, necesariamente, jugar una gran responsabilidad. Por otro lado los sistemas nacionales tienen, en términos de redes, que adecuarse a los nuevos desafíos.

De tal manera, que me pareció importante centrar el debate definitivamente en el ámbito de las realidades de cada país. De acuerdo con las decisiones de Estado lo importante es cómo se asignan las funciones de planificación, regulación, financiamiento y, por supuesto, en las relaciones que se tienen que establecer entre

***De acuerdo con las decisiones de Estado lo importante es cómo se asignan las funciones de planificación, regulación, financiamiento y, por supuesto, en las relaciones que se tienen que establecer entre los administradores, los proveedores y particularmente, quienes son el objetivo de nuestras políticas, los usuarios y por cierto, también los profesionales; ahí también entra el rol del asegurador***

los administradores, los proveedores y particularmente, quienes son el objetivo de nuestras políticas, los usuarios y por cierto, también los profesionales; ahí también entra el rol del asegurador. Creo que ese es uno de los grandes desafíos e indudablemente forma parte de las decisiones políticas que tenemos que asumir.

Básicamente, quisiera antes de avanzar, decirles que en materia de protección en nuestro país, y creo que en general en todos los países, tenemos la tendencia natural a responsabilizar y ligar a los fenómenos de privatización que han existido, más o menos diversas realidades. Pero también creo que es importante reconocer los problemas y las fallas públicas, los problemas que tiene la administración pública, la falta de eficiencia que muchas veces reconocemos y también los problemas en materia de resultados, de los productos finales que existen en cada uno de nuestros países.

Acá, lo que tenemos fundamentalmente, es la realidad existente hoy día, donde ustedes no suman y restan al final. Lo que hay es un fuerte aporte de nuestros trabajadores en materia de cotizaciones, estamos hablando de un financia-

***El rol de la regulación no sólo debe ser regular los seguros, además, necesitamos tener capacidad de regular a los prestadores***

***Una red de servicios de salud tiene que estar inteligentemente organizada. Debemos reconocer que hay que dejar de mirar los productos intermedios en materia de salud; hay que ir hacia los productos finales, hacia las soluciones integrales.***

miento de alrededor de 50%; si uno suma los copagos y el 7% de aporte obligatorio de cotizaciones y también el aporte fiscal en términos de cuentas nacionales del país, sigue el funcionamiento siendo aún insuficiente. Lo más importante acá es sacar algunas conclusiones generales; finalmente, las fuentes de financiamiento en los diversos países van a estar marcadas significativamente por el equilibrio adecuado entre las fuentes de financiamiento público, las cotizaciones y una modulación razonable de los copagos. Porque, indudablemente, en la medida en que haya una masa poblacional, personas que deben tener protección sanitaria y que nos participan con sus cotizaciones, la responsabilidad en materia de lograr aseguramiento a esa población es tremendamente significativa. Esa es la realidad de hoy.

Tenemos entonces insuficiente protección por bajas coberturas, desigualdades en los accesos, en la oportunidad y en la calidad, que ya lo ha mencionado el doctor Osvaldo Artaza en el diagnóstico que hicimos de nuestra realidad.

En materia de cobertura, las fallas públicas que significan déficit, dificultades en el acceso y en la protección y calidad, además un fenómeno de transición demográfica que ha sido ampliamente discutido.

Debemos reconocer que es tremendamente importante asumir la separación de funciones. En esta lógica que les mencionaba al inicio, el Ministerio de Salud tiene que establecer prioridades, las cuales deben estar reguladas. El rol de la regulación no sólo debe ser regular los seguros, además, necesitamos tener capacidad de regular a los prestadores. En Chile, por ejemplo, en cuanto a los servicios de salud, existe una oficina de profesiones médicas que va a los centros médicos y certifica que se cumpla la normatividad. El estricto rigor y la regulación en nuestros países son extremadamente deficitarios. Aquí hay un tremendo desafío, no sé si más o menos capitalismo, pero hay que gobernar los mercados y, en salud, existen, debiendo direccionarlos hacia las mayores necesidades de la población. Entonces, las priorizaciones sanitarias se establecen de acuerdo con los compromisos como país.

Una red de servicios de salud tiene que estar inteligentemente organizada. Debemos reconocer que hay que dejar de mirar los productos intermedios en materia de salud; hay que ir hacia los productos finales, hacia las soluciones integrales y, en eso, un régimen de garantías como el que tenemos hoy día tiene alta importancia.

***“Tenemos que aprender a medir; porque se gestiona lo que se mide, y al revés no es posible gestionar lo que no se mide..”***

***Tenemos que hacer transiciones de presupuestos históricos a presupuestos que efectivamente vayan reconociendo la actividad sanitaria que ha sido priorizada.***

Estas redes de servicios tienen que ser capaces de organizarse como prestadores y, por supuesto, el rol de FONASA como Seguro Público de Salud es establecer mecanismos de transferencia de recursos vía compromisos de gestión o contratos con estas redes organizadas, con una política de precios razonable. Para eso, tenemos que aprender a medir; porque se gestiona lo que se mide y al revés, no es posible gestionar lo que no se mide; en ese sentido, esta separación de funciones tiene una lógica muy potente desde el punto de vista de la protección social.

Es importante que las instituciones cuenten con presupuesto, que tengamos los presupuestos de base porque, finalmente, fue esa la actividad que tuvo o a la que se comprometió durante el año. Básicamente, aquí tenemos que hacer transiciones de presupuestos históricos a presupuestos que efectivamente vayan reconociendo la actividad sanitaria que ha sido priorizada. Eso es un tremendo desafío, indudablemente es importante, porque no necesariamente los prestadores o las redes siguen a las necesidades de la gente y ahí es donde tenemos que hacer un esfuerzo en los compromisos de gestión. Ministerio de Salud, prioridades de salud, plan de salud pública y aquí, vuelvo sobre lo que decía al principio, es necesario incorporar componentes de prevención y de fomento.

Indudablemente, en la resolución de problemas de salud, en el rol de aseguramiento, nosotros no vamos hacer aseguramiento de salud pública. Es la autoridad sanitaria quien

**Tenemos que hacer transiciones de presupuestos históricos a presupuestos que efectivamente vayan reconociendo la actividad sanitaria que ha sido priorizada.**

establece el plan de salud pública y los controles para que efectivamente haya promoción, prevención primaria y secundaria que sea capaz de resolver los problemas que tenemos, y estos beneficiarios que en realidad deberían estar en el centro, son principalmente los fundamentales sujetos de derecho en materia de salud.

Esta es la misión del FONASA, es una misión que nosotros hemos adecuado en el curso de lo que ha sido el proceso de reconstitución democrática y de reformas que hemos ido desarrollando particularmente. No sé si ustedes lo saben, pero a fines del año 1999 se promulgó la Ley FONASA que le otorgó funciones estratégicas como Seguro Social Público. Esta es la tremenda responsabilidad que tiene el Fondo Nacional de Salud como Seguro Público, satisfacer las necesidades y las expectativas de nuestros beneficiarios de Seguro Social Público en el ámbito de la protección de la salud, garantizando el cumplimiento de estos beneficios con servicios de excelencia y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población; éstas son las responsabilidades que tenemos en materia de aseguramiento.

Los objetivos de la reforma, ya el doctor Oswaldo Artaza los ha planteado, básicamente nos obligan a actuar en la actualización y priorización sanitaria, haciendo énfasis en promoción y prevención, que es una responsabilidad del Ministerio de Salud. También el avanzar en el procuramiento de la universalidad. Ahí creo que es importante decir que estamos

hablando de una universalidad desfachada.

Se ha mencionado lo que ha significado la transición de los derechos; en nuestra sociedad hemos avanzado paulatinamente en los derechos sociales de la Revolución Industrial; éstos se establecen como garantías de verdad cuando son derechos de prestaciones que son productos finales en salud y no sólo compromisos de palabra o prioridades que finalmente son implícitas y no explícitas.

Por eso es importante el tema de regímenes garantizados en un ambiente de responsabilidades claramente preestablecidas en materia de funciones públicas, y el fortalecimiento del rol rector-regulador de la autoridad sanitaria ya mencionado. Es algo que a nosotros nos parece fundamental, determinando la no exclusión de las personas en salud por razones económicas. En nuestro país existen tres millones y medio de personas que no cotizan, que son carentes de recursos, que están por debajo del ingreso mínimo; esas personas, en una lógica de aseguramiento social bismarckiano, indudablemente no hubieran tenido acceso, hubiesen quedado desprotegidas. Los seguros públicos hoy día tienen la tremenda responsabilidad de darle las mismas protecciones de seguridad social a esas personas más vulnerables. Eso implica establecer garantías comunes y responsabilidades en el cumplimiento y otorgamiento de éstas, que son el seguro social público y van a estar supervisadas por instancias como la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud, que define las prioridades.

Ya se ha planteado el tema del régimen de garantías y de funciones. Fundamentalmente la gestión de garantías está en el Ministerio de Salud con su Superintendencia, en las autoridades de Salud, en el FONASA como institución aseguradora pública y en una red de proveedores. En Chile existen 188 hospitales, 1056

consultorios y postas rurales, entre los cuales se cuenta con 345 consultorios de atención primaria de mayor complejidad, y tenemos en nuestra modalidad de libre elección, que es un "Free for Service" 20.000 prestadores privados y por supuesto las ISAPRES, que tienen sus propias redes de profesionales -quienes son más o menos los mismos-, pero que tienen una relación contractual con esos proveedores privados.

Es indudable que uno de los grandes desafíos que tiene la reforma sanitaria nuestra, como lo ha planteado el Ministro Artaza, es integrar, adecuar esta red pública privada, para la resolución de problemas de salud de nuestra población. Igualmente, es indudable que la capacidad de oferta del sector público tiene que ser adecuada, adaptada y potenciada para el cumplimiento de la protección que estamos planteando en el régimen de garantías y también con el otro régimen de otorgamiento de prestaciones que hoy día existe en nuestro país. Así que ahí, básicamente, el FONASA actúa como asegurador, es un responsable operativo y funcional, establece los compromisos de gestión con los servicios de salud y con los hospitales públicos; de igual manera, establece relaciones de compra de servicios con los prestadores o redes privadas, para lograr una buena

complementariedad y hacer mucho más eficiente y eficaz la resolución del servicio.

Para nuestros beneficiarios, aunque son sujetos de derechos, capaces de exigirlos, no es un derecho constitucional -como aquí se decía, que es mandato en todas las constituciones del mundo, hasta las más inequitativas-, sino que es un derecho en una Ley de Salud, como derecho positivo, como derecho de prestación, que en este caso tiene la configuración de un régimen o plan de salud.

Básicamente (gráfico 1), la manera como FONASA va a hacer operativo el cumplimiento de estas garantías para la solución de los problemas de salud priorizados se da mediante un plan de salud y un plan de beneficios, con sistemas de reclamos, resolución, compensación y, con un sistema de derivación y transferencia hasta el cumplimiento de las garantías explícitas y las condiciones de entrega a nuestros beneficiarios; tenemos que hacer una intermediación financiera y comercial, cumpliendo las labores propias del ente asegurador público, con intermediación financiera. En primer lugar, haciendo una administración de riesgo, un "pool de riesgo"; en segundo lugar, haciendo una intermediación comercial, estableciendo contratos de compra y una red de prestadores que están acreditados, fundamentalmente en calidad, para que efectivamente se haga el cumplimiento y se otorguen de verdad las garantías que están prestando.

Estos dos son los problemas de salud que han sido priorizados este año (gráfico 2), aquí lo que hay es una resolución integral; vale decir, no se producen los fenómenos de exclusión porque los recursos no llegaron y finalmente no alcanzó para el 100%, que es lo típico que ocurre con la oferta pública; está el programa, está el compromiso de resolver por la vía de ese programa la necesidad sanitaria, pero por un

Gráfico N° 1



Gráfico N° 1



problema de cobertura y de recursos disponibles efectivamente el 100% de esa población no está garantizada.

Hemos partido con un proyecto piloto que pretende que la gente vea y conozca que efectivamente es posible una resolución integral de los problemas de salud y éstos son cinco problemas para los cuales todas las personas beneficiarias de FONASA -que hoy día son 69% de la población-, efectivamente tengan cobertura de 100%. No quiero decir que todos los otros problemas identificados no tengan ninguna cobertura, en estos casos el cubrimiento es de 100% porque para que un derecho sea positivo usted no puede dejar a nadie afuera y esto implica un tremendo esfuerzo, un tremendo soporte y un tremendo compromiso de la red publica. Hacia eso hemos avanzado.

En el mecanismo de contrato entre el FONASA, a través de un servicio de salud con compromiso de gestión, con un hospital público, lo que está operando es un compromiso de compra. Igualmente con clínicas de alta calidad y resolutivez del sector privado, donde lo que se hace es organizar la oferta en función de las necesidades de salud y protección. Fundamentalmente es una protección financiera para la

que existen los mecanismos de micro asignación y los cupos. Las modalidades de pago en algunos casos serán "canastas", pero están preestablecidos los mecanismos de pago y el contrato.

Básicamente algunas de las lecciones que quería mencionar están ahí. Creo que, finalmente, el equilibrio entre la financiación estatal procedente de los impuestos, las cuotas de seguridad social y el gasto público, es uno de los grandes desafíos.

Principalmente tenemos que avanzar hacia una mayor protección social y no seguir echando la mano al bolsillo de la gente para los recursos; el grado de descentralización o centralización que debe tener la gestión en la toma de decisiones, la capacidad de los pacientes, el grado de elegibilidad en la rueda asistencial y también la capacidad que tengamos de establecer la exigibilidad de derechos en nuestra población, como un principio. Entender que la elegibilidad en nuestros países, por lo menos en Chile, depende del bolsillo. La gente cuando elige, lo hace porque tiene plata en el bolsillo, yo creo que ahí hay un tema de discusión también: si la elegibilidad es tener más plata para elegir o es un margen que razonablemente pueden tener las personas, y el reconocimiento de que la salud siendo un bien público, que en muchos aspectos, empieza a ser un bien preferente.

La gente, a su vez, como en otras materias educacionales -en el tema de la educación universitaria y en otros ámbitos de la sociedad-, empieza a ver la salud, no sólo como un bien público, como una campaña de evaluación, sino también como un bien preferente. Creo que, en ese sentido, también tenemos que estar preparados para asumir nuestra responsabilidad como sector público innovador, y adecuarlo a esa mirada que tiene nuestra población.

**“Reformas e integración en un mundo globalizado: un nuevo Alma Ata”**

**DAVID A. TEJADA DE RIVERO, MD**

*Ex Ministro de Salud del Perú, Ex Sub-Director General de la Organización Mundial de la Salud, actual Presidente de la Academia Peruana de Salud*

El tema de la reforma de la salud así como el mismo tema de qué es la salud, no pueden desarrollarse en un vacío, sino dentro del contexto inevitable de un mundo globalizado. Es indispensable tener conciencia de todos los grandes cambios que están ocurriendo en el mundo, y particularmente lo que las consecuencias e implicaciones que ellos producen de hecho en nuestros países. Sobre todo si reconocemos que los países de América Latina deben cumplir con determinados requisitos para poder tener destino como Estados-Naciones soberanos e independientes.



estaba hundiendo”. No hago ninguna referencia a la clase política de mi país.

No ver estas circunstancias - es decir, a largo plazo y con amplitud de horizontes - y reducirse a las coyunturas y las próximas elecciones, es como aquello que leí alguna vez: “Se peleaban por los mejores camarotes de un barco que se

Vincular el tema de las reformas en el ámbito de la salud - y no sólo en las instituciones de servicios de atención médica reparativa orientada a la enfermedad - a la integración de América Latina es una urgente y crucial necesidad.

***La salud es una realidad social, un proceso social, un proceso político indisoluble de todos los otros procesos sociales políticos, educativos, ético-morales; la salud no es atención médica reparativa de la enfermedad, la salud tiene múltiples factores causales totalmente interdependientes dentro de ellos.***

La salud es una realidad social, un proceso social y un proceso político: es por ello indisoluble de todos los demás procesos sociales, políticos, educativos, ético-morales, económicos, etcétera. La salud esta permanentemente condicionada y determinada por múltiples factores causales -culturales, geopolíticos, económicos, sociales, etcétera, todos ellos actuando en forma interdependiente y vectorial. Existe, entonces, la obligación de ver la salud y su reforma dentro del marco de lo que pasa en el mundo globalizado de hoy.

Los estudiosos serios del mundo globalizado del siglo XXI están considerando y planteando puntos nuevos que hay que tomar en consideración en forma muy seria, aunque nunca como verdades absolutas. Nadie puede predecir lo que pueda ocurrir en el mundo en los próximos cinco o diez años, pues el proceso histórico es cada día más fluido y lleno de imprevistos y súbitas turbulencias. Pero nada nos impide escuchar a los estudiosos serios que proponen temas importantes como, por ejemplo, una nueva clasificación de los países del mundo y sobre cuáles serían las condiciones o requisitos indispensables para poder tener destino.

Las clasificaciones tradicionales han ido perdiendo vigencia. Los países industrializados han devenido en países orientados a las finanzas internacionales, monetarias y virtuales. Los países en desarrollo estamos en vías de progresivo subdesarrollo, en términos comparativos. Las distancias entre ambos tipos de países tienden a incrementarse y no a reducirse.

A partir de la segunda mitad del siglo XX los cambios en el mundo fueron más veloces y más profundos, como nunca había ocurrido en los milenios de la historia registrada de la humanidad. Entre este conjunto de cambios tal vez el más decisivo ha sido el desarrollo científico y tecnológico. Pero, vale la pena señalar que esta revolución no se ha dado por una motivación humanitaria, sino como el resultado de una nueva forma de guerra entre las dos hegemonías que se originaron al término de la Segunda Guerra Mundial y concluyó con la caída del muro

de Berlín y la desaparición de la Unión Soviética. Por algo se llamó de "guerra fría" y marcó una nueva forma de confrontación, no totalmente bélica pero sí de "pacífico exterminio".

Otros grandes cambios, fueron, por ejemplo: las migraciones de países pobres a países ricos y en cada país desde las zonas rurales y de pobreza a las grandes ciudades; la globalización de la economía con sus profundos cambios en el valor relativo de los factores productivos y del propio proceso económico; la desintegración social y la aparición de "enfermedades sociales globales"; la pérdida de los valores éticos y morales de la civilización occidental cristiana; y la emergencia de anti-valores opuestos pero elevados a la categoría de valores de una supuesta modernidad.

Esos estudiosos plantean una clasificación convencional de los países en cuatro grupos:

- 1) Los países "capitalistas de tecnología avanzada", club exclusivo de los actuales dueños reales del mundo y que comprende a los Estados Unidos de América junto a Canadá e Israel, la Unión Europea, y el Japón con, y por ahora, los llamados "tigres asiáticos".
- 2) Los países que pronto se integrarán al grupo anterior, y que son China (pronto con los "tigres asiáticos"), y la India (con Pakistán, Bangla Desh, Sri Lanka y las Maldivas), a pesar de todas sus guerras externas e internas, diferencias étnicas, religiosas y

***Los países que no tendrán destino, aunque sigan siendo considerados como países con escudo, bandera, himno nacional, Constitución de Leyes, Presidentes, Congresos, Legislativos, Poder Judicial, etcétera. No serán soberanos e independientes porque las decisiones serán tomadas o impuestas desde afuera.***

***La integración de América Latina es vital. No un planteamiento ideológico sino una necesidad concreta y urgente.***

otras. Ello porque están cumpliendo con los requisitos que se mencionarán para el próximo grupo.

- 3) Los países que tendrían destino como Estados-Naciones soberanos e independientes, pero siempre y cuando cumplan con determinados requisitos. A este grupo pertenecen los países de América Latina.
- 4) Los países que no tendrán destino, aunque sigan siendo considerados como países con escudo, bandera, himno nacional, Constitución, Leyes, Presidentes, Congresos Legislativos, Poder Judicial, etcétera. No serán soberanos e independientes porque las decisiones serán tomadas o impuestas desde afuera. Sólo podrán tener destino si algo extraordinario, y hasta hoy no previsto, ocurriese en el mundo.

Entre otros, parecieran ser cinco los requisitos necesarios o indispensables para nuestros países:

- 1) Un tamaño suficiente de mercado. Aun Brasil, aisladamente, no alcanza a cumplir este requisito (a lo que habría que sumar la necesidad de su salida al Pacífico). De ahí que la integración de América Latina es vital. No un planteamiento ideológico sino una necesidad concreta y urgente. La Unión Europea es el modelo a seguir.
- 2) Una población educada (y no sólo escolarizada) y bien informada, lo cual hace

urgente e imprescindible una verdadera reforma de la educación, basada en cambiar el modelo "deweyano" que establece una relación docente-dicente asimétrica, vertical y autoritaria, donde: a) el profesor "entrega" conocimientos como verdades absolutas a ser memorizadas; b) el alumno recibe pasivamente y sin ninguna duda esas verdades absolutas para almacenarlas en su memoria hasta los exámenes, y c) el alumno busca prescripciones, modelos, métodos, etcétera, universales y de aplicación en cualquier situación, circunstancia y coyuntura. Un nuevo modelo educativo debe, en cambio, enfatizar: a) una relación docente-dicente simétrica, horizontal, abierta, democrática, participativa, activa y libre, y b) desarrollar las capacidades de pensar, razonar, dudar y crear, porque el profesor no entrega verdades absolutas sino temas de discusión, los alumnos discuten activamente y proponen "creativamente" formas de conocimiento, comprensión e intervención sobre los problemas, considerando que cada situación real es siempre diferente de las otras. Se requiere, además, de un sistema de información y de comunicación mediática con profundo sentido social.

- 3) Una clase científica suficientemente capaz de seleccionar, adecuar, rechazar, y crear las tecnologías que cada país necesita y puede sostener en beneficio de todos sus ciudadanos. Lamentablemente estamos condicionados (por una deformación educacional) a sentirnos realizados sólo en la medida en la que podamos acceder a la tecnología más sofisticada sin importar sus costos y sus consecuencias sociales. Nuestras universidades tampoco se preocupan de formar esta clase científica, pues han devenido en "fábricas de profesionales" que ni siquiera estudian el mercado. "Producen" futuros profesionales desocupados.

***la ciudadanía origina el poder político.***

- 4) Una clase dirigente nacional (política, empresarial, sindical, y, representativa de las diversas formas de la sociedad civil) que tenga la capacidad de ver los problemas del país en estas amplias dimensiones de futuro y de pertenencia a un mundo globalizado implacable. El fracaso de la clase política, por ejemplo, tan manifiesta en las encuestas de opinión, indica que los llamados políticos piensan más en su futuro electoral que en el futuro del país.
- 5) La urgencia de construir una verdadera democracia moderna, no sólo representativa sino fundamentalmente participativa, y donde la ciudadanía no sólo sea reconocida como el origen del poder político sino como el actor político principal de todos los días, frente a todos los problemas y en todos los niveles.

Esta es tal vez la condición más decisiva para tener destino. Todos los imperios, en la historia de la humanidad, sólo fueron derrotados cuando los pueblos sojuzgados se levantaron para defender sus derechos humanos a una vida digna. Ese es el origen del cristianismo, de la independencia de los Estados Unidos de América, de la independencia de los países de América Latina, y de la Independencia de la India. También fue el origen del inicio de todas las dinastías del Imperio Chino de los siglos XIV y XV. En una democracia la participación y el control ciudadanos son lo fundamental, y, para ello, un efectivo proceso de descentralización es la mejor herramienta política que lo permita.

El destino de nuestros países no está ligado a la emergencia de personalidades mesiánicas, sino

al ejercicio real de la ciudadanía como origen de todo el poder político. Las experiencias demuestran que los predestinados terminan siempre por ser autoritarios y dictadores. Aquí debemos citar a John Gardner, quien dijo que “el verdadero valor de una democracia no se mide por las cosas extraordinarias que hacen sus líderes sino por las cosas ordinarias que hacen extraordinariamente bien los ciudadanos”.

Por consiguiente, la reforma de la salud tiene que considerar todas estas condiciones. Una verdadera reforma no es sólo introducir eficiencia, eficacia, calidad, calidez y otras justificables razones gerenciales sino cambiar el modelo de cuidado integral de la salud para todos y por todos, como parte de la construcción de un destino para nuestros países, y superar el obsoleto modelo “flexneriano” de atención médica reparativa de la enfermedad.

Todo lo dicho no es otra cosa que una justificación objetiva de que las condiciones de hace 25 años no sólo existen sino que se han agudizado y profundizado. Hoy día se justifican, más que hace 25 años, los contenidos sustantivos de la meta social y política de Salud para Todos y de la mal traducida “Atención Primaria de Salud” que sería mejor denominarla como “Cuidado Integral de la Salud para Todos y por Todos”.

Esos contenidos sustantivos deben ser, entonces, la base una verdadera reforma de la salud en nuestros países.

***“el verdadero valor de una democracia no se mide por las cosas extraordinarias que hacen sus líderes sino por las cosas ordinarias que hacen extraordinariamente bien los ciudadanos”.***

**Reforma del sector salud en el Perú  
“Avances y Perspectivas”**

**FRANCISCO SÁNCHEZ-MORENO RAMOS, MD**

***Presidente de la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud del Perú,  
Médico Salubrista, Fundador de la Academia Peruana de Salud***

Para comprender cabalmente lo que viene ocurriendo debemos remontarnos a 1974, cuando era presidente el dictador Juan Velasco Alvarado y pretendió imponer el modelo estatista de Servicio Único de Salud. ¿Quién lo impidió? La profesión médica. Desde el Colegio Médico del Perú presentamos un modelo plural opuesto, el Sistema Nacional de Salud, con el fin de poder coordinar los planes y programas de todas las instituciones de salud: Ministerio, Seguro Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, sector privado, universidades y colegios profesionales.

Al caer Velasco, asumió el mando el general Morales Bermúdez y creó una comisión de reforma con participación del Colegio Médico. Ella emitió dos dictámenes, en mayoría la propuesta de servicio único estatista avalada por los funcionarios del Ministerio de Salud y en minoría el modelo de coordinación plural del Colegio Médico. Finalmente fuimos llamados por el gobierno de Morales Bermúdez para desarrollar la propuesta del dictamen en minoría

***Porque no hay equidad sin solidaridad, ni es posible la universalidad sin solidaridad, debido a que la solidaridad es el primer principio y sustento financiero de todos los demás.***



y logramos que en 1978 se creara, mediante el Decreto Ley N° 22365, el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tuvo un inicio muy exitoso. Formuló el primer Plan Nacional de Atención Primaria de Salud, impulsó los medicamentos genéricos y concretó en 1979 la aprobación del Decreto Ley N° 22482 que extendió el seguro social a la familia. Sin embargo, en los años siguientes decayó el entusiasmo con las nuevas gestiones, hasta quedar desactivado el sistema hacia 1985.

¿Qué sucedió en la década de los 90? En 1991 y 1997 fueron introducidos sucesivamente dos modelos neoliberales de mercado apoyados por el Banco Mundial, los que en ningún país han podido generar equidad, como lo hemos escuchado ahora a la doctora Rivas-Loira. El segundo modelo, de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), está normado por decreto legislativo en el Perú.

*“Señores, hay que hablar claro, en el Perú estamos desde 2001 en una reforma diferente, donde lo más importante es la persona y la ciudadanía en salud -no el mercado- y luchamos para hacer realidad el derecho de todos a la salud.”*

Cuando viajaba por aquellos años, me sorprendió encontrar en diversos países latinoamericanos avisos de la reforma en salud para infraestructura y otros -financiados por el Banco Mundial- que contenían las mismas palabras que utilizaba el gobierno peruano. Ustedes me van a decir si no es cierto: **“equidad, eficiencia y calidad”**. Eran los principios fundamentales de esa reforma, que tienen una grave omisión: **solidaridad**. Por eso fracasó la reforma de mercado. Porque no hay equidad sin solidaridad, ni es posible la universalidad sin solidaridad, debido a que la solidaridad es el primer principio y sustento financiero de todos los demás.

Lo ha dicho claramente el doctor Ivan Jaramillo: el mercado no entiende la solidaridad. No la puede entender porque es antagónica al mercado; como tampoco puede entender la universalidad, pues ésta sólo es posible con solidaridad. Un aspecto fundamental, una discrepancia radical y, felizmente ahora, los organismos financieros internacionales comprenden que los países tenemos soberanía y podemos no estar de acuerdo en todo.

Bien, en los años 90 nuevamente el Colegio Médico del Perú y una institución naciente que fundamos en 1993, la Academia Peruana de Salud, emprendieron una lucha abierta y contundente contra el modelo de mercado regulado, prepararon planteamientos alter-

nativos y conformaron el Frente Nacional de Defensa de la Salud y la Seguridad Social. La historia del sector lo registra: lideraron ese movimiento el hoy Ministro de Salud y quien les habla. Ese Frente -con los pacientes, los trabajadores y muchos de ustedes- detuvo en la calle la reforma de Fujimori en salud. Hoy día tenemos EPS, verdad doctor Ivan Jaramillo, pero ¿cuánto representan?, 0.88% de la población. Y no sólo no implican solución alguna sino que el modelo es inviable y no configura una reforma. Señores, hay que hablar claro, en el Perú estamos desde 2001 en una reforma diferente, donde lo más importante es la persona y la ciudadanía en salud -no el mercado- y luchamos para hacer realidad el derecho de todos a la salud.

Con otros matices ha ocurrido en Venezuela y Ecuador. Estuve en Venezuela en 1998 y comprobé cómo rechazó el modelo neoliberal. Inclusive la Federación Médica Venezolana exhibió un documento en el que la banca internacional forzó la privatización de la seguridad social. Hugo Chávez lo impidió y ese fue uno de los motivos principales por los cuales fue masivamente elegido presidente. Una buena lección para el neoliberalismo. En el Ecuador, una Asamblea Constituyente en 1998 evitó que se privatizara la seguridad social y hoy se le respeta.

Volviendo al Perú, podemos entender ahora por qué la profesión médica, los profesionales de la salud reunidos en la Academia Peruana de Salud, las organizaciones de trabajadores y las de pacientes crónicos hemos estado en las calles

*Y la sostenibilidad de la reforma peruana la vamos a construir nosotros, los peruanos.*

*Recogiendo las mayoritarias aspiraciones nacionales de los últimos años, a partir del 2001 el modelo de reforma ha cambiado. Ahora primero es el principio de solidaridad, después equidad, universalidad, eficiencia y calidad.*

y, más aún, volveríamos a estar en el supuesto que se retrocediera nuevamente, porque el Perú tiene que encontrar su propio destino, no con el modelo del Banco Mundial, no con el modelo de los Estados Unidos de América (EUA); igual como nosotros no le decimos a este país lo que debe hacer. Respetos guardan respetos, eso es democracia. Y la sostenibilidad de la reforma peruana la vamos a construir nosotros, los peruanos. Si como comunidad mundial moderna nos consideramos maduros, no tiene por qué molestar que se hable claro.

#### El Informe 2000 de la OMS

Aceptando las discrepancias que ustedes puedan tener con el Informe 2000 de la OMS, debe reconocerse que ha dado muchas enseñanzas y ojalá no se interrumpa tan valioso trabajo. Es muy bueno poner frente a frente a los sistemas de salud de todos los países, lo que no se hizo antes por razones políticas, porque EUA tenía el modelo de mercado y la Unión Soviética el servicio único, modelos opuestos de

sistema de salud, que jamás iban a lograr conciliarse en la OMS.

Tuvo primero que caer el muro de Berlín y terminar la URSS. Entonces la OMS y el Banco Mundial -en la etapa neoliberal- hicieron la evaluación de los sistemas de salud que presenta este informe. Al Perú, hay que decirlo claramente, no lo favorece. Porque aparece con recursos para ocupar el puesto 78 en el indicador “gasto de salud per cápita”, pero en “capacidad de respuesta” estamos en el puesto 172 y en el indicador “equidad de la contribución financiera” en el 184, al final de la relación de países. Eso significa ser extremadamente ineficiente y los peruanos tenemos que entenderlo, porque sólo cambiará con una gran reforma que hemos comenzado en 2001.

#### La reforma peruana en salud

Recogiendo las mayoritarias aspiraciones nacionales de los últimos años, a partir de 2001 el modelo de reforma ha cambiado. Ahora primero es el principio de solidaridad, después equidad, universalidad, eficiencia y calidad. Hay trascendentes avances en el proceso iniciado por el gobierno del doctor Alejandro Toledo, pero tenemos que acelerar.

Se ha creado y está desarrollándose progresivamente el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales. Asimismo, se ha creado y desarrollado el Seguro

*Se ha creado y está desarrollándose progresivamente el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales. Asimismo, se ha creado y desarrollado el Seguro Integral de Salud para la población de menores recursos, de tipo subsidiado y que después deberá ser mixto (subsidiado y contributivo).*

***La descentralización también es un proceso sin precedentes. Estamos todos o casi todos los peruanos de acuerdo y tenemos una nueva legislación que -no obstante que no hay mayoría en el Congreso de la República- se ha aprobado con enorme consenso***

Integral de Salud para la población de menores recursos, de tipo subsidiado y que después deberá ser mixto (subsidiado y contributivo).

Igualmente se ha creado el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos - SISMED y la Dirección General de Promoción de la Salud, con énfasis en la promoción de la salud y el desarrollo de programas y proyectos. Se han constituido las Comisiones de Apoyo a la Reforma en Salud y a la Gestión Institucional, con el fin de fortalecer la rectoría e impulsar el proceso. Los que han presenciado el trabajo de las primeras semanas saben que se viene un cambio sin precedentes en el fortalecimiento de la rectoría. Ya no son sólo palabras.

De otro lado, la Ley 28006 ha restituido la autonomía al Seguro Social de Salud y la intangibilidad de sus fondos, porque no hay seguro social en el mundo que pueda caminar si no es autónomo, con fondos intangibles.

La descentralización también es un proceso sin precedentes. Estamos todos o casi todos los

***La Ley 28006 ha restituido la autonomía al Seguro Social de Salud y la intangibilidad de sus fondos, porque no hay seguro social en el mundo que pueda caminar si no es autónomo, con fondos intangibles.***

peruanos de acuerdo y tenemos una nueva legislación que -no obstante que no hay mayoría en el Congreso de la República- se ha aprobado con enorme consenso. El 17 de noviembre de 2002 se ha elegido autoridades regionales, ya se hizo la transferencia del poder y en el sector se ha dado la Ley 27813 de creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Esta ley tiene por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implantación concertada y descentralizada; pero lo más importante, es lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos para que, a largo plazo, alcancemos la seguridad social universal en salud; vale decir, estas dos últimas van juntas, porque no puede haber cuidado integral si no tenemos un desarrollo solidario de la seguridad social.

El Consejo Nacional de Salud desde setiembre del año pasado funciona bien, ha conformado dieciocho comités nacionales, habiendo incorporado recientemente al Comité Nacional de Residentado Médico - CONAREME y al

***...lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos para que, en el largo plazo, alcancemos la seguridad social universal en salud; porque no puede haber cuidado integral si no tenemos un desarrollo solidario de la seguridad social.***

***En cuanto a los Consejos Regionales de Salud, tenemos nueve instalados, en dos semanas más tendremos 11 y el resto está en proceso de conformación en coordinación con los respectivos Gobiernos Regionales.***

Comité Nacional de Pre Grado en Ciencias de la Salud. En cuanto a los Consejos Regionales de Salud, tenemos nueve instalados, en dos semanas más tendremos 11 y el resto está en proceso de conformación en coordinación con los respectivos Gobiernos Regionales.

