



Enero de 2000

21

Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud

*Informe de Relatoría
(Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)*



Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. EL ROL RECTOR DEL ESTADO Y LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES	3
3. ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS DE REFORMA EN LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA	5
3.1 BOLIVIA.....	5
3.2 CHILE.....	5
3.3 COLOMBIA	6
3.4 ECUADOR.....	6
3.5 PERÚ	7
3.6 COMENTARIOS.....	7
4. EL ROL RECTOR	9
4.1 PRESENTACIÓN.....	9
4.2 COMENTARIOS.....	10
5. FUNCIONES ESENCIALES, CAPACIDAD REGULADORA Y FORTALECIMIENTO DEL ROL RECTOR.....	11
5.1 GRUPO A.....	11
5.2 GRUPO B	12
5.3 GRUPO C	14
5.4 GRUPO D.....	15
5.5 GRUPO E.....	15
6. ASEGURAMIENTO	17
6.1 SEGUROS DE SALUD Y MERCADOS DE SEGUROS.....	17
6.2 MARCO PARA EL ANÁLISIS DE LOS INTERROGANTES FINANCIEROS RELACIONADOS CON EL SEGURO SOCIAL ...	19
6.2.1 Ambiente habilitador.....	19
6.2.2 Generación de ingresos.....	19
6.2.3 Fondo(s) de Salud	20
6.2.4 Plan (es) de Salud	20
6.2.5 Proveedores.....	20
6.2.6 Consumidores	21
6.3 MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS	21
6.4 COMENTARIOS.....	22
7. REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	25
7.1 CONCLUSIONES PROVISIONALES.....	26
7.2 COMENTARIOS.....	27
8. REFLEXIONES SOBRE ASEGURAMIENTO Y REFORMA	29
8.1 ASEGURAMIENTO.....	29
8.2 REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	29
9. CONCLUSIONES	31
ANEXO A: AGENDA	33
ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES	37

1. INTRODUCCIÓN

En Santa Cruz, Bolivia, durante los días 5 y 6 de julio de 1999, se llevó cabo el Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud, convocado por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, en el cual participaron profesionales de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.

Este Foro se realizó como parte de las actividades previstas en la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, en la que participan OPS, USAID y los proyectos de USAID Family Planning Management Development (FPMD), Partnerships for Health Reform (PHR) y Data for Decision Making (DDM).

En cuanto a los principales propósitos y características de las reformas del sector en la Región, cabe destacar: la ampliación de la cobertura de los servicios con equidad y eficiencia; la reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos y planes garantizados eficaces y sostenibles; los cambios en la organización y gestión de instituciones del sector; descentralización y participación social; la separación de las funciones de rectoría, de aseguramiento, de financiamiento y de provisión de servicios de salud; la modificación de la mezcla público-privada; las nuevas modalidades de financiación de los servicios; las nuevas formas de remuneración de los prestadores de servicios; y las nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial.

Entre los componentes mencionados, el ejercicio de la función rectora y la tendencia a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, han sido los que han generado probablemente más interrogantes. En este sentido los objetivos de la reunión fueron:

- Analizar la situación actual de los procesos de separación de funciones en la Región Andina y su impacto con relación a los objetivos y propósitos de la reforma.
- Analizar la situación actual del ejercicio de las funciones de rectoría sectorial y la necesidad de cambios en la capacidad institucional de los ministerios de salud para ejercer el liderazgo que les corresponde como autoridad sanitaria.
- Analizar la situación actual de aseguramiento del sector salud y las distintas opciones.
- Analizar la gestión de los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe.

La reunión se realizó en la modalidad de taller, a fin de facilitar que los participantes compartieran y analizaran las experiencias de sus países, e identificaran tanto los aspectos positivos como los negativos que son pertinentes revisar y modificar. Durante los dos días de reunión los participantes se dedicaron a revisar el estado del arte e identificar las lecciones a aprender.

El presente documento constituye el informe de relatoría del Foro en el cual se ordenan y se exponen algunos de los aspectos más relevantes presentados en la reunión, por lo tanto no es una transcripción ni una recopilación de las distintas presentaciones, sino una síntesis organizada de lo tratado.

La Reunión fue grabada en su totalidad y los audio cassettes están disponibles en la coordinación de la Iniciativa en la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

El informe contiene los siguientes capítulos:

- El rol rector del Estado y la separación de funciones.
- Algunos antecedentes sobre los procesos de reforma en los países del área andina..
- Funciones esenciales, capacidad reguladora y fortalecimiento del rol rector.
- Aseguramiento.
- Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.
- Reflexiones sobre aseguramiento y reforma.
- Anexos.

2. EL ROL RECTOR DEL ESTADO Y LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES¹

Entre las principales tendencias y características de las reformas del sector en la Región relacionadas con la organización de los sistemas y servicios de salud, está el fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria. Entre las relacionadas con el financiamiento del sector salud, está la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de servicios de salud.

En los sistemas segmentados, no todos los compartimentos ejercen el total de funciones, las que suelen estar mezcladas dentro de cada compartimento. No hay una separación institucional de funciones y el tránsito entre compartimentos es nulo o muy limitado.