El Seguro Integral de Salud es otro gran avance. Se creó el año pasado y ha integrado los anteriores Seguro Escolar y Seguro Materno Infantil. Es un seguro público creciente que mediante planes de beneficios prioriza la atención de la población en pobreza en el ámbito rural (38%) y urbano marginal (40%) y que representa un gran esfuerzo del Estado con el fin de aumentar el gasto nacional en salud.

Hay muchas propuestas que habremos de desarrollar. La más importante es el Aseguramiento Universal en Salud, reorientando el Seguro Integral de Salud, fortaleciendo el Seguro Social de Salud y vinculándolo al Ministerio de Salud. Debe quedar muy claro que mientras no pase el Seguro Social al sector salud, no se podrá tener avances mayores. Se trata de un asunto esencial y de una gran

***El Seguro Integral de Salud es otro gran avance. Se creó el año pasado y ha integrado los anteriores Seguro Escolar y Seguro Materno Infantil. Es un seguro público creciente que mediante planes de beneficios prioriza la atención de la población en pobreza en el ámbito rural (38%) y urbano marginal (40%).***

verdad, que debe ser oportuna y debidamente comprendida por todos.

Debido al gran riesgo económico que representan los problemas de salud, principalmente las enfermedades catastróficas y las discapacidades, tanto por los elevados costos de atención como por la pérdida de ingresos para las familias -dos problemas que se cruzan- el objetivo fundamental no puede ser otro que el Seguro Social de Salud. Pero esto sólo podrá alcanzarse a largo plazo.

La clave del cambio es el aseguramiento público universal. Mientras en Europa esto no es de interés, porque su objetivo es alcanzar el seguro social universal (con principios plenos de solidaridad, universalidad y otros), los países de menor desarrollo tenemos que entender que sólo a largo plazo podremos llegar al seguro social universal, pero que la etapa previa, factible a mediano plazo, es construir el aseguramiento público universal, donde los principios mencionados irán alcanzando gradualmente su plenitud.

El principio fundamental del aseguramiento y sustento financiero de todo el sistema de salud es la solidaridad, que implica la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla. Ustedes saben que en el Perú hay enorme cantidad de trabajadores informales con mayores ingresos que muchos formales y que no están asegurados, ni sus familias tampoco, porque los distintos gobiernos no han sido capaces de diseñar las fórmulas para su

*El principio fundamental del aseguramiento y sustento financiero de todo el sistema de salud es la solidaridad, que implica la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla*

aseguramiento. En consecuencia, el Estado debe promover y normar el aseguramiento de la población independiente, determinando la modalidad de los aportes. En el Perú es prioritaria la incorporación de trabajadores informales y familiares pertenecientes a la población adecuadamente empleada.

Por otra parte, se debe impulsar el Seguro Integral de Salud, reorientando el financiamiento público para levantar las barreras económicas al acceso y dirigiendo el subsidio solamente a los pobres extremos. Todos los demás deben pagar en proporción a lo que ganan.

#### Conclusión

La reforma en salud que hoy desarrolla el Perú no es estatista como quería el gobierno de

*La etapa previa, factible a mediano plazo, es construir el aseguramiento público universal, donde los principios mencionados irán alcanzando gradualmente su plenitud.*

*Ciertamente que el financiamiento es solidario y llegará a ser único, pero los prestadores públicos y privados son y serán múltiples, con intercambio y compraventa de servicios. Por ende, la reforma prioriza los derechos humanos a la salud y la seguridad social, pero asimismo considera que la participación privada es un componente fundamental.*

*El Estado debe promover y normar el aseguramiento de la población independiente, determinando la modalidad de los aportes.*

Velasco, ni privatista como pretendía el de Fujimori, extremos absurdos de dos dictadores. Es un modelo de aseguramiento público con dos fondos: Seguro Integral de Salud y Seguro Social de Salud, orientados a unirse, a mancomunarse a largo plazo, con elevación sustancial del gasto público en salud. Ciertamente que el financiamiento es solidario y llegará a ser único, pero los prestadores públicos y privados son y serán múltiples, con intercambio y compraventa de servicios. Por ende, la reforma prioriza los derechos humanos a la salud y la seguridad social, pero asimismo considera que la participación privada es un componente fundamental.

En suma, un equilibrio alejado de anteriores extremos, acorde con la realidad y con las aspiraciones nacionales en salud, con evidente sustento técnico y que es apoyado por la gran mayoría de peruanos.

## Marco para el análisis de la formulación, implantación y evaluación de políticas de salud

**ARTURO YGLESIAS BEDOYA, MD, MSc**

*Consultor del Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue*

Para comenzar el análisis de las políticas de salud, tenemos que entender que éstas son parte de las políticas públicas. En segundo lugar, tratar de entender si las políticas de salud se diseñan e implementan con profesionalismo; o si éstas, se hacen sólo con base en ideologías y no con base en evidencias.

Creo que ahí vemos una exacta correlación entre la calidad de las políticas públicas y la improvisación. El tema que vamos a tratar ahora, tiene que ver efectivamente con esto: ¿cómo vamos a diseñar las políticas?, ¿cómo las vamos a implementar? y ¿cómo las vamos a evaluar?

A comienzos de los años 90, veíamos con claridad que se venía una ola de reformas del sector salud (RSS). A mediados de la década, se constataba que las RSS eran una "epidemia global" que estaba arrasando a los sistemas de salud. Al final de los años 90 se confirmaba que no era una epidemia, sino una verdadera pandemia.

Entonces, estamos hablando de fenómenos globales, sobre los cuales debemos tener mucho cuidado y responsabilidad, porque estamos tocando el destino de millones de personas, y por que van a influir poderosamente en su calidad de vida. Esto es un asunto demasiado serio, como para dejarlo en manos de los improvisadores.

Si hablamos de políticas de salud, tenemos que entender qué es la salud. Una cosa es la salud o



el estado de salud de las poblaciones y otra cosa distinta es la atención a la salud ("health care"). La salud es un medio y un resultado del desarrollo económico, social y político de los países y un componente esencial del desarrollo humano que todas las sociedades aspiran alcanzar.

Se puede considerar a la salud de las poblaciones como el resultado del desarrollo humano y la consecuencia del desarrollo político, tan precario en nuestros países, donde no se consulta a los ciudadanos sobre las medidas que se tienen que tomar acerca de su futuro. Por consiguiente, la salud es el resultado de este conjunto de políticas públicas, y esto da lugar a que, de repente, no nos ponemos de acuerdo sobre qué es la salud, porque hay diferentes formas de entender la salud.

Hay algunas personas que consideran a la salud como un derecho, sin considerar los costos; con

***Lo que determina la buena salud son las medidas sobre el medio ambiente físico y social, los estilos de vida, la biología humana y la organización de los servicios de atención a la salud.***

políticas totalmente populistas, se ofrece una serie de beneficios, los que al no poder cumplirse generan la desconfianza de los ciudadanos y la desconfianza en la clase política. La salud puede ser vista como un bien de consumo; puede entrar a la lógica de los mercados vía seguros privados o puede ser vista, finalmente, como una inversión productiva desde el punto de vista de las políticas públicas.

Esto constituye un problema político, en la medida en la que no nos ponemos de acuerdo sobre qué tipo de salud estamos hablando. En el enfoque de la salud y sus determinantes, como políticas de gobierno y de Estado, es relativamente reciente, producto del último tercio del siglo XX, en donde destaca el aporte de Lalonde, quien como Ministro de Salud de Canadá lo formuló en la década de los 80, y constituye un avance importante en campo de la salud pública, y de las políticas de salud.

La pregunta básica a plantearse sería entonces ¿qué es lo que determina la buena salud o la mala salud de las poblaciones? La respuesta es: lo que determina la buena salud son las medidas de intervención sobre el medio ambiente físico y social, los estilos de vida, la biología humana y la organización de los servicios de atención a la salud. Lo que nosotros estamos viendo en este seminario, apenas tiene que ver con el sistema de servicios de cuidados o atención a la salud.

Para precisar entonces, tendremos que afirmar que las reformas del sector salud de los años 90,

estuvieron centradas alrededor del sistema de cuidado de la salud. Con este tipo de reforma no se estaba interviniendo en el medio ambiente social y en el medio ambiente físico.

El enfoque de Lalonde luego fue ampliado y hoy conocemos mejor acerca de los determinantes de la salud, del medio ambiente económico y social; conocemos mejor la correlación de la pobreza, la falta de empleo y el estado de salud. Los determinantes económicos y sociales influyen poderosamente en el estado de la salud. La carga genética, la edad y el sexo como factores fijos, influyen también en el estado de la salud. Desde el punto de vista de las responsabilidades de los individuos, los estilos de vida son también un factor que hay que tomar en cuenta. Recientemente, los factores geográficos también vienen siendo tomados en cuenta, como factores que influyen en el desarrollo económico y social, así como en el patrón de enfermedades infecciosas. Para el caso del Perú, por ejemplo, un país con una diversidad geográfica tan grande, con un medio ambiente mixto en el que coexisten el medio ambiente subtropical, tropical, andino con diversos nichos ecológicos según la altura, la altiplanicie, la franja desértica de la costa, en donde van a proliferar un conjunto de enfermedades totalmente distintas en unas regiones y, adicionalmente, genera barreras geográficas al acceso a los servicios de atención a la salud, muchas veces difíciles y muy costosas de superar.

Debemos pensar en las características geográficas de cada uno de nuestros países. Por qué hay enfermedades tropicales en unas regiones y no en otras dentro de un mismo país. Debemos preguntarnos, por qué la malaria no se presenta en el hemisferio norte; y por qué la reciente epidemia del síndrome respiratorio agudo se da solamente en los países fríos y no se presentó en el hemisferio sur.

De modo que debe quedar claro que la ubicación geográfica influye sobre la morbilidad, la mortalidad y en la capacidad de respuesta de los sistemas de atención a la salud.

Entonces, cuando estamos diseñando e implementando políticas de salud, debemos preguntarnos ¿dónde estamos interviniendo? En la actualidad, estamos interviniendo sólo sobre el sistema de cuidados de la salud. Entonces vale la pena preguntarnos ¿para qué diseñamos políticas de cuidado de la salud? Si las diseñamos para mejorar el estado de salud de las poblaciones, tendríamos también que intervenir sobre los determinantes de la salud, pero para alcanzar a los determinantes tendríamos que intervenir desde el Estado en su conjunto, vale decir, desde el campo de las políticas públicas.

Si nosotros vamos ahora a entrar en una nueva generación de reformas, esta vez orientadas a la equidad, tendríamos que tener un marco que ponga énfasis en las características políticas, culturales, la cohesión social y la integración social como factores que nos van a permitir contribuir a disminuir las brechas de las inequidades en las desigualdades de ingresos.

Debemos reconocer que en América Latina tenemos sociedades profundamente desiguales que arrastramos desde la época de la colonia. Es muy distinto aplicar políticas equitativas en una Europa igualitaria que en sociedades profundamente inequitativas en los niveles de ingresos, como es el caso de América Latina. Por lo tanto, la capacidad de acción que tenemos desde el sector salud es mucho menor. Si adicionalmente tenemos el problema de falta de recursos o los tenemos muy mal distribuidos, tendríamos que hacer un uso muy eficiente de esos recursos. Por consiguiente, tendríamos que maximizar el uso del dinero público para darle mayor valor, y para lograrlo tendremos que focalizar mejor y

orientarnos por los resultados de salud. Si tenemos la responsabilidad de diseñar política de salud, debemos estar pensando en los resultados en salud y en cómo vamos a medir los resultados de las políticas.

Si queremos ir hacia políticas de salud equitativas, debemos tener indicadores cuantitativos que nos van a permitir mostrar las diferencias internas y cómo vamos a hacer la redistribución de recursos para superar estas inequidades. Estos datos no los tenemos con precisión, ni tampoco medimos los resultados de las intervenciones, sobre todo en un tema que es clave: el acceso a los servicios de cuidados de la salud. Debemos trabajar fuertemente en nuestros sistemas de información para orientar la redistribución de los escasos recursos. Si hacemos esto, las reformas orientadas a la equidad también pueden resultar siendo otro discurso bonito, pero que en la práctica no se va a cumplir.

Para entender una política de salud, tenemos que entender que existe un contexto político y económico que ha cambiado y evolucionado a través del tiempo. Hemos salido de décadas de políticas de sustitución de importaciones, y hemos entrado en la era de la liberalización. La apertura a los mercados internacionales como un medio de crecimiento y desarrollo económico se dio bajo el marco del llamado "Consenso de Washington". Sin embargo, la apertura a los mercados internacionales no logra los resultados esperados y las brechas sociales aumentaron, por eso ahora estamos en otra era, la era del "Consenso pos Washington", porque hay la posibilidad de llegar a acuerdos para compatibilizar el crecimiento económico con el desarrollo social y alcanzar la equidad en salud.

Hay un relativo gran consenso alrededor de ese tema. El contexto político nuestro en la Subregión Andina es de una gran inestabilidad institucional. No podremos tener excelentes

políticas de salud con gobiernos muy débiles. Existe un cierto desfase entre la política y lo social. La agenda social plantea el tema de la inclusión social de grandes grupos, principalmente los grupos étnicos indígenas, los excluidos no sólo de la globalización, sino excluidos de la vida moderna desde hace centurias.

Las políticas de salud tenemos que entenderlas en el contenido de las políticas públicas. En la atención primaria de salud, el contenido era básicamente el cumplimiento de las ocho medidas básicas. En los años 90, el tema central era la separación de las funciones de financiamiento y entrega de los servicios, dando una mayor participación al sector privado. Alrededor de esas dos ideas centrales fue que se aplicaron las políticas de reformas de esa década. En otras palabras, ese es el estándar internacional de las reformas orientadas al mercado. Para ver los contenidos de la política y llevarlos a la práctica se requiere de un proceso de implantación y luego medir los resultados. El Perú es un país en donde se quiso hacer una reforma, se prometió hacerlo, se habló mucho, pero no se hizo, evidentemente al final sólo se estaba engañando a la gente. La gran desconfianza que existe ahora en el Perú es el resultado del incumpliendo de muchas promesas que no se cumplieron. Lo que se demanda en el futuro es diseñar políticas de salud más realistas, menos espectaculares, con mayor profesionalismo y responsabilidad por los actos.

En el análisis de la política de salud tenemos que ver el tema de los actores, como individuos y como grupos. El desarrollo de la ciudadanía en la atención a la salud nos plantea el tema de los derechos y los deberes y la participación ciudadana. En el punto de la participación de los ciudadanos tenemos que entender que existen diferentes puntos de vista e intereses entre los gremios médicos, la clase política, los administradores de los servicios y los ciudadanos.

Se constata que una tendencia emerge del mundo globalizado: el empoderamiento de los ciudadanos. Durante mucho tiempo, los médicos nos presentamos como portavoces de los intereses de los ciudadanos, pero en este momento ellos ya son mayores y deben hablar por si mismos y sus voces deben ser escuchadas. Los puntos de vista de los ciudadanos como pacientes no siempre coinciden con los puntos de nosotros los médicos.

Ese problema se presentó en el Perú en estos días cuando aparece el tema del Seguro Obligatorio para los médicos, para enfrentar el error médico, la negligencia o impericia. ¿Quiénes plantearon la obligatoriedad del seguro para los médicos? Otros agentes que no estaban en el sector salud, los abogados a través de su representante en el Parlamento. Los abogados en el Perú no tienen mucho empleo, entonces aparecen especialidades dentro del derecho, con formación de posgrado, para enjuiciar a los médicos y encontraron un "caballito de batalla" para meterlo en la agenda de la política de salud del Congreso de la República. Y, ¿qué dicen los ciudadanos? La respuesta de las encuestas de opinión nos señalan que 60% de los ciudadanos están de acuerdo con que debe haber un seguro médico obligatorio. Entonces, nosotros como médicos estamos en conflicto con ellos, ya que todos los médicos estamos en desacuerdo con el seguro obligatorio. ¿Qué quiero señalar con esto? Que los intereses médicos no necesariamente están de acuerdo con los intereses de los ciudadanos, ni mucho menos con los intereses de los gerentes, los economistas y los políticos.

Este es un juego de intereses, tenemos que llegar a un punto de encuentro en que converjan los diferentes intereses en un nuevo equilibrio. Así se hacen las políticas en los estados modernos. Nadie impone al otro, es un proceso de negociación con el fin de llegar a acuerdos para la viabilidad y sostenibilidad de las políticas de salud.

La participación ciudadana es fundamental para el desarrollo de la salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios. Encuestas que se han realizado en Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos de América y el Reino Unido desde 1988 hasta 2001 (gráfico 1) muestran la opinión de los ciudadanos de esos países desarrollados respecto a la satisfacción con su sistema de salud y la necesidad de los cambios. Y, ¿qué nos dicen estas encuestas? En todos los países, un segmento importante de ciudadanos está descontento con el rendimiento de sus sistemas de salud. En las encuestas del año 2001 el porcentaje de descontentos es bien alto; el porcentaje que desea un cambio completo es mucho menor; la gente que piensa que solamente necesita algunos cambios es también menor, o sea que hay una gran insatisfacción de los ciudadanos respecto a los sistemas de salud en el mundo. No hay sistemas de salud perfectos, lo que existe son ciudadanos más exigentes y cada vez menos satisfechos, porque al subir los niveles educativos y los niveles de ingresos las expectativas aumentan y también la insatisfacción aumenta. Entonces se produce una enorme brecha entre las expectativas y la satisfacción.

Entraré a ver el tema de la organización, la entrega de los servicios de salud y las interacciones entre la demanda y la oferta. La forma-

ción de los sistemas de salud en nuestros países puso énfasis en la disponibilidad y oferta de los servicios. Durante los años 90, hubo un discurso ideológico y un debate muy grande alrededor de que los recursos financieros debían pasar del lado de la oferta al de la demanda. Esta disyuntiva no es correcta, suena muy bien en la lógica de los seguros de la enfermedad, pero tiene que ver poco con la prevención de la enfermedad, y mucho menos con la protección y la promoción de la salud. Entonces qué es lo primero, ¿la oferta o la demanda?

Esa discusión ahora resulta banal a la luz de los resultados de la aplicación de la reforma del sector salud. Lo primero son las necesidades de salud de las poblaciones y, ¿quién nos va a hacer la lectura de las necesidades de salud de las poblaciones? ¿Alguna aseguradora? ¿Nosotros los médicos? O tiene que ser hecho por otra agencia que esté al margen de otros intereses. Esa agencia de salud pública que debe tener cada uno de estos países, tiene la obligación de establecer las necesidades de atención a la salud de las poblaciones en los ámbitos nacional, regional y local. Entonces, que quede claro que primero son las necesidades y, en virtud de esto, se hace un reajuste entre la oferta y la demanda.

Entrando al tema de las políticas de salud responsables, diseñadas e implementadas con mucho profesionalismo, lo que necesitamos entender es lo que se llamaría una estrella de David (gráfico 2). La política necesita de objetivos – todas las instituciones públicas o privadas necesitan de objetivos-, necesitamos ponderar los costos y el precio de los beneficios de la política. No podemos hacer un discurso grandilocuente, generoso, bondadoso cuando no tenemos dinero. Por eso es importantísimo conectar las políticas con el presupuesto público. Entonces, el presupuesto es un instrumento fundamental para la implantación de la política. Hay una afirmación que es exacta y quisiera que se gravara bien en

Gráfico N° 1

Citizens' Overall Views About Their Health Care System, Five Countries, Selected Years 1988 - 2001					
Citizens' Views on Health Care	AUS	CAN	NZ	UK	US
<b>Only minor changes needed</b>					
1988/90	34%	56%	-	27%	10%
1998	19	20	9	25	17
2001	25	21	18	21	18
<b>FUNDAMENTAL CHANGES NEEDED</b>					
1988/90	43	38	-	52	60
1998	49	56	57	58	45
2001	53	59	60	60	51
<b>Rebuild completely</b>					
1988/90	17	5	-	17	29
1998	30	23	32	14	33
2001	19	18	20	18	28

Fuente: Robert J. Blendon, Cathy Schoen, Catherine M. DesRoches, Robin Osborn, Kimberly L. Scoles, and Kinga Zapert, "Inequities in Health Care: A Five-Country Survey", Health Affairs, 21(3):182-191

***“lo que no está en el presupuesto no existe”. Si se habla de políticas de salud responsables piensen inmediatamente en el presupuesto.***

sus mentes “ lo que no está en el presupuesto no existe”. Si se habla de políticas de salud responsables piensen inmediatamente en el presupuesto. Las políticas se implementan a través de planes con presupuesto, no debería haber oficinas de planificación si no manejan presupuesto, de lo contrario estas oficinas devienen en unos “ saludos a la bandera” .

Sin embargo, para hacer cambios organizativos hay necesidad de movilizar más dinero. Para eso existen los programas y proyectos. Una pregunta importante que debemos plantearnos en nuestros países: ¿cuánta plata se ha invertido en proyectos y programas para hacer la reforma? La plata que soltaron los bancos de desarrollo está en este espacio. Ahora bien, la pregunta siguiente es ¿dónde están los resultados de esos préstamos? ¿Han entrado a nuestro sistema de salud? No, se han manejado través de programas verticales. En el caso del Perú, se entregó el dinero a proyectos que ni siquiera tenían marco lógico, armaron el desastre, se

fueron y no quedó nada. Si queremos cambiar la política de salud en cada uno de nuestros países, si queremos hacer políticas responsables, debemos pensar en las cinco puntas a las que se refiere la estrella planteada.

El ciclo de formulación de las políticas de salud pasa necesariamente por la identificación de los problemas, por establecer prioridades, considerar las opciones de intervenciones costo / eficaces, y las metas. Cuando diseñemos políticas de salud debemos pensar siempre en la economía de la salud. Una política responsable tiene que pensar en la economía, ambos campos no son incompatibles, por el contrario, se necesitan una de la otra. El concepto económico de eficiencia en los sistemas de salud es muy importante que lo conozcan todos los agentes interesados en el desarrollo de la salud. La eficiencia distributiva tiene que ver con la distribución de los recursos a escala nacional, y es muy importante para implementar políticas de salud equitativas. La eficiencia técnica tiene que ver con el manejo de los hospitales. Por lo tanto, la economía es un instrumento fundamental para el desarrollo de políticas públicas equitativas; sin esto, el dinero que tenemos no nos va a alcanzar. En consecuencia, diseñamos las intervenciones, valoramos las consecuencias y por lo tanto las podemos evaluar.

Si nosotros asumimos la responsabilidad de conducir una política de salud, tenemos que ver el macrosistema del país, igualmente ver el microsistema -las organizaciones prestadoras de servicios, los hospitales, las redes de atención primaria y los niveles intermedios, que son los mesosistemas.

¿Cómo se combinan estos componentes? A través de un sistema que registra los insumos, vale decir la normatividad, las regulaciones, los aspectos financieros, los recursos humanos, la tecnología, y así tendremos sistemas de apoyo para tomar decisiones. La forma en la que se

mezclan los insumos y los organizamos de tal manera a través de la entrega de servicios de salud, de la atención ambulatoria, de la de emergencia, de hospitalización y de la atención preventiva promocional son los procesos que terminan en productos, las consultas, las intervenciones, etcétera. Los resultados de las intervenciones los vemos en los efectos en los ciudadanos como pacientes, para aliviar el dolor, en el control de la enfermedad y, en el caso preventivo promocional, para ver los cambios en las actitudes, conocimientos y prácticas de la población. Estos temas tienen que ver con la utilización y la cobertura de los servicios y cómo se benefician las personas, pero no estamos reduciendo la prevalencia de enfermedades. No estamos controlando las enfermedades infecciosas emergentes, no estamos controlando las muertes prematuras. La única forma de medir esto, es en las poblaciones. Por lo tanto necesitamos de la salud pública y no sólo de los servicios de atención a la enfermedad.

Los seguros no nos resuelven los problemas de salud de las poblaciones, resuelven las enfermedades. De repente este es el mensaje principal, ya que parece que vamos hacia un mundo en el cual la atención a la salud se va a dar a través de múltiples seguros, pero la salud pública no va a desaparecer, va a ser más necesaria que nunca porque nos va a permitir ver la salud de las poblaciones y cómo poder mejorarla a través de las políticas de salud y dar luces sobre dónde estamos, a dónde queremos llegar y cómo vamos a llegar y cómo vamos a medir sus resultados.

***El ciclo de formulación de las políticas de salud pasa necesariamente por la identificación de los problemas, por establecer prioridades, considerar las opciones de intervenciones costo / eficaces, y las metas.***

Los estudios de salud de las poblaciones son fundamentales para comenzar a cerrar las brechas de las inequidades. Si no hacemos un uso eficaz de estas herramientas nuestras políticas equitativas pueden terminar en un fracaso, pueden terminar siendo un discurso ideológico bonito, pueden contentar a la gente y lograr un gran consenso, pero en el mundo moderno lo que vale son los resultados, que es lo que los ciudadanos de América Latina están esperando. Entonces tenemos que conectar nuestras políticas con la economía, con la gerencia de la implantación y con los resultados. Ese es el mensaje central de esta exposición.

Finalmente, un último mensaje, el tiempo es muy valioso. Nuestro enemigo no es la competencia, es el tiempo. La modernidad es velocidad, síntesis, capacidad de un ordenamiento mental, capacidad de transmitir mensajes con absoluta claridad. Esto es la economía del tiempo, la otra herramienta que tenemos que aprender a utilizar en la vida cotidiana, en nuestros proyectos y que ayuda a que nuestros sueños por mejorar la salud de las poblaciones se puedan cumplir con éxito.

***De repente este es el mensaje principal, ya que parece que vamos hacia un mundo en el cual la atención se va a dar a través de múltiples seguros, pero la Salud Pública no va a desaparecer, va a ser más necesaria que nunca porque nos va a permitir ver la salud de las poblaciones y como poder mejorarla a través de las políticas de salud...***

Gráfico N° 2



### Desafíos de la descentralización en el contexto de la reforma del sector salud en el Perú

**JULIO CASTRO GÓMEZ, MD**

*Miembro del Consejo Directivo de Foro Salud, Ex Decano del Colegio Médico del Perú, Ex Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.*

El Foro de la Salud agradece la invitación a participar en este evento en nombre de las organizaciones de la sociedad civil que lo conformamos y lo estamos construyendo con el propósito de mejorar la capacidad de propuesta en políticas de salud, desarrollar vigilancia y control social y promover la participación ciudadana en los espacios que nos reconocen la Constitución y la ley.

Consideramos la descentralización como un proceso central de la transición democrática que vivimos en el país luego de la caída de la dictadura de la década pasada. En consecuencia, estamos comprometidos plenamente para que este proceso de descentralización - una experiencia más de las que se han hecho en el país - no fracase en esta oportunidad. Apostamos por el logro de sus objetivos de contribuir a la democratización política y a la promoción del desarrollo económico social integrado de las regiones de nuestra patria.

Además, es un espacio adecuado para realizar procesos participativos desde la sociedad civil que

***“Estamos comprometidos plenamente para que este proceso de descentralización -una experiencia más de las que se han hecho en el país- no fracase en esta oportunidad”.***



nos permitan contribuir a la gobernabilidad democrática en el país. El buen gobierno no es sólo responsabilidad de los gobernantes, sino también de los ciudadanos y ciudadanas, y para lo cual debemos llevar adelante una serie de experiencias con el propósito de ejercer el derecho de participación ciudadana y de contribuir con propuestas de solución a los problemas sociales.

Para tratar el tema en relación con los desafíos de la descentralización en el contexto de la reforma de la salud, quiero revisar críticamente la propuesta que está en curso en nuestro país y que propone la organización del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley N° 27813), que está cumpliendo un año y la cual nos parece importante revisar para contribuir a su mejoramiento.

Nuestro sistema de salud definió sus características actuales con el gobierno militar en la

***Tenemos un Seguro Social que atiende y cubre básicamente a 25% de la población, las sanidades lo hacen para 2%, el sector privado para un 3% y 70% de la población nacional, generalmente la población más pobre, está a cargo del Ministerio de Salud.***

década del setenta, configurando sus múltiples prestadores: el Ministerio de Salud, el Seguro Social en salud, las sanidades militares y policiales y el sector privado. Con el gobierno militar se terminó la concepción beneficente de la salud pasando los hospitales de las sociedades de beneficencia al Ministerio de Salud, consolidando la red hospitalaria pública, fortaleció el Seguro Social uniendo las Cajas de obreros y de empleados y la atención igualitaria en salud, además desarrolló las sanidades militares y policial. La mayor responsabilidad en la atención y cuidado de la salud es pública y el sector privado es sumamente restringido. Esto define nuestro sistema y es lo que hoy nos caracteriza, tenemos un Seguro Social que atiende y cubre básicamente a 25% de la población, las sanidades lo hacen para 2%, el sector privado para un 3% y 70% de la población nacional. Generalmente la población más pobre está a cargo del Ministerio de Salud.

Este fragmentado sistema tiene elementos muy negativos en su desempeño, sobre todo en lo que se refiere a las inequidades, manteniendo desigualdades y diferencias, al inadecuado uso de los escasos recursos disponibles, y a la inexistencia de un Plan Nacional de Salud de Salud.

En los últimos lustros se han efectuado experiencias de aseguramiento parcial en salud que son las que vienen de la creación del Seguro Escolar Gratuito, del Seguro Materno Infantil, de

la propuesta que se hizo en el primer momento de la transición política con el gobierno del Presidente Valentín Paniagua de unificar esos seguros y formular una propuesta de seguro público para, finalmente, con el gobierno del Presidente Toledo, desde hace dos años, plantear la necesidad de llevar adelante un seguro integral de salud para la población en pobreza.

La propuesta para transformar este sistema y avanzar hacia la garantía del derecho a la salud de los peruanos también tiene un hito muy importante en la década del setenta, porque fue también el gobierno militar el que conformó una comisión para que evaluara la situación sanitaria y propusiera una reforma de la salud del país. Esta comisión propuso la creación de un Sistema Nacional Participatorio y Descentralizado de Salud, que unía la Seguridad Social con el Ministerio de Salud, con el objetivo básico de garantizarle a todos los ciudadanos el derecho a la salud.

Sin embargo, en esa época, se produjo un cambio en el gobierno militar y fueron desalojados los sectores reformistas; entró un sector de retorno y abandono de las reformas, lo que creó ambiente propicio para señalar que la propuesta del Sistema Nacional Participatorio y Descentralizado de Salud era de un sistema único de salud estatista, por lo tanto iba a

***Ese era más o menos el criterio, todo se integraba y había un sistema de referencias que permitía utilizar los hospitales nacionales e institutos desde cualquier instancia, y no dependía de si la persona era asegurada o no para recibir el servicio de salud.***

liquidar la libertad de elección de las personas y el ejercicio libre de los profesionales de la salud. Por eso, la propuesta que fue ampliamente mayoritaria, fue dejada de lado y con ello las bases doctrinarias del Sistema Nacional Participatorio y Descentralizado de Salud. En 1978, con el Gobierno Militar de salida, se implantó otra modalidad, el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que es básicamente la propuesta actual, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

En la práctica se está implementando una propuesta de hace 25 años, que se formulara entonces como postura minoritaria contraria al Sistema Nacional Participatorio, Integrado y Descentralizado de Salud; mediante el Decreto Ley 22365 se estableció el Sistema Nacional de Servicios de Salud, coordinando a los diversos prestadores públicos y privados con un Consejo Nacional de Salud y con Consejos Regionales de Salud, con una característica muy similar a la que hoy se tiene. En la práctica, se ha dejado de lado la experiencia nacional e internacional de los últimos 25 años, para modificar la propuesta y enriquecerla.

No se ha tomado en cuenta que desde 1986 se hizo un proceso de integración funcional MINSa-IPSS, o sea Seguro Social-Ministerio de Salud, con esos objetivos, experiencia que la hizo nuestro muy apreciado doctor David Tejada, propuesta muy positiva, pero que, sin embargo, su implantación práctica quedó descartada porque para no lograr sus objetivos, intervinieron básicamente elementos de politización de mala manera y un contexto económico de hiperinflación.

Ahí tienen algunas de las características de esta propuesta en la cual, básicamente, lo que se hacía era que el Seguro Social que, tenía experticia en el manejo de los hospitales y en la recuperación de salud, manejara todos los

hospitales públicos, mientras que el Ministerio de Salud mantenía y ampliaba su amplia red de puestos y centros de salud con su experiencia en lo que se refiere a la protección de la salud, a las actividades de prevención y promoción.

Ese era más o menos el criterio; todo se integraba y había un sistema de referencias que permitía utilizar los hospitales nacionales e institutos desde cualquier instancia, y no dependía de si la persona era asegurada o no para recibir el servicio de salud.

En 1990, a finales del gobierno del doctor Alan García, se produjo una modificación a través de un Decreto Legislativo con el cual se reformuló la propuesta del Consejo Nacional de Salud, incorporando representantes de la sociedad civil y de las regiones, ya que estaba en marcha un proceso de regionalización distinto al actual. También se diferenció el Consejo Nacional de Salud, como órgano de concertación, de la Comisión Consultiva del Ministerio. Por supuesto, esta propuesta no fue aplicada por el gobierno de Fujimori, en la medida en la que tuvo una orientación totalmente contraria, a través de procesos de reforma de la salud con carácter privatizador.

La propuesta actualizada del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, se hace con base en la Ley 27813 principalmente, y tiene como finalidad coordinar instituciones, planes y programas y aplicar e implementar la política de salud; un objetivo muy importante es avanzar hacia la universalización de la seguridad en salud. Este es un tema capital, porque le da un horizonte muy definido al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado

El sistema tiene como órgano máximo un Consejo Nacional de Salud, de carácter consultivo y concertador. Esta ambigüedad debilita sus acuerdos y decisiones las que podrán

ser tomadas o no en consideración por el Ministro de Salud. Su función es proponer políticas, el Plan Nacional de Salud, y propiciar la concertación y coordinación sectorial.

El Consejo está integrado por el Ministro de Salud y el Viceministro de Saneamiento, y por un representante del Ministerio de Salud, de la seguridad social, de las municipalidades, un representante de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, el sector privado, las universidades, el Colegio Médico, los trabajadores del sector y las organizaciones sociales.

Considera, además, la conformación de Consejos Regionales de Salud, cuya composición la determinan los gobiernos regionales. Además, hay Consejos Provinciales de Salud, que se ha determinado serán presididos por un representante del Colegio Médico del Perú.

Dispone que los servicios públicos de salud se transferirán a los gobiernos regionales y locales de manera gradual y progresiva, acompañados de los recursos que aseguren su continuidad y eficiencia.

La composición del Consejo Nacional de Salud lo hace, básicamente, un organismo de coordinación de prestadores de servicios de salud con sólo un representante de las organizaciones sociales, y deja de lado la necesaria integración progresiva de los subsistemas públicos como paso fundamental hacia el logro de la equidad. Se requiere de un esfuerzo importante para mejorar el financiamiento en el MINSa, ya que la inversión per cápita en este subsistema está alrededor de los treinta dólares, mientras que en seguridad es de ciento veinte dólares.

Así mismo, consideramos que la propuesta de coordinación ha dejado de lado la construcción

social de la Política Nacional de Salud y, además, el Consejo Nacional de Salud tiene un rol instrumental que es un híbrido: es consultivo y concertador, sin la autonomía necesaria para una función propositiva como órgano de participación ciudadana, de vigilancia y control social.

El Consejo Nacional es básicamente un organismo de coordinación de prestadores que no tiene ninguna representación de los gobiernos regionales que ya están en marcha en el país. La participación de los usuarios es discriminada y otras organizaciones sociales no participan tales como centrales sindicales, jubilados, asociaciones de pacientes, de comedores populares y organizaciones de mujeres (como se sabe, las mujeres constituyen 70% de los egresos de los establecimientos públicos de salud). Los jubilados están totalmente ausentes, así como las asociaciones de pacientes, los tuberculosos, con insuficiencia renal crónica, los pacientes que viven con VIH/SIDA, los diabéticos, etcétera que son usuarios de los servicios e interesados en que estén adecuadamente organizados y se brinde atención con calidad.

Las representaciones intersectoriales tampoco han sido consideradas, sólo el Viceministro de Saneamiento, pero nos parece indispensable que participen los Ministerios de Educación, de Desarrollo, de la Mujer y de Nutrición, entre otros.

Por eso, creemos importante, para avanzar sobre la base de la experiencia puesta en práctica con esta forma de organizarnos, introducir modificaciones que nos orienten hacia un Sistema Nacional Integrado, Descentralizado y Participativo, en el cual el Consejo Nacional sea un órgano de concertación, construcción social de la política de salud, vigilancia y control, con autonomía para realizar sus funciones.

***La participación de la sociedad civil es un elemento muy importante que va a permitir mejorar la gestión, mejorar la implantación de las políticas y se va a recoger de ellos lo que son las verdaderas demandas y necesidades de la población.***

Es necesario precisar que los organismos de concertación no deben interferir en la gestión del sector; ésta es una función específica de los organismos de gobierno.

Planteamos la modificación de la composición del Consejo Nacional de Salud, incorporando representantes de los gobiernos regionales y de los usuarios, que son de manera significativa quienes deben contribuir a la definición de las políticas y a la evaluación de las prácticas.

En este proceso de descentralización, ¿cuánto se ha avanzado hasta el momento? Sólo hay nueve Consejos Regionales de Salud instalados; faltando la mayoría de éstos, así como todos los Consejos Provinciales de Salud. También notamos que en la instalación de estos organismos hay todavía recelo ante la limitada participación de representantes de la sociedad civil.

Debe haber un cambio de actitud para que los funcionarios entiendan que la participación de la sociedad civil es un elemento muy importante que va a permitir mejorar la gestión, mejorar la implantación de las políticas, además porque de ellos se va a recoger lo que son las verdaderas demandas y necesidades de la población.

El proceso de descentralización, como señalaba, es un proceso en el que queremos redistribuir el poder político para promover el desarrollo económico, reestructurar la administración y

reformular el Estado. Hay un contexto nacional favorable a la descentralización en el país, pero lamentablemente no está siendo utilizado y desarrollado plenamente porque estamos en un proceso de reforma constitucional que se ha paralizado por temor a que la propuesta sea desaprobada por la ciudadanía.

Hay un acuerdo nacional para las políticas públicas concertadas a mediano plazo, en el que se ha incorporado la descentralización como un aspecto fundamental. Ya están en marcha las normas básicas del proceso de descentralización, la reforma de la Constitución en el Capítulo de Descentralización, la Ley de Bases, la Ley de Gobiernos Regionales, la Ley Orgánica de Municipalidades y, por supuesto, hay normas indispensables que se requieren para complementar el marco legal del proceso de descentralización. Estas son las que tienen que ver con la Ley de Incentivos y Referéndum, la Ley de Descentralización Fiscal, los recursos para el proceso de descentralización y la Ley del Sistema Nacional de Participación y Concertación Ciudadana, para promover la participación de la sociedad civil y no ocurra lo que viene aconteciendo.

No obstante que la Ley reconoce espacios de participación en los gobiernos regionales, a través de los Consejos de Coordinación Regional y en los municipios -tanto provinciales como distritales-, con los Consejos Locales de Participación y con la propia Ley de Descentralización del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado, existe una serie de reticencias, de obstáculos a través de los cuales se impide justamente la participación de la sociedad civil para que ahí, las ciudadanas y ciudadanos ejerzan plenamente sus derechos.

Muy importante es que la Ley de Gobiernos Regionales desarrolla y establece cuáles son las funciones específicas, en materia de salud y ambiente, de los gobiernos regionales.

Realmente, son amplias las funciones y competencias, como formular y aprobar las políticas, desarrollar y formular el Plan Regional de Salud, participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado. Además, actividades de promoción, prevención, control de alimentos, de medicamentos, supervisión de establecimientos, promover y preservar salud ambiental, planificar inversiones, etcétera.

Como ven, es una amplia gama de funciones y competencias en salud para los gobiernos regionales con la que tendrán, a través de los Consejos Regionales, un instrumento muy importante para realizarlas en la medida en la que éstos tengan la composición necesaria, tanto en lo referente a representantes de los diversos sectores públicos que tienen que ver con los determinantes de la salud, como con los representantes de la sociedad civil.

Por eso vemos con preocupación el retraso, no sólo en la constitución de los Consejos Regionales, sino que los pocos que se han establecido ni siquiera asumen su tarea central que está reconocida por la Ley: la formulación de los Planes Concertados de Salud y los Presupuestos Participativos.

Se ha señalado que hay un proceso de transferencia de competencias y recursos a las regiones, gradual y progresivo. Primero, la organización de los gobiernos regionales, luego la consolidación del proceso de regionalización que busca estimular la confluencia de las actuales regiones sobre la base de los Departamentos en el país.

En la práctica, no hay regiones debidamente consolidadas; la transferencia y recepción de competencia regionales se hace progresiva este año, básicamente con los programas sociales que están destinados a los gobiernos locales. A partir del próximo año se hará la transferencia de los sectores, y lo que se ha dejado para el final es la transferencia en educación y salud.

Debe existir, señala la Ley, un Plan de Transferencia anual en cada Ministerio; la Comisión Nacional de Descentralización consolida las propuestas, mientras el poder ejecutivo las aprueba cada año. Además, se señala la necesidad de establecer un Sistema de Acreditación que permita la evaluación de las competencias de los gobiernos regionales, garantizando capacidad para recibir y gestionar los sectores transferidos. Esto requiere de un plan de desarrollo de competencias que asegure la transferencia.

Existe también el Régimen de las Direcciones Regionales en las que ha habido problemas porque ha querido el gobierno central imponerla. En los gobiernos regionales también se han efectuado concursos, gran parte de los cuales han sido cuestionados por falta de transparencia.

Quiero dejar hasta aquí esta exposición. Nos ha permitido dar una visión panorámica de los antecedentes de la situación actual. Desde la sociedad civil queremos ratificar nuestro compromiso para aportar todo lo que signifique una verdadera transformación del sector, que permita hacer realidad el derecho a la salud de todas las personas en el país.

## Hacia la construcción del sistema público nacional de salud de Venezuela

**MARÍA URBANEJA DURANT, MD**

*Ex Ministra de Salud de la República Bolivariana de Venezuela*

Debo decirles que, por supuesto, para mí es sumamente retador y desafiante estar aquí hoy en este panel por dos razones. En primer lugar, por haber estado dos años y medio en la difícil pero estimulante tarea de conducir las políticas de salud de mi país, lo que significó estar permanentemente en el ojo del huracán. En segundo lugar, porque me es muy difícil, mejor dicho imposible, hablar desde afuera, habiendo transcurrido pocos días desde que deje mis responsabilidades como Ministra, así que no puedo tomar distancia.

Después, permítanme saludar a los amigos y amigas aquí presentes, a las personalidades, al doctor David Tejada que con tanta sabiduría nos hablaba de cómo construir destinos.

Quiero comenzar entonces compartiendo esta reflexión del Dr. Tejada, en eso de que hacer las reformas tiene que ver con la posibilidad de construir nuevos destinos para América Latina y creo que eso es muy importante, porque eso nos posiona, eso hace el marco de esta reunión. Así que ustedes me van a permitir en esta posición de bateadora emergente (como me acaban de invitar porque no vino quien tenía que venir), que lo que no alcance a decir

*La globalización como ese espacio generador de profundas desigualdades e inequidades.*



en este momento, lo pueda decir en el panel que vamos a tener más tarde. Me voy a referir entonces en esta oportunidad al marco conceptual de donde partimos para plantearnos las reformas en salud en nuestro país y, seguramente, en la próxima intervención tratare de aproximarme a lo que pudiéramos llamar los avances.

Decía que el doctor David Tejada esta mañana nos colocó el marco de esta discusión puntualizando cuestiones que creo son fundamentales. En primer lugar, habló de la salud como derecho de ciudadanía; en segundo lugar, habló de la globalización como ese espacio generador de profundas desigualdades e inequidades, es decir, cómo la globalización de los mercados "produce riqueza", pero al mismo tiempo aumenta las brechas y las desigualdades. Un fenómeno central característico de la globalización neoliberal es el marcado aumento de la exclusión y la sacralización del mercado.

También nos habló de algunos requisitos para construir destinos: nos habló de la educación, de la necesidad de aprender a pensar, de la duda como una característica fundamental para la creación; de la necesidad de crear dirigencia científica, de construir países con verdaderas autonomías y de algo que es esencial, de que no podemos hablar de reformas muy profundas de salud al margen de reformas de la sociedad, del Estado, de cambios profundos con procesos más amplios de transformación de la sociedad.

El habló de que pensar en la salud es pensar en la vida y promoverla. Es imposible la vida sin la salud, ésta es un componente fundamental de la vida; habló, por último, de la equidad. Es entonces desde este marco que yo quiero hablar. Nuestros países se parecen mucho, si algo compartimos en nuestros países es que nos parecemos en las necesidades, en los problemas y en las profundas inequidades.

Por algo hemos sido catalogados como el continente más inequitativo. Nuestro país no escapa de este rótulo, tenemos un país inmensamente rico. Tenemos petróleo, oro, diamantes, agua, bosques, pero al mismo tiempo tenemos inmensas brechas de inequidades, es el país que recibimos y el que nos hemos propuesto transformar desde ese proceso enriquecedor que es el proceso Bolivariano.

Romper con este panorama pasa por algo parecido a una revolución, en nuestro caso la Revolución Bolivariana. Y cuando hablo de revolución, hablo de decisiones políticas, de privilegiar esto que estamos diciendo, de privilegiar las necesidades, las inequidades y la solución a ellas. De construir y desarrollar una nueva ética del quehacer público, aquella para lo cual la centralidad de la acción pública está dirigida a responder al imperativo ético de la equidad. Si no lo vemos y hacemos de esta

*Si algo compartimos en nuestros países es que nos parecemos en las necesidades, en los problemas y en las profundas inequidades*

manera, es imposible hablar de reformas, porque seguiremos igual.

No me voy a referir aquí a algo que ya es un tema circular, sobre el que hemos venido hablando hace muchísimos años en nuestro continente, me refiero a las causas de esta situación. La desinversión en lo social, cuyo comienzo lo hemos ubicado a mediados de los años 70 cuando ocurrió el cambio de modelo de sustitución de importaciones en nuestros países, luego vendría lo que se ha dado en llamar la década perdida, la década de los 80, después vino el ajuste estructural en los años 90 para corregir las pérdidas. El eficientismo economicista que caracterizó las reformas de salud de los años 90. El ajuste fue dirigido fundamentalmente a construir un nuevo estatuto de respuesta a las necesidades sociales, que dejaba al mercado, a las reglas de la oferta y demanda las posibilidades de dar respuesta a las necesidades sociales.

Se nos fue así el siglo veinte dejándonos una inmensa deuda social, especialmente en lo referente a las condiciones de vida y de salud de las inmensas mayorías de nuestros países. Salud para todos en el año dos mil se convirtió en la utopía no alcanzada. Ahora en los inicios de un nuevo siglo se impone el compromiso ético de saldar esta deuda, necesitamos una mirada y una reflexión profunda sobre esta realidad. Lo decía el doctor David Tejada, necesitamos volver a "Salud para Todos", pero yo preguntaría ¿qué pasó con "Salud para Todos en el año 2000" y que significará hoy a los inicios del siglo XXI Salud para Todos y Todas?

Pudiéramos decir de manera sintética que no se puede construir una alternativa de esa magnitud sólo desde lo sectorial; no se puede construir y alcanzar una meta que involucra factores sociales, políticos, económicos desde el paradigma reduccionista, asistencialista con el que se implementó. Necesitamos por tanto de nuevos paradigmas que la sustenten.

De algunos de ellos, cambios de conceptos y prácticas, pudiéramos hablar en esta reunión, donde estamos haciendo un balance e intercambio de experiencias sobre los procesos de reformas en nuestros países

El concepto de salud, las necesidades sociales como el imperativo al que debemos darle respuesta para hacer realidad el derecho a la salud y a la vida como derechos de ciudadanía. El privilegio de la participación protagónica de la población y la construcción de la nueva institucionalidad que involucre nuevas relaciones entre Estado y sociedad que permita la democratización de la sociedad, son referentes de donde partir.

Los cambios de paradigma que promuevan los nuevos modelos de atención y de gestión son otros aspectos fundamentales. Se trata de cambiar un saber y una práctica sustentados sobre la racionalidad científica moderna que contextualizó la construcción del saber dominante en salud y sobre la cual se estructuraron los que tenemos hoy como sistemas sanitarios. Cambiar esa racionalidad, ese eje hegemónico creo que es una revolución.

***Un modelo de desarrollo más equitativo, basado en el ser humano, rescatando el compromiso y la responsabilidad ética y política de los Poderes Públicos.***

Creo que desde ahí pudiéramos posicionarnos para comprender y para emprender procesos de reformas pero, más explícitamente, procesos de transformación en el campo de la salud como parte de transformaciones estructurales más completas de la sociedad.

Quisiera pues de manera sucinta y muy rápida, hablar del esfuerzo que en nuestro país hemos venido haciendo a partir de 1999 por llevar adelante cambios profundos en la sociedad venezolana. En 1999, Venezuela inicia un proceso de cambio y transformaciones político y social con el gobierno revolucionario, liderado por el Presidente Hugo Chávez Frías y que abrió una nueva etapa en la vida política y social de Venezuela. Cambian los actores políticos que tradicionalmente se alternaron en el poder durante más de 40 años, y se abre paso a un extraordinario y amplio proceso de discusión nacional para refundar las bases del sistema político, jurídico e institucional, sobre pilares fundamentales: una real democracia participativa, con una amplia participación popular; una estrategia de desarrollo con equidad, centrada en los seres humanos y de corresponsabilidad de todos los sectores nacionales en la atención de los problemas más urgentes del país. La secuencia de los cambios es muy conocida: el llamado a una Asamblea Nacional Constituyente, una nueva Constitución de la República, la transformación y relegitimación de los Poderes Públicos.

Los objetivos de este proceso han sido construir una democracia participativa de justicia social. No puede haber democracia -también lo decía el doctor David Tejada esta mañana- si no hay justicia, inherente a ella es la justicia social, una real democracia participativa que promueva el surgimiento de nuevos actores, nuevos espacios de discusión, nuevas agendas políticas con una amplia participación de las comunidades como sujetos activos de esos cambios y de esas

### ***Se trata por tanto de un cambio esencial***

transformaciones; un modelo de desarrollo más equitativo, basado en el ser humano, rescatando el compromiso y la responsabilidad ética y política de los Poderes Públicos.

Se trata por tanto de un cambio esencial, una nueva ética de las políticas públicas. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, elaborada en la Asamblea Constituyente y aprobada por Referéndum Popular en 1999, establece como Norma Suprema y marco de ordenamiento jurídico de toda la sociedad venezolana cambios fundamentales en la estructura política y social del país, que exigen la conformación de nuevos paradigmas y formas de ejercicio en las políticas públicas.

Es decir, la Constitución nos dejó un tremendo desafío: nos dejó el marco, la estructura del país que queremos, que necesitamos construir y el reto de construir el ordenamiento legal y jurídico que haga posible esos cambios. Un estado democrático, social, de derecho, de justicia, que busca construir una sociedad democrática, participativa y protagónica. Un estado federal descentralizado, unitario donde la soberanía está en el pueblo y en lo público.

El proceso bolivariano ha significado por otra parte el empoderamiento de las mayorías excluidas; en Venezuela los pobres recuperaron la voz y pelean por sus derechos. Diferentes formas organizativas de la sociedad (Asamblea de Ciudadanos, Comités de Tierra Urbana, Círculos Bolivarianos, Comités de Salud, Comités de Planificación de Políticas Públicas entre otros) toman decisiones y obligan a tomar decisiones a los gobernantes. Esto plantea enormes desafíos a la política pública y obliga a

un cambio profundo en sus concepciones y en sus prácticas; lo público debe ser espacio e instrumento de poder para el Estado y la sociedad.

Una nueva relación Estado y sociedad exige otro modo de construir las políticas públicas, no reducirlas a políticas de gobierno, de instituciones, de programas, de cargos de autoridad o de personas. Lo social es ahora campo de derechos legítimos y universalmente reconocidos y garantizados, indispensables para la conquista y el desarrollo de la plena ciudadanía, siendo deber del Estado garantizar su aplicación, sin discriminación alguna, sin privilegios o barreras que puedan impedirlo.

De los desafíos que tenemos por delante, uno de ellos, esencial, es precisamente romper con la herencia de profundas INEQUIDADES acumuladas y dar un salto histórico para rescatar las oportunidades perdidas de generaciones enteras de adultos, jóvenes, niños y niñas y asegurar a las futuras una sociedad donde cada vez más todas las personas sean tratadas como sujetos plenos de derecho en condiciones de igualdad. Este es el reto que hemos comenzado a enfrentar en este gobierno bolivariano, para avanzar en la reforma estructural del sector salud.

No se trata de un problema administrativo, es este contexto de compromiso constitucional y de ampliación de los derechos sociales el que ha impulsado al gobierno bolivariano desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social a repensar el quehacer de lo público en la política sanitaria.

En 1999 nos propusimos como tarea rescatar el sistema sanitario público. Durante muchos años, el desfinanciamiento fiscal, el desmejoramiento de las condiciones de vida de la población, la fragmentación y desinstitucionalización del sistema y la conformación de mecanismos y

relaciones de poder con base en privilegios e intereses de grupos particulares, hicieron que la red sanitaria cayera en su peor condición de debilitamiento, reforzando una percepción de profundo desprecio hacia lo público:

- Abandono de los establecimientos de la red primaria, deficiente calidad y baja cobertura de programas y servicios de salud, desprotegiendo áreas sensibles de la salud pública y excluyendo de atención sanitaria y nutricia a amplios sectores de población de gran vulnerabilidad.
- Profundos desequilibrios de accesibilidad a la atención, entre grupos contribuyentes y no contribuyentes, con dramáticas consecuencias para un amplio sector de la población empobrecida, sin capacidad económica para proveerse de servicios en el mercado privado.
- Predominio de una concepción curativista, parcelada y burocratizada de la atención, que en su estado más exacerbado ha conducido a un enorme deterioro de la red de atención de centros de salud a nivel primario, y al colapso de la red de los servicios hospitalarios.
- Baja capacidad de gobernabilidad del sistema, con un proceso de descentralización anárquico y con pobre rectoría.

Nos propusimos entonces una reforma que tocara los elementos estructurales del sistema:

- La salud, entendida como un derecho social y bien colectivo, al cual no es posible renunciar porque se trata del derecho a la vida.
- La obligación intransferible del Estado de garantizar el ejercicio de este derecho.
- La construcción de un sistema público de salud de carácter universal, no discriminatorio, que preserve la equidad y el acceso sin barreras socio-económicas o geográficas a

los servicios y programas de salud, e inexistencia de paquetes mínimos de servicios.

- La integración de sistemas y regímenes públicos paralelos de atención a la salud, eliminando progresivamente la separación entre los grupos contributivos y no contributivos, asociado ésto al planteamiento de transformación global del sistema de seguridad social, combatiendo así la fragmentación del sistema.
- La creación de un sistema intergubernamental de salud, basado en compartimiento de responsabilidades entre los distintos niveles de gobierno, garantizando la rectoría del nivel central y la unicidad del sistema en un ejercicio de gestión descentralizada.
- El desarrollo de un modo de atención integral, donde se privilegia la red de atención primaria, donde en su implantación, cambia el modo en que se conciben, se organizan y se planifican la atención a la salud, a través de estrategias de atención integrales, humanas y participativas que respondan a la dinámica y comportamiento de las necesidades y problemas de salud.
- El desarrollo de una nueva relación entre el Estado y los Ciudadanos y Ciudadanas, creando condiciones que hagan posible la participación directa en las decisiones y el respeto al interés superior de las personas en todos los actos dentro del sistema.
- El financiamiento de la salud bajo un esquema público y de fuentes crecientemente fiscales. Esto llevaría a la eliminación de la relación entre obtención de servicios y capacidad de pago.

A pesar de los escollos que nos tocó vivir y superar: desestabilización, golpe de Estado, sabotaje petrolero y a los cuales no me voy a referir por ser de todos y todas conocidos, hoy se puede decir que los esfuerzos por iniciar procesos de cambio y transformación en salud

en nuestro país trajeron como resultado en primer lugar conceptos y prácticas institucionales orientadas por nuevos paradigmas.

Desde el Plan de Desarrollo Económico Social y su eje de equilibrio social, surge el Plan Estratégico Social como una herramienta fundamental para la orientación de políticas públicas garantizadoras de derechos. Fue un trabajo colectivo que nos llevó desde mediados de 2001, un esfuerzo de construcción de un nuevo pensamiento en políticas públicas en momentos de intensos procesos de cambios políticos y sociales, buscando trascender nuestras viejas e inertes instituciones y proponer otras visiones que se plantearan derrotar las tendencias que en el pasado jugaron a la regresividad de lo público y apartarlo de su función primordial de responder a las necesidades sociales de la gente.

Este pensamiento, de una nueva dirección conceptual y política es el mandato para el país trazado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con el objetivo de enfrentar a estos desafíos movilizándolo, juntando las energías de todas y todos alrededor de un compromiso ético y social con la población venezolana y con la enorme deuda que acumuló por décadas un Estado indiferente a sus responsabilidades públicas. Es desde ahí, desde este campo, desde este marco conceptual que vivimos a lo largo de estos dos años y medio pensando, actuando y, por supuesto, viviendo este intenso y rico proceso político de construcción de políticas públicas de salud.

A lo largo de este periodo tratamos de contribuir al desarrollo de políticas públicas, valorando las lecciones aprendidas, las victorias y los fracasos que hemos enfrentado en diferentes escenarios de nuestro continente.

De ellas nos han hablado en este Seminario los diferentes expositores. Ya esta mañana, el

doctor Osvaldo Artaza nos decía con mucha pasión lo que ha significado el tremendo desafío de reconstrucción en Chile después de 17 años de dictadura que desmanteló el sistema público de salud, que instauró un sistema privatizado excluyente de la mayoría de la población más necesitada. Las dificultades y el esfuerzo del gobierno de concertación en Chile para avanzar en la reconstrucción, en buscar salidas para dar respuestas a esa deuda acumulada.

Igualmente, hemos escuchado la experiencia de Colombia expuesta aquí. Brasil con la experiencia de casi 15 años construyendo un Sistema Único de Salud, política de Estado que se ha mantenido y ha ido perfeccionándose y desarrollándose, y que aún tiene inmensos retos.

En Venezuela, el proceso bolivariano abrió un importante espacio para construir, juntos pueblo y gobierno, este nuevo Estatuto de Política Pública, para la formulación de un pensamiento estratégico y para la implantación y aplicación de políticas orientadas a garantizar y a promover calidad de vida. Estamos conscientes que garantizar que la salud sea un derecho, no es un acto de magia, no se decreta. Es un largo proceso de construcción permanente, que requiere e involucra un cambio de paradigma, si queremos transformar de manera fundamental el quehacer sanitario hacia uno que tenga como centralidad la universalización de los derechos y la calidad de vida de todos y todas, y la participación comunitaria.

Ya lo decía el doctor David Tejada cuando cerraba su intervención de la mañana, nada de esto es posible -construir el destino en nuestros países- si no contamos con una participación protagónica real del pueblo en el proceso transformador. En Venezuela así lo manda la Constitución, el cambio de la política sanitaria sólo será posible en el marco de otro proceso más amplio y participativo de la sociedad, donde

***Se trata de responder a necesidades sociales con derechos como la equidad -máxima expresión de justicia-, con estrategias como la promoción y mejoramiento de la calidad de vida y la salud.***

las comunidades sean visibilizadas, asumiendo la conducción de estos procesos.

Los fundamentos de los cuales partimos para el rediseño de esa política nacional de salud y desarrollo social están en la Constitución; el Plan de Desarrollo Económico y Social y su eje de Equilibrio Social que plantea la universalización de los derechos sociales; el Proyecto de Ley Orgánica de Salud; el Plan Estratégico Social como una mirada para la formulación estratégica operativa de estas políticas.

La Constitución plantea los Derechos Fundamentales, su universalización, la equidad en el acceso y el rescate de lo público con espacio para poder estar en sociedad, y el Plan Estratégico Social es una guía, una brújula para orientar la acción en las políticas sociales en función de esos objetivos.

Se trata de responder a necesidades sociales con derechos como la equidad -máxima expresión de justicia-, con estrategias como la promoción y mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Creemos que en este cambio de paradigmas está lo central de las reformas que debemos adelantar, es posible que nos hagan falta muchísimos recursos para el financiamiento de las políticas sociales, pero si nosotros no tenemos una estrategia que haga posible que la promoción de la calidad de vida sea el eje de ese accionar, seguramente vamos a seguir trabajando de manera sectorial y no

vamos a dar respuestas integrales, regulares y permanentes a todo aquello que sea para garantizar derechos.

El Derecho a la Salud es expresión de la universalidad, cuya guía son la equidad y la transectorialidad. No es posible construir políticas más comprensivas si no trabajamos de manera transectorial, participando todos con responsabilidad. No es posible reducir los déficit y rescatar lo público en función del interés colectivo, sino damos respuesta a las necesidades sociales de la población y aseguramos el acceso con políticas y servicios, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida.

Necesitamos construir una rectoría capaz de garantizar la gestión del sistema de manera intergubernamental, consolidar un sistema de garantías públicas para lo cual es necesario un nuevo ordenamiento jurídico legal. Para ello, aprobamos la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral y está por aprobarse la Ley Orgánica de Salud que haga posible una nueva legislación que ordene el financiamiento en nuestro sistema de manera que posibilite la desfragmentación del financiamiento (tenemos un financiamiento fragmentado, más de 400 instituciones prestadoras de servicios de salud). Es necesario una ley que ordene y organice ese financiamiento y haga posible la respuesta a la protección de los derechos sociales.

***El Derecho a la Salud es expresión de la universalidad, cuya guía son la equidad y la transectorialidad. No es posible construir políticas más comprensivas si no trabajamos de manera transectorial, participando todos con responsabilidad.***

***No basta una ley, necesitamos construir mecanismos y herramientas que hagan posible las garantías de esos derechos constitucionales. Necesitamos profundizar el desarrollo de las redes.***

No es posible garantizar derechos si no trabajamos en la construcción de la equidad, creando herramientas para incorporar el análisis de las inequidades desde los diferentes ámbitos de gobierno. No basta una ley, necesitamos construir mecanismos y herramientas que hagan posible las garantías de esos derechos constitucionales. Necesitamos profundizar el desarrollo de las redes, no sólo las redes de atención a la salud sino todo el conjunto de redes que se dan en los territorios sociales como el centro del accionar de esa respuesta. Necesitamos seguir avanzando en la construcción y desarrollo de estrategias de promoción de calidad de vida como espacio para otorgar garantías a niños, niñas, adolescentes, personas de la tercera edad y atención integral a los pueblos indígenas. Continuar en el rediseño y construcción de la nueva institucionalidad pública con participación social, con liderazgo, con rectoría, con capacidad de gobernalidad (uno de los grandes daños que quedó de esa década de los noventa, donde la rectoría del sistema quedó en entredicho, vulnerada y frágil). Necesitamos la consolidación y ampliación de los espacios de gobierno con goberna-

dores y alcaldes, para garantizar la corresponsabilidad de los diferentes niveles de gobierno, en agendas y compromisos entre los diferentes entes gubernamentales y la sociedad organizada, con la mejoría de la calidad de vida y la garantía de derechos.

Por último creemos fundamental en la gestión pública crear una nueva relación con los trabajadores, una nueva vinculación, un nuevo estatuto de gremios y sindicatos, que también coloquen en su quehacer, además de las reivindicaciones, la defensa de la salud como derecho y como bien público.

Estos son los desafíos que hemos emprendido y que estamos obligados a consolidar y continuar desarrollando, corrigiendo las limitaciones y quitando los obstáculos para avanzar en el proceso definitivo de construcción de ese Sistema Público Nacional de Salud como parte del proceso más complejo, más amplio de transformación y democratización de la sociedad en la lucha por la equidad, la justicia social, como parte de la incansable tarea por la dignidad de la vida, por un mundo más justo para nuestro continente, por la globalización de la solidaridad.

***...Incansable tarea por la dignidad de la vida, por un mundo más justo para nuestro continente, por la globalización de la solidaridad.***

***...Crear una nueva relación con los trabajadores, una nueva vinculación, un nuevo estatuto de gremios y sindicatos, que también coloquen en su quehacer, además de las reivindicaciones, la defensa de la salud como derecho y como bien público.***

# 4. Unión Europea

## El sistema de salud francés y el paradigma de los sistemas de salud en los países occidentales

**EMILIO LA ROSA RODRÍGUEZ, MD**

*ADECRI, Francia. Médico, con Maestría en Salud Pública y Doctorado en Antropología Médica*

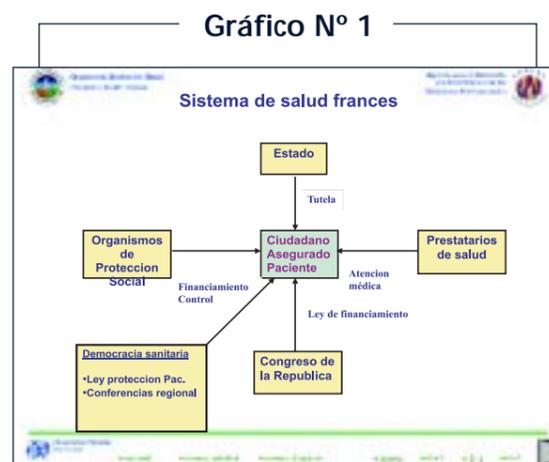
### 1. El sistema de salud francés

El sistema de salud francés es un poco complejo y voy a hacer esfuerzos para sintetizar y así respetar el tiempo establecido. El gráfico 1 resume el sistema de salud francés que, como ustedes saben, ocupó el primer puesto en cuanto a eficiencia, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud.

En el centro del sistema de salud francés se encuentra el ciudadano, que es a su vez asegurado y, en algún momento, puede estar en-



fermo. Alrededor del ciudadano se encuentran cuatro instituciones principales.



- El Estado, que a través del Ministerio de Salud y sus organismos descentralizados:
  - a) Asume la responsabilidad de los problemas generales de salud pública: prevención, vigilancia epidemiológica, lucha contra las enfermedades mayores y las epidemias.
  - b) Asegura la formación del personal de salud y participa en la definición de las condiciones de su ejercicio.
  - c) Vigila las normas de calidad de los establecimientos de salud y la producción farmacéutica.

- d) Ejerce su tutela sobre las agencias regionales de hospitalización.
  - e) Controla la adecuación de las estructuras de atención y de prevención y regula el volumen de oferta de servicios: personal, establecimientos, equipos.
  - f) Ejerce la tutela de la protección social dentro del marco de los objetivos sanitarios y financieros definidos por el Congreso de la República.
- Los organismos de protección social; la seguridad social en Francia tiene dos funciones fundamentales, la primera es el financiamiento del sistema y la segunda es el control de los prestatarios.
  - Los prestatarios de servicios de salud, que dan la atención médica.
  - El Congreso de la República que fija anualmente las prioridades sanitarias y el financiamiento de la protección social.

Una nueva noción que se está desarrollando en Francia es la "democracia sanitaria", cuyos principales objetivos son la participación activa del ciudadano en algunas instancias sanitarias: Conferencias Regionales de Salud, el hospital, y proteger a la persona contra la mala práctica médica (Ley de Protección del Enfermo).

El sistema de salud francés, a pesar de ser eficiente, no pudo hacer frente a los problemas suscitados por las altas temperaturas en el mes de agosto último. Durante dicho mes fallecieron cerca de doce mil personas a causa del excesivo calor. Esta situación fue debida a dos tipos de problemas. El primero, de carácter estructural: el sistema está basado en la atención médica dejando de lado la prevención y en el caso del calor excesivo, el sistema no fue capaz de adaptarse inmediatamente y hacer una campaña preventiva a través de los medios de comuni-

cación, por ejemplo, para informar a la población, sobre todo a los ancianos que fueron quienes murieron, los cuales en su mayoría vivían solos o estaban en algunas residencias para ancianos.

*(1) Una característica fundamental en Francia, diferente de lo que pasa en muchos países de América Latina es que la seguridad social no tiene hospitales, clínicas ni policlinicos; estos establecimientos de salud pertenecen al Estado o al sector privado.*

El segundo problema es coyuntural y está relacionado con las vacaciones. En julio y agosto la mayoría de las personas sale de vacaciones en Francia y los hospitales funcionan con una capacidad instalada disminuida (en algunos hospitales la capacidad instalada disminuye en 30%), por consiguiente, durante los días de gran calor hubo mucha demanda y muchos hospitales colapsaron porque parte de su personal -enfermeras, médicos y otro personal administrativo- estaba de vacaciones.

**1.1 Las instituciones del sistema**

El gráfico 2 presenta las instituciones que pertenecen al sistema:

- Las instituciones públicas, representadas por el Ministerio de Salud en sus niveles nacional, regional y departamental.
- La seguridad social con sus diferentes regímenes y niveles (nacional, regional y departamental). Los otros regímenes son diversos, entre ellos podemos citar los siguientes: agricultores, artesanos y profesionales liberales, minas y ferrocarriles.
- Las instituciones privadas formadas por hospitales, clínicas y mutuales.

**Gráfico N° 2**

**Las Instituciones del sistema de salud**

	Instituciones Públicas	Seguridad Social Regimen general	Instituciones Privadas
Nivel Nacional	Ministerio de Salud	Caja Nac. Seg. Enf. Trab. Asal.	Mutuales
Nivel Regional	Direc. reg. de asuntos sanit. y sociales	Caja Regional del Seguro Enfermdad	
Nivel Departamental	Direc. Dep.	Cajas Prim. del Seguro Enf. (CPAM)	Hospitales y clínicas

Otros regímenes de seguridad social : Agric. artesanos y prof.lib.,minas.

El Ministerio de Salud cuenta con una serie de organismos descentralizados (gráfico 3). En este esquema se aprecian sus nombres y sus funciones que se deducen prácticamente del título del organismo.

**Gráfico N° 3**

**Las Instituciones del sistema de salud**

Organismos descentralizados del Ministerio de Salud	Organismos de apoyo a la política de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto de la Vigilancia Sanitaria</li> <li>• Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de productos de salud</li> <li>• Agencia Francesa de Seguridad sanitaria de los alimentos</li> <li>• Agencia Francesa de Seguridad sanitaria del medio ambiente</li> <li>• Establecimiento Frances de la sangre</li> <li>• Establecimiento Frances de transplantes</li> <li>• Consejo Nacional del SIDA</li> <li>• Consejo Nacional de Cancer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité Superior de Salud Pública : define los objetivos de la salud publica y realiza un informe anual.</li> <li>• Conferencia Nacional de la Salud : esta encargado de proponer las políticas de salud (prioridades y orientaciones)</li> <li>• Conferencia Regional de la Salud: esta encargado de analizar las necesidades de salud regionales y de establecer el nivel de prioridades.</li> </ul>

Existen tres organismos de apoyo a las políticas de salud. El primero es el Comité Superior de Salud, conformado por eminentes profesores, no solamente de medicina, sino también de otras profesiones. Los otros dos organismos de apoyo a las políticas de salud son las Conferencias Nacionales y Regional de Salud. La Conferencia Nacional propone las políticas de salud (prioridades y orientaciones); la Conferencia Regional analiza las necesidades

de salud regional y establece el nivel de prioridades.