El sentido de la separación de funciones es desegmentar el sistema de atención a la salud, redefinir instituciones en razón de funciones diferenciadas, reducir las inequidades en el financiamiento, el acceso y la utilización de los servicios de salud, y revalorizar el desarrollo de funciones esenciales de salud pública.

Las funciones fundamentales del ejercicio de la rectoría sectorial son: la conducción y regulación sectorial, el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria, la modulación del financiamiento sectorial, la vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios.

Entre los cambios en el escenario regional con relación al ejercicio de la función rectora están el avance en la descentralización del Estado, el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector, la desconcentración y/o descentralización de los servicios de salud y la tendencia a la separación de funciones.

Un antecedente a considerar al analizar el tema de separación de funciones es que en América Latina y el Caribe, el 25% de la población, es decir 120 millones de personas, carecen de acceso permanente a los servicios básicos de salud. En este ámbito también cabe tener presente que el promedio del producto interno bruto per cápita es US\$ 3.289; que el promedio del gasto nacional en salud como porcentaje del producto interno bruto es de 7,3% y que el promedio del gasto nacional en salud per cápita es de US\$ 240.

En cuanto a la separación de funciones en América Latina ya existen una serie de lecciones aprendidas:

- El problema requiere soluciones que combinen la reingeniería de políticas sociales, un nuevo diseño para la entrega de servicios de salud, reformas financieras y la reorganización de los sistemas de salud que actualmente se encuentran segmentados.
- Existen costos de inversión y de transición que deben tomarse en cuenta dada la restricción de recursos y de organización institucional.
- Será difícil progresar sin incrementar los niveles relativamente bajos de gasto público en salud.

¹ Basado en la presentación realizada por el Dr. Daniel López Acuña.

- Existe la necesidad de encontrar mecanismos innovadores para expandir esquemas de seguro social que sirvan de contrapeso al incremento de los niveles de pobreza, al sector informal que está en expansión, y a los bajos niveles de recaudación fiscal como el porcentaje del P.I.B.
- Existe poco espacio para progresar a expensas de fuentes privadas de financiación.
- Ni el modelo Bismarckiano puro ni el modelo Beveridgeano puro funcionarán: se necesita una tercer vía que combine elementos de ambos modelos y los aplique al esquema institucional específico de cada país.
- La solución al problema aún está lejos y es más compleja que la noción de un “paquete básico de intervenciones” definido con criterios de costo-efectividad.
- El modelo segmentado debe ser desmontado, y una “separación de funciones” debe llevarse a cabo dentro de un marco de solidaridad para lograr cobertura universal.
- Un diseño cuidadoso de la “separación de funciones” es necesario para que la meta principal se convierta en cobertura universal, en lugar de la creación o expansión de mercados de proveedores de servicios y/o aseguradores.
- Un asegurador único parece ser más eficiente que múltiples aseguradores para agrupar riesgos y prevenir selecciones adversas.

Finalmente algunas estrategias para lograr cobertura universal en salud:

- Fortalecimiento del rol rector de los ministerios de salud, enfatizando su papel regulador y prestando atención apropiada y recursos para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria del Estado (bienes públicos con altas externalidades).
- Creación de un fondo nacional de salud que combine ingresos generales y de contribuciones del seguro social en una sola fuente para financiar la entrega de servicios de salud personales.
- Definición de un “portafolio de beneficios de servicios de salud públicamente garantizado” y ajustado a los recursos financieros disponibles para todos los ciudadanos, y desarrollo de mecanismos para garantizar su aplicación.
- Desarrollo institucional de un asegurador público único, que asegure la aplicación del “portafolio de beneficios de servicios de salud públicamente garantizados” y que desarrolle capacidad para comprar servicios a los proveedores públicos y privados, sin y con fines de lucro.

3. ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS DE REFORMA EN LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA²

En el marco del Foro se solicitó a las representaciones de los países que presentaran un resumen de los procesos de reforma en sus respectivos países. A continuación se presentan algunas de las reflexiones.

3.1 BOLIVIA

El proceso de reforma de salud está enmarcado en un plan para vivir mejor "Plan Operativo Anual" definido por el Gobierno de Bolivia entre 1997 y 2002 que se basa fundamentalmente en cuatro pilares. Pilar oportunidad que tiene que ver principalmente con la propiedad y crédito popular, infraestructura, minería, energía, agricultura, producción, mercados de exportación, desarrollo y crecimiento sostenible. El pilar institucionalidad que tiene que ver con reforma judicial, la modernización del Estado y el plan nacional de integridad. El pilar dignidad que busca sacar a Bolivia del circuito coca-cocaína. El pilar equidad, que tiene que ver con vivienda y servicios básicos, salud, educación y desarrollo básico.

Se planteó la reforma de salud en Bolivia por tres razones:

- Porque se han completado las reformas de primera generación y como consecuencia lógica se tiende a las reformas de segunda generación.
- Se ha generado un consenso en el diálogo racional, el que se inició mediante la construcción de mesas de equidad donde se aprobaron los principales componentes de reforma.
- Por la equidad y específicamente la lucha contra la pobreza, incluso se podría decir que el Plan Nacional Gobierno para Vivir Mejor es fundamentalmente un plan de lucha contra la pobreza.

El enfoque de la reforma en salud que tiene Bolivia es un enfoque de reforma gradual, que se mide y que tiene como objetivo principal aumentar la equidad. Tiene los siguientes cinco elementos: medir la carga de muerte y enfermedad mediante la encuesta nacional de salud; analizar costo y efectividad; definir un paquete de prestaciones, el paquete básico de salud; analizar el financiamiento en base al ejercicio de Cuentas Nacionales en Salud; proponer una reforma que tenga que ver con el seguro básico, el escudo epidemiológico y el seguro integral.

3.2 CHILE

Chile genera para las autoridades de salud una serie de complicaciones en materia epidemiológica y también territorial. Por ejemplo, existen 28 servicios de salud que se les llama territoriales y están ubicados a lo largo del país, pero existen 13 regiones en la división político administrativo. En cuanto al aseguramiento, la mayor parte de la población es beneficiaria de FONASA que es una institución pública. La población con un mayor nivel de ingreso y/o de menor riesgo es beneficiaria de seguros privados, las ISAPRES.

² Basado en las presentaciones realizadas por los representantes de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú.

El planteamiento general de políticas del ministerio de salud en los años noventa era concentrar la atención en el sistema público de salud, donde estaban ubicadas la mayor cantidad de las personas y donde el gasto per capita era mas bajo. El diagnóstico que tenían las autoridades era de un abandono de la red asistencial, crisis que afectaba entre un 60 a 70% de la población.

La primera fase de trabajo, que comenzó en 1990, que fue denominada de recuperación, su eje de trabajo fue el sistema público. Se incrementaron salarios, se invirtió en infraestructura y tecnología y se inició una serie de trabajos en el área de desarrollo institucional.

La segunda fase se inició en 1994 y denominó fortalecimiento del sistema público. Se empezó una política más acelerada de desconcentración; se empezaron a desarrollar estudios de prioridades de salud basados no solo en mortalidad, sino también en carga, morbilidad o discapacidad, y se consolidó la Superintendencia de ISAPRES. Este trabajo fue apoyado por un fuerte crecimiento de la inversión sectorial en la salud.

Algunos logros se reflejan en la disminución de la mortalidad infantil que a fines de 1980 era de 20 por mil nacidos vivos, en la actualidad ha bajado a aproximadamente 10 por mil nacidos vivos.

3.3 COLOMBIA

En diciembre de 1996 se aprobó una reforma sustancial del sistema general de seguridad social en salud. En ese mismo instante se estaba despidiendo del país el presidente que preparó la reforma y el país estaba preparándose para entrar a un nuevo gobierno. Eso impidió que se tuviera y tenga en la actualidad una imagen totalmente clara de cual era la nueva visión del sistema nacional de seguridad social en salud.

La reforma se basó mucho en transformación fundamentada en leyes y en disposiciones. En ese momento existían más de 476 disposiciones legales que regían el cambio. Sin embargo, se ha dado muy poca importancia y trascendencia a cambiar el clima organizacional, a pesar que la reforma se da no por la ley sino por los seres humanos que están involucrados en el mismo.

A partir de 1993, Colombia ha tenido un incremento significativo de los recursos para el aseguramiento y, el incremento de cobertura es claro a lo largo y ancho de todo el territorio, sin embargo, el impacto que se ha tenido en los indicadores de salud es todavía una interrogante.

3.4 ECUADOR

Hay una razón objetiva para implementar estos procesos de cambio en el Ecuador. Se estima que alrededor de 3 millones de personas que implica el 25 % de la población, no tienen acceso oportuno a servicios de salud, y alrededor del 80% no tiene acceso a sistemas de aseguramiento. También existen déficits no cuantificados en términos de la calidad y calidez de la atención.

El proceso de reforma tiene relativamente un período corto de evolución. El mayor esfuerzo realizado ha sido tratar de disponer de bases sustentatorias concensuadas del proceso. Alrededor de la discusión en la que participaron alrededor de 1500 personas de todos los sectores y de todo el país, se lograron identificar cuatro grandes roles del Estado en materia de salud: la función de rectoría; un Estado promotor de la salud en su concepción integral; ser un proveedor eficiente y descentralizado de servicios de salud, y ser el garante de la atención de salud particularmente de los más pobres.

3.5 PERÚ

La reforma en el Perú se inició en los años noventa en respuesta a una crisis política, económica y social que vivió el país. El sector salud vivió una crisis y un lapso funcional que trató de recuperarse poco a poco con iniciativas propias y con la creatividad de personas que fueron asumiendo las responsabilidades directivas dentro del sector salud. A partir del año 1994 esas iniciativas empezaron a tener un ordenamiento con un sentido de reforma y se desarrollaron lineamientos de políticas que están rigiendo desde el año 1995, enmarcados dentro de una política de modernización del Estado y lucha contra la pobreza.

Entre estos lineamientos se incluyen garantizar y salvaguardar los derechos de los ciudadanos, fortalecer el rol rector del ministerio, dar prioridad a la salud pública, obtener equidad en la eficiente administración y asignación de recursos, lograr la eficacia y la calidad de los servicios, y lograr mayor responsabilidad del Estado, de la sociedad civil y de los individuos.

Los ejes de la reforma diferencian tres funciones básicas: la función del gobierno; la de provisión de recursos, y la de la producción de servicios.