**1.2 La protección social**

La protección social cubre los principales riesgos:

- Enfermedad, accidente de trabajo y enfermedades profesionales, a través de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.
- Familia y maternidad, a través de la Caja Nacional de Beneficios Familiares.
- Vejez, a través de la Caja Nacional del Seguro de la Vejez.

**1.2.1 La Caja Nacional del Seguro Enfermedad**

La Caja Nacional cubre a 80% de la población francesa, los otros regímenes cubren el resto de la población. La Caja Nacional es responsable del:

- Equilibrio financiero y de la prevención sanitaria y social.
- Control médico de las actividades profesionales y establecimientos de salud.

Los recursos del Seguro Social están constituidos por las cotizaciones patronales, de los asalariados y de la contribución social generalizada (impuesto pagado por todo aquel que recibe un ingreso, ya sea por un trabajo o por intereses financieros).

Además del Seguro Social, existe el Seguro Complementario que financia la parte no cubierta por la seguridad social. Existen tres tipos de organismos que proponen este tipo de seguro: las mutuales, los institutos de previsión y las compañías de seguro.

La Cobertura de Enfermedad Universal (CEU) ha permitido extender la cobertura a prácticamente toda la población francesa. Tiene acceso a la CEU toda persona que reside legalmente en Francia y que no se beneficia del Seguro Social, según los criterios tradicionales.

La CEU complementaria es semejante al seguro complementario, la diferencia es que no lo paga el individuo sino el Estado. Tienen acceso a este seguro las personas que justifiquen ingresos muy modestos.

**2. El paradigma de los sistemas de salud en los países occidentales**

El sistema de salud francés es eficiente pero muy costoso porque el esfuerzo nacional para mantener la eficacia del sistema es muy alto, tanto que en los últimos tres años ha habido un déficit acumulado de diecinueve mil millones de euros. Este déficit pone en peligro el equilibrio macroeconómico del país.

Una de las posibles causas del elevado gasto publico en materia de salud radica en el paradigma actual del sistema de salud francés y europeo, que define la atención médica como el principal determinante del estado de salud de la

población. Este paradigma no ha sido verificado científicamente. Sin embargo, ocupa un lugar casi exclusivo en materia de financiamiento y de políticas de salud. En Francia, como en la mayoría de países de la Unión Europea, los gastos en bienes y servicios médicos representan más de 90% de los presupuestos en salud (gráfico 4).

Este monopolio de la atención médica es la resultante del extraordinario desarrollo de la medicina en los últimos 50 años. Sin embargo, la atención médica tiene sus límites no sólo a nivel de los conocimientos y las técnicas médicas, sino también a nivel de la organización misma del sistema.

Es necesario remarcar que este paradigma fue puesto en duda por primera vez en 1974 por el Informe Lalonde, que señala que la atención médica contribuye solamente con 5% en el estado de salud de la población. En 1976, Dever demostró que el sistema de atención médica contribuye con 11% en la reducción de la mortalidad, pero recibe 90% del financiamiento en salud en los Estados Unidos de América (gráfico 5).

De otro lado, el Informe Lalonde señala que para mejorar el estado de salud de la población en los países occidentales es necesario hacer un

esfuerzo a nivel del estilo de vida y del medio social y físico en lugar de seguir aumentando los presupuestos del sistema de atención médica.

A pesar del tiempo transcurrido desde la publicación del Informe Lalonde, los cambios tardan en llegar. Sin embargo, muchos actores de la salud son concientes de la necesidad de modificar las políticas y la afectación de los recursos financieros: menos dinero para la "industria de la enfermedad" y más para la salud.

En los países occidentales, continuar fundamentando las políticas de la salud en el paradigma ya señalado puede conducirnos a un impase, a mayores gastos en salud (con sus respectivos déficit) y al incremento de las desigualdades sociales en salud.

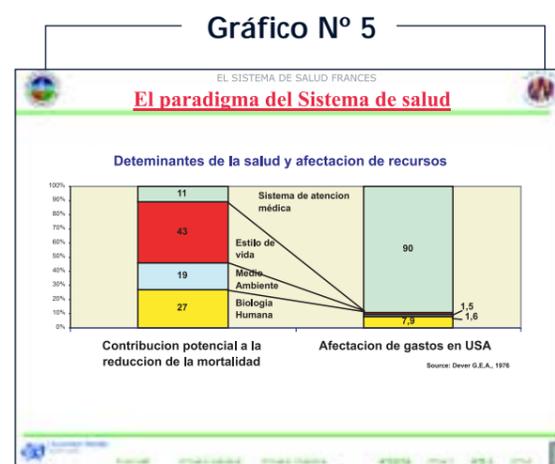
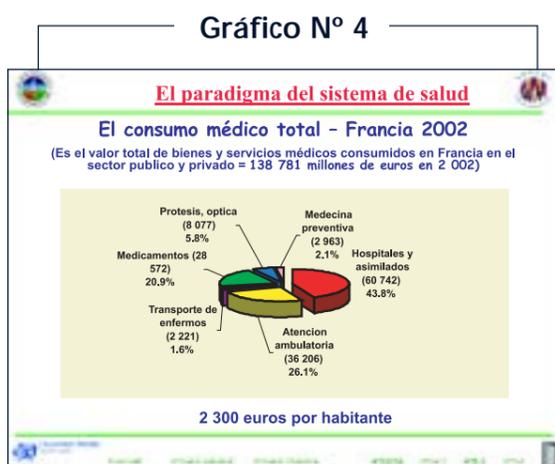
Estas inequidades sociales han aumentado en las últimas décadas (la esperanza de vida al nacer de 35 años, tasa de mortalidad en los hombres de 25 a 54 años de edad y factores de riesgo cardiovasculares, según las categorías socio-profesionales).

De otro lado, podemos observar la evolución de la mortalidad por tuberculosis pulmonar en Inglaterra y el País de Gales durante el periodo de 1840 a 1960, cuando podemos constatar que la disminución de la mortalidad comenzó mucho antes que la introducción de los primeros medicamentos eficaces contra la tuberculosis y

de la vacuna. Dicha disminución se debió, sobretodo, al mejoramiento de las condiciones de vida (alimentación, vivienda). Esta constatación histórica demuestra claramente la influencia de los otros determinantes de la salud, sin negar el rol importante de la medicina.

Finalmente, las consecuencias relacionadas con el paradigma de salud en los países europeos no pueden ser aplicadas a la realidad de la salud de los países andinos, porque en estos últimos hay aún problemas mayores relacionados con la cobertura de la atención médica. Sin embargo, es necesario ser prudentes y no privilegiar única y exclusivamente, en términos de políticas y recursos, el sistema de atención médica, dejando de lado otros determinantes, tales como las condiciones y estilo de vida, la educación y las condiciones de trabajo. Por estas razones, pensamos que los grupos técnicos que proponen las políticas de salud deben de estar integrados por médicos, sociólogos, economistas, antropólogos, educadores, y que dichas políticas deben de ser intersectoriales, ya que no se puede realizar una política integral sin la intervención de los sectores de educación, promoción social, trabajo, vivienda.

Como conclusión, diré que es importante tener un buen sistema de atención médica en caso de enfermedad. Sin embargo, es mucho más importante tener un buen sistema de salud para evitar la enfermedad.



### Canasta de bienes y servicios. El sistema de salud francés

**VICENTE RAVOUX, MD**

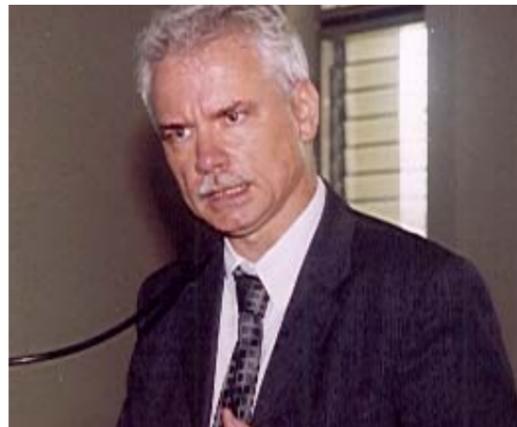
*Director General de la CPAM (Caja Primaria de Seguro Enfermedad) de la Seine-Saint Denis, Francia*

Si he entendido bien lo dicho esta mañana, ustedes discuten en su país la posibilidad de crear o mejorar el sistema de seguridad social. En Europa y en Francia la seguridad social es como la electricidad y creo que es importante, de vez en cuando, recordar la importancia de la seguridad social. Comparto la opinión de muchos expositores cuando dicen que la seguridad social, como la educación, es una inversión sumamente importante para el desarrollo.

El tema de hoy se refiere a la gestión de la lista de bienes y servicios, lo que llamamos en salud la problemática de los servicios. La cuestión planteada es, en el fondo, que los servicios de salud pueden ser reembolsados de manera colectiva en función de una situación económica social y médica del país. Dado mi caso, en Francia –como en muchos países–, la cuestión de la salud es fundamental y el gobierno puede hacer o deshacer en cuestiones de salud pública y protección social.

Ustedes saben de la epidemia que ha habido este verano, la cual ha causado numerosos problemas políticos de los cuales todavía no hemos salido;

***Prevedemos un déficit de 25.000 millones de Euros entre el 2002 y el 2004, una suma colosal que nunca se había conocido hasta el presente.***



este problema es sumamente importante en Francia por muchas razones. La primera, es el peso creciente de los gastos de salud en el Producto Interno Bruto. No les voy a dar muchas cifras, en 1970 los gastos de salud representaban entre 5 y 7% del PIB, para 2002 representaban ya 9.74%, o sea que en 2004 rebasaremos el 10%; la segunda razón, por importancia, es el déficit abismal de las finanzas públicas. Ustedes saben que Francia pertenece a la Comunidad Económica Europea y que esta Comunidad impone normas en materia de equilibrio financiero. Francia desde hace tres años ha rebasado el déficit autorizado y en 2004 -la regla es inferior a 3%-, nosotros lo rebasaremos. Prevedemos un déficit de 25.000 millones de euros entre 2002 y 2004, una suma colosal que nunca se había conocido hasta el presente.

Otro elemento importante para esta ocasión es la situación económica que no es floreciente

este año y tampoco lo fue el pasado; el peso de los impuestos públicos en la riqueza nacional; Francia es uno de los países que tiene más impuestos públicos, importante porque son alrededor de 45% del PIB.

Tenemos factores comunes con el conjunto de países de la Comunidad Europea que tienen que ver con el desarrollo, del progreso técnico que cada vez es más caro, y con el envejecimiento de la población, si tenemos en cuenta que descubrir una molécula nueva cuesta alrededor de mil millones de euros. La población de edad avanzada cada vez es más numerosa y los costos para ella son mayores que para las personas de menos edad.

Tercer elemento común es el fenómeno del consumismo. No es una particularidad francesa, le encontramos en muchos países europeos y hay una escasez relativa de profesionales. Digo relativa porque volvemos al índice de los años 80-84, estamos regresando al índice de profesionales que teníamos en ese momento, lo que nos obliga a ver este problema.

En Francia tenemos una serie de dispositivos de gestión para los bienes y servicios reembolsados; el primer dispositivo tiene que ver con que nuestro sistema de seguridad social es muy liberal, y en una parte está financiado por el sistema público. Esencialmente el asegurado social puede estar poco cubierto por una aseguradora, pero puede obtener todo lo que desea de un sistema de salud; tiene toda libertad para consultar a quien quiera, donde

***Tiene toda libertad para consultar a quien quiera, donde quiera y como lo quiera. El médico, por su lado, tiene toda la libertad para prescribir lo que le parece mejor para el estado de su enfermo, de su cliente; es un sistema sumamente liberal***

***La primera serie de dispositivos de control que hemos implementado, para administrar nuestra canasta de bienes y servicios, es la búsqueda de la calidad, comenzando primero por luchar contra el gasto inútil.***

quiera y como lo quiera. El médico, por su lado, tiene toda la libertad para prescribir lo que le parece mejor para el estado de su enfermo, de su cliente; es un sistema sumamente liberal y por eso es que ustedes ven la dificultad en conciliar una serie de decisiones individuales con un equilibrio global.

La primera serie de dispositivos de control que hemos implantado, para administrar nuestra canasta de bienes y servicios, es la búsqueda de la calidad, comenzando primero por luchar contra el gasto inútil. Si eliminamos lo que es inútil en los gastos en salud, podremos encontrar recursos que nos permitan financiarlos. De todas maneras, los gastos en salud, inevitablemente, van a aumentar a lo largo de los años, entonces, hay que decidir qué es lo útil y eficaz.

Hemos desarrollado un sistema de búsqueda de la calidad en el cual lo primero es el conocimiento de la práctica médica por medio de un sistema de información y de la sistematización o informatización de los profesionales de la salud y sus instituciones, que

-aún hoy-, poco utilizan las herramientas informáticas.

En la codificación de la actividad, bien sean los actos médicos o las prescripciones y, lo que es mucho más difícil, la codificación de las patologías, Francia todavía no está lista para codificarlas por razones técnicas y por razones de clasificación. Es difícil para los miembros de la profesión médica codificar las patologías, se debe asumir una codificación alfa- numérica estricta o más literaria, como lo hacen los ingleses, pero todavía no se ha resuelto el problema.

La segunda serie de métodos para asegurar la calidad es la definición y desarrollo de los protocolos de atención médica, una agencia nacional de acreditación y evaluación médica. Hemos encontrado formas que permiten definir qué es lo útil en tal patología o cómo el operador de la atención médica trabaja y cuál es la calidad de su servicio; hemos desarrollado también el seguimiento de ciertas patologías, por ejemplo, las más complicadas, la diabetes o la hipertensión arterial y tenemos también métodos de ciertas prácticas de prescripción. Una práctica que nos cuesta mucho es la utilización de antibióticos, sufrimos el fenómeno de resistencia a los antibióticos, entonces hemos hecho un esfuerzo muy grande para tener un mejor uso de ellos -sobre todo en los casos de problemas de garganta- y, finalmente, tenemos dispositivos de evaluación de los profesionales de la salud y de las instituciones de la salud. También es necesario efectuar una evaluación de la educación continuada de los médicos o de la asignación de recursos a las instituciones de la salud.

**...lo que tratamos de hacer es controlar eficazmente la trayectoria de los cuidados y dar estímulos a la seguridad social para que utilice correctamente el sistema de salud...**

***Tenemos muchísimas dificultades para prever los gastos de manera realista y hacer que estos gastos estén conforme con la realización de los objetivos fijados el año anterior.***

En lo referente a los medicamentos, trabajamos sobre la noción de mejoramiento de los servicios médicos prestados para el reembolso de los medicamentos. El medicamento no debe sólo ser útil en términos médicos, sino que, si lo queremos introducir en el sistema de reembolso, tiene que sustituir realmente a otro que existe en el mercado. Eso significa una revisión periódica de la lista de medicamentos, pero la última semana, por ejemplo, el Ministro de Salud ha sacado alrededor de 85 medicamentos de la lista de reembolso de salud porque realmente ya se había mostrado que no son útiles.

Siempre sobre el tema de la calidad, trabajamos en el desarrollo de la coordinación de la atención médica. Este es un sistema liberal. Ya les he dicho que cualquiera puede hacer lo que quiera en el sistema y lo que tratamos de hacer es controlar eficazmente la trayectoria de los cuidados y dar estímulos a la seguridad social para que utilice correctamente el sistema de salud, ya se trate de una patología importante o de un tema. Algo que nos preocupa mucho es el acceso a los servicios de emergencia. Esta es la primera serie de dispositivos sobre bienes y servicios de salud.

La segunda serie de dispositivos para administrar este sistema es la gestión financiera. Desde 1996 tenemos una Ley de Financiamiento de la Seguridad Social en la que se determina un objetivo anual de atención de salud; el objetivo en salud no ha sido logrado sino una vez en 1997. Tenemos muchísimas dificultades para prever los gastos de manera realista y hacer que estos gastos estén conforme con la realización de los objetivos fijados el año anterior.

El Parlamento francés va a tratar sobre la Ley de Seguridad Social para el año 2004. Tratamos de contractualizar a los profesionales de la salud para trabajar sobre la temática de los donantes de órganos, para mejorar la práctica médica y limitar el gasto innecesario - de manera que el costo profesional de la salud baje-, y para modificar el comportamiento del paciente. Por ejemplo, los médicos generales querían tener más por el acto de consulta y estamos tratando de lograrlo a través de una disminución de visitas a domicilio al paciente, que en gran parte son injustificadas. Todavía no hemos llegado al final del trabajo en las tentativas de responsabilizar y sensibilizar al paciente, y no solamente al profesional de la salud, al médico, lo tenemos en preparación y el debate que se abrirá en 2004, será sobre los métodos para sensibilizar al paciente con el ánimo de que utilice correctamente el sistema.

Este es el conjunto de dispositivos, muy esquemático lo comprendo, pero el imperativo del horario me obliga. El sistema de gestión muestra una mejoría cualitativa del acto médico y tenemos varios casos concretos en los que hemos verificado una mejoría de la calidad médica, aunque los resultados pueden ser todavía desiguales de acuerdo con las patologías; les he citado el caso de la diabetes y los seguimientos que le hemos hecho.

Hemos visto que los médicos no respetaban las normas en vigor y ahora vemos que, justamente

después de la puesta en práctica de nuestro procedimiento, se respetan más estas normas. Sin embargo, tenemos todavía diferencias importantes, dependiendo de las categorías y de las regiones, tenemos diferencias de acceso a los servicios de riesgo, de mortalidad y el método de gestión de los servicios todavía no nos ha permitido solucionar estas diferencias. Respecto al acceso a la información que se mencionó en la mañana, se puede decir que es uno de los motivos de desigualdad más importante en este caso.

El último punto que se puede hacer sobre el balance, es que no hemos logrado limitar los gastos de salud y es por esto que el gobierno ha decidido una reforma del Seguro de Enfermedad, para llegar a una reforma profunda desde ahora hasta el final del año 2004.

Entonces está en marcha una reforma, y lo que va a plantearse para el año próximo será: ¿qué se debe hacer para reformar de manera importante nuestro Sistema de Seguridad Social, sin olvidar el principio fundador?

Lo primero es saber qué porcentaje de gastos debe dedicar la colectividad a su sistema de salud. Los recursos son limitados, en todas partes se dedican a la educación, al desarrollo urbano y los gastos públicos son tan importantes que no pueden disminuir en el futuro.

El segundo punto importante es cómo anticipar las necesidades de salud en los años venideros,

***El sistema de gestión muestra una mejoría cualitativa del acto médico y tenemos varios casos concretos en los que hemos verificado una mejoría de la calidad médica***

ya que tenemos una evolución de nuestra estructura demográfica y hay riesgos epidemiológicos. ¿Cómo un sistema de seguridad puede anticiparse a estas nuevas necesidades y cómo responder a las mismas?.

Este año hubo un problema grave, la gran mortalidad ocasionada por las altas temperaturas durante el verano y esto es algo que no se había previsto, es una lección que nos puede servir para el debate que se va a abrir.

¿A quiénes deben beneficiar prioritariamente las novedades en materia de sistema, a las personas, a los viejos, a los jóvenes? El Parlamento tendrá que pronunciarse sobre este aspecto.

Otra cuestión es cómo conciliar financieramente la libertad de decisión cuando vemos que no se ha asegurado el equilibrio y lo que pasa es que tenemos un desequilibrio permanente.

Otro punto, que es un poco el eco de lo que he oído acá en este Seminario, ¿qué distribución financiera habrá en el futuro entre el sistema público y el sistema privado?

Aquí ven ustedes muy rápidamente los elementos de reflexión que quería traerles. Estoy seguro de haber sido demasiado esquemático y de cualquier manera me gustaría discutirlo con ustedes. Aunque no hablo español, les dejare mi correo electrónico para que podamos comunicarnos.

## Carta sanitaria francesa y europea Proyecto Sesam Vitale

**VICENTE RAVOUX. MD**

*Director General de la CPAM (Caja Primaria de Seguro Enfermedad) de la Seine-Saint Denis, Francia*

---

*La Tarjeta Vital, está destinada para cada beneficiario del Seguro de Salud, una "tarjeta inteligente" que cuenta con un microchip en el cual se colecta la información en el lado electrónico.*

---

Voy a definir el Proyecto Sesam Vitale para dar luego algunas indicaciones relativas a los puntos que lo conforman y hablar de sus actores, de su importancia, de algunas consideraciones sobre el impacto que ha tenido para Francia en 2003, y mostrarles las perspectivas de colaboración con los países europeos alrededor de la tarjeta Sesam Vitale.

Sesam Vitale es un sistema electrónico de recolección de datos sobre el Seguro de Enfermedad que hemos implementado en Francia. Para acceder a la información, tenemos la Tarjeta Vital, destinada a cada beneficiario del Seguro de Salud, una "tarjeta inteligente" que cuenta con un *microship* en el cual se colecta la información en el lado electrónico.

Los objetivos de Sesam Vitale son:

1. Disminuir la papelería para los asegurados sociales y profesionales de la salud, acelerando el reembolso por los servicios prestados e instaurando un servicio simplificado para profesionales y asegurados, con el fin de disminuir la complejidad administrativa.

2. Asegurar un servicio rápido, que se preste en todo el territorio nacional y permita acelerar el manejo de las historias clínicas, cuyos datos son recogidos por los mismos profesionales.
3. Utilizar el sistema para que la profesión médica se informatice.
4. Para el asegurado social, la tarjeta verde es un justificativo o soporte del derecho al Seguro de Salud, no es una tarjeta de crédito.
5. Aumentar la productividad de los organismos de seguro y también de los asociados.
6. Favorecer el control médico de los gastos de salud, permitiendo un conocimiento preciso de los actos realizados.
7. Modernizar nuestra imagen de aseguradores, dando al asegurado social algo que se parezca a la tarjeta de pago del asegurado.

Si tratamos de resumir el sistema, para los aseguradores sociales hemos empezado a trabajar alrededor de 1998. Los asegurados lo utilizan en su atención y el profesional recibe reembolsos directos de nuestra parte. Esto también es una manera de hacer más fuerte la clientela y, además, para los organismos de seguros de enfermedad, el objetivo ha sido

alcanzado en ganancia en productividad y calidad de las informaciones que recibimos.

Este sistema no puede implementarse sino cuando los actores deciden trabajar juntos. El primer actor es el que está alrededor del sistema de atención de salud, luego vienen los aseguradores.

Hay una cierta cantidad de herramientas técnicas a implementar cuando se instala este sistema.

El uso del sistema de atención es clásico: la tarjeta se utiliza en el momento de la consulta médica o de ir a la farmacia; también, el sistema permite obtener atención en el hospital, en una casa de retiro y por qué no, en el domicilio del usuario, en su casa de habitación.

Sesam Vitale pone en relación a todos los actores de este sistema dejando de lado el antiguo papeleo. Mediante la tarjeta, la comunicación de toda la información mejoró notablemente.

La segunda serie de actores son los aseguradores, los que son de dos clases: las aseguradoras públicas ANO y también, los aseguradores privados, que yo llamo ANC. Estos son aseguradores complementarios, que en nuestro sistema son minoritarios. Sin embargo, una de las preguntas que nos hacemos es sino hay que darles mayor lugar. Por consiguiente, el Sistema Sesam Vitale, no puede construirse si estos actores de la seguridad no se ponen de acuerdo. Se necesita un gran trabajo de preparación para que la gente llegue a conocer cuáles son las características de los dos sistemas.

**¿Cuales son los actores del dispositivo Sesam Vitale?**

No les voy a mostrar la complejidad del conjunto. Tenemos, ante todo, los profesionales

***Sesam Vitale pone en relación a todos los actores de este sistema dejando de lado el antiguo papeleo. Mediante la tarjeta la comunicación de toda la información mejoró notablemente.***

de la salud que atienden a los asegurados y éstos, son los elementos más importantes del sistema. También tenemos las Cajas del Seguro (Le Blanc), que son entidades públicas; una red sumamente avanzada alrededor de la cual hay muchas personas e instituciones que intervienen. Primero es el Estado francés que ha iniciado el dispositivo y desea que se desarrolle, "Le Blanc" lo que ha hecho, ha sido implementarla. Existen los organizadores particulares, TCTE, que gestionan las tarjetas profesionales de los médicos y otros profesionales de la salud en general, para que cada uno disponga de una tarjeta que lo identifique como miembro de un Colegio de Profesionales.

**Así es como se construye este Sistema Sesam Vitale. ¿Cuál es el resultado?**

El resultado se puede evaluar de diferentes formas; primero, viendo cuál es la difusión de las tarjetas, la evolución de la CCS y teniendo presentes las diferentes formas de financiación. Hemos distribuido 47'000,000 de tarjetas para una población similar.

En relación con los profesionales de la salud hemos distribuido 74% a los profesionales de salud que han solicitado la tarjeta. Para que el acto médico pueda autenticarse, tiene que presentarse conjuntamente la tarjeta del profesional de la salud con la tarjeta del asegurado. Es la conjunción de estas dos tarjetas lo que permite identificar y acreditar el acto.

En lo que se refiere a números, tenemos en el país 70'000.000 de habitantes, cada semana hay 16'000.000 actos de atención médica y 50% de nuestra actividad total de reembolsos pasa por nuestro Sistema de SESAM VITALE.

Lo que se puede decir sobre este Proyecto es que ha tenido impactos organizacionales muy fuertes sobre los aseguradores públicos y sobre la actividad de las instituciones y profesiones médicas, porque han tenido que informatizarse; derivado de esto, tenemos la posibilidad de seguir la trayectoria del enfermo por medio del sistema de pago que les describo.

Los impactos económicos han sido muy importantes porque ha movilizado muchísimas energías que han costado dinero, y ha tenido impactos importantes en la transformación de las actividades de diferentes profesionales y, desde luego, impactos tecnológicos porque hemos utilizado la

tecnología de la tarjeta electrónica adaptándola a las necesidades del seguro de salud.

La primera idea en Francia de la Tarjeta Vital data de los años 1976 y 1977 y nos ha sido necesario llegar a esta fecha para poder tener éxito. En relación con nuestros vecinos de la Comunidad Europea lo hemos compartido a través de las fronteras con alemanes y belgas que circulan de un país a otro. Además, hemos visto un cierto número de tarjetas que se inspiran en nuestra tarjeta Sesam Vitale.

En 2002 la Comunidad Económica Europea (CEE) decidió -y lo confirmó este año-, crear una Tarjeta Sanitaria y luego, crear una Tarjeta de Seguro de Enfermedad. El Proyecto deberá llegar a su conclusión en el año 2008, para que todos los países de la Comunidad Europea utilicen una Tarjeta de Seguro de Enfermedad a partir de la tarjeta creada en Francia.

## 5. Panel No. 1

### **Análisis de las reformas y financiamiento de los sistemas y servicios de salud en la Región del Área Andina**

#### COORDINADORES DEL PANEL

Virgilio Galvis R., MD. Ex Ministro de Salud de Colombia

#### PANELISTAS

Javier Torres-Goitia T., MD. Ex-Ministro de Previsión Social y Salud Pública. Bolivia

Félix León Martínez M., MD. Presidente de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD). Colombia

Oswaldo Artaza B, MD. Ex Ministro de Salud. Chile

Fernando Sacoto A., MD. Director de la Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD). Ecuador

Arturo Yglesias B., MD. Consultor Externo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS). Perú

María Urbaneja D., MD. Ex Ministra de Salud. Venezuela

## Introducción al Panel

### VIRGILIO GALVIS R., MD

Empezaría por decir que en la diversidad de nuestros países andinos y los países que han venido participando en este Seminario tan interesante se requiere definitivamente, como decía el doctor Osvaldo Artaza, de la generosidad para unir la diversidad y quienes estamos aquí en este Seminario, buscamos enriquecer nuestro acervo de conocimientos sobre la información que estamos recibiendo de

todos ustedes, que resulta tan importante para volver a nuestros países y, de una u otra manera, implementar las cosas que creamos acertadas.

Por lo tanto, es muy importante conocer de ustedes, distinguidos panelistas, cuáles han sido los principales avances en salud y los logros financieros que ha traído el sistema integrante en cada uno de sus países.



*Participantes del Panel Análisis de Reforma y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la región andina, de izquierda a derecha, Dra. María Urbaneja de Venezuela, Dr. Fernando Sacoto de Ecuador, Dr. Javier Torres-Goitía de Bolivia, Dr. Mauricio Bustamante del ORAS-CONHU, Dr. Virgilio Galvis de Colombia, Dr. Félix Martínez de Colombia, Dr. Osvaldo Artaza de Chile y Dr. Arturo Yglesias de Perú.*

### JAVIER TORRES - GOITIA T., MD

#### Situación general de la salud en Bolivia

Los niveles de pobreza y de exclusión social determinan tan fuertemente la situación de salud de la población que no se puede estudiar sin una consideración específica de los problemas sociales y económicos que la condicionan.

Si uno considera la salud no como el resultado de lo que pueden hacer los servicios de atención médica, sino como una expresión de la calidad de vida, es fácil observar que el acceso a los servicios, el financiamiento de éstos y la calidad de la atención que se otorga, son componentes importantes para valorar los servicios asistenciales, pero sabiendo que por sí solos no podrían producir más salud, a menos que, con un concepto integral de lo que es el proceso salud enfermedad inmerso en el proceso económico social, los servicios de atención médica participen también en el mejoramiento de los determinantes y condicionantes de la calidad de vida.

La exclusión social en salud en Bolivia va pareja con la exclusión social integral que afecta a más de la mitad de su población. Tiene sus orígenes en la Colonia cuando los conquistadores impusieron un régimen feudal esclavista sobre la población originaria; tal situación se mantuvo



casi sin variantes durante los primeros 125 años de vida republicana independiente, dominada por criollos y mestizos que no cambiaron la situación del indígena.

El intercambio étnico ha sido grande en un país originalmente poblado en más de 80 % por indígenas. Actualmente toda la población boliviana puede considerarse mestiza, biológicamente hablando; sin embargo, la población rural mantiene su idioma originario como lengua materna y apenas vence unos cursos de educación básica, continúa pegada a sus viejas tradiciones, mantiene su cultura originaria y asume la condición de una etnia separada, socialmente excluida, aunque constituye la mayoría de la población. Exactamente 62%,

***La exclusión social en salud en Bolivia va pareja con la exclusión social integral que afecta a más de la mitad de su población. Tiene sus orígenes en la Colonia cuando los conquistadores impusieron un régimen feudal esclavista sobre la población originaria; tal situación se mantuvo casi sin variantes durante los primeros 125 años de vida republicana independiente, dominada por criollos y mestizos que no cambiaron la situación del indígena.***

***Las dolorosas diferencias que existen entre los de habla castellana y los que hablan otras lenguas originarias muestran que éstos últimos tienen un riesgo de morir dos o más veces más alto que los de habla castellana. Naturalmente que la lengua no juega otro papel que el de indicar que se trata de población excluida, con el concepto que acabamos de señalar.***

según datos del Censo de Población de 2001.

Este enorme volumen de población excluida es la que influye en los indicadores de pobreza del país, que afectan a 82% de la población rural. La pobreza se concentra sobre todo en el área rural pero está también presente en las áreas urbanas porque éstas, desde muchos años atrás, han sido invadidas por campesinos expulsados de sus tierras de origen por agotamiento de éstas. Al llegar a la ciudad, carentes de empleo, tampoco disminuye su pobreza que, simplemente, marca también el área urbana con un problema que ha dejado de ser solamente rural. En el total de la población la pobreza afecta a 63%.

Los indicadores de salud traducen la misma situación. Un estudio del PNUD, realizado en 1998 sobre el Índice de Desarrollo Humano, muestra la probabilidad de muerte a los dos años de edad por idioma materno. Las dolorosas diferencias que existen entre los de habla castellana y los que hablan otras lenguas originarias muestran que estos últimos tienen un riesgo de morir dos o más veces más alto que los de habla castellana. Naturalmente que la lengua no juega otro papel que el de indicar que se trata de población excluida, con el concepto que acabamos de señalar.

Pasa lo mismo si observamos el acceso de la población a servicios básicos. La población rural es siempre la menos favorecida.

En estas condiciones las causas de muerte, en los menores de cinco años de edad en el país

en su conjunto, muestran la clara preponderancia de las enfermedades llamadas de la pobreza: diarreas; infección respiratoria aguda y enfermedades perinatales, con 36, 20 y 16%, respectivamente, son las causas preponderantes, según la Encuesta Nacional de Salud de 1994.

Podríamos mostrar lo que pasa con la desnutrición, con la mortalidad materna, la mortalidad infantil, etcétera. Todos los indicadores muestran uniformemente las precarias condiciones de salud del país, con un bache grande en lo que ocurre en las ciudades y las áreas rurales.

#### Principales cambios positivos

La Revolución Nacional de 1952 cambió la estructura social del país con tres medidas fundamentales: nacionalización de las minas, reforma agraria y voto universal.

Estos cambios consagraron los derechos civiles y políticos a favor de toda la población boliviana, pero no pudieron superar la pobreza secular de los indígenas que pasaron a ser dueños de una parcela de tierra, pero manteniendo los bajos niveles de productividad del régimen feudal anterior. Por primera vez se hizo un esfuerzo por expandir los servicios de salud a las áreas rurales, pero infelizmente la interrupción del proceso revolucionario por un golpe militar que tuvo lugar en 1964 frustró este empeño, y la población campesina no alcanzó a recibir los beneficios esperados.

Mayor estabilidad alcanzó la seguridad social, cuya norma legal fue aprobada en 1956 y mantiene su vigencia hasta ahora en lo que hace al Seguro Social de Enfermedad y Maternidad. Los seguros a largo plazo han sido modificados por una nueva ley de pensiones. El Seguro Social de Enfermedad y Maternidad se rige por el sistema bismarkiano, vale decir, su financiamiento se hace de acuerdo con la tesis laboral con aporte tripartito del trabajador, el patrón y el Estado. Beneficia al trabajador y su familia, con prestaciones que incluyen atención ambulatoria, hospitalización, pruebas diagnósticas y medicamentos, sin restricción de ninguna clase y sin pagos complementarios de los beneficiarios. Garantiza, además, subsidios sociales por natalidad y otras contingencias. Dado el poco desarrollo industrial del país, este seguro destinado a la protección de todos los trabajadores por cuenta ajena, con contrato laboral, no abarca sino a 20% de la población. Ha sufrido además un fraccionamiento por el cual la Caja Nacional de Seguridad Social, que nació como una entidad única, se ha dividido en varias cajas independientes unas de otras, con perjuicio de su rendimiento.

#### Recuperación democrática y participación popular en salud

La inestabilidad política y los regímenes de fuerza iniciados en 1964, terminaron en octubre de 1982, cuando se reinició el proceso democrático que está vigente y lleva ya cinco sucesivos cambios constitucionales de gobierno.

***Dado el poco desarrollo industrial del país, este seguro destinado a la protección de todos los trabajadores por cuenta ajena, con contrato laboral, no abarca sino a 20% de la población.***

La experiencia más importante en salud fue la que se inició juntamente con la recuperación democrática. Con un cambio radical en la concepción misma de la salud y la enfermedad, consideradas a partir de entonces como un proceso íntimamente relacionado con el proceso económico social, se introdujo en el país la defensa del derecho a la salud y la posibilidad de conquistar tal derecho con una movilización social organizada. Los principios de la atención primaria en salud, aprobados cuatro años antes en Alma Ata, pudieron ser aplicados a la realidad nacional.