En 1997 se promulgó la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social, estableciendo las bases de un marco jurídico para la reforma. Se comenzó a reglamentar y normatizar el rol rector del ministerio. La Ley General de Salud remarca la primacía del ser humano y la responsabilidad del Estado en la salud pública. La Ley de Modernización de la Seguridad Social trata de dar universalidad al aseguramiento y se habla de un régimen contributivo y de un régimen subsidiado.

Se está trabajando dentro del ministerio con el aseguramiento progresivo de población prioritaria. Se implementó el seguro escolar gratuito y el seguro materno infantil que es un programa que ha empezado este año (1999) y se piensa expandir a todo el país para fines del año 2000.

El plan del Gobierno de lucha contra la pobreza, a través del programa de salud básica para todos, ha logrado llegar a la población de menores recursos con equipamiento y recursos humanos y se ha incrementado el número de atenciones y de la cobertura. Se calcula que de 25% que carecían de acceso ahora es sólo 15 ó 12 %.

3.6 COMENTARIOS

A continuación se presenta un resumen de las principales reflexiones planteadas en la plenaria que se realizó con posterioridad a la presentación de los países.

En lo referente a los cambios cosméticos versus los grandes cambios, lo que define esto es el impacto que una acción causa. Uno puede medir si un cambio es cosmético o no al ver el impacto y no necesariamente a través del esfuerzo que ellas implican. Independientemente de si son cosméticos o no, lo importante es que las acciones tengan impacto.

Con relación a la participación de la comunidad, a la gente lo que le importa son los resultados de las reformas y cómo ellos se ven afectados. El esfuerzo debe dividirse entre que la gente conozca la reforma con el énfasis en que esté satisfecha con las acciones de políticas que realiza sus autoridades. La interacción entre perspectivas tanto de nivel central, general, y nacional con perspectivas de nivel local es la base del proceso para que la gente pueda efectivamente incorporarse en la discusión de los procesos de reforma y construir un tejido social para apoyar los cambios en salud.

Los recursos humanos en salud son un factor crítico para la implementación de las reformas, ya que por mas que existan disposiciones legales con relación a la reforma, es el hombre quien finalmente las aplica. En varios países se concentraron en los aspectos legales de la reforma relegando a un segundo plano los recursos humanos. Hay que identificar las características del mercado de los recursos humanos, hay que capacitarlos tanto en el área gerencial como asistencial y formar alianzas estratégicas entre las autoridades, y entidades como el Colegio Médico.

4. EL ROL RECTOR³

4.1 PRESENTACIÓN

En el seminario se entregó a los participantes copia del documento “La Práctica de Rectoría de Los Ministerios de Salud en los Países del Área Andina”. La presentación se realizó usando como base este estudio.

Del análisis de carácter general y particular acerca de la situación práctica de la manera como los países del Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela ejercen las funciones de rectoría del sector salud en sus aspectos esenciales se pueden extraer las conclusiones que se presentan a continuación.

Las políticas y planes estratégicos de salud no parecen formar parte integral de las políticas y planes generales de desarrollo de los países, lo cual determina una ubicación muy secundaria de las carteras ministeriales de salud con respecto a las demás, una participación pobre del sector salud en los presupuestos de los países y muy poca movilidad en la administración de los recursos asignados al sector salud.

Aún cuando formalmente la rectoría del sector salud es responsabilidad de los ministerios de salud, sanidad y asistencia social, son los ministerios de hacienda y de finanzas los que determinan los recursos económicos de los cuales dispone el sector para alcanzar las metas de salud. La administración de estos recursos sigue en buena parte sujeta a la administración presupuestal general de los estados, con lo cual se limita en gran medida su capacidad de gestión.

Los ministerios de salud en su mayoría continúan respondiendo por las acciones de salud, tanto de salud pública como de prestación de servicios, bajo el esquema tradicional de la administración de la red pública de servicios que es financiada con base en presupuestos históricos, sin incorporar elementos de control de gestión y la evaluación de resultados que les permitan ampliar las coberturas que requiere la población.

La mayoría de los ministerios actúan de manera centralizada o dentro de precarios procesos de descentralización financiera, técnica y administrativa.

La regulación sobre seguridad social y salud se encuentra incipiente y desactualizada, aún cuando algunos países la han incorporado a las constituciones políticas y a las leyes de salud, o están en proceso de actualizarla.

La participación del sector privado, tanto en la prestación de los servicios como en la provisión de insumos para la salud, medicamentos y servicios profesionales, se hace en forma paralela e independiente de lo que acontece en el sector público.

³ Basado en la presentación realizada por Leonardo Cañon Ortegón.

4.2 COMENTARIOS

A continuación se presenta un resumen de las principales reflexiones planteadas en la plenaria que se realizó con posterioridad a la presentación.

De acuerdo al estudio del Dr. Cañón, entre los seis componentes analizados, en la parte de regulación hay mayor avance ya que se han actualizado la constitución y las legislaciones, y menor avance en la parte de financiamiento. Los procesos de descentralización van lentos y en la mayoría de los países los códigos sanitarios están desactualizados.