La base de la nueva organización, estaba dada por la democratización de la política de salud. El Ministerio de Salud se descentralizó, de tal modo que en cada área de salud la autoridad sanitaria estaba integrada por un equipo profesional del Programa Integrado de Atención de Área de Salud (PIAAS), presidido por un médico o una enfermera y colaborados directamente por un Comité Popular de Salud, organizado con base en la Junta Vecinal correspondiente o el síndica-

***La movilización social que se generó logró subir las coberturas de vacunación a más de 85%. Como resultado, desapareció la poliomielitis; el sarampión que constituía la tercera causa de mortalidad infantil desapareció durante varios años de los registros y no ha vuelto a figurar entre las principales causas de mortalidad infantil.***

***La autonomía de gestión que tienen los municipios y su participación en el desarrollo de los servicios de salud y de educación ha permitido crear un nuevo sistema de seguro público, diferente al modelo bismarkiano, con el que funciona la seguridad social actual***

to laboral, según su grado de influencia. Esta estructura se repetía, en los distritos, las provincias, las capitales de Departamento para llegar a nivel del Ministerio con el Consejo Popular de Salud, que representaba a todos los Comités Populares de Salud.

La movilización social que se generó logró subir las coberturas de vacunación a más de 85%. Como resultado, desapareció la poliomielitis; el sarampión que constituía la tercera causa de mortalidad infantil desapareció durante varios años de los registros y no ha vuelto a figurar entre las principales causas de mortalidad infantil. El bocio endémico que afectaba a 65.5% de la población en edad escolar fue tan eficazmente combatido con la difusión del uso de sal yodada en la alimentación, que quince años después Bolivia fue certificada como libre de carencia de yodo. La mortalidad infantil bajó de cerca de 200 por mil, que era la calculada para 1982 a 75 por mil en 1990, datos del Censo. Se organizaron Guarderías Infantiles Populares, Farmacias Populares y otra serie de actividades impulsadas por la contribución voluntaria de las organizaciones sociales de base. Desde entonces la participación popular en salud, en Bolivia, si bien ha perdido su dinamismo inicial, no ha dejado de estar presente en los diferentes planes y estrategias aprobadas en sucesivos gobiernos.

Posteriormente a esta rica experiencia, han existido intentos de acomodar los servicios de salud a la economía de mercado, pero dadas las condiciones sociales del país no ha podido ponerse de lado la filosofía de la atención primaria en salud

y se ha mantenido, aún debilitada, la participación popular. Los principales cambios que se han dado en el país se pueden resumir en los siguientes hechos principales.

**La Capitalización.** Cuando se produjo una corriente internacional para que el Estado se desprendiera de sus empresas productivas, para entregarlas al sector privado, Bolivia no quiso enajenar directamente sus empresas y optó por la capitalización que es un sistema donde las empresas privadas, convocadas por licitación, deben reforzar las empresas estatales con otro tanto de su valor para tener el derecho de administrarlas con el compromiso de dividir las utilidades. Se logró así atraer capitales que no habrían llegado al país de otro modo. Las empresas duplicaron su poder productivo, pero a la hora de que el Estado accediera a la mitad que le corresponde de las utilidades, la insuficiencia de los sistemas de regulación permitió que las utilidades del Estado no fueran las esperadas. El país está ahora mismo tratando de recuperar la proporción que le toca de las empresas que fueron capitalizadas.

**La Ley de Descentralización y la Ley de Participación Popular** han llevado poder y recursos a las áreas rurales a través de la constitución de 311 municipios, que actualmente reciben 20% de los aportes que ingresan al Tesoro General de la

***La cobertura es universal, sin contribución del beneficiado.***

Nación (TGN). Estos fondos llamados de Coparticipación Tributaria, se reparten equitativamente de acuerdo con el número de habitantes en cada municipio rural o urbano. Anteriormente el TGN aportaba solamente con 10% y sólo a los municipios de las capitales de Departamento y con una distribución concentrada más en las grandes ciudades, con abandono total de las áreas rurales.

**Seguros públicos.** La autonomía de gestión que tienen los municipios y su participación en el desarrollo de los servicios de salud y de educación ha permitido crear un nuevo sistema de seguro público, diferente al modelo bismarkiano, con el que funciona la seguridad social actual. En este seguro los aportes son indirectos, pues los hace el municipio con un porcentaje de lo que recibe del Tesoro General de la Nación. La cobertura es universal, sin contribución del beneficiado.

Pasando por varias etapas, se empezó con un primer Seguro Materno Infantil, creado en 1996, que ofrecía solamente las prestaciones médicas para proteger el embarazo y el parto y la patología prevalente de los niños menores de cinco años de edad. En otro período de gobierno se pasó a la ampliación de algunas prestaciones con el Seguro Básico y actualmente se ha optado por el Seguro Universal Materno Infantil.

**El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)** se sostiene inicialmente, con 7% de la coparticipación tributaria que recibe el municipio; el próximo año su aporte subirá 8%, para pasar luego a 10%, que será el definitivo. Cubre todas las

patologías de la mujer embarazada, estén o no vinculadas con el embarazo, y toda la atención que necesite hasta seis meses después del parto. Garantiza también la atención médica integral a todos los niños menores de cinco años de edad. En ambos casos incluye provisión de medicamentos, hospitalización y todos los recursos de diagnóstico, sin ningún copago, ni contribución del paciente.

**Gestión compartida con participación popular y DILOS.**

Pero más importante que el propio seguro, que ya es un esfuerzo grande que hace el Estado a favor particularmente de la población más pobre que no tenía acceso a los servicios médicos y que ahora lo tiene, es la introducción en el país de un nuevo modelo de gestión que, sin eludir la responsabilidad del Estado, incorpora a los municipios en la gestión de los servicios, cuya estructura ya pasó anteriormente a su poder. A esta gestión compartida se añade la participación popular con el propósito de recuperar las excelentes experiencias que tiene el país en este aspecto. De este modo, la gestión, es ahora de compartida con participación popular.

Esta forma de gestión se completa con el programa que ha venido en denominarse EXTENSA. La extensión de los servicios al área rural se hace por intermedio de brigadas sanitarias que parten de los centros de salud más periféricos y penetran al área rural dispersa, prestando atención médica básica, refiriendo a los pacientes al

***La extensión de los servicios al área rural se hace por intermedio de brigadas sanitarias que parten de los centros de salud más periféricos y penetran al área rural dispersa, prestando atención médica básica, refiriendo a los pacientes al centro más próximo y prioritariamente haciendo promoción de la salud.***

*Esta será ya una labor multisectorial con la característica importante que es el sector salud quien la impulsa, como parte de su concepto de mejorar la calidad de vida para mejorar la salud de la población, y que ningún progreso se puede hacer en este sentido si no se lo hace reconociendo que los campesinos pobres son los sujetos de su propio desarrollo.*

centro más próximo y prioritariamente haciendo promoción de la salud. Últimamente se ha visto la posibilidad de que estas brigadas amplíen su función y se hagan cargo, además, de colaborar con los campesinos en la mejora de su producción agrícola con asesoría en sistemas de riego, semillas mejoradas y todo lo concerniente a su mejor desarrollo económico. Esta será ya una labor multisectorial con la característica importante, que es el sector salud quien la impulsa, como parte de su concepto de mejorar la calidad de vida para mejorar la salud de la población, y que ningún progreso se puede hacer en este sentido si no se lo hace reconociendo que los campesinos pobres son los sujetos de su propio desarrollo. El objetivo no es regalar servicios, sino cooperar a que los propios campesinos asuman por sí mismos la defensa de su derecho a la salud, entendiendo

por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino el mejoramiento de las condiciones económico sociales que determinan su calidad de vida, la cual no puede mejorar con actividades paternalistas, sino por el esfuerzo propio ayudado por el Estado. Se busca que de este modo los excluidos se liberen de las condiciones que los tienen en tal situación.

El SUMI y el nuevo modelo de gestión, actualmente en curso, asumen el desafío de superar la exclusión social y fomentar la participación popular, para que con un esfuerzo nacional concertado se puedan mejorar las condiciones de salud del país.

### FÉLIX MARTÍNEZ MARTÍN M., MD

Hagamos un intento de sintetizar los logros, esta vez desde el punto de vista de la reforma del año 1993 en Colombia, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los he dividido en una serie de grupos-logros.

Respecto al propósito de universalidad y equidad, el logro fundamental tiene que ver con el incremento de la seguridad social, aunque no es fácil medir el incremento con el cambio de un sistema a otro. Este incremento de la seguridad social en la cobertura, que hoy llega a 57% aproximadamente, tiene que ver específicamente con la cobertura familiar del Régimen Contributivo y con la afiliación de 25% más pobre de la población al Régimen Subsidiado. Todo ésto produjo una mejoría en los indicadores de equidad en la primera etapa del Sistema General de Seguridad Social, pero su medición muestra una caída del año 1999 para acá.

Respecto al financiamiento, se destaca el importante incremento de los recursos de la seguridad social, con base en el incremento de los aportes de patronos y trabajadores, lo que significa el fortalecimiento de la parafiscalidad como mecanismo más estable de financiamiento sectorial, a diferencia del propio de la asistencia pública, basado en el presupuesto nacional, con sus crisis permanentes.

En el campo institucional los logros serían el desarrollo de aseguradores privados, muy grandes hoy en día, la consolidación financiera de estos aseguradores y el fortalecimiento, también muy importante, de prestadores privados.

En el campo de la gestión y desarrollo de tecnología blanda es donde presenta más avances el sistema, con el posicionamiento definitivo de una cultura de medición de actividades, costos, resultados y rendición de cuentas, así como el desarrollo enorme de los sistemas de contratación y pago (aunque se presentan también muchas aberraciones en este aspecto). También el desarrollo de los sistemas de auditoría, los procesos de eficiencia en la prestación, el desarrollo del "know how" de gestión de aseguradores y prestadores, tanto que lo estamos exportando a varios países. Igualmente se puede mencionar el desarrollo de sistemas de información al interior de las instituciones -aunque el sistema de información del sistema es un desastre, el desarrollo de estudios e investigaciones muy importantes sobre el proceso de la reforma y la formación de recurso humano en procesos gerenciales en el sector, que ha sido preponderante.

En el campo de los derechos de los ciudadanos, un avance clarísimo fue posible gracias al mecanismo de Tutela, creado por la Cons-

*En el campo de la gestión y desarrollo de tecnología blanda es donde tiene más avances el sistema con el posicionamiento definitivo de una cultura de medición de actividades, costos, resultados y rendición de cuentas, el desarrollo enorme de los sistemas de contratación y pago.*

*En el campo de los derechos de los ciudadanos su desarrollo clarísimo mediante el mecanismo de la Tutela que adoptó la Constitución Nacional para salvaguardar los derechos fundamentales de los ciudadanos –salvaguarda jurídica que pretenden suprimir algunos sectores– y mediante los mecanismos de contratación se aseguran sus derechos.*

titución Nacional para salvaguardar los derechos fundamentales de los ciudadanos – salvaguarda jurídica que pretenden suprimir algunos sectores-. También podemos destacar el desarrollo del derecho mediante los mecanismos de contratación: de esta forma se aseguran los derechos de empresas y ciudadanos en las economías de mercado, al establecer con claridad las obligaciones de las partes.

Se observa, por otra parte, una importantísima satisfacción de los asegurados –exclusivamente de éstos- en todas las mediciones realizadas a través de importantes encuestas.

En cuanto a la dependencia tecnológica, es evidente un importante logro en el control de los precios de medicamentos del sistema, con una clara política de medicamentos esenciales y genéricos, y también los logros en la racionalización del uso de tecnología médica.

En cuanto a conciencia política y democracia, podemos destacar un incremento de la conciencia política y del conocimiento sobre la salud y seguridad social, quizás producto del gran debate que se presenta en nuestro país, siendo su resultado otra de las grandes bondades de la reforma.

Cabe mencionar igualmente el desarrollo de organismos y mecanismos de concertación, como los Consejos de Seguridad Social, comenzando por el Consejo Nacional de Seguridad Social, la organización y fortalecimiento de los gremios de la salud en este permanente debate, y el desarrollo legal y reglamentario del sistema, aunque también se han expedido en ocasiones decretos francamente opuestos a los postulados del sistema y a los principios constitucionales.

También se constata un avance, aunque lleno de dificultades, del proceso de descentralización, que se dio abruptamente en nuestro país, para pasar de una situación en que los municipios no tenían competencia alguna a una situación en que tenían todas las responsabilidades y competencias, lo que ocasionó un serio traumatismo en los programas de salud pública, hizo caer los índices de vacunación y debilitó los programas de control de enfermedades, etcétera.

Otros logros podrían considerarse en el campo del recurso humano, con una mejor distribución del trabajo y del ingreso de los profesionales de la salud.

OSVALDO ARTAZA B., MD

**M**e voy a referir al logro de muchas décadas de trabajo persistente con políticas de Estado en nuestro país. En primer lugar, nosotros tenemos una cobertura amplísima por no decir prácticamente total en vacunación, control del niño, en la embarazada, alimentación complementaria y en atención primaria, que creo es un logro conseguido con tan pocos recursos invertidos en atención primaria, 15 dólares por persona al año, obteniendo un nivel de cobertura y resolutivez del cual debo decir, aún habiendo muchos desafíos pendientes, nos sentimos orgullosos como chilenos.

En términos de un sistema de información confiable, de que la ciudadanía coopere frente a las decisiones tomadas por la autoridad en materia de salud pública; en términos de intermediación financiera y mecanismos de pago, hemos aprendido mucho. A pesar de que nuestro país sigue dividido y fuertemente polarizado en torno a las visiones o paradigmas del futuro, hemos logrado algunos consensos básicos, que no teníamos unos años atrás, en cuanto a la importancia de seguir fortaleciendo las redes y de aceptar que lo público tiene que convivir con lo privado.

En Chile nuestra realidad y nuestra historia nos enseñan que tenemos que construir redes mixtas en las que lo público y lo privado

*... "aquí la reforma que vamos a llevar adelante es un tema de Estado"*

convivan compartiendo reglas comunes y políticas públicas comunes. Es un aprendizaje que hemos tenido los últimos años.

Por otro lado, también se ha ido construyendo un consenso básico en torno al rol del Estado en materia de salud pública, eso ya nadie lo discute. En lo que ahora estamos empezando a ponernos de acuerdo es sobre que el rol regulatorio del Estado también tiene que mejorar y aumentar, eso es algo nuevo en términos de consenso.

Además, logramos estar de acuerdo, entre el año 1999 y 2000, en los objetivos sanitarios para la década; para Chile es un gran logro que hoy día tengamos objetivos sanitarios con prioridades definidas y compartidas por todos.

El año pasado conseguimos que todos los estatutos de los trabajadores tengan un aporte variable; por lo tanto, los incrementos futuros van a estar asociados a una parte importante del cumplimiento de metas y desempeños.

Por último, la gran ganancia, a nuestro juicio, es que nunca en Chile había estado en

*...tenemos una cobertura amplísima por no decir prácticamente total en vacunación, control del niño, en la embarazada, alimentación complementaria, que creo es un logro conseguido con tan pocos recursos invertidos en atención primaria, 15 dólares por persona al año*

la agenda pública el tema de la salud en tan alto puesto; eso es gracias a la decisión de nuestro Presidente. Apenas asumió conformó una Comisión en la que ubicó cuatro Ministros para darles a entender que la reforma de salud -ya lo dijeron la doctora María Urbaneja y el doctor David Tejada- no es un tema del sector. Puso a los Ministros de Hacienda, Salud, Trabajo y a su Ministro

mano derecha, el Secretario General de la Presidencia, que tiene que ver con todos los temas legislativos y dijo, "aquí la reforma que vamos a llevar adelante es un tema de Estado", ya no es un tema del Ministro de Salud ni de los médicos, ni de los técnicos. Eso nos ha permitido lo que hemos logrado, a pesar de todas las diferencias y resistencias que hemos tenido.

### FERNANDO SACOTO A.,MD

En el caso ecuatoriano, todavía en etapas iniciales del proceso de reforma en salud, es necesario mencionar tres aspectos contextuales determinantes:

- i) Una crisis de gobernabilidad que ha determinado que desde el año 1996 se hayan sucedido al menos seis presidentes.
- ii) La adopción de un esquema económico de dolarización, a partir del año 2.000.
- iii) El progresivo fortalecimiento de movimientos ciudadanos, especialmente del movimiento indígena, que de hecho determinó su ascenso en alianza con el actual gobierno, que concluyó en poco tiempo, habiendo constituido un fugaz paso por el gobierno y no por el poder.

En materia de salud, en el actual gobierno, desde la Vicepresidencia de la República se ha promocionado, de manera general y todavía sin precisiones operativas, la política de "Aseguramiento Universal de Salud".

Los avances más relevantes se sitúan en aspectos legales, infortunadamente con insuficientes avances en su reglamentación.

El logro más importante es la inclusión de un capítulo de salud en la Constitución de la



República, en 1998, en el que se explicita el derecho a la salud, concebida de manera integral (más allá de la perspectiva médica) y el mandato de construcción de un Sistema Nacional de Salud, de funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo.

Infortunadamente en el mismo mandato constitucional, existe un mandato "paralelo" de establecimiento del Sistema Nacional de Seguridad Social con atributos idénticos (universalidad, solidaridad, equidad, calidad y eficiencia) a los del Sistema Nacional de Salud.

Con posterioridad, se expidió la Ley de Seguridad Social en 2001 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en 2002, en general

***El logro más importante es la inclusión de un capítulo de salud en la Constitución de la República, en 1998, en el que se explicita el derecho a la salud, concebida de manera integral (más allá de la perspectiva médica) y el mandato de construcción de un Sistema Nacional de Salud, de funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo.***

sin espacios firmes de coordinación entre una y otra, lo que refleja la debilidad de rectoría del Ministerio de Salud.

Efectivamente, resulta sintomático anotar que en la Ley del Sistema Nacional de Salud y por presión pública de organismos autónomos, especialmente de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se haya eliminado el término "Rectoría" y sustituido por el de "Coordinación", hecho que, a nuestro juicio, rebasa el ámbito puramente semántico y confirma las limitaciones de rectoría en salud en el país.

Debe resaltarse, en cambio, la potencialidad del mandato de creación de Consejos Provinciales, Cantonales y Locales de Salud, espacios preciosos para operativizar la participación ciudadana en salud y construir salud desde la cotidianidad.

Otros avances jurídicos constituyen las Leyes de Descentralización y de Maternidad Gratuita, en lento y difícil avance de implantación.

En otro orden de realizaciones, deben destacarse las ejecutorias de municipios y gobiernos locales, especialmente indígenas, que replantearon caducas estructuras de poder mantenidas por años y que están tratando de construir espacios de auténtica representación y participación ciudadanos, en los que se realizan esfuerzos organizados por mejorar la salud de sus poblaciones desde una perspectiva integral.

Los logros señalados se ubican específicamente en el proceso de reforma sectorial de salud. En

otros ámbitos de salud pública sin duda se han registrado resultados como el mejoramiento general de indicadores de salud (en parte atribuibles a la expansión de cobertura de servicios públicos), las elevadas coberturas de vacunación, la institucionalización de programas de fortalecimiento nutricional de productos de consumo masivo y la erradicación del bocio endémico, entre otros.

Como desafíos a alcanzar en materia de reforma del sector salud en Ecuador, y para que los avances jurídicos no se conviertan en "letra muerta", pueden enumerarse los siguientes elementos:

1. Conquistar poder político para la salud con el fin de ubicarla en la agenda de prioridades nacionales, construyendo liderazgos nacionales y locales por la salud, entre otras estrategias.
2. Fortalecer institucionalidades sólidas en el sector, en niveles centrales, provinciales y locales, especialmente a través del desarrollo de capital humano en salud.
3. Identificar urgentemente puntos de encuentro y coordinación entre los sistemas nacionales de salud y seguridad social.
4. Apoyar las iniciativas locales y ciudadanas de salud, sistematizando las lecciones aprendidas, para generar una dinámica ascendente de construcción de políticas de salud desde la base de la población.

## ARTURO YGLESIAS B., MD, MSc

**H**ablar de los logros del sistema de salud en un país como el Perú, con profundas inequidades en la distribución de recursos, en tránsito de la premodernidad a la modernidad y enfrentando el futuro con una visión de posmodernidad, tal como nos lo planteaba el doctor David Tejada en la mañana, hace muy difícil articular un discurso político y contrastarlo con la realidad.

Si miramos la realidad, no como un fenómeno en blanco y negro, sino de avances y retrocesos, los avances en la reducción de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida al nacer, son logros alcanzados por el Estado y la sociedad peruana.

En el Perú, indudablemente, existen grandes inequidades internas pero, como país, estamos avanzando, mirando otros factores que no son de los sistemas de salud, tal como el nivel de escolaridad. Durante los últimos 25 años se ha avanzado fundamentalmente en la red de atención primaria de salud, bajo la gestión del doctor David Tejada de Rivero. En el periodo del gobierno de Fujimori uno de los principales logros fue la extensión de la red de atención primaria de salud dirigida fundamentalmente a los pobres.

Por otro lado, debemos reconocer y valorar que en el Perú hemos producido un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas bastante eficiente, que nos permite controlar algunas enfermedades de éste tipo mientras existen otras que se nos escapan. Esos son los logros conseguidos en el devenir de la formación del Sistema Nacional de Salud en el Perú.

*... los avances en la reducción de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida, son logros del Estado peruano y la sociedad peruana.*

Finalmente, otro logro importante nos lo presentó esta mañana el doctor Sánchez Moreno; creo que todas las fuerzas políticas en el Perú están insatisfechas con el rendimiento del sistema de salud. Así, como generó mucho rechazo el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, en algunos países, en el Perú hubo un gran consenso con el lugar que ocupa en el *ranking* mundial, es decir, tenemos un sistema de salud que no funciona y hay que cambiarlo.

Existe un gran consenso en cambiarlo, pero no existe consenso en cómo cambiarlo; finalmente, yo diría que otro avance importantísimo en el país es el desarrollo de la ciudadanía, que tiene un efecto contundente en la opinión pública. En el Perú existe un tremendo descrédito de la clase política, lo mencionó también el doctor Tejada, ese es un efecto de la globalización en la cual los ciudadanos son cada vez más exigentes y no creen tanto en el discurso de los políticos; entonces, ese nivel de información que llega a los ciudadanos los vuelve asimismo cada vez más exigentes con la clase política. Creo que éste es un tremendo avance que va obligar, de repente, a nuestros políticos a bajar el discurso ideológico y el enfoque legal que se va a enfrentar a los problemas reales de la falta de recursos y cómo organizar nuestros sistemas con políticas correctas, para lograr

resultados, porque, finalmente, las políticas modernas son resultados, no son solamente un discurso político sino fundamentalmente, resultados, que es lo que percibe la ciudadanía, y ese es el camino para recuperar la confianza en el país.

Termino con esto para ver en mi segunda intervención el tema de cómo reconstituir la institucionalidad democrática en un país con una institucionalidad muy débil, a partir de un nuevo discurso político que sea menos retórico, pero que muestre más resultados.

### MARÍA URBANEJA D., MD

Voy a referirme en esta oportunidad a algunos avances en el proceso de construcción e implantación de políticas públicas coherentes con el proyecto de país contenido en nuestra Constitución y en el marco de la continuidad con una política iniciada desde la gestión de Gilberto Rodríguez Ochoa, quien me antecedió en el cargo y fue el primer Ministro de este gobierno bolivariano. Durante estos cuatro años el Gobierno Revolucionario del Presidente Hugo Rafael Chávez Frías podemos señalar los siguientes logros:

1. Por la prioridad, se ha garantizado la ejecución de políticas de atención integral a la infancia, a través de diferentes programas, proyectos e intervenciones.
2. Énfasis en la atención prenatal a la embarazada, logrando aumentar su cobertura a 51% superando el 23% que encontramos en 1999.
3. Reducción de la mortalidad materna e infantil. Hemos logrado la reducción de la mortalidad infantil de 21,4 en 1998 a 17,6 hasta diciembre de 2002, aunque persisten brechas importantes que deben continuar siendo los énfasis y nuestros desafíos.
4. Diseño de un plan para asegurar el derecho a la identidad a los recién nacidos y de los niños, niñas y adolescentes que no están inscritos en el Registro Civil, a través de un convenio de cooperación con la UNICEF, para garantizar la creación de unidades de Registro Civil en los principales establecimientos hospitalarios

con el fin de que los niños y niñas salgan con su partida de nacimiento.

5. Promoción y protección de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad invirtiendo en la creación de 13 Bancos de Leche.
6. Inversión en los últimos tres años de más de 350 mil millones de bolívares en infraestructura y equipamiento en red servicios de salud.
7. Énfasis en la atención a las intervenciones integrales, especialmente contra enfermedades prevenibles y de alto costo y duración. Aumento de la cobertura en vacunación. Multiplicamos más de diez veces la inversión. Cuando llegamos en el año 1998 esta cifra era apenas de tres mil millones de bolívares aproximadamente; hoy, la inversión que este gobierno ha hecho ya llega a 31 mil millones de bolívares (para 2003 serán 41 mil millones), lo que significó además un incremento en el número de vacunas. Hoy son más de 12 vacunas gratuitas y de acceso universal a todos los niños y niñas en la edad que las requieren. Este es un logro de suprema importancia.

***hoy, la inversión que este gobierno ha hecho ya llega a veintiocho millones. Eso significa que aumentamos el programa de vacunación, son más de 12 vacunas gratuitas con acceso universal a todos los niños y niñas en la edad que las requieren.***

***Aseguramos la inversión en VIH/SIDA incorporando un programa de disminución de la transmisión vertical del VIH/SIDA de la madre al niño por más de 45 mil millones de bolívares, para garantizar acceso gratuito a los medicamentos antirretrovirales a 6850 infectados, incluyendo a la madre embarazada. Esta política se vio este año fortalecida con el acuerdo subregional para las compras de medicamentos antirretrovirales firmado gracias a la iniciativa desarrollada por el CONHU, con la Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud.***

8. Igualmente, se invirtió en siete centros de atención de cardiopatías congénitas más de seis mil millones de bolívares en insumos y equipamiento. Aseguramos la inversión en VIH/SIDA incorporando un programa de disminución de la transmisión vertical del VIH/SIDA de la madre al niño por más de 45 mil millones de bolívares para garantizar acceso gratuito a los medicamentos antirretrovirales a 6.850 infectados, incluyendo a la madre embarazada. Esta política se vio este año fortalecida con el acuerdo subregional para las compras de medicamentos antirretrovirales firmado gracias a la iniciativa desarrollada por el CONHU, con la Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
9. Mejoramiento de las condiciones ambientales, invirtiendo en el aseguramiento del suministro de agua potable, a través de la construcción, rehabilitación y ampliación de la infraestructura ambiental para reducir el déficit de agua y mejorar el saneamiento básico.
10. Impulso a la educación inicial a los niños y niñas del país y el acceso y permanencia en el sistema educativo. Desarrollo y fortalecimiento de más de 15 mil hogares y multihogares con una inversión de 107 mil millones de bolívares; se atendieron integralmente alrededor de 300.000 niños y niñas en 2002. Con este programa se han incorporado hasta la fecha 10.000 niños y niñas indígenas a los multihogares y hogares de cuidado diario y esperamos aumentar a 20.000 en 2003.
11. Incorporación de manera progresiva a la política de seguridad alimentaria y nutrición a la madre y los niños, niñas y adolescentes, a través de diferentes programas alimentarios escolares.
12. Promoción del desarrollo de destrezas y competencias para garantizar el desarrollo integral de esta población a través de la música, el deporte, la recreación. Así, tenemos la incorporación de 109.729 niños y niñas en el sistema de orquestas sinfónicas en 2002, superando los 73.823 que estaban en 1999.
13. Promoción y defensa de los derechos de la mujer, niña y adolescentes y la lucha contra la violencia intrafamiliar, como parte del Plan contra la Violencia contra la Mujer impulsado por el Instituto Nacional de la Mujer.
14. Promoción de los derechos de la madre, niños, niñas y adolescentes, a través de la

creación de los órganos del Sistema de Protección en todo el territorio nacional. Hasta la fecha se han constituido 324 Consejos de Derechos Municipales para asegurar los derechos de los niños y niñas desde el nivel local

Todas estas intervenciones han contribuido a mejorar las condiciones de vida de la población, lo que se ha expresado en los niveles del IDH en el país sobre la base de:

- a. Disminución de la mortalidad infantil, lo cual contribuye a incrementar la expectativa de vida de la población.
- b. Disminución de los déficit de atención integral, acceso a la alimentación, ampliación de la cobertura en educación preescolar a través de la incorporación de la educación como componente prioritario de la política.
- c. Reducción de los déficit de agua y saneamiento ambiental.
- d. Ampliación de la educación de las madres para el cuidado de niños y niñas en centros de atención integral e incorporación de la formación en el componente pedagógico.
- e. Acceso de niños, niñas y adolescentes al sistema educativo.

Quisiera en segundo lugar, destacar en este panel uno de los avances o logros a nuestro entender más importante a lo largo de estos años de nuestro gobierno bolivariano. Se trata de la comprensión que hoy tiene nuestro pueblo del derecho a tener derechos, y entre ellos el de la salud es fundamental. Esto ha llevado al desarrollo de múltiples espacios de organización y participación social, espacios

de contraloría social en el ámbito de los diferentes espacios de la gestión pública y donde los establecimientos de salud tienen especial relevancia.

En tercer lugar, ha habido un incremento de la inversión en lo social. De 1998 a 2003 se cuadruplicó, elevándose de 4.300 millones de bolívares a 16.300 lo que incluye el presupuesto de salud. Este, nunca antes de 1999, había llegado a un billón de bolívares; hoy día tenemos en salud dos billones sesenta y nueve millones de bolívares.

Hemos priorizado la atención integral a las poblaciones indígenas desarrollando proyectos de atención integral a las personas con discapacidad; desarrollando formas alternativas de atención en las zonas alejadas, de difícil acceso, creando centros de atención integral con diferentes variantes (casas de la salud, centros de promoción de calidad de vida, entre otros).

Avanzamos en el rediseño de las redes de atención, con énfasis en la atención primaria a la salud, la red ambulatoria especializada –clínicas populares– recientemente anunciada y priorizada por el Presidente Hugo Chávez Frías como estrategia para avanzar en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), y como objetivo fundamental del Plan Barrio Adentro concebido como un Plan para identificar déficit de atención, para organizar la red de atención primaria a la salud, para articular con el conjunto de redes sociales con el fin de dar respuesta a la inmensa deuda de atención, tenida fundamentalmente con las poblaciones excluidas. Barrio Adentro, junto al Plan Robinsón (Plan de Alfabetización), son instrumentos para mejorar las condiciones de vida de las grandes mayorías excluidas.

***Recientemente anunciada y priorizada como estrategia para avanzar en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud por el Presidente Hugo Chávez Frías y, como objetivo fundamental, del Plan Barrio Adentro concebido como un Plan para identificar déficit de atención, para organizar la red de atención primaria a la salud, para articular con el conjunto de redes sociales con el fin de dar respuesta a la inmensa deuda de atención, tenida fundamentalmente con las poblaciones excluidas. Barrio Adentro, junto al Plan Robinsón (Plan de Alfabetización), son instrumentos para mejorar las condiciones de vida de las grandes mayorías excluidas.***

Fortalecimiento de la política de acceso a medicamentos esenciales y especiales para: diabetes, hipertensión arterial, así como antineoplásicos. Inicio de un plan para el desarrollo de la producción de medicamentos esenciales, con énfasis en los genéricos. Incorporación al Plan Nacional de Compras del Estado.

Se ha fortalecido la institucionalidad pública en salud y desarrollo social con la creación del Gabinete Social, espacio de coordinación y articulación intersectorial y de decisión en políticas sociales. Se inició del proceso de transformación y rediseño del Ministerio de Salud y Desarrollo Social para adecuarlo a las nuevas exigencias de la orientación de las políticas sociales del gobierno bolivariano y para posicionarlo como verdadero órgano rector de éstas. Desarrollo y ampliación de canales y espacios de corresponsabilidad con gobernadores y alcaldes para generar agendas compartidas que permitan mejorar las decisiones y la velocidad de las respuestas.

Diseño e implantación de un Plan de formación y desarrollo permanente de los trabajadores y trabajadoras de la salud y desarrollo social, para fortalecer los liderazgos para la gestión y organización de las redes de

atención, y para la gestión de políticas sociales desde el Instituto de Altos Estudios de Salud "Arnoldo Gabaldón", así como la incorporación de un nuevo componente, la Escuela de Gobierno, para promover y apoyar el desarrollo de las capacidades de los niveles locales para la gestión de políticas públicas garantizadoras de derechos y promotoras de calidad de vida y salud.

La transversalización de género en las políticas de salud y desarrollo social, estrategia para la reorientación de las prácticas y avanzar en la búsqueda de la equidad de género; el Programa de Salud Sexual y Reproductiva como una contribución para la formación en el tema de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho de las mujeres y hombres a una vida digna, son componentes fundamentales de ese plan de formación.

Participación activa del Gabinete Social en el diseño de la Ley Orgánica de Seguridad Social aprobada en diciembre de 2002 y en el diseño del Proyecto de Ley Orgánica de Salud, actualmente en revisión definitiva por la Subcomisión de Salud de la Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral de la Asamblea Nacional. Esta Ley se plantea dar respuesta a tres aspectos fundamentales:

1. Garantizar el Derecho a la Salud, contemplado en el Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
2. Desarrollar el Sistema Público Nacional de Salud sobre la base de los principios contemplados en el Artículo 84, así como la participación efectiva de la comunidad en el mismo.
3. Definir los lineamientos generales del financiamiento del SPNS contemplado en el Artículo 85.
4. Desarrollar el Régimen Prestacional de Salud del Sistema de Seguridad Social, contemplado en el Artículo 86.

En definitiva, se pretende organizar el funcionamiento de una institucionalidad pública en salud que, producto de las políticas neoliberales que pretendieron instaurarse en nuestro país, venía siendo fragmentada y desfinanciada progresivamente, con el propósito de imponer las tesis privatizadoras dirigidas a desresponsabilizar el papel del Estado, lo que se plasmó en la Ley sancionada en el año 1997. Cada uno de los puntos fundamentales de la propuesta de Ley, está destinado a solventar y dar respuesta a los vacíos históricos dejados por el proceso de destrucción progresiva del sistema de salud en nuestro país. Dará

***Conquistar poder político para la salud con el fin de ubicarla en la agenda de prioridades nacionales.***

respuesta y corregirá los problemas causados por el proceso de descentralización realizado con la función de fragmentar el sistema y desresponsabilizar al Estado como garante del derecho a la salud. Por ello se plantea el rescate de la rectoría única del sistema, con un ministerio fuerte y con capacidades para regular a todo el sector. A la vez, cumpliendo con el mandato constitucional, se incluye la participación activa de los gobiernos locales y de las comunidades en la gestión y el control social.

Estos son, entre otros, los desafíos que hemos emprendido y que deberemos seguir consolidando para avanzar en el proceso de construcción de un Sistema Público Nacional de Salud, como expresión de políticas públicas donde el accionar del Estado deberá estar centrado en garantizar que la salud y la vida sean derechos de todos y todas. Estamos conscientes que en esta tarea, a pesar de los avances, falta mucho por hacer para superar los tremendos obstáculos que marcan esta pelea y los esfuerzos deberán estar dirigidos para hacer de ella una tarea de toda la sociedad.

## 6. Panel No. 2

### Integración y salud

#### COORDINADOR

David Tejada de Rivero, MD. *Presidente de la Academia Peruana de Salud*

#### PANELISTAS

Licenciada Claudia Guerrero M. *Coordinación Internacional, Ministerio de Salud de Panamá*

Enir Guerra Macedo de Holanda, MD. *Asesora del Ministro de Salud del Brasil, Coordinadora Nacional del SGT N.º 11 "Salud" y de la RMS - Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile*

Mauricio A. Bustamante G., MD. *Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud.*

Guido Mendoza F., Abg. *Gerente de Proyecto Laboral de la Comunidad Andina.*

## DAVID TEJADA DE RIVERO, MD

Hemos estado discutiendo principalmente las partes de las reformas de la salud y las experiencias de los países de la Comunidad Andina. Este panel está más orientado a ver la parte de integración y su relación con estos esfuerzos de salud, no solamente en la Región Andina, sino también en otros esfuerzos subregionales de integración que se están llevando a cabo.

Habíamos indicado ayer que la integración es una de las condiciones esenciales para que nuestros países cada día puedan tener destino en un mundo globalizado, unipolar y donde la única forma de poder tener soberanía nacional y ejercicio de la independencia, es integrarnos al estilo de la Unión Europea.

Así que el tema de hoy día van a ser los esfuerzos de integración y cómo en todas las realidades sociales, siempre hay una interdependencia entre los procesos que se dan simultáneamente.

La integración y los esfuerzos hechos, hasta ahora en escala subcontinental, refuerzan los trabajos que se hacen en el campo de la salud, los cuales contribuyen a facilitar la integración. De tal manera, para mí es una inmensa satisfacción haber aceptado el pedido de coordinar este panel.

Aquí vamos a tener las experiencias, primero de Centroamérica, a través de la presentación que va hacer la doctora Claudia Guerrero, a quien

tuve la gran satisfacción de conocer la semana pasada en la reunión del Consejo Directivo de la OPS. Ella tiene a su cargo todo lo que es la parte de Coordinación Internacional en el Ministerio de Salud de Panamá.

Luego vamos a tener la presentación de estos procesos de integración en salud en el MERCOSUR y aquí, ustedes habrán sido testigos presenciales de mi entusiasmo y mi gran cariño al recibir a la doctora Enir Guerra Macedo de Holanda. Con ella tuve la suerte, el honor y el placer de participar en una comisión, un comité de la OPS para evaluar los centros panamericanos e hicimos tan buena amistad, que ella tuvo la gentileza de enviarme no solamente una tarjeta, sino un libro desde Brasil. Desde ese día yo me convertí en un admirador de la poetisa brasilera, Amelia Prado. Muy bueno, hay que ver la vida también con el sentido de la poesía y lo que nosotros hacemos todos los días es poesía, mezclamos la utopía con la realidad, los sueños con la factibilidad y la viabilidad de realizarlos.

Después, vamos a tener la parte del Organismo Andino de Salud a cargo del doctor Mauricio Bustamante y finalmente, de la Comunidad Andina de Naciones por el doctor Guido Mendoza, quien nos va hablar de los Instrumentos Andinos de Seguridad Social.

De esta manera creo que estamos cubriendo todo y le doy la palabra a la doctora Claudia Guerrero.

***La integración es una de las condiciones esenciales para que nuestros países cada día puedan tener destino en un mundo globalizado, unipolar y donde la única forma de poder tener soberanía nacional y ejercicio de la independencia, es integrarnos al estilo de la Unión Europea.***

## El proceso centroamericano de la integración y salud

LIC. CLAUDIA M. GUERRERO MONTESA

*Coordinación Internacional, Ministerio de Salud de Panamá*

Como buena alumna, voy a tratar de hacer que ustedes vacíen un poquito la taza y permitirme, muy humildemente, la ambición de compartir un poco lo que ha sido y lo que es el proceso centroamericano de integración en el contexto de la salud.

Para contextualizar un poco, porque gentilmente en el programa pusieron Panamá entre comillas, y tomando un poco las palabras del colega, el doctor que me precedió, respecto a esa rabiosa vinculación con Colombia, quisiera señalarles y contextualizar a Panamá como un país que históricamente ha sido reconocido como sudamericano, porque después de su independencia de España, se adhiere voluntariamente a Colombia para separarse después y este año, el 3 de noviembre, celebramos 100 años de ese hecho histórico. Luego geográficamente somos centroamericanos, porque geopolíticamente así esta

definido por la gente que inventó el globo y de ahí somos culturalmente caribeños.

Entonces, para aquellos que se preguntan, ¿bueno y Panamá qué es? ¿Qué son ustedes? Somos observadores del Sistema Andino de Integración, estamos integrados a Centroamérica en el componente político, cultural, social y además de eso, bueno, tenemos el ritmo y la pasión que caracteriza a centroamericanos y caribeños.

Habiendo puesto eso en el contexto, quiero pasar a la introducción de mi presentación, donde señalo que el Sistema de Integración Centroamericano fue creado por el Protocolo de Tegucigalpa del año 1991, con un marco jurídico regulador de la relación en el proceso que entró en vigencia a partir de febrero del año 1993.

La orientación principal del Protocolo de Tegucigalpa o proceso de integración fue la construcción de una Centroamérica como región de paz, libertad, democracia y desarrollo, firmemente sustentada en el respeto a los derechos humanos y la promoción de los derechos humanos.

La base de la relación del proceso de integración centroamericano es sistémica y debe estar coordinada entre los distintos subsistemas, económico, social, cultural y político. Su esquema de funcionamiento implica la Reunión de Presidentes, Consejo de

*¿Qué son bienes públicos globales?, son bienes públicos de beneficio regional y universal, entendiéndolos como las políticas, programas e iniciativas multinacionales, cuya repercusión favorable en la salud traspase las fronteras de un país.*

Ministros Sectoriales e Intersectoriales, Comité Ejecutivo y una Secretaría General, que para los efectos, es una Dirección Ejecutiva del Organismo Andino de Integración; otros órganos principales son la Corte Centroamericana de Justicia, el Parlamento Centroamericano, la Reunión de Vicepresidentes y el Comité Consultivo. Tiene secretarías especializadas, porque todo proceso de integración es muy complejo, entonces tenemos la Secretaría de Integración Centroamericana (SIECA) para la parte económica y la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA), la Secretaria General del Consejo Económico Centroamericano y la Secretaria Ejecutiva del Consejo Centroamericano de Ambiente y Desarrollo.

Para los efectos que nos interesan en la plática de hoy, nos vamos a referir a lo que es la SISCA. En eso nos parecemos un poco a nuestros hermanos colombianos y a los chilenos con el tema de la "sopa de letras".

La SISCA fue creada por el Tratado de Integración Social, firmado en Cerro Verde, El Salvador, en el año de 1995. Entró en vigencia en mayo de 1995 con el depósito de los instrumentos de ratificación por los países de Guatemala, El Salvador y la República de Panamá.

¿Cuál es el objetivo? Muy simple, es el órgano técnico administrativo del proceso de

integración social. ¿Cuáles son sus funciones? Muchísimas, pero a juicio personal, me he permitido delinear las tres más importantes: velar por la aplicación correcta del protocolo que la constituye y los demás instrumentos jurídicos del sistema de integración, verificar el cumplimiento de los objetivos y las metas de los programas sociales planteados en el marco de la integración, y enlazar las actividades en el contexto y en colaboración con las otras secretarías de integración.

¿En qué está hoy la Secretaría de Integración Social? Estamos tratando de consolidar los vínculos del sistema de integración intra y extra regionalmente, haciendo un esfuerzo importante por fortalecer los gabinetes sociales de los países signatarios del Tratado, y este esfuerzo lo considero como muy importante, porque lo que queremos hacer es crear sinergia y tener agendas compartidas, de forma tal, que en el ejercicio de fortalecimiento de la cooperación internacional y de la formulación de proyectos de integración para el área social, nos permita competir solidariamente por recursos de la comunidad de donantes, evitando hacer esfuerzos atomizados, donde con la limitación de recursos que existen no tengamos oportunidad de hacer intervenciones que compitan con lo atomizado de las mismas. Otro de los asuntos en que estamos ahora mismo, de mucha relevancia, es el proceso de actualización de las políticas regional-social, promoviendo programas, capacitación en políticas sociales y la gestión de programas sociales en los ámbitos nacional y regional.

En esta transparencia me permito señalar cuáles son los componentes más importantes de la integración social (gráfico 1), el mejoramiento de la calidad de vida, el fortalecimiento de la familia, la capacitación institucional, recursos humanos y -como todos los conferencistas que me han precedido- los

Gráfico N° 1



sistemas de información, la participación y el capital social, como bien lo mencionaba ayer el doctor Tejada, en términos de lo que es el empoderamiento de la responsabilidad civil.

Bueno, tenemos que hablar de cosas importantes, cómo son y han sido. Respecto a los hitos del proceso de integración centroamericana y a los alcances que hemos tenido, un término bastante nuevo que se refiere a los bienes públicos globales, que más tarde voy a tocar.

En la iniciativa en salud centroamericana, la SISCA fue aprobada por los presidentes centroamericanos y ejecutada, en tres etapas con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y los países nórdicos. Debemos situar a Centroamérica en un momento de su historia, donde había muchísimos conflictos, el conflicto armado de una región donde no había paz ni sosiego, aquí se posiciona la salud como un elemento importante para la mejoría de la calidad de vida de los ciudadanos centroamericanos porque, en su primera etapa, la salud actuó como fuente para la paz, pues teníamos a enfermeras y médicos vacunando gente de la población, hasta paramilitares; su segunda

etapa, bajo el lema "Salud para la Paz y Desarrollo de Centroamérica", llevada a cabo entre los años 1990 y 1994 y su tercera etapa, que se llevó a cabo con el lema: "Salud para la Integración de Centroamérica", demuestra que la salud es un elemento común para el logro de la mejora de las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos.

Otro hito importante, es la Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), que es un foro político del Sistema de Salud Centroamericano, ahora transformado en RESSCAD al incluirse la República Dominicana. Aquí, cuando hablamos del sector salud, estamos hablando de la seguridad social, del Sistema Nacional de Salud y del sector del agua. Otro de los hitos es la creación del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), órgano político para la toma de decisiones en términos de las políticas de salud.

Luego, tenemos la creación del Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS); después algo bastante importante, la creación de la Unidad Técnica de Salud dentro del Sistema de Integración Social, que antes estaba sin una secretaría técnica que fuera responsable de apoyar al Consejo de Ministros y de ahí, la Integración de Belice al SICA, con la ratificación del Protocolo de Tegucigalpa y como capitalización de esa voluntad política de Belice para adherirse a Centroamérica, utilizaremos a Belice, voluntariamente, como el vínculo que va a unir a CARICOM con Centroamérica, en el ámbito de la búsqueda y el fortalecimiento de las alianzas estratégicas.

Esto de las alianzas estratégicas me lleva a lo que quería mencionar hace un rato, la generación de los bienes públicos globales. Esa es parte de los esfuerzos que queremos realizar con todas estas alianzas estratégicas y,

para aquellas personas que no están familiarizadas con lo que son bienes públicos globales, su definición dice que son bienes públicos de beneficio regional y universal, entendiéndolos como las políticas, programas e iniciativas multinacionales, cuya repercusión favorable en la salud traspase las fronteras de un país. Eso es lo que estamos buscando con la integración social y, específicamente, con la integración social en el ámbito de la salud, traspasar fronteras.

Lineamientos de las políticas sociales en la Subregión son la promoción del desarrollo humano sostenible, la universalización del acceso a los programas de salud y el mejoramiento en la calidad de los servicios, completar el proceso de reforma, reducir la pobreza extrema e incrementar la participación social.

La salud como componente del desarrollo humano en Centroamérica ha tenido una importante presencia, especialmente a través de la Iniciativa de Salud Centroamericana, en las tres etapas que definí anteriormente. A partir de los años 90 ha crecido la conciencia de que el crecimiento económico y la integración regional tienen un fin último, que es la mejora de la calidad de vida de los centroamericanos; del año 1995 hasta ahora, la salud y la integración nacional, aunque agotados los recursos de la Iniciativa, nos ha permitido la profundización en las acciones comunes y

conjuntas, con recursos de los presupuestos nacionales, haciendo énfasis en las áreas fronterizas y el diseño de políticas comunes de salud con acciones intersectoriales.

También se ha fortalecido la percepción de la libertad, la seguridad y la participación, como bienes intangibles, reconocidos como positivos, como señalaba el doctor Allen, antiguo Director de la OPS, el desarrollo humano tiene cinco componentes que inexorablemente van a estar vinculados: la salud, la educación, el crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano, y toda una gama de libertades para las personas, entre ellas, la democracia y los derechos humanos; este concepto reconoce la importancia del crecimiento, por lo tanto de la productividad, pero también del capital humano y de la red social; igualmente, la sostenibilidad se debe entender como legar a las generaciones venideras, nuevas oportunidades.

La salud ocupa un lugar privilegiado en el proceso de integración, dado su aporte al crecimiento económico. Además, asegura la utilidad de componentes del desarrollo humano, políticas adecuadas de salud, y garantiza el retorno de la inversión en educación y el éxito de este retorno.

El sector salud y su aporte económico - estamos hablando de un gasto privado social

que oscila entre 28 y 73% de los gastos nacionales -emplea alrededor de 35 mil profesionales de la medicina. Esto en el ámbito de la Región Centroamericana y 19 mil enfermeras, 9 mil odontólogos con un total de 72 mil empleados, de los cuales 64% son profesionales.

Las perspectivas de libre mercado, la eliminación de las fronteras, el libre tránsito de las personas y mercancías se ven evidentemente reflejadas en los esfuerzos que ha hecho la Región Centroamericana. El Tratado de Libre Comercio del Triángulo del Norte Centroamericano, el Tratado del Libre Comercio en Centroamérica y el gobierno de los Estados Unidos de América que están actualmente en proceso de negociación, y el Tratado de Libre Comercio.

Vamos a revisar ahora rápidamente algunas cifras para que ustedes puedan estar en el contexto de lo que en números significa la Región Centroamericana (gráfico 2). Básicamente, aquí queremos reflejar la magnitud de la pobreza en términos de lo que es la Región, lo que no nos hace estar tan fuera de contexto si analizamos que en Perú se habla de cifras cercanas a 60%, que es el promedio

para todos los países en Centroamérica, dato desviado allí por la alta incidencia que se aprecia en Nicaragua, Guatemala y Honduras, donde porcentualmente se encuentran por encima de 50% para toda la población.

La situación económica en Centroamérica, donde el promedio de crecimiento oscila alrededor de 3%, incluyendo las remesas provenientes del extranjero, muy significativas sobre todo para los países de El Salvador, Nicaragua y Guatemala por la cantidad de sus ciudadanos que viven en el extranjero y cuyos envíos son muy importantes para la sostenibilidad de su familia, y que hacen parte importantísima del PIB de cada uno de esos países.

Entre los años 1990 y 1997 la evolución del gasto social en Centroamérica (gráfico 3) como porcentaje del gasto público total muestra una tendencia ascendente con importantes inversiones en países como Costa Rica (65%) y Panamá (40%), exceptuando a Honduras donde disminuyó 1.2% y a Nicaragua con un descenso de 2.7 puntos. Durante el año 1997 se aprecia que el gasto social oscilaba alrededor de 40% en promedio para la Región, jalonado principalmente por Costa Rica y Panamá que se mantuvo

***El desarrollo humano tiene cinco componentes que inexorablemente van a estar vinculados: la salud, la educación, el crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano y, toda una gama de libertades para las personas, entre ellas, la democracia y los derechos humanos; este concepto reconoce la importancia del crecimiento, por lo tanto de la productividad, pero también del capital humano y de la red social; igualmente, la sostenibilidad se debe entender como legar a las generaciones venideras nuevas oportunidades.***

Gráfico N° 2

MAGNITUD DE LA POBREZA EN CENTROAMÉRICA

Países	Años	Hogares Bajo Línea de Pobreza %			Hogares Bajo Línea de Indigencia %		
		Total País	Zona Urbana	Zona Rural	Total País	Zona Urbana	Zona Rural
Costa Rica	1997	20	17	23	7	5	9
Panamá	1997	27	25	34	10	9	14
El Salvador	1997	48	39	62	19	12	28
Nicaragua	1993	68	53	89	51	37	14
Guatemala	1998	57	29	76	27	7	40
Honduras	1997	74	67	80	48	35	69
C. A*	D. 90'	60	56	71	40	26	52
A. Latina	1997	43.5	37.1	63.7	18.5	12.3	38.3

CEPAL, 1998; \* Estado de la Región, 1999.

Gráfico N° 3

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN CENTROAMÉRICA

Países	Gasto Social/ PIB		Gasto Social/ Gasto Público Total		Gasto Social per Cápita (US\$)	
	1990-91	1996-97	1990-91	1996-97	1990-91	1996-97
Costa Rica	18.2	20.8	64.5	65.1	445	550
Panamá	18.6	21.9	40.0	39.9	494	683
El Salvador	5.4	7.7	21.9	26.5	87	147
Nicaragua	10.3	10.7	38.3	35.6	48	49
Guatemala	3.3	4.2	29.8	42.1	52	71
Honduras	7.8	7.2	33.1	31.9	59	71

\* CEPAL, 1998

**Sobre el Gasto Nacional de Salud en Centroamérica como parte del PIB, para el año 99 se evidencia un promedio del 8.5% en la Región, apreciando como cifra de referencia que la cobertura en Costa Rica el 100% de la población, seguida por Panamá con el 82.3% de sus habitantes.**

sensiblemente igual durante los dos periodos comparados. Evidentemente, estas cifras tendríamos que desagregarlas para poder reconocer o identificar con claridad el gasto promedio en salud como componente del producto interno bruto de los países. La tabla muestra además cómo el gasto social per cápita ha presentado importantes incrementos en todos los países de la Región con un estándar alto en Panamá y Costa Rica, mientras que en Honduras, Guatemala y Nicaragua tienen el más bajo gasto per cápita.

Sobre el gasto nacional de salud en Centroamérica como parte del PIB (gráfico 4), para el año 1999 se evidencia un promedio de

Gráfico N° 4

	Gasto Nacional en Salud Per cápita US\$ 1999*		Cobertura Global de Salud (%) 1990**	Índice de Cobertura 1990 (C.R. Base)** (%)
Costa Rica	285,00	9,1	96,0	100,0
Panamá	231,00	6,8	79,0	82,3
Belice	126,00	4,8	---	---
El Salvador	161,00	8,2	59,0	61,0
Nicaragua	43,00	9,2	69,0	71,9
Guatemala	91,00	5,4	50,0	52,1
Honduras	59,00	7,2	46,0	47,9

\* OPS/OMS Indicadores Básicos de Salud 2002, Situación de Salud en las Américas  
\*\* Mesa-Lago, 1998

8.5% en la Región, apreciando como cifra de referencia que la cobertura en Costa Rica es de 100% de la población, seguida por Panamá con 82.3% de sus habitantes -70% cubiertos por la Caja de Seguro Social panameña y 12.3% restante por el Sistema Nacional de Salud-. El índice de cobertura más bajo se encuentra en Honduras donde sólo accede 47.9% de la población.

Sobre el tema de las asimetrías (gráfico 5), - palabra muy utilizada últimamente cuando queremos reflejar identidades y situaciones específicas-, podemos apreciar que tenemos una Región en la cual el área del Pacífico son interconectados y mestizos; el Caribe desconectado, con indígenas y negros; en el norte con altos niveles de pobreza, en el sur un poco más equilibrados socialmente; con centros que presentan una integración al desarrollo y fronteras históricamente marginadas, además del campo con un creciente abandono y ciudades con mayores oportunidades.

Gráfico N° 5



Centroamérica es una región con vulnerabilidades (gráfico 6), principalmente vulnerabilidad política. Aunque abandonando un poco esto, no es solamente una característica de la Región Centroamericana, es una característica

Gráfico N° 6



de América Latina. Sobre la vulnerabilidad económica y productiva, en Panamá la moneda de curso legal es el dólar de los Estados Unidos Americanos, no se ve afectada por las grandes inflaciones, no tenemos un Banco Central y tampoco devaluación de nuestra moneda. Respecto a la vulnerabilidad física, Panamá sigue escapándose, se sigue salvando, porque estamos geográficamente después de la falla de San Andrés y no nos tocan los grandes huracanes, nada de esas cosas; sin embargo, el resto de la región sí se ve afectada por estos fenómenos naturales que causan grandes destrozos en propiedades y vidas. Acerca de la vulnerabilidad socio-cultural, por las diferencias que existen entre los seres humanos, ninguno, ni yo, somos simples.

En cuanto estrategias regionales de integración, además de las mencionadas, figuran las cumbres presidenciales, la Alianza Centroamericana de Ambiente-Desarrollo para la Transformación Regional y la Modernización, el Plan Puebla- Panamá, iniciativa reciente, y Madrid que es una cartera de proyectos.

Los principios básicos para la transformación y el desarrollo centroamericano tienen cuatro puntos de importancia para el logro de un

desarrollo sostenible: a) la gobernabilidad en lo político, ya que contamos actualmente con una Región de relativa estabilidad política; b) la competitividad en lo económico; c) el logro de equidad en lo social, y d) el ideal de sustentabilidad en lo ambiental. La Alianza Centroamericana de Ambiente-Desarrollo, única en el ámbito hemisférico que en la actualidad cuenta con una estrategia de salud y ambiente, fue presentada en la reunión hemisférica de Ministros de Salud y Medio Ambiente en Ottawa hace dos años; aquí es donde está el reto, alcanzar equidad en lo social y, cuando me refiero a equidad, es el reto de lograr acceso a la educación, a los servicios de salud y a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos centroamericanos.

Un esquema de lo que requerimos para lograr la transformación, la modernización centroamericana, lo integran cuatro agendas a desarrollar, una de equidad, una de gobernabilidad, otra de competitividad y una agenda de sustentabilidad; y el resultado natural esperado es la transformación y desarrollo de la Subregión Centroamericana.

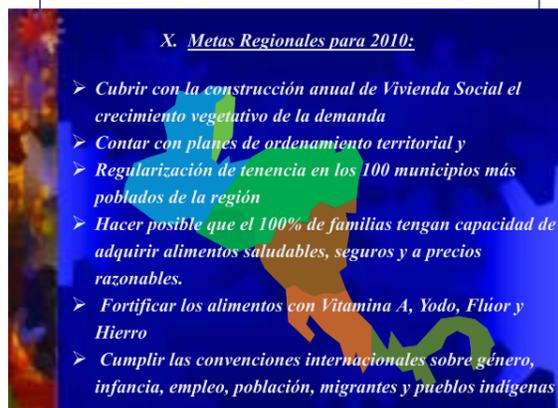
La mayoría de las metas regionales están en amplia sintonía con las metas del milenio (gráficos 7 y 8) y son puntos acordados entre

Gráfico N° 7

- 
- Reducir la Pobreza Extrema en un 50%
  - Disminuir el Analfabetismo al 10% y aumentar las Tasas de Escolaridad de Primaria al 95% y de Secundaria al 75%
  - Alcanzar Cobertura del 100% en Servicios Básicos de Salud
  - Reducir la Mortalidad Infantil y Materna debajo de 50% de las cifras registradas en el 2000
  - Mantener erradicada la Poliomielitís y erradicar el Sarampión
  - Cobertura rural de 100% en los servicios de Agua Segura y Saneamiento Básico.

***En la medida en la que los ciudadanos centroamericanos no tengan acceso a la educación y entrenamiento, van a verse limitados en sus oportunidades laborales; por ello se traduce y concluye que la mejoría en las condiciones de la salud es una inversión de alta rentabilidad.***

Gráfico N° 8



los gobiernos para 2010 y figuran en el siguiente cuadro.

Sobre las dimensiones que hay que abordar tiene prioridad la Agenda Inconclusa, en la cual, la enfermedad y muerte son factores de empobrecimiento individual y colectivo que afectan la calidad y disponibilidad de las personas económicamente activas, impiden el acceso al estudio cerrando las puertas del mercado laboral. En la medida en que los ciudadanos centroamericanos no tengan acceso a la educación y entrenamiento, van a verse limitados en sus oportunidades laborales; por ello se traduce y concluye que la mejoría en las condiciones de la salud es una inversión de alta rentabilidad porque si somos saludables podemos ir a la escuela,

los niños nutridos pueden aprender más y van a tender al mejoramiento de su calidad de vida.

Aquí, un punto bien importante: el costo del tratamiento de enfermedades catastróficas ha disminuido notablemente luego de las negociaciones llevadas a cabo con los laboratorios, ejemplo de ello es el acceso a la terapia de antirretrovirales, que antes costaba 12 mil dólares por paciente / año, ahora oscila entre los 1.200 y los 2.000 dólares por paciente / año.

En el legado social figura el aumento del capital humano, la construcción del tejido social, la cohesión en termino de lo que es pensar en sintonía como una Región integrada; la promoción del medio ambiente, como marco general y contextual y la potenciación de otras actividades, como por ejemplo, el turismo.

Uno de los retos importantes es la protección de los logros, y ahí es donde entra la responsabilidad del Estado regulador y de los ciudadanos, como responsables de empoderarse, de solicitar sus derechos y hacerlos valer.

En los nuevos desafíos es de principal importancia el mejoramiento de la calidad de vida para la Región, con un libre acceso a la salud, sin barreras que lo impidan. Para ello

***Uno de los retos importantes es la protección de los logros, y ahí es donde entra la responsabilidad del Estado regulador y de los ciudadanos, como responsables de empoderarse, de solicitar sus derechos y hacerlos valer.***

debemos completar el proceso de reforma del sector social, fortalecer los programas de inmunización, agua potable, saneamiento ambiental, disminución de la vulnerabilidad a los desastres para los que necesitamos estar preparados, controlar las enfermedades emergentes y reemergentes, mejorar la seguridad alimentaria y nutricia, combatir la violencia -como un problema de salud pública que está costando muchísimo-, a este respecto se entregó el Informe de Violencia a la OPS con cifras sumamente reveladoras, y bueno, combatir el VIH y el SIDA, como un reto importantísimo.

Las prioridades centroamericanas de salud para 2003 y 2004 están focalizadas en la prevención y control del dengue y otras enfermedades transmisibles, el acceso a la atención integral del VIH -porque no es solamente el acceso a los antirretrovirales, es la atención integral del paciente y sus familiares-, la negociación única de medicamentos para reducir su costo y el de sus insumos, y una especial atención a la salud y turismo junto con la salud y el trabajo. Son puntos que nos garantizan el mejoramiento de la calidad de vida y el acceso a la salud para todos los habitantes de la Región Centroamericana.

**La salud en el MERCOSUR**  
Estado actual, retos y perspectivas

**DOCTORA ENIR GUERRA MACEDO DE HOLANDA (Autora y Expositora)**

*Asesora del Ministro de Salud y Coordinadora Nacional del SGT N.º 11 "Salud" y de la RMS - Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile*

**¿QUE ÉS?**

El Mercado Común del Sur es un bloque económico constituido para realizar la liberación del comercio de bienes y servicios y la libre circulación de personas y capitales entre los países miembros. La unión busca la ampliación de los mercados nacionales y el desarrollo económico, con justicia social, de los socios.



Esa situación particular llevó al MERCOSUR, por medio de la Decisión CMC N.º 1/01, adoptada en la II Reunión Extraordinaria del Consejo del Mercado Común, realizada en Asunción el 7 de abril de 2001, a facultar a Argentina para mantener, en carácter excepcional y temporal hasta 31 de diciembre de 2002, las modificaciones de su arancel de importaciones, implementadas por la Resolución 27/01 del Ministerio de Economía.

Las Reglas Básicas de funcionamiento empezaron con los 26 artículos del Tratado de Asunción y se han perfeccionado con los 53 del Protocolo de Ouro Preto y, hoy día, cuenta con una espesa Legislación Básica.

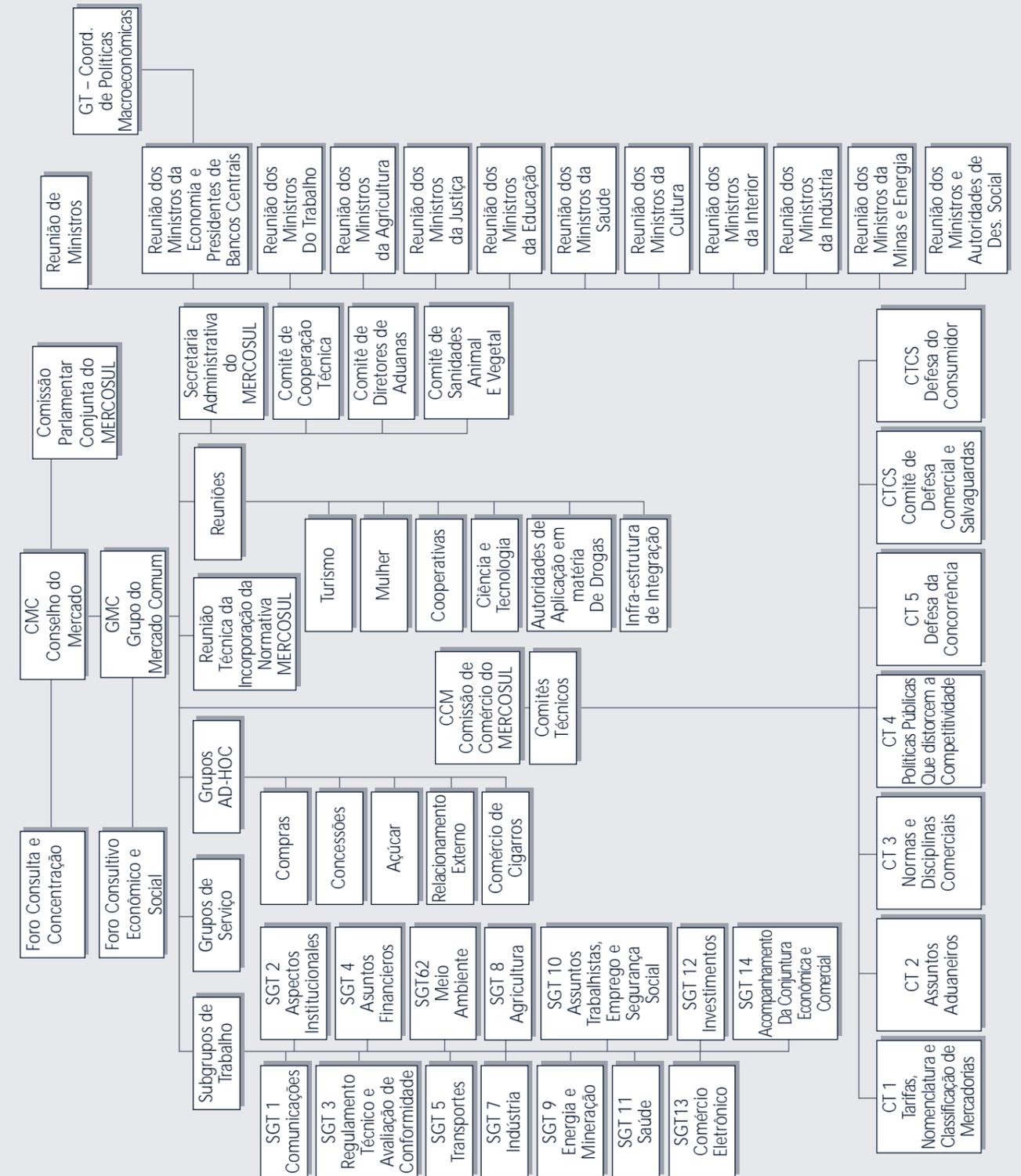
Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay forman el MERCOSUR y son los miembros del bloque. Últimamente Chile y Bolivia se tornaron socios, alcanzando aranceles preferenciales para venta y compra de productos de manera igual que los miembros del MERCOSUR. El Bloque negocia acuerdos de ese tipo con bloques tales como la Unión Europea y el Pacto Andino (Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela) y con países como Canadá y Australia, entre otros. También se está negociando la formación de la ALCA, y fue firmado el Acuerdo MERCOSUR/Perú.

En la actualidad es una Unión Aduanera porque cuenta con un arancel externo común y con Libre Comercio Intrazona, fundamentalmente a partir del primero de enero, fecha cuando se acabó el régimen de adecuación de Paraguay y Uruguay.

El comienzo de 2002 fue enmarcado por la adopción de parte del gobierno argentino de medidas para combatir al prolongado período recesivo y la coyuntura negativa enfrentada por aquel país en el ámbito económico-financiero.

**Estructura MERCOSUR**

**¿Cómo se organiza el MERCOSUR?**



### Consejo del Mercado Común

Es el organismo máximo del bloque, formado por los Ministros de Relaciones Exteriores y de Economía (en Brasil, de Hacienda y de Desarrollo, Industria y Comercio) de los cuatro países. Convoca reuniones semestrales, con la presencia de los Presidentes para firma de acuerdos; obedeciendo a un orden alfabético, la presidencia se alterna a cada seis meses. Brasil tuvo la presidencia del Consejo hasta final de diciembre de 1998 y la ejerció también desde 1° de agosto hasta 31 de diciembre de 2002.

El CMC se manifiesta a través de Decisiones. •

### Grupo Mercado Común

Es el órgano ejecutor del bloque y, tal como el Consejo, tiene poder de decisión. Está formado por cuatro miembros titulares y otros cuatro que se alternan, todos del segundo o tercer nivel jerárquico de sus gobiernos. Decide los temas de discusión en cuatro Reuniones Especializadas, una Comisión de Comercio del MERCOSUR (con nueve Comités), un Grupo de Trabajo (GT) sobre Incorporación de Normativas, cuatro Grupos Ad Hoc, un Grupo de Servicios, un Comité de Cooperación Técnica (CCT) y 14 Subgrupos de Trabajo, entre ellos el SGT N° 11 "Salud". Los Subgrupos son:

- SGT 01 – Comunicaciones
- SGT 02 – Mineración
- SGT 03 – Reglamentos Técnicos y Evaluación de Conformidades
- SGT 04 – Asuntos Financieros
- SGT 05 – Transportes
- SGT 06 – Medio Ambiente
- SGT 07 – Industria
- SGT 08 – Agricultura
- SGT 09 – Energía
- SGT 10 – Relaciones Laborales
- SGT 11 – Salud
- SGT 12 – Inversiones
- SGT 13 – Comercio Electrónico
- SGT 14 – Seguimiento de la Coyuntura Económica y Comercial.

NOTA: El SGT N.º 11 "Salud" mantiene relaciones con casi todos los Subgrupos, principalmente con los SGTs 03, 04, 06, 07, 08, 10, 12 y 14.

### Comisión de Comercio del MERCOSUR

Órgano encargado de auxiliar el Grupo Mercado Común con la función de cuidar la aplicación de los instrumentos de política comercial. Tiene ocho integrantes (cuatro titulares y cuatro que se alternan). Es coordinada por los Ministros de las Relaciones Exteriores. En su estructura tiene nueve Comités Técnicos, a saber:

- CT-1 – Arancel, Nomenclatura y Clasificación de Mercancías
- CT-2 – Asuntos Aduaneros
- CT-3 – Normas y Disciplinas Comerciales
- CT-4 – Derogado
- CT-5 – Defensa de la Competencia
- CT-6 – Prácticas Desleales y Salvaguardas
- CT-7 – Defensa del Consumidor
- CT-8 – Restricciones y Medidas no Arancelarias

NOTA: El SGT N.º 11 "Salud" mantiene relaciones con los CTs 1, 2, 3, 6, 7 y 8.

### Comisión Parlamentaria Conjunta del MERCOSUR

Se vincula al Consejo del Mercado Común, es el órgano que representa los parlamentarios de los Estados.

Su objetivo es acelerar la adaptación de legislaciones nacionales a las normas del Consejo del Mercado Común.