Con relación al rol cristizador del ministerio mencionado en la presentación, frente a la producción de servicios, se comentó que el rol de vigilancia y control todavía está confundido entre las instituciones (llamémoslas ministerios o los equivalentes de la función de vigilancia). La capacidad para asumir y ejercer ante el sector privado, prestadores públicos, sindicatos, ministerios de hacienda y planificación es todavía muy pobre.

El análisis intentó ser objetivo sin hacer planteamientos de lo que se debe hacer sino más bien recogiendo lo que los países dijeron referente a este tema. Cuando se habló de regulación o fiscalización había diferentes niveles. Al tratarse de cinco países hay algunos que tienen mucha regulación y otros que ni tienen una ley sanitaria como tal. Al hacer el análisis, se partió de la base que los formularios están correctamente realizados.

No hay duda que los ministerios de salud recientemente están dejando de ser prestadores directos de servicios y tienen que asumir más el rol rector a veces con fuerte énfasis conductor, otras con un fuerte énfasis regulador, y muchas veces con una gran responsabilidad en materia de funciones esenciales en salud pública que no van a asumir los prestadores directos de servicios a las personas. Estos cambios de funciones no necesariamente se reflejan en forma adecuada en las encuestas. Tiene que haber un monitoreo continuo a nivel de los ministerios. Lo que sí refleja la encuesta es la necesidad de una re-ingeniería de los ministerios de salud y de formación de los recursos humanos para poder asumir ese rol rector.

5. FUNCIONES ESENCIALES, CAPACIDAD REGULADORA Y FORTALECIMIENTO DEL ROL RECTOR

En el marco del seminario, se solicitó a los participantes dividirse en grupos para discutir e intercambiar ideas y posteriormente presentar las conclusiones del trabajo en plenaria, en un espacio de tiempo no mayor de diez minutos sobre lo siguiente:

- *Funciones esenciales de salud pública.*
- *Fortalecimiento de la capacidad reguladora.*
- *Acciones que los países están tomando para fortalecer el rol rector.*

En este escenario, los participantes se dividieron en cinco grupos, nominados según las letras del abecedario. A continuación se presentan, con el fin de no perder la riqueza del aporte, un resumen de las conclusiones de cada grupo.

5.1 GRUPO A

Se identificaron cuatro funciones esenciales de salud pública.

- **Regulación:** Relacionada con la formación del recurso humano, acreditación, aseguramiento, medicamentos, equipamiento, calidad y calidez del servicio, y la provisión de servicios públicos y privados.
- **Definición de políticas de salud pública:** En cuanto a métodos y procesos para la prestación de servicios y definición de indicadores para la evaluación del impacto de las funciones de salud pública.
- **Promoción:** De fuentes de financiamiento, articulación de las acciones intra e intersectoriales, incentivos a los actores prestadores directos del servicio y a actores que tienen que ver con el mejoramiento de la calidad de los mismos, y la promoción en el aseguramiento universal y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública.
- **Diseminación de conocimientos:** La socialización de conocimientos por parte del receptor de los servicios de salud pública y la diseminación de conocimientos en el recurso humano o entes vigilados.

Se identificaron cuatro actividades fundamentales para lograr el fortalecimiento de la capacidad reguladora del ministerio de salud:

- Establecimiento de mecanismos eficaces, institucionales y autónomos de fiscalización y control.
- Socialización de las regulaciones y desarrollo de las nuevas habilidades y conocimientos por parte de los actores que deben actuar bajo dichas directrices.
- Creación de incentivos y sanciones ejemplares.

- Fortalecimiento del control social y la capacidad de fiscalizador.

Se señalaron siete acciones que los países están tomando para fortalecer el rol rector del ministerio de salud:

- Mejoramiento de la capacidad técnico administrativa.
- Generación de disposiciones legales que permitan la redistribución de las funciones operativas tradicionales.
- Ampliación de la capacidad de comunicación con los efectores.
- Ampliación de la capacidad para diseñar estándares y concertar protocolos.
- Implementación de la habilidad para visualizar el sector como un todo.
- Fortalecimiento de los sistemas de información.
- Compatibilización de la planificación participativa con la planificación indicativa.

5.2 GRUPO B

El grupo dividió en dos grandes categorías (niveles) las funciones esenciales de salud:

- Política del Estado: Intervención en todos los factores que condicionan la pérdida de años de vida saludables.
- Política del ministerio de salud: Las acciones bajo el ámbito del ministerio que incluyen:
 - Bienes públicos (promoción, fomento y campañas educativas).
 - Intervenciones de salud con altas externalidades positivas.
 - Intervenciones dirigidas a controlar las acciones con externalidades negativas.
 - Bienes individuales (grupos vulnerables).

Se acordó que el rol del Estado es regular y garantizar el financiamiento y el acceso a los servicios. Sin embargo, no hubo consenso en aseguramiento, compra y provisión de servicios.

Se identificaron tres aspectos claves en lo referente a intervenciones esenciales:

- Garantizar acceso a los servicios a las poblaciones pobres.
- Garantizar disponibilidad de servicios en áreas sin cobertura.
- Poner en marcha acciones intersectoriales que coordinen intervenciones en salud pública.

Como prioridad a nivel de país, el Estado debe garantizar la correspondencia entre el perfil epidemiológico, el modelo de prestación de servicios y los recursos financieros disponibles.

Se identificaron seis requerimientos de la capacidad reguladora:

- Respaldo político.
- Continuidad de los equipos profesionales.
- Legitimidad y credibilidad.
- Claridad de la misión institucional del ente regulador.
- Normas, información, capacidad técnica e institucional.
- Capacidad financiera.

Dentro del tema de regulación, se propone que haya especialización en las funciones de regulación donde cada ámbito del sistema sanitario se especialice en financiamiento, aseguramiento y provisión, y que se desarrollen normas que regulen potenciales conflictos de intereses entre reguladores y regulados.

Con relación al fortalecimiento de la capacidad reguladora se identificaron cinco acciones:

- Regular solo lo necesario, pero TODO lo que sea necesario.
- Regular, en lo posible, a favor de los incentivos económicos.
- Especializar las funciones de regulación dependiendo de cómo funciona el sistema.
- Dotar a cada nivel del sistema de la capacidad institucional y de recursos humanos capacitados para que ejerzan la función de regulación que le corresponde.
- Estimular la participación de actores informados.

Existen una serie de acciones de parte de los países para fortalecer el rol regulador del ministerio:

- Construir la legitimidad, credibilidad y continuidad del ministerio de salud, (Ecuador y Bolivia).
- Ley de Participación Popular, (Bolivia).
- Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, (Perú).
- Avanzar hacia la regulación de la calidad de las prestaciones de salud: acreditación y certificación, (Chile).
- Facilitar el acceso a la información relevante y comparable para una mejor toma de decisiones, (ISAPRES).
- Superintendencia en salud, descentralización, participación ciudadana, especializaciones, (Colombia).

5.3 GRUPO C

El grupo comenzó haciendo una distinción entre regulación y rectoría. Se definió regulación como el hecho de normar, supervisar y fiscalizar. La rectoría es más amplia ya que incluye tener liderazgo y legitimidad y ejercer la regulación efectivamente.

Se identificaron cuatro funciones esenciales de salud pública:

- Gerencia de inteligencia.
- Análisis de la situación de salud.
- Fortalecimiento de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención primaria.
- Organizar, financiar y garantizar la provisión de bienes públicos.

Se identificaron tres aspectos para construir una capacidad reguladora dentro del ministerio de salud:

- Legitimidad para proceder a hacer regulación.
- Identificar lo que es necesario regular.
- Contar con un modelo para la regulación y su modulación.

Con relación al tema de capacidad reguladora se hizo énfasis en la necesidad de contar con un sistema de información adecuado, que permita la toma de decisiones basadas en información confiable y que cuente con una capacidad técnica reconocida. En general, los ministerios no han desarrollado la capacidad de rectoría, y a pesar que por ley tienen la responsabilidad de regular, aún no tienen la capacidad técnica.

Se discutieron una serie de áreas en donde los países están o deberían estar trabajando con relación al fortalecimiento del rol rector del ministerio:

- Organización y estructura del ministerio.
- Definición de las funciones que los ministerios deben desempeñar.
- Definición de un perfil técnico profesional que responda a la estructura del ministerio.
- Capacitación del recurso humano y mantenerlo actualizado.
- Creación de incentivos.
- Lograr que la política de salud sea una política del Estado y no del gobierno de turno.
- Tener capacidad de propuesta de cambios en el funcionamiento y generar normas que los permitan.

Con relación a la cooperación internacional, se señaló:

- Respetar las prioridades nacionales y los canales institucionales.

- Apoyar en el fortalecimiento de los recursos humanos.
- Servir de catalizador con diferentes instituciones para permitir asumir o facilitar el rol rector del ministerio.
- Fortalecer el monitoreo, seguimiento y aplicación de leyes y su cumplimiento.
- Fortalecer capacidades en diferentes aspectos en los cuales comparten responsabilidades.

5.4 GRUPO D

Con relación a las funciones esenciales del ministerio se hicieron una serie de comentarios:

- No han sido consideradas prioritarias en los procesos de reforma.
- Recientemente se ha identificado la necesidad de considerarlas como prioritarias en los procesos de reforma.
- Existe la necesidad de explicitar su inclusión identificando costos, asignando recursos y garantizando fondos.
- Hay que identificar y transferir competencias por niveles de gestión.
- Hay que definir que las funciones esenciales sean realmente esenciales.

Se definieron funciones esenciales aquellas que tienen gran externalidad y que pudieran tener gran responsabilidad específica del sector.

Con relación al fortalecimiento de la capacidad reguladora, especialmente en el tema de aseguramiento, hubo un gran debate sobre si esto se debiese hacer a través de superintendencias, ya que algunos países han implementado este esquema y otros no. Independientemente de esto, existe la necesidad de fortalecer las funciones de regulación.

En cuanto a acciones de los países para fortalecer el rol rector se señaló:

- Fortalecimiento de la capacidad de hacer cumplir la ley.
- Desarrollo de esquemas o comisiones de arbitraje que apoyen el cumplimiento de leyes.
- Desarrollo de cultura de cumplimiento de leyes. (i.e. compromisos de gestión).
- Mejorar la información al público.