### Foro Consultivo Económico-Social

Es un tipo de organismo no gubernamental que reúne representantes del sindicalismo, empresariado, organismos de defensa del consumidor y la academia. Está vinculado al Consejo del Mercado Común.

### Secretaría Administrativa del MERCOSUR

Está vinculada al GMC. Es el archivo general del bloque, que presta servicios para los demás órganos. Es el único con sede permanente, en el Hotel Casino del Parque, en Montevideo, Uruguay. Hacia fines de 2002, en la Presidencia Pro Tempore de Brasil (PPTB), pasó a ejercer actividades de naturaleza técnica.

## Reunión de Ministros

Las Reuniones de Ministros de Salud, Economía y Banco Central, Industria, Trabajo, Agricultura, Cultura, Educación, Justicia e Interior están vinculadas al Consejo del Mercado Común.

### Reunión de Ministros de salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile

La Reunión de Ministros de Salud se efectúa una vez con cada Presidencia Pro Tempore y cuenta con una Reunión Preparatoria, de los Coordinadores Nacionales de los Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y los Estados Asociados (Bolivia y Chile).

La Reunión de Ministros de Salud (RMS), abarca la participación de los seis Ministros de los Estados Partes y Estados Asociados que aprueban Políticas y Programas; entre ellos, los principales son:

- Núcleo de Articulación I: Sistemas de Información y Comunicación – Home Page: [www.mercosulsaude.org](http://www.mercosulsaude.org) / [www.mercosulsalud.org](http://www.mercosulsalud.org)
- Política de Medicamentos: Implantación
- Programa de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles – Dengue, Fiebre Amarilla, Cólera, Chagas, Sarampión y SARS
- Comisión Intergubernamental de Vigilancia y Control de Infestación por Aedes aegypti y de la Transmisión del Virus Dengue para los Países del MERCOSUR, Bolivia y Chile
- Comisión Intergubernamental para promover una Política Integrada de Combate a las ITS y la epidemia VIH/SIDA en los países del MERCOSUR, Bolivia y Chile
- Revisión del Código Sanitario Internacional
- Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS).

## Resolución GMC N.º 151/96 Creación del Subgrupo de Trabajo 11 “Salud” y Resolución GMC N.º 4/98 (derogada) y Res. GMC N.º 21/01 Pauta Negociadora del SGT N.º 11 “Salud” y Organigrama Interpretativo (1)

### Tarea general

“Armonizar las legislaciones de los Estados referentes a los bienes, servicios, materias primas y productos del área de salud, los criterios para vigilancia epidemiológica y el control sanitario, con la finalidad de promover y resguardar la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos al comercio regional, contribuyendo de esta manera al proceso de integración.”

### Pauta de acción

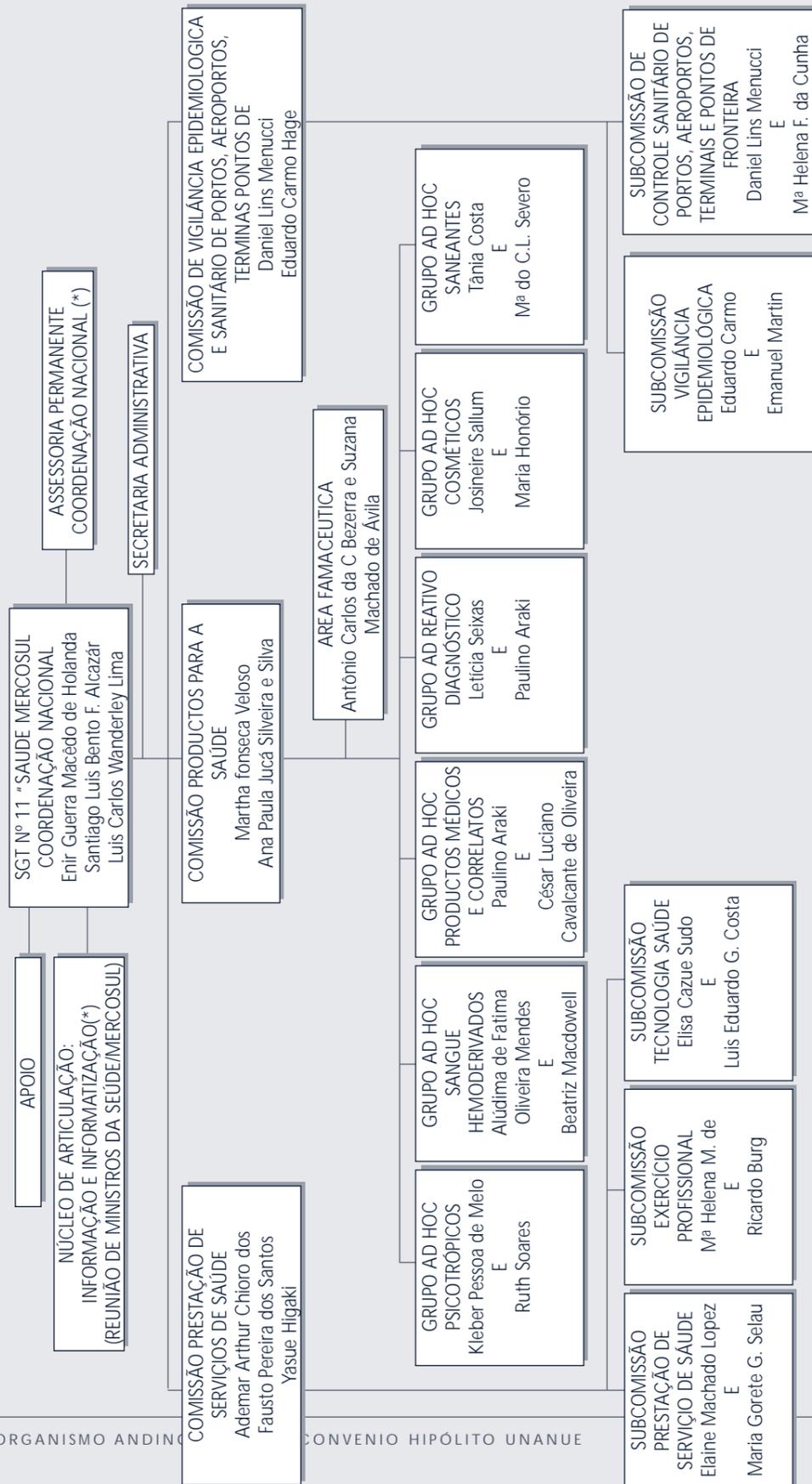
“Armonizar/compatibilizar las legislaciones en el campo de la salud identificadas como necesarias al proceso de integración y aquellas que fueron identificadas como obstáculos a los flujos de comercio intra-MERCOSUR”;

“Compatibilizar los sistemas de Control Sanitario de los Estados Partes, de forma a garantizar el reconocimiento recíproco en el ámbito del MERCOSUR”;

“Definir el relacionamiento del SGT N° 11 “Salud” con las demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y la complementación de las acciones”;

“Proponer procedimientos de organización, sistematización y difusión de la información referente al campo de la Salud entre los Estados Partes.”

**SGT N° 11 "Saúde" MERCOSUL**



**Áreas de trabajo**

Productos para la salud (área farmacéutica, medicamentos, reactivos para diagnóstico de uso *in vitro*, saneantes domisanitarios, cosméticos, sicotrópicos y estupefacientes, y sangre y hemoderivados).

Vigilancia epidemiológica y control sanitario de puertos, aeropuertos, terminales y puntos de frontera.

Prestación de servicios de salud (prestación de servicios de salud, ejercicio profesional y tecnología en Salud).

**Cuadro I.** Situación del proceso de armonización, consulta pública e internalización o incorporación al ordenamiento jurídico nacional

**TEMA O SUBTEMA**

**1ª Fase: Proceso de armonización.**

**Paso 1**

Elaboración de la propuesta de trabajo y armonización de la misma.

**Paso 2**

- Propuesta armonizada
- Disenso
- Consenso
- Propuesta armonizada y evaluación
  - Amplitud.
  - Pertinencia.
  - Concisión.
  - Evidencia.
  - Calidad.

**Paso 3**

Formaliza el consenso y elabora el Proyecto de Resolución.  
Evaluación y aprobación por los Coordinadores de Comisiones.  
Elevación a los Coordinadores Nacionales para evaluación y aprobación.  
Consulta interna amplia en cada Estado Parte.

**Paso 4**

Consolidación de sugerencias para la consulta interna.  
Armonización con las sugerencias de la consulta interna.  
Evaluación por los Coordinadores de Comisión y elevación o no a los Coordinadores Nacionales.  
Evaluación por los Coordinadores Nacionales y elevación o no al GMC.

**Paso 5**

Proyecto de Resolución aprobado.  
Elevación al GMC.

**Paso 6**

GMC evalúa y aprueba el Proyecto de Resolución.  
Resolución GMC y Plazos para internalización.

2ª Fase: Incorporación al Ordenamiento Jurídico Nacional de los Estados

*La Incorporación al Ordenamiento Jurídico Nacional se realiza según la institucionalidad de cada Estado y de acuerdo con la singularidad de los Instrumentos Jurídicos Nacionales utilizados.*

Resoluciones GMC/SGT N.º 11 - Síntesis

Resoluciones internalizadas.	91
Resoluciones en proceso de internalización.	18
Resoluciones derogadas/subrogadas.	21
Resoluciones en proceso de revisión.	03
Resoluciones que no necesitan adopción de medidas legales, destinadas a su internalización.	07
Resoluciones aprobadas por el GMC en el período de 1998 hasta 2003.	107
Total de Resoluciones aprobadas por el GMC en el período de 1992 hasta 2003.	143
Resoluciones dichas "MERCOSUR".	70

Obs.: 91 Resoluciones internalizadas por medidas legales, más siete Resoluciones que no necesitan adopción de medidas legales, un total de 98 Resoluciones internalizadas.

Los grandes retos para "Internalización de la Pauta Negociadora en Brasil"

Tener como marco de referencia para Brasil los principios básicos

Todas las actividades constantes en la Pauta Negociadora del SGT 11 "Salud" deberán tener en cuenta el objetivo general definido en ella, pero también se deberán realizar, en lo posible, dentro de un marco de referencia de seis principios básicos que son la base de un enfoque para atención a la salud (principios de la Constitución Federal/88 y Ley Orgánica: la *Equidad*, la *Universalidad de la Atención*, la

*Participación*, la *Eficacia*, la *Integración* y la *Descentralización*).

La búsqueda constante para la mejoría de la calidad de los productos, bienes y servicios ofrecidos a la población con disminución de riesgos para la salud

La relación multisectorial e interprofesional y la gerencia de riesgos

El perfeccionamiento de los procesos de armonización, consulta pública e "internalización" - incorporación al ordenamiento jurídico nacional

Sistematización, programación y evaluación adecuadas y permanentes

La definición de una política de ejercicio profesional para la salud, teniendo como telón el perfeccionamiento y la capacitación de los recursos humanos

Ampliación para el área de ciencia y tecnología

La inclusión del área de ciencia y tecnología solamente como "tecnología en salud" dentro del rubro de trabajo "Prestación de Servicios de Salud", limita el potencial de la contribución del conocimiento (la ciencia) para un proceso de integración, aunque ese proceso esté limitado a la construcción de un mercado común de bienes y servicios.

La integración amplía el espacio para la generación del conocimiento en general que, a largo plazo, constituye uno de los factores para la sustentabilidad del proceso de integración y desarrollo que, en último análisis, es su finalidad principal.

El aprovechamiento de la base institucional y de recursos científicos, ampliada por la cooperación entre los países, para la investigación y el intercambio científico, constituye una estrategia del Mercado Común que requiere también un "mercado común" del conocimiento que abarca la salud.

En consecuencia, se sugiere la creación de una Cuarta Área de Trabajo: Ciencia y Tecnología, que, sin perjuicio de la permanencia del ítem "Tecnología en Salud" en el Área de Prestación de Servicios de Salud, abarcaría:

- a) Información científica y tecnológica.
- b) Cooperación científica, especialmente en investigación participativa, en temas de interés común.
- c) Uso de tecnología en general.

En suma, falta todavía un largo camino que recorrer para la creación del Mercado Común y, en ese sendero, el sector salud tiene un rol muy importante que desempeñar:

- a) Falta todavía el libre comercio de servicios - "Prestación de Servicios de Salud" y de productos para salud.
- b) El área de libre circulación de personas es incipiente, abarca toda la cuestión del "Ejercicio Profesional".
- c) La cuestión de la vigilancia epidemiológica y sanitaria, para evitar la diseminación de enfermedades por el crecimiento de la circulación de personas y de productos.
- d) Hubo un gran avance en el libre comercio de bienes (desde septiembre parte de las mercancías trafican con arancel cero), pero

todavía falta mucho para la libre circulación de bienes (incluye las asimetrías de los sistemas de regulación técnica y las medidas sanitarias y fitosanitarias entre los países, no obstante lo mucho ya hecho en una gran cantidad de sectores, entre ellos alimentos y medicamentos).

Política de Salud en las Fronteras del MERCOSUR

La elaboración, discusión e implantación de una Política de Salud en las Fronteras del MERCOSUR considerando los temas abordados en la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR (RMS) y en las Pautas Negociadoras del SGT 11 "Salud" y del SGT 3 "Reglamentos Técnicos y Evaluación de Conformidades" - Comisión de Alimentos.

Integración regional del sector salud en el MERCOSUR y en América del Sur

Finalizando:

- Integración regional del sector salud en América del Sur.
- Definir directrices comunes para política de salud en el MERCOSUR.
- Identificar oportunidades para potenciar la inserción global en el MERCOSUR.
- Identificar fuentes de financiamiento adecuadas para atender las prioridades identificadas.

Fuente: (1) Actas y Pauta Negociadora del SGT N° 11 del MERCOSUR: RES. GMC N° 21/01.

**Salud e integración andina**

**MAURICIO A. BUSTAMANTE G., MD**

Voy a iniciar rápidamente comentando qué es esto de la Comunidad Andina. Generalmente cuando se menciona al Organismo, se menciona a la Comunidad Andina. ¿Qué es eso del Sistema Andino de Integración? ¿Cómo encajamos y cuál es el papel nuestro? Por eso quise iniciar la charla con un pequeño esquema que nos permite detectar cuál es esa estructura, dónde está el sector salud en el Sistema Andino de Integración.

El gráfico 1 muestra las instituciones que hacen parte del él, y entre ellos el Organismo Andino de Salud-Convênio Hipólito Unanue, el cual congrega a los países que hacen parte de la Comunidad Andina, está vinculado Chile.

En sus inicios, Chile hizo parte de la Comunidad Andina de Naciones de la que más tarde se retiró, lo que nunca hizo fue retirarse del Organismo Andino de Salud, el Convênio Hipólito Unanue. Alguna vez tuve la

*“...el Convênio, el Organismo, hay que cuidarlo, porque desde Chile es un hilo importante de comunicación con la Comunidad Andina de Naciones”*

oportunidad de conversar con el Presidente Lagos durante la posesión del Presidente Toledo. En esa oportunidad me dijo personalmente “el Convênio, el Organismo, hay que cuidarlo, porque desde Chile es un hilo importante de comunicación con la Comunidad Andina de Naciones”, y creo que eso ha hecho Chile, ha participado muy activamente en todo este proceso integracionista que hemos venido buscando desde el ámbito de la salud.

Además de la estructura, para que pudiéramos ubicarnos un poco, veamos quién era Hipólito Unanue. Fue un gran médico y estadista peruano, paradójicamente, siendo médico fue el primer Ministro de Hacienda del Perú. En Brasil, por ejemplo, hay un médico como Ministro de Economía, y lo está haciendo muy bien, es decir, que lo saludable del nuevo impulso de la economía del Brasil, tiene seguramente que ver con este hecho.

Bien, pasando el tema de la estructura, déjenme comentarles que adicionalmente hay una estructura jurídica, una estructura normativa a nivel andino, la cual no ha sabido aprovechar el sector salud. La integración a nivel andino, y supongo que en los otros bloques debe haber sucedido

algo parecido, se ha construido fundamentalmente alrededor del comercio exterior, tanto que en la Comisión, una de las instancias de mayor representatividad en los organismos de integración, los países están representados por los Ministros de Comercio Exterior.

Por supuesto, cuando en la Agenda de Integración se llega a un tema de salud, no necesariamente va a ser del interés de los Ministros de Comercio Exterior, es decir, la Agenda Integracionista ha sido reducida en el sentido de haber sido dirigida vitalmente a construir la integración alrededor de los procesos de comercio exterior, siendo un error estratégico por una razón, porque si basamos los procesos de integración exclusivamente en el comercio exterior, hay posibilidades de que no siempre encontramos posiciones conjuntas, la integración va más allá de los aranceles comerciales, la salud puede ser un instrumento y una herramienta para fortalecer el proceso de integración, lo decía la doctora Claudia Guerrero hace un minuto, en la década de los 80 e inicios de los años 90 el programa en Centroamérica de Puentes para Construir la Paz fue un instrumento de la salud enfocado precisamente fortalecer el proceso de paz en Centroamérica.

Ahora se comienza a observar en esa dirección, a lo mejor hay que buscar una integración mucho más en el ámbito de lo político, de lo económico y por qué no, desde el ámbito de lo social. El Secretario General de la Comunidad Andina, constantemente menciona que juntos somos más que separados y a lo mejor somos

*La integración va más allá de los aranceles comerciales, la salud puede ser un instrumento y una herramienta para fortalecer el proceso de integración.*

juntos más que separados para combatir las enfermedades conjuntamente, el anofeles no pide visa para pasar de un lado a otro de la frontera y tenemos una serie de problemas que son realmente comunes.

En ese sentido hay un orden jurídico que los gobiernos expiden a nivel andino, unas normas que se llaman Decisiones, las Decisiones que se aprueban son vinculantes, es decir, tienen un carácter de supremacía sobre la legislación nacional. Es por eso que un país del ámbito andino puede demandar a otro por no haber cumplido con asuntos relacionados con los aranceles; pero también hay decisiones que se han aprobado con relación al tema de la salud y que cada uno de los países podría, ante el Tribunal de Justicia Andino, exigir que se cumplieran. Por ejemplo, hay una Decisión que se llama el Plan Andino de Salud en las Fronteras –PASAFRO– que plantea una agenda para enfrentar conjuntamente el tema de salud en las zonas de frontera.

Dicho este tema de la estructura y del orden jurídico, que recomiendo tener en cuenta, permítanme mencionar el historial de la

*Juntos somos más que separados y a lo mejor somos juntos más que separados para combatir las enfermedades conjuntamente, el anofeles no pide visa para pasar de un lado a otro de la frontera y tenemos una serie de problemas que son realmente comunes.*



integración andina. En 1971 se crea el Convenio, solamente se llamaba Convenio Hipólito Unanue en ese momento, en este periodo se dedica fundamentalmente a buscar convertirse en un instrumento de armonización de políticas (gráfico 2).

Gráfico N° 2

**ETAPAS INTEGRACION ANDINA EN SALUD**

- Creación ORAS-CONHU. 1971
- Armonización Políticas. 1971-2000
- Políticas Compartidas 2000.
- Salud. Eje de integración Andina y Sudamericana (PIDS) - **Decisión N°553**

Pero en el año 2000, los Ministros decidieron ir más allá, iniciando unas Políticas de Agenda Compartidas y Políticas Compartidas, de eso ha tratado el proceso que se ha venido construyendo en los últimos años, un proceso que ve en la salud un eje de integración, que comienza incluso a estrechar lazos más allá de las fronteras andinas como veremos más adelante.

Esa agenda de la integración, desde el ámbito de la salud, está recogida en la Decisión 553, aprobada en marzo de este año por el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de la CAN, que establece los lineamientos de un Plan Integrado de Desarrollo Social para los países del Área Andina, la cual ya es Decisión, por lo tanto es Ley para los países.

Quiero rápidamente mencionar lo que en el año 2000, los Ministros de Salud reunidos en Santiago de Chile, plantearon como líneas de acción fundamentales para el ámbito de la salud a nivel de los países del Area Andina (gráfico 3).

Gráfico N° 3

**LINEAS DE ACCION**

- **Vigilancia Epidemiológica y Salud en las Fronteras**
- Cooperación Horizontal Redes
  - > Red de Vigilancia
  - > Red Hospitalaria
  - > Red de Desastres
  - > Red de Medicamentos
- Desarrollos Telemáticos y Tecnología en Salud
- Comunicación en Salud
- Medicamentos
- Cooperación Internacional
- Sistemas de Salud y Reformas

Ellos mencionaron las siguientes líneas de acción y voy rápidamente a comentar cuáles avances ha habido en cada una de ellas; una de las primeras líneas que plantearon los Ministros fue el tema de la Vigilancia Epidemiológica y la Salud en las Fronteras, cuyos resultados se concretan en la conformación y modernización constante de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE), la cual se ha convertido en un instrumento para monitorear el comportamiento, especialmente en zonas de frontera, de las enfermedades de interés en salud pública. A partir de lo observado los países pueden orientar las intervenciones (gráfico 4).

Gráfico N° 4

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SALUD EN LAS FRONTERAS**

- Conformación y Modernización de la RAVE
- Boletines Epidemiológicos
- Escudo Andino de Salud Pública
- Proyectos de Intervención Paludismo en Zonas de Frontera (Fondo Global, OIEA)
- Inventario de Programas y Servicios de Salud en Frontera
- Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO) Decisión 541
- Control del Sarampión
- Semana Andina y Sudamericana de Vacunación

Ejemplo de esto es el brote de sarampión que se presentó en Venezuela en el año 2002, (gráfico 5) que alertó de tal forma que se decidió llevar a cabo la Semana Andina y Suramericana de Vacunación y, posteriormente, anunciaba la doctora Mirtha Roses, directora de la OPS, sería Semana Mundial de Vacunación. Ese evento nació el 22 y 23 de abril en Sucre, Bolivia, cuando los señores Ministros firmaron el Acuerdo de Sucre para enfrentar conjuntamente un problema que venía presentando Venezuela y luego se desplazó hacia Colombia, para el cual se necesitaba garantizar altas coberturas de vacunación (gráfico 6).

Gráfico N° 5



Entre los desarrollos del proceso de integración tenemos una serie de Redes que garantizan la cooperación horizontal. La integración no se puede construir solamente a alto nivel, tiene que haber un espacio de participación ciudadana. Por eso, además de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica hay una Red Andina Hospitalaria que está funcionando impulsando programas de capacitación y convenios de hermandad entre los hospitales de la Red.

En cuanto a telemedicina y desarrollo telemático, recientemente se ha publicado por el Organismo Andino de Salud la edición que recoge las experiencias más relevantes de telemedicina en la Subregión y los desafíos en su utilización. No en un ejercicio de satisfacción tecnológica, sino cómo un instrumento de equidad, porque acerca el acceso de la atención en salud a las poblaciones lejanas.

De la comunicación en salud, ya menciono que hace parte de la página web del Organismo, [www.conhu.org.pe](http://www.conhu.org.pe), allí está funcionando el Noticiero Andino de la Salud, Notisalud Andina, con entrega virtual diaria (gráfico 7). Las noticias más importantes en materia de salud en cada uno de los países andinos. Los invito a visitarla.

Gráfico N° 6



Gráfico N° 7

**COMUNICACION EN SALUD**

- **Desarrollo del Plan Andino de Comunicación en Salud**
  - **Notisalud Andina** con entrega virtual diaria.
  - **Boletín Infoconhu** con entrega mensual.
  - **Página WEB:** [www.conhu.org.pe](http://www.conhu.org.pe)
  - **Constitución de redes** de comunicación con actores en salud de la subregión.
  - Cobertura y difusión de actividades subregionales en salud.

Acerca de las publicaciones que venimos haciendo (gráfico 8), podemos ver algunas de ellas.



Ahora quiero comentar sobre los medicamentos. Ustedes saben que en el mes de junio pasado, en esta misma institución (Comunidad Andina de Naciones), se llevó a cabo un hecho. Por primera vez en el mundo se reunieron un grupo de Ministros de Salud y los laboratorios productores de medicamentos de marca, medicamentos genéricos y reactivos, para negociar mejores condiciones de precio. Se habían efectuado negociaciones anteriores en Centroamérica, en el Caribe, en África, pero en ninguna se habían incluido estos tres elementos, como objeto de negociación. En Centroamérica se negociaron medicamentos de marca y se tuvieron los procesos de los genéricos como

*Por primera vez en el mundo se reunieron un grupo de Ministros y los laboratorios productores de medicamentos de marca, medicamentos genéricos y reactivos, para negociar mejores condiciones de precio.*

*Eso significa que los países cuando actúan conjuntamente pueden desarrollar instrumentos frente a los procesos globalizantes que les permite sacar partido constructivo para su propio desarrollo y enfrentar problemas comunes.*

punto de referencia, pero no estuvieron participando directamente los laboratorios genéricos y tampoco los productores de reactivos.

Eso significa que los países cuando actúan conjuntamente pueden desarrollar instrumentos frente a los procesos globalizantes que les permite sacar partido constructivo para su propio desarrollo y enfrentar problemas comunes. También para la industria farmacéutica es una oportunidad de acceder a mayores mercados.

Déjenme comentarles, por ejemplo, que la cobertura de tratamiento para los pacientes con el VIH-SIDA con antirretrovirales antes de la negociación en algunos países como Venezuela y Argentina era muy importante porque el estado cubre 100% del tratamiento, en estos



países la cobertura puede no superar el 35% (gráfico 9).

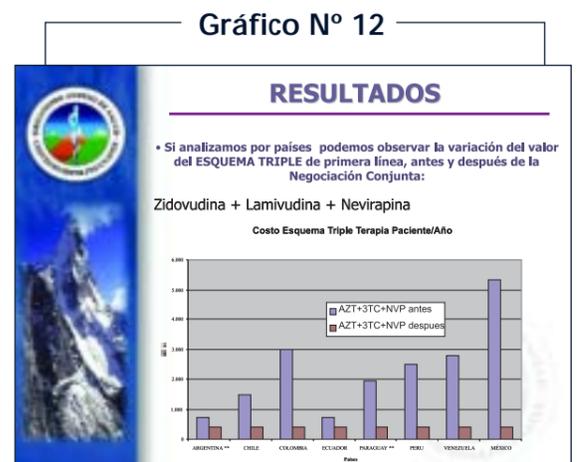
El 6 y 7 de junio pasado se dieron cita en esta misma sala los ministros por un lado y los laboratorios y la comunidad, por otro, porque participaron los pacientes que viven con el VIH (gráfico 10).



Entre los logros alcanzados, teniendo como punto de referencia los costos de los antirretrovirales en cada uno de los países de manera diferencial, figura una importante disminución en los precios, los cuales bajaron considerablemente con un rango entre 30% y 92% (gráfico 11).

La siguiente gráfica muestra en azul las barras de precios iniciales del esquema triple de primera línea (Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina), con los precios antes de la negociación y la barra morada, con los precios después de la negociación (gráfico 12).

*Entre los logros alcanzados, teniendo como punto de referencia los costos de los antirretrovirales en cada uno de los países de manera diferencial, figura una importante disminución en los precios, los cuales bajaron considerablemente con un rango entre 30% y 92% menos que el precio estipulado hasta la fecha.*



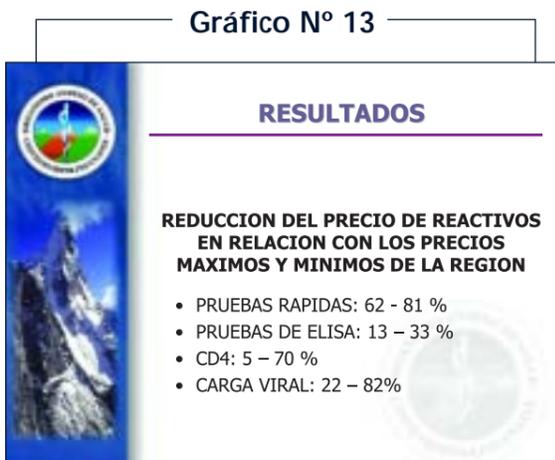
Por supuesto que la convocatoria fue importante, incluso participó México donde el Presidente Fox anunció que por parte del Estado Mexicano se va a cubrir todo el tratamiento que requieren los pacientes con el VIH. A México le sobraron incluso recursos para fortalecer los programas de promoción y prevención.

Esos son los efectos concretos de un proceso que se construye de manera integracionista y de manera conjunta. En promedio un tratamiento de triple terapia de primera línea estaba costando entre \$5.000 y \$6.000 dólares paciente-año y terminó costando entre \$350 y \$650 dólares el mismo tratamiento/paciente/año (gráfico 13).

*En este sentido, con el proceso de negociación se podrán posteriormente beneficiarse cerca de 150 mil pacientes, y digo potencialmente, porque dependiendo de cómo implementa el proceso de compra cada uno de los países.*

En este momento, quisiera recalcar que nuestro papel fue fundamentalmente coordinador, pero nada se hubiera podido hacer sin el apoyo de OMS/OPS, ONUSIDA, CAN, los laboratorios y, por supuesto, la voluntad integracionista de los Ministros de Salud, que demostraron en la práctica, que juntos somos más que separados (gráfico 15).

*Jeffrey D. Sachs en su informe mundial sobre Macroeconomía y Salud, logra demostrar que invirtiendo bien, y digo invirtiendo y no gastando, la salud puede mejorar las economías.*

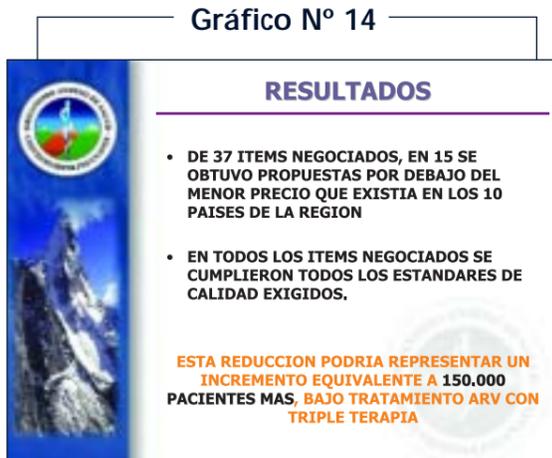


México, tenemos la experiencia de otros países donde aún no se ha implementado la adquisición, e incluso, en alguno de los casos un laboratorio se presentó a una licitación ofertando precios superiores a los pactados aquí en Lima. Por eso se hace necesario que el nivel ministerial en cada país difunda los logros obtenidos, para que las instancias técnicas y operativas responsables de los procesos de compra tengan conocimiento de la negociación adelantada en Lima (gráfico 14).



En los países andinos el promedio del porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) destinado a salud es de 6.28. Sin embargo, no sólo se trata de aumentar los recursos destinados a salud, sino que es necesario ser eficiente y eficaz en el gasto, es decir, que cualquier aumento de sus recursos, se vea reflejado en una mejora de los indicadores de salud. Jeffrey D. Sachs en su informe mundial sobre Macroeconomía y Salud, logra demostrar que invirtiendo bien, y digo invirtiendo y no gastando, la salud puede mejorar las economías, es decir, que es muy importante que la salud se posicione en las agendas de los gobiernos y los Ministros de Hacienda o Finanzas, pero que al mismo tiempo no es suficiente aumentar el gasto social y de salud si no que también hay que explorar en modelos que sean más eficientes y eficaces, que permitan obtener mejores resultados en materia de salud (gráfico 17).

Todo esto cumpliendo, por supuesto con exactitud, las exigencias de calidad, ya que los medicamentos, para que puedan ser promovidos en cada país, deben contar con los registros respectivos. Es decir, era un proceso de negociación y no de compra.



Volviendo a las líneas de acción y respecto a la cooperación internacional, todos estos organismos e instituciones nos han apoyado (gráfico 16).

Una última reflexión sobre cómo asociamos el tema de la integración y las reformas que nos han convocado a este evento.

En este sentido, con el proceso de negociación podrán posteriormente beneficiarse cerca de 150 mil pacientes, y digo potencialmente, porque depende de cómo implementa el proceso de compra cada uno de los países. En este sentido, así como tenemos la experiencia estimulante de

*Esos son los efectos concretos de un proceso que se construye de manera integracionista y de manera conjunta. En promedio un tratamiento de triple terapia de primera línea estaba costando entre \$5.000 y \$6.000 dólares paciente-año y terminó costando entre \$350 y \$650 dólares el tratamiento/paciente/año.*



En cuanto a las tendencias, no me voy a detener en el análisis de las reformas centradas en el mercado, impulsadas en los años 90, creo que ya se ha mencionado suficiente. Pero sí quiero llamar la atención acerca de los hechos que vienen sucediendo y los cuales me parece muy importante que no pasen desapercibidos.

a) El Foro de Salud EUROLAC que se dio en febrero de 2001 en Málaga, España, en el cual se hizo una reflexión conjunta entre Europa y América Latina sobre los procesos de reforma del sector salud. Allí se destacó que el 11 de septiembre puso el tema de la salud pública en otro ámbito para los países desarrollados, ya no como un problema solamente de esa esfera, sino como un problema de seguridad nacional; los países desarrollados comenzaron a abordar el tema de la salud pública con esa óptica.

Recuerdo que nos llamó la atención la intervención que hizo el representante de Banco Mundial en ese momento, mencionando que el Banco estaba preocupado con estos temas y consideraba que el centro de las reformas tenía que volver a visualizar y observar hacia la salud pública de manera importante, sin dejar por supuesto de avanzar en los aspectos de la eficiencia y de la eficacia.

b) En abril de 2002, los Ministros de Salud del Área Andina, firmaron el Acuerdo de Sucre con el cual se manifiesta que las reformas de salud deben de volver a centrarse en la salud pública.

c) El estudio de Macroeconomía y Salud de Jeffrey D. Sachs, logra plantear con exactitud que invirtiendo en salud se mejoran las economías y no necesaria y exclusivamente a la inversa. Me parece que eso es un avance bien importante que debemos recoger.

d) El mensaje del nuevo Director de la Organización Mundial de la Salud, doctor Jonk-Wook Lee, en el momento de su posesión ante la 56° Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud en mayo pasado, resaltó la vigencia de los postulados de la declaración de Alma Ata; subraya que el hecho de que la salud para todos en el año 2000 no se haya cumplido, no quiere decir que no está vigente, por lo tanto hay que hacer un relanzamiento del espíritu del Alma Ata. Por supuesto, es una denominación, pero sin perder el orden de la necesidad de construir una salud para todos y con todos, con una visión intersectorial y acorde con el siglo XXI. Tenemos el privilegio de tener en este recinto con nosotros, y en este momento, al Dr. David Tejada, quien fuera en el año 1978 el coordinador y responsable de la organización a nivel mundial de dicha conferencia, su presencia y sus reflexiones durante este evento son un privilegio para quienes siempre estamos dispuestos a aprender de sus enseñanzas.

e) En mayo de este año se reunió el grupo de Río en Cuzco, Perú, comenzando a plantear la necesidad de buscar nuevas salidas para Amé-

rica Latina en lo que sería el Consenso más latinoamericano, posterior al Consenso de Washington; ese espíritu de la Reunión del Grupo de Río tomó como expresión la reunión de Presidentes del MERCOSUR del 18 de junio, al igual que la de los Presidentes Andinos reunidos a su vez en Quirama, Antioquia –Colombia- en el mes de junio, en las que se planteó la necesidad de acercar los dos Bloques: el Bloque Andino y el Bloque del MERCOSUR.

Esa agenda ha venido teniendo una revitalización muy importante con los nuevos liderazgos que empiezan a surgir en América del Sur.

Recientemente, cuando el Presidente Lula visitó el Perú y se habló del eje de comunicación que representa la Carretera Panamericana que unirá Perú, Bolivia y Brasil, interamazónica, se generó un nuevo planteamiento con relación a una circunstancia geopolítica al lograr que por primera vez, de manera formal, se hablara de la posibilidad -muy seguramente a mediano o largo plazo-, de visualizar lo que podría llegar a ser la Comunidad Suramericana de Naciones.

En ese sentido los Ministros de Salud han venido construyendo una Agenda Provisoria y se han tenido dos reuniones; la primera vez en Buenos Aires y la segunda vez aquí, en Lima, en esta misma sede, se reunieron los Ministros y demostraron que la salud sigue siendo un eje al que nadie le pone suficiente atención, pero que constituye un enorme potencial en el proceso de integración y puede corregir resultados concretos como los que aquí hemos concertado.

En el gráfico 18 observamos lo que consideramos los desafíos de integración y salud para el área andina.

Para finalizar, deseo compartir dos frases que me parecen convocantes. El Presidente Lagos,

Gráfico N° 18



en la Reunión de Asunción, el 18 de junio pasado, durante la XXIV Cumbre de MERCOSUR mencionaba, hablando sobre lo que han sido los procesos de integración, el tema de la Reunión de Lima cuando decía **“Creo que tenemos un conjunto de tareas concretas, no discursos sino tareas concretas”**, ¡oigan esta capacidad que tuvieron los Ministros de Salud! Los Ministros aún no se han detenido ha pensar el alcance político de lo que hicieron aquí en Lima. Decir **“¿Somos capaces de hacer lo que hicimos vía los Ministros de Salud para comprar fármacos en común?”**

Ese fue un acto de creatividad en el proceso de integración, evento que a la vez fue apoyado por los Presidentes Andinos **“respaldar los avances de la negociación Subregional para disminuir el precio de los medicamentos, apoyar el Plan Andino de Salud en las fronteras e impulsar la implantación de la Tarjeta Andina de Salud que adelanta el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue”**, como lo expresaron los Presidentes Andinos en la Declaración de Quirama, Colombia. (XIV Reunión del Consejo Presidencial Andino, junio 27 y 28 de 2003).

Con esto quiero terminar y agradecer a todos su atención. Muchas gracias.

***... ese espíritu de la reunión del grupo de Río tomó como expresión la reunión de Presidentes del MERCOSUR del 18 de junio, al igual que los Presidentes Andinos reunidos a su vez en Quirama, Antioquia –Colombia-, en el mes de junio, la necesidad de acercar los dos bloques: el Bloque Andino y el Bloque del MERCOSUR.***

## Instrumento Andino de Seguridad Social Decisión 546

**GUIDO MENDOZA F., ABG.**

*Gerente de Proyecto Laboral de la Comunidad Andina*

Ahora revisaremos el tema de los Instrumentos Sociolaborales y su papel en la próxima conformación del Mercado Común Andino, centrando nuestra atención en el Instrumento Andino de Seguridad Social.

Debemos reconocer que la visión tradicional que hemos tenido sobre la integración andina ha sido relacionada con un proceso principalmente económico y comercial, lo cual efectivamente ha sido así durante muchos años. Esto ha ocasionado que otros temas también fundamentales vinculados con la naturaleza misma de este proceso de integración no hayan tenido el suficiente desarrollo y profundización.

Esta visión empieza a cambiar cuando, a mediados de la década pasada, entre 1995 y 1996, los Presidentes Andinos deciden, conjuntamente con la consolidación de la parte e, a través de la construcción de un Mercado Común Andino, enfatizar otras dos partes que son fundamentales en este esquema de integración: por un lado el desarrollo de una agenda social y, por otro lado, una política



exterior común. Todo ello con el fin de trabajar, como socios andinos, con una visión coordinada en las vinculaciones con el resto del mundo, económica y comercialmente.

Esto queda plasmado en los Protocolos de Trujillo y Sucre, firmados a partir del año 1996 y un tema central, cuando en 1999 los Presidentes Andinos reunidos en Cartagena de Indias dicen enfáticamente “vamos a construir un Mercado Común Andino a más tardar el 31 de diciembre del año 2005”.

*“...vamos a trabajar por la construcción de un Mercado Común Andino y a su vez vamos a dimensionar dos partes que son fundamentales en este esquema de integración, por un lado una agenda social para la comunidad andina y por otro lado, una política exterior común, es decir, vamos a trabajar como socios andinos con una visión coordinada frente a las vinculaciones con el resto del mundo”.*

¿Qué significa un Mercado Común Andino? Significa básicamente el cumplimiento de las cuatro libertades fundamentales de todo proceso de integración; es decir, la libre circulación de personas, capitales, bienes y servicios.

En la experiencia internacional podemos encontrar que la Unión Europea asumió un reto semejante cuando en 1992 se dio nacimiento al Mercado Común Europeo. Y allí ese paso significó también un reto muy grande para el desarrollo y consolidación de la temática social a través del concepto de la ciudadanía europea en un amplio espacio de integración.

Volviendo a nuestro proceso de integración, con la primera libertad de la libre circulación de personas, se establece que todo ciudadano andino, por el hecho de serlo, tiene no solamente el derecho a circular libremente por el espacio comunitario, sino, además, a establecerse en él. Ese es un derecho fundamental de todo proceso de integración en esta etapa y la Comunidad Andina va hacia esa consolidación. Quizás este paso no ha tenido la suficiente difusión aún, pero ya ustedes pueden ver en varios aeropuertos la pancarta que dice: “viaje sin pasaporte”. Este es uno de los primeros logros que estamos alcanzando en la construcción del Mercado Común Andino. A partir del primero de enero del año pasado los ciudadanos andinos pueden circular sin pasaporte por el territorio comunitario; tan sólo utilizando el documento de identidad que sustituye para los efectos al pasaporte nacional. La República Bolivariana de Venezuela tiene un plazo especial para el cumplimiento de este paso, el cual se concretará a fines del próximo año; a partir de ese momento, el derecho a la libre circulación con el documento de identidad funcionará plenamente para los cinco países andinos.

Pero además, los Presidentes dieron un paso más allá y establecieron la importancia de avan-

***La libre circulación de personas, implica que todo ciudadano andino, por el hecho de ser ciudadano andino, tiene no solamente el derecho a circular libremente por el espacio comunitario, sino además a establecerse en él.***

zar con el derecho al libre establecimiento en el espacio comunitario, comenzando con los trabajadores. Y ustedes podrán observar que directa o indirectamente están vinculados al tema de la integración más de 600 trabajadores; lo que implica que este asunto tiene ya un peso concreto en el espacio comunitario.

Es así que en el período que va del año 2000 a junio de 2003 se produjo a nivel de los Ministerios de Trabajo de la Subregión un intenso grado de actividades y reuniones para definir y desarrollar los cinco grandes ejes temáticos que se consideran vitales para el desarrollo de este Mercado Común Andino desde la perspectiva sociolaboral:

1. El Instrumento Andino de Migración.
2. El Instrumento Andino de Seguridad Social.
3. El Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Dos temas que están debatiéndose en este momento a nivel de futuros proyectos de Normativa Comunitaria en el tema de la formación y capacitación laboral y en el de fomento del empleo.

Los tres primeros que he mencionado ya son, en este momento, normativas comunitarias aprobadas mediante decisiones. Básicamente con estos tres instrumentos comunitarios lo que se esta completando es el derecho al libre tránsito de trabajadores en el territorio de la comunidad,

garantizándose su seguridad social y las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

De esta manera, el ciudadano comunitario podrá, como trabajador, desplazarse y establecerse en cualquier País Miembro, sin que ello signifique una merma en sus derechos sociales y de seguridad social adquiridos en su país de origen.

Ejemplo práctico: un ciudadano boliviano que decide, utilizando el Instrumento Andino de Migración Laboral, desplazarse a Colombia. Esto no significa que el tiempo que ha trabajado y aportado a la seguridad social en su país lo pierda cuando se traslade a Colombia. Así los derechos que él ha adquirido con sus aportes y cotizaciones en su país de origen le permiten, cuando llega a establecerse en el otro País Miembro, sumarlos a lo que realice en su nuevo entorno. De esta manera no se ve sancionado por el hecho de haberse trasladado, sintiéndose que realmente vive en un espacio comunitario.

Esa es la filosofía que está explícita en el Instrumento Andino de Seguridad Social y el papel del Consejo Asesor de Ministros de Trabajo que ustedes ven (gráfico 1) es fundamental, porque se trata de plantear toda esa Normativa Comunitaria que en este momento

es Ley para los cinco países. Para esto han contado con el apoyo técnico de importantes organizaciones internacionales vinculadas con estos temas. Por ejemplo, en el caso del Instrumento Andino de Migración Laboral, la asesoría ha correspondido a la Organización Internacional para la Migración, que le ha permitido dar a este Instrumento el perfil técnico adecuado de lo que significa la normativa internacional en materia migratoria.

Para el tema de la seguridad social, el apoyo ha correspondido de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, de la cual los cinco países andinos son partes. Y para el tema de la seguridad y salud en el trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es la que se ha encargado de darle apoyo técnico y el soporte que finalmente ha dado origen al instrumento.

Obviamente, como les decía, este trabajo de generar tres leyes de esa magnitud para los cinco países ha demandado una serie de Talleres Subregionales en las varias ciudades: Caracas, Quito y Cartagena de Indias. Finalmente, los Ministros de Trabajo, como Consejo Asesor en Ginebra en junio pasado, durante la realización de la Conferencia Internacional del Trabajo, tuvieron una reunión y recomendaron a los Cancilleres Andinos proceder a la aprobación de

**... el trabajador que se desplaza va acompañado por una normativa comunitaria que le protege y permite llevar sus derechos sociales adquiridos en su país de origen a otro país al cual se desplaza.**

los tres Instrumentos Sociolaborales. Los Cancilleres Andinos, en Quirama, acogen esta solicitud de los Ministros de Trabajo y aprueban las tres Decisiones.

Enfoquemos ahora el análisis en el desarrollo del Instrumento Andino de Seguridad Social. Ya tienen ustedes referencia de qué se trata el Instrumento Andino de Migración Laboral mientras que el Instrumento Andino de Seguridad y de Salud en el Trabajo, busca crear las condiciones, pisos mínimos básicos y homogéneos, en las condiciones de salud laboral para los cinco países andinos de manera que el trabajador, cuando migre, encuentre semejantes condiciones en otros centros de trabajo de los demás Países Miembros.

Por consiguiente, el Instrumento Andino de Seguridad Social está muy vinculado al Instrumento Andino de Migración Laboral por el asunto que les comentaba hace un momento: el trabajador que se traslada va acompañado por una normativa comunitaria que le protege, que le permite llevar sus derechos sociales adquiridos en su país de origen al otro País Miembro y allí están entonces reseñados los objetivos centrales de este Instrumento.

Esto lo visualizamos mejor en el gráfico 2:

1. Garantizar el derecho de los migrantes laborales y sus beneficiarios, a quienes cada legislación nacional les permite percibir las

prestaciones de seguridad social durante su residencia en otro país miembro. (Primer objetivo)

2. Garantizar a los migrantes laborales la consecución de los derechos adquiridos y aquí viene el punto importante, la continuidad entre las afiliaciones a los sistemas de seguridad social de los países miembros. (Segundo objetivo)
3. Reconocer el derecho a percibir las prestaciones sanitarias y económicas que correspondan durante su residencia dictada en el territorio u otro País Miembro en conformidad con la legislación del país receptor. (Tercer objetivo)

Como ustedes ven, en ninguna parte se está hablando del cambio o modificación de la legislación de la seguridad social de los Países Miembros; lo que se está buscando con este Instrumento es la coordinación en las normativas de seguridad social de cada País Miembro. Lo que estamos buscando aquí es una especie de orquesta: no estamos pensando que todos los instrumentos suenen igual, sino que suenen armoniosos.

Algo parecido sucede en el caso de la legislación en seguridad social de los Países Miembros y no estamos pensando que todas digan lo mismo,

Gráfico N° 1

Gráfico N° 2

Gráfico N° 3

**En cuanto a prestaciones sanitarias se está mencionando expresamente que las emergencias o urgencias médicas, serán otorgadas al migrante laboral así como a sus beneficiarios, de acuerdo a la legislación del país receptor, siempre respetando lo que dice la legislación de cada país miembro.**

sino que lo dicho sea consistente con lo que se está buscando en esos tres objetivos principales que son comunes a los cinco Países Miembros en esta temática.

Esa es la estructura del Instrumento Andino de Seguridad Social: 23 artículos, 9 títulos y 2 disposiciones transitorias como ustedes pueden observar (gráfico 3), esto lo tienen disponible en la Web: <http://www.comunidadandina.org>, de la Secretaría General de la Comunidad. En la parte Normativa Comunitaria van las Decisiones y al darle un clic a la Decisión 546, tienen ustedes el texto completo de esta disposición comunitaria.

Este Instrumento Andino de Seguridad Social será aplicado de conformidad con la legislación

Gráfico N° 4

**AMBITO DE APLICACION**

El IASS será aplicado de conformidad con la legislación de seguridad social general y especial, referente a las prestaciones sanitarias y económicas existentes en los Países Miembros, en la forma, condiciones, beneficios y extensión establecidas.

Cada País Miembro concederá las prestaciones sanitarias y económicas de acuerdo con su propia legislación.

Secretaría General de la Comunidad Andina

de seguridad social y, en especial, en lo referente a las prestaciones sanitarias y económicas existentes en los Países Miembros. Aquí, lo que decía antes, nuevamente lo resaltamos en la forma, condiciones, beneficios y extensión establecidas por la norma de cada País Miembro. Además, cada uno de éstos considera las prestaciones sanitarias y económicas de acuerdo con su propia legislación y ésta es aplicada donde el migrante laboral efectúe su actividad laboral; las excepciones, que hay varias, están mencionadas específicamente a lo largo del mismo Instrumento Andino. (Gráfico 4)

En cuanto a las prestaciones sanitarias, se está mencionando expresamente que, en general, ya sean las de emergencia o urgencia médica, serán otorgadas al migrante laboral así como a sus beneficiarios, de acuerdo con la legislación del país receptor, siempre respetando lo que dice la legislación de cada País Miembro, pero además, de estas prestaciones, las sanitarias podrán ser otorgadas por parte de otro País Miembro, o sea, no necesariamente significa que el migrante laboral se desplace con su familia, porque puede ocurrir que no sea así, y entonces estos beneficios también serán otorgados a los beneficiarios que no se trasladen con el migrante laboral con base en los mecanismos que se prevean en el reglamento de Instrumento Andino de Seguridad Social.

Otro punto importante es la totalización de los períodos de seguro. Estos períodos totalizados por el migrante laboral en un País Miembro se sumarán a los *períodos de seguros cotizados en los otros Países Miembros*. Lo que les comentaba hace unos instantes, con el fin de asegurar el cumplimiento de las condiciones de acceso para la consecución de las prestaciones sanitarias o económicas en la forma y en las condiciones en las que el reglamento establecerá oportunamente.

Se reconoce, además, que en cada País Miembro pueden existir regímenes de pensiones de reparto, de capitalización individual o mixtos. Se busca que el trabajador no se vea afectado si pertenece a uno o a otro régimen de pensiones, cuando se desplaza a otro País Miembro.

Finalmente, el Instrumento Andino de Seguridad Social va ser aplicado de conformidad con las disposiciones de su reglamento. También lo mencionó el doctor Bustamante y me solicitó lo mencionara expresamente sobre el tema de los formularios; vamos a comentar brevemente el tema. El Instrumento Andino de Seguridad Social es un Instrumento Marco, no contiene disposiciones reglamentarias. Su reglamento lo estamos trabajando ahora; por expresa disposición del mismo Instrumento hay que dar un reglamento que permita detallar cada uno de estos pasos para cumplir los grandes principios mencionados en el Instrumento. Hemos tenido ya la primera reunión para trabajar el reglamento que se ha dado en Cartagena de Indias hace una semana y allí hemos perfilado una primera versión de artículos de lo que podría ser este reglamento.

Uno de los puntos importantes en este reglamento van a ser los Formularios de Enlace, que van a permitir a las diversas instancias de seguridad social de los Países Miembros coordinar sus esfuerzos.

Esperemos que este reglamento pueda estar completo a más tardar en el primer trimestre del próximo año. Un caso final que deseamos mencionar aquí es el de la República Bolivariana de Venezuela y de sus nacionales. Para quienes, por expresa disposición de este instrumento, su aplicación queda diferida al 31 diciembre de 2006 a más tardar. Además, queda referido a un

**Los períodos localizados por el migrante laboral en un país miembro se sumarán a los períodos de seguros cotizados en los países miembros.**

programa de liberalización especial que es el que está regido por el Instrumento Andino de Migración Laboral para los migrantes laborales que lleguen a territorio Venezolano en plazo escalonado, hasta el año 2013, como figura en el propio Instrumento Andino de Migración Laboral.

He tratado de ser lo más sucinto posible, y ojalá tengamos ahora toda una visión más clara de lo que implica la aplicación de este Instrumento. Si ustedes tienen alguna duda acerca de este tema pueden escribir al punto de contacto de la Secretaría General de la Comunidad Andina, y gustosamente responderemos a sus inquietudes. Háganlo porque de alguna manera esas preguntas y esas inquietudes enriquecerán el trabajo que venimos desarrollando en la elaboración del reglamento de este Instrumento.

Lo ideal es que esta normativa no se quede sólo en las manos de los técnicos y en las instancias gubernamentales, sino que también sea sentido por el ciudadano de a pie de la Comunidad Andina y lo asimile como parte fundamental de sus derechos como ciudadano comunitario.

Por esta razón es por lo que resulta imprescindible sensibilizarnos acerca de que la integración también tiene un ámbito social y que nosotros somos actores de ese proceso. Ese es el mensaje con el que quisiera terminar y agradecerles la atención prestada.

**DAVID TEJADA DE RIVERO, MD**

Con esto estamos concluyendo el panel de esta tarde donde hemos tenido la oportunidad de escuchar las experiencias de Centro América, del Area Andina y de MERCOSUR. Creo que éstos son elementos muy interesantes para demostrar la imprescindible necesidad que tenemos en la integración de América Latina, la cual no comienza de cero sino que hay mucho camino avanzado. Por consiguiente, es la mejor manera de obtener la información de lo que está ocurriendo para ir combinando estos esfuerzos.

Quisiera agradecer la participación de los cuatro expositores de este panel y agradecer también la paciencia de los asistentes. Creo que hemos tenido la oportunidad de conocer algo más de lo que está pasando en la reforma de los sistemas de salud en los países de la Subregión Andina y algo más de lo que también está ocurriendo en otros esfuerzos subregionales.

Algunas veces, al estilo de Malear, diría que conozco los dos monstruos por dentro, no son mis palabras, son de Jalen Malear. Creo que esto debe llevar, muy seriamente, a una revisión de los conceptos de la cooperación entre países en los aspectos de salud, en los aspectos de educación y de seguridad social, porque considero -en primer lugar-, siguiendo las opiniones de Jeffrey Sacks, que lo que se pueda hacer en salud, en educación, en seguridad social y en otros campos, no solamente va a contribuir a la

***Lo que se pueda hacer en salud, en educación, en seguridad social y en otros campos, no solamente va a contribuir a la economía, creo que fundamentalmente va a contribuir a la estabilidad y a la gobernabilidad de nuestro países en la medida en que podemos contribuir a resolver los problemas sociales.***

economía, creo que fundamentalmente va a contribuir a la estabilidad y a la gobernabilidad de nuestro países en la medida en que podemos contribuir a resolver los problemas sociales.

Esos son elementos fundamentales para la seguridad nacional y continental y para la paz. También va a permitir evolucionar de una cooperación externa, sobre la base de expertos que aconsejan un sistema de estimulación de la cooperación directa entre países, intercambiando información, yendo mucho más allá de la formulación de las políticas de Estado comunes, a estimular los pasos indispensables para que esta política se puede cumplir; es decir, tratar de ayudar a la legitimación social de los contenidos de las políticas. Creo que de esta forma estaremos adecuando los

***La cooperación externa es una gota de agua en un depósito de por lo menos diez litros, los diez litros corresponden al país y lo que puede dar la cooperación externa es una gota; si es una gota de agua, nunca va a ser diferencia; si es una gota cargada de tinte, va a cambiar el color produciendo una reacción química de importante efecto multiplicador.***

organismos internacionales de cooperación a un papel de elementos multiplicadores.

Alguna vez escribí que la cooperación externa es una gota de agua en un depósito de por lo menos diez litros, los diez litros corresponden al país y lo que puede dar la cooperación externa es una gota; si es una gota de agua, nunca va a ser diferencia; si es una gota cargada de tinte, va a cambiar el color produciendo una reacción química de importante efecto multiplicador.

Creo que estos dos días de experiencia demuestran que en términos comparativos, un pequeño organismo de cooperación externa tiene un gran valor, no desde el punto de vista de su presupuesto, no desde el punto de vista de su personal de secretariado, sino desde el punto de vista del efecto estimulador y catalizador al facilitar la cooperación entre los países. Ese es el origen verdadero de la cooperación internacional. Mis felicitaciones.

## 7. Ceremonia de clausura

**LUIS ELISEO VELÁSQUEZ L., MD**

*Representante (e) de la Oficina Panamericana de la Salud en el Perú*

Este ha sido definitivamente un intercambio de experiencias muy rico y quiero compartir con ustedes algunas ideas alrededor de lo que ha sido el tono de este evento.

Creo que el contraste de las experiencias entre los países y el contraste de las visiones al interior de los países nos está mostrando que para la integración, tanto Subregional y más ampliamente, de carácter Regional de nuestros sistemas de salud, debemos desarrollar mayor tolerancia y confianza, conociendo más la posición del otro y lo que otros países están haciendo. Hay un proverbio chino que resume muy bien esto cuando dice que “nadie ama lo que no conoce”.

Entonces el primer paso, y en esto queremos felicitar efusivamente al Organismo Andino de Salud y al Gobierno de Francia, es que tenemos que hacer esfuerzos por conocer más profundamente las diferentes posiciones, las orientaciones ideológicas que motivan las reformas a los sistemas de salud en nuestros países, la búsqueda de consensos, así como los diferentes desarrollos que tenemos en cada uno de ellos. En este sentido, quiero ratificar el compromiso de la Doctora Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, de todo su equipo directivo y técnico, del Doctor López Acuña, Director de Gestión de Programas de la OPS/OMS, de la Doctora Priscila Rivas Loria -que está aquí con nosotros- y de todas las Representaciones de la OPS/OMS en

cada país de las Américas, para acompañar el proceso nacional de construcción democrática del nuevo sistema salud.

Quiero reiterarles el interés de la doctora Mirta Roses en fortalecer las alianzas con los Organismos Subregionales de Salud; esta es una política muy clara de la Organización, en el caso de esta Sub-región, tenemos una alianza estratégica con el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue y hemos firmado varias Cartas Acuerdo. Hay ahora una Carta Acuerdo vigente con el Organismo Andino de Salud

Tal vez anteriormente lo mencionó de paso el doctor Bustamante, pero quiero detenerme solamente un momento, es mi último comentario, respecto a una propuesta que se está preparando para instalar una Comisión Andina de Inversión en Salud. Ya el Caribe conformó una Comisión Caribeña de Salud y Desarrollo que preside el Doctor George Alleyne, Director Emérito de la OPS/OMS.

Alrededor de la reflexión sobre salud y desarrollo, en el Area Andina se ha propuesto conjuntamente entre la OPS / OMS y la Comunidad Andina/Organismo Andino de Salud crear la Comisión Andina de Inversión en Salud. Como lo dijo el doctor Bustamante, el Consejo Presidencial Andino recomendó la creación de esta Comisión en la reciente reunión de Quirama, Antioquia -tierra de mis ancestros-.

Muy pronto vamos a tener noticias alrededor de esto, ese puede ser un espacio para trabajar los temas críticos de la reforma para nuestros países andinos. Finalmente, quiero reiterar mi felicitación a Mauricio Bustamante, al Organismo

Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, a todos ustedes por haber participado en este evento y a los expositores por una experiencia tan valiosa que nos han transmitido, deseándoles un feliz retorno a sus hogares.

### SEÑOR PHILIPPE CUJO

#### *Representante del Gobierno de Francia - Agencia de Cooperación Francesa*

Vamos a tratar de decir una cosa más o menos inteligente. Hay un dicho en francés que dice "no se puede exigir a un cojo que gane una carrera corriendo", por supuesto, no. Creo que el problema de la integración andina no es un problema donde uno va a pasar detrás de otro, la cosa es que todos lleguen al mismo tiempo a la meta y nuestro trabajo, ahora

con el doctor Bustamante -una persona extraordinaria para la realización de este evento-, es que, justamente, todos lleguemos juntos a la meta, incluyendo la Cooperación Internacional.

Creo que nosotros también somos parte del proceso y voy a seguir trabajando en esa dirección, yo se los prometo.

### MAURICIO A. BUSTAMANTE G., MD

#### *Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue*

Tal vez la conclusión mayor es la inmensa posibilidad que representa poder aprender de la experiencia del otro. La última charla sobre la reforma en México lo demuestra. Ha logrado en este proceso que inicia, concluir y aprender de las experiencias de reforma que ha habido en los otros países, logrando impulsar la reforma sin desarticular los aspectos de la salud pública, planteando una correcta relación entre la salud colectiva y la salud individual, propone la posibilidad de un seguro popular a través de un régimen subsidiado sin la necesidad obligatoria de un proceso de intermediación; me parece que es una demostración de que constantemente podemos estar aprendiendo del otro y creo que esa la principal conclusión que podemos sacar.

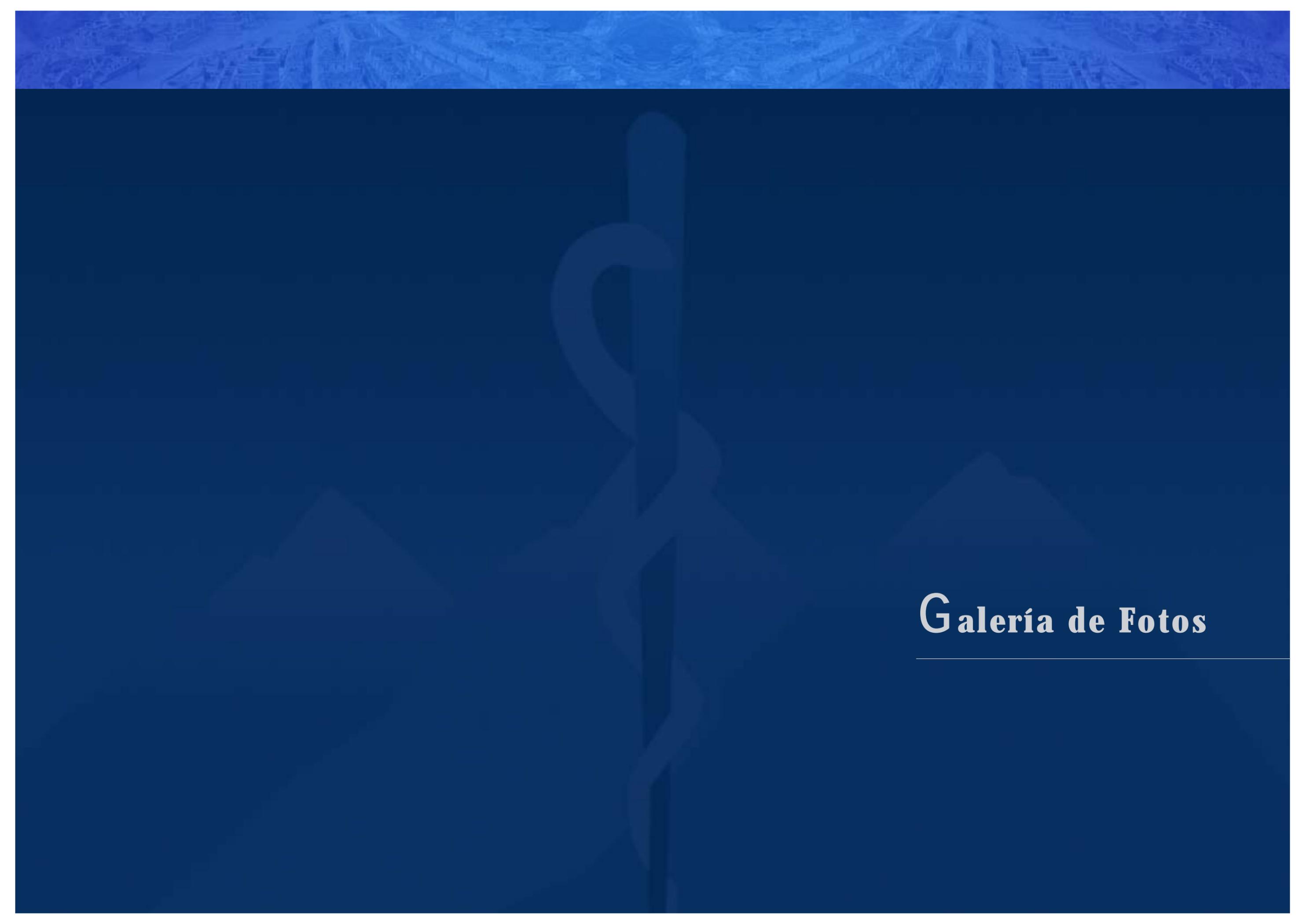
La otra conclusión es que ninguno de nosotros lo puede hacer separado, tenemos que hacerlo en conjunto. Eliseo Velásquez mencionó la carta de Acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mencionamos que todo ese itinerario integracionista ha sido resultado de los esfuerzos de los mismos gobiernos y de los ministros y yo creo que no tenemos una alternativa diferente a la de ponernos a disposición de esas iniciativas para facilitar las cosas y excusarnos por la agenda desordenada e intensa. Creo que ahí no fuimos suficientemente eficaces, creo que hicimos una gran convocatoria, contamos con que iba a haber

una negativa a la participación de los conferencistas de un 15 a un 20%, pero todos aceptaron y nos tocó abusar de su afecto, de su confianza.

A ellos, a los conferencistas, a todos los que participaron, muchísimas gracias por haber dejado sus espacios de trabajo, por haber venido a compartir su conocimiento, su vivencia, su experiencia. Quiero muy especialmente pedirles una cosa, el Organismo nuestro es muy pequeñito, parecemos un circo de pobres, el circo de pobres es aquel en el cual el payaso es el mismo que cobra la entrada y sube, se disfraza de malabarista y luego sale a domar los leones. A mí me toca domar los leones, pero es así y lo que quiero, simple y llanamente, es pedirle a los miembros del Organismo que se pongan de pie y solicitarles a ustedes que nos obsequien un aplauso para ellos, porque fueron ellos los que hicieron posible este evento, no yo. Fueron ellos con su trabajo diario hasta las doce de la noche, continuado muy temprano en la mañana, quienes lograron coronar este esfuerzo integracionista de intercambiar las experiencias de cada uno de nosotros en la reforma de los Sistemas de Salud de nuestros países. De pronto no están todos porque algunos están garantizando la cena.

Finalmente, a Philippe Cujo muchísimas gracias. Gracias al Gobierno de Francia y a todos ustedes por estar aquí.

*México lo demuestra. Ha logrado en este proceso que inicia, concluir y aprender de las experiencias de reforma que ha habido en los otros países, logrando impulsar la reforma sin desarticular los aspectos de la salud pública, logra plantear una correcta relación entre la salud colectiva y la salud individual, logra plantear la posibilidad de un seguro popular a través de un régimen subsidiado sin la necesidad obligatoria de un proceso de intermediación*



# Galería de Fotos

---



*Participantes e invitados al evento*



*Mesa de honor, de izquierda a derecha, Dr. Eliseo Velásquez, Representante (e) en el Perú de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Mauricio Bustamante, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra Ministro de Salud del Perú, presidente de la REMSAA, Dr. Phillipe Cujo, Consejero Regional de la Cooperación para los Países Andinos de la Republica Francesa, Embajador José Antonio García Belaúnde Director General de la Comunidad Andina.*



*Foto final de clausura donde se aprecian de izquierda a derecha sentados a María Urbaneja, Mauricio Bustamante, Virgilio Galvis y Félix Martínez; parados de izquierda a derecha, Javier Torres-Goitia, Fernando Sacoto, Osvaldo Artaza, Arturo Yglesias, Teresa Tono e Iván Jaramillo.*

# Glosario

Admonición	Amonestación, reconvención
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones. Chile
AHO	Andian Health Organization. Organismo Andino de Salud
ARP	Administradora de Riesgos Profesionales. Colombia
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas. Chile
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAF	Corporación Andina de Fomento
CARICOM	Caribbean Community and Common Market.
CEE	Comunidad Económica Europea
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CLAS	Centros Locales de Atención en Salud. Perú
COCISS	Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
CONAREMEN	Consejo Nacional de Resindentado
CONAS	Consejo Nacional de Secretarios Estatales. Brasil
CONASEM	Consejo Nacional de Secretarios Municipales. Brasil
Conminar	Amenazar con una pena o castigo
COSEM	Consejo de Secretarios Municipales a nivel de Estados. Brasil
DILOS	Directorio Local de Salud. Bolivia
Elusión	(Fiscal) Acción del contribuyente para disminuir el pago de un determinado impuesto.
EPS	Empresa Promotora de Salud. Colombia
ESS	Empresa Solidaria de Salud. Colombia
ESSALUD	Empresa de Servicios de Salud. Antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social.
Evasión	(Fiscal) Acción del contribuyente para evitar el pago de un determinado impuesto.
FOSIGA	Fondo de Solidaridad y Garantía. Colombia
FONASA	Fondo Nacional de Salud. Chile
Glosa	Mecanismo mediante el cual se rechaza la aceptación de una cuenta por una EPS en Colombia
ILO	Instituto Latinoamericano del Ombudsman (Defensorías del Pueblo)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Incoar	Comenzar una cosa, especialmente un sumario, pleito, proceso, expediente o alguna otra actuación oficial
Informatizarse	Acceder a Sistemas de Información
ISAPRE	Institución de Salud Previsional. Chile

ISS	Instituto de Seguros Sociales. Colombia
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas. Colombia
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS / OMS	Oficina Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud
ORAS / CONHU	Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue
P y G	Hoja de Pérdidas y Ganancias de una empresa
PAH / WHO	Pan American Health Organization / World Health Organization. Oficina Panamericana de Salud. Colombia
POS	Plan Obligatorio de Salud. Colombia
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
Régimen Contributivo	Régimen compuesto por quienes tienen empleo y son aportantes al Sistema de Seguridad Social en Colombia
Régimen Subsidiado	Régimen compuesto por quienes carecen de empleo y medios de subsistencia; se benefician del Sistema de Seguridad Social en Colombia
RESSCA	Reunión del Sector Salud de Centro América
SIECA	Secretaría de Integración Económica de Centro América
SIS	Sistema Integral de Salud. Perú
SISBEN	Sistema de Beneficiarios. Encuesta clasificatoria para acceder al Régimen Subsidiado en Colombia
Sisbenización	Dícese del proceso de aplicar la encuesta del SISBEN. Colombia
SISCA	Secretaría de Integración Social de Centro América
Sistematizarse	Acceder a Sistemas de Información
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Colombia, Perú, Chile
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia
SUS	Sistema Unico de Salud. Brasil
UPC	Unidad de Pago por Capacitación. Valor estimado de gasto anual por una persona en la Seguridad Social de Colombia
Vinculados	Quienes no han podido acceder al Régimen Subsidiado, carentes de recurso y de empleo. Colombia

SEMINARIO INTERNACIONAL  
REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN EL CAMINO DE LA INTEGRACION  
"APRENDIZAJE Y PERSPECTIVAS"  
LIMA, OCTUBRE 2003