5.5 GRUPO E

Dado que el grupo coincidía en la mayoría de los planteamientos expuestos, en lugar de repetir, se señalaron los puntos que trajeron mayor controversia:

- ¿Deben los ministerios ser solo reguladores o también gestores? ¿Qué se indicaría al denominar que deben ser gestores?
- No es una contradicción hablar de políticas públicas y políticas saludables ya que toda política pública debería ser una política saludable.
- La regulación implica normatizar pero la normatización no implica ejercer el rol regulador acompañado de la fiscalización. La independencia de fiscalizador y de regulador es necesaria para que haya un desarrollo institucional acorde.

Preguntas y comentarios a los grupos de trabajo.

Tres componentes fundamentales de la rectoría de los ministerios de salud son el liderazgo, la capacidad reguladora y el manejo de los fondos. Los grupos señalaron las deficiencias de los ministerios de salud en estas áreas y algunas cosas que se pueden hacer para fortalecerlas.

El gran debate que se refleja en los grupos de trabajo es ¿cómo levantar una capacidad institucional? incluso ¿cómo discutir cuánto de regulación, cuánto de fiscalización, cuánto de conducción, cuánto de ejercicio de esas funciones esenciales de salud pública?

Los ministerios de salud tienen que controlar a todo el sistema de salud, pero tienen que dejar de operar en una gran cantidad de servicios, dejándolos que sean ejecutados a un nivel local aunque sigan siendo servicios públicos. Este es el concepto de descentralización, pero en este sentido se ha creado una confusión ya que no se puede crear una superintendencia para la seguridad social, una para el sector público y otra para el sector privado. Para que un sistema entre en reforma tienen que estar bien nítidas y bien definidas las responsabilidades a cada nivel del sistema. La función de rectoría, de regulación, de liderazgo y de conducción del sector debe ser responsabilidad de una sola entidad y esa entidad es el ministerio de salud.

6. ASEGURAMIENTO

Entre las funciones de los ministerios de salud, y dado su rol rector, está la relativa a aseguramiento de la atención de salud y la provisión de servicios. Se puede entender el aseguramiento como la función genérica de cubrir a individuos y/o poblaciones frente a determinados riesgos y/o daños para su salud a cambio de una determinada contraprestación económica.

La función de aseguramiento de los ministerios de salud se deriva directamente de su papel como garante de derecho a la atención de salud. Para que sea significativo y pueda implementarse el derecho a la atención de salud, debe traducirse en obligaciones y compromisos específicos, acordes con los recursos disponibles en cada país.

En función de la titularidad de las entidades aseguradoras, la modalidad de aseguramiento puede ser pública o privada. En la pública, la entidad garante de las prestaciones cubiertas es de derecho público (por ejemplo: ministerios de salud, instituciones del seguro social). En la privada, la entidad garante de las prestaciones cubiertas es de derecho privado (por ejemplo: compañías aseguradoras privadas, empresas de medicina prepagada, mutuales).

En el Foro se realizaron presentaciones de los siguientes temas:

- Seguros de salud y mercados de seguros.
- Marco para el análisis de los interrogantes financieros relacionados con el seguro social.
- Mecanismos de aseguramiento social en los sistemas de salud de América Latina.

A continuación se resumen los aspectos principales:

6.1 SEGUROS DE SALUD Y MERCADOS DE SEGUROS⁴

El sector salud muestra una gran variedad de esquemas de seguro. La agencia de seguro puede ser pública o privada, los pagos que realizan los beneficiarios pueden ser llamados primas o impuestos y los beneficios pueden ser pagados en forma de indemnización, reembolso de los costos actualmente incurridos, o provisión directa de atención de salud. Pero, para ser eficientes y sustentables todos los esquemas de seguro deben lidiar en forma exitosa con tres fuentes de falla de mercado: economías de escala; riesgo moral y selección de riesgo.

La economía de escala se refiere a cuando el costo promedio de una organización disminuye en la medida que la producción aumenta. Una clásica fuente de economías de escala son costos fijos grandes. En el sector de seguros, aunque algunos costos varían con el volumen (por ejemplo: el procesar los reclamos), otros costos importantes como calcular primas ajustadas a riesgo, no varían con el número de personas aseguradas.

La cobertura proporcionada por un seguro puede influenciar el comportamiento individual de tal forma que llevan a una falla de mercado. Al saber que las pérdidas financieras están cubiertas, los indivi-

⁴ Basado en la presentación realizada por el Dr. Pedro Crocco.

duos pueden tomar menores precauciones para prevenirlas. En este sentido, las personas que tienen un seguro de salud podrían tomar menos precauciones para prevenir un accidente o enfermedad. Más importante en el sector salud, dado que un individuo asegurado no paga por el costo total del tratamiento, es que una vez que un evento ocurre se puede incurrir en un mayor gasto que si no hubiese existido seguro. La tendencia que la cobertura de seguro induce a cambios de comportamiento que aumentan la pérdida esperada se denomina riesgo moral.

El incremento del gasto asociado al riesgo moral puede ser el resultado de cambios de comportamiento del paciente o de los proveedores. Pacientes, a los cuales se les subsidia la atención, pueden demandar una mayor cantidad de servicios; o los proveedores sabiendo que los pacientes no usan el costo total de los servicios, pueden incrementar los tratamientos recomendados y/o los precios de estos servicios.

Los aseguradores muchas veces tratan de contraponerse a estas tendencias a través de varios tipos de mecanismos administrativos o regulatorios. Desde el lado de la demanda, los aseguradores muchas veces implementan mecanismos para compartir costos que requieren que el asegurado pague una porción del mismo por los servicios recibidos. Estos mecanismos pueden tomar la forma de: deducibles, que requieren que la persona pague el costo total de los servicios hasta un cierto límite; co-seguro, que requiere que la persona pague un porcentaje especificado del costo de los servicios; o co-pagos, que requieren que la persona pague un monto especificado por servicio recibidos. Por el lado de la oferta los seguros muchas veces tratan de controlar los precios que se paga a los proveedores.

Un tercer problema emerge de las asimetrías de información entre los aseguradores y los asegurados, que llevan a la selección sistemática de sólo un cierto tipo de individuos en el *pool* de asegurados. El proceso a través del cual los individuos de bajo riesgo se salen del *pool* de seguros, dejando sólo a los individuos de alto riesgo, se conoce como selección adversa.

Otro tipo de selección de riesgo, llamada "descreme", resulta de acciones tomadas por aseguradores que son capaces de diferenciar individuos de bajo y alto riesgo mejor que los propios individuos. En el descreme, el asegurador, conscientemente elige individuos de bajo riesgo, cuyas pérdidas esperadas son menores que la prima que se cobra, logrando mayores ganancias. Los aseguradores pueden descremar de muchas maneras, incluyendo el diseñar pólizas con provisiones de deducibles y co-seguros que llevan a que los individuos se autoseleccionen en diferentes categorías, y vendiendo seguros en algunos ámbitos en donde se sabe que en promedio los individuos son de menor riesgo.

La presencia de seguros de salud afecta la operación de los mercados de salud en muchas formas. Además de proteger al paciente de una gran parte del costo del cuidado, y de inducir a una mayor utilización de servicios, introduce a los seguros como participantes activos en el mercado. Los seguros frecuentemente regulan y hacen seguimiento al comportamiento tanto de proveedores como de pacientes. Además, en el largo plazo, la presencia de coberturas de seguro extensivas afectan que tecnologías de atención de salud se desarrollan.

Similarmente, aspectos del mercado de atención de salud pueden influenciar definiciones de política en el mercado de los seguros de salud. En el análisis económico de los seguros, la prescripción de política para combatir el riesgo moral es el co-pago, que obliga al beneficiario a pagar algo del costo de los servicios asegurados y por tanto reduce el consumo de servicios menos valorados. Pero esta política en atención de salud, donde los individuos muchas veces pueden juzgar pobremente el verdadero valor que algún servicio les representa debido a la falta de información apropiada, muchas veces puede conllevar efectos negativos en la medida que los consumidores disminuyen no solo el consumo de servicios necesarios, sino también de los innecesarios.

En general hay cinco medios accesibles para la intervención del gobierno: (1) proveer información a individuos y organizaciones para ayudarlos a tomar decisiones más informadas (ejemplo, información de salud pública con relación al riesgo de enfermar), (2) regular a individuos y organizaciones para influir cómo y qué actividades asumen, (3) establecer la obligatoriedad para que individuos y organizaciones realicen ciertas actividades, (4) financiar la atención de salud con fondos públicos, y (5) proveer atención de salud.

Estos instrumentos frecuentemente se utilizan en combinación. El reto es considerar el instrumento con la naturaleza de la falla de mercado y con las destrezas, instituciones, y cultura del lugar.

6.2 MARCO PARA EL ANÁLISIS DE LOS INTERROGANTES FINANCIEROS RELACIONADOS CON EL SEGURO SOCIAL⁵

6.2.1 Ambiente habilitador

Al examinar las implicaciones de diversas propuestas de reforma, es crucial tomar en consideración el “ambiente habilitador” del país. Esto incluye todos los aspectos de las circunstancias del país que inciden en el sector de salud. Este concepto amplio incluye el desarrollo de la economía del país, la capacidad del gobierno para asumir papeles de liderazgo y de regulación, y las realidades del actual sistema de financiamiento y prestación de servicios de salud. La evaluación del ambiente habilitador proporciona información acerca de las limitaciones que existen y las intervenciones que podrían necesitarse para facilitar la puesta en marcha de un proceso de reforma.

6.2.2 Generación de ingresos

En la mayoría de los países en desarrollo, los sistemas públicos son financiados principalmente a través de los ingresos tributarios. Los impuestos pueden ser recaudados ya sea a nivel del gobierno central, o de gobiernos regionales o locales. Es posible aplicar impuestos sobre ingresos, propiedades, ventas, utilidades, importaciones y exportaciones. Algunos países desarrollan impuestos relacionados con productos específicos tales como los cigarrillos o el alcohol que al consumirse afectan a la salud. La evasión del pago de impuestos y la declaración de menos ingresos y bienes, son problemas serios en la mayoría de los países en desarrollo. Los autores de procesos de reforma de la salud deben considerar minuciosamente la factibilidad práctica de financiar políticas que dependan totalmente de la recaudación de impuestos.

Muchos países también tienen sistemas de seguro social de salud financiados por las contribuciones individuales de empleados y empleadores. Los sistemas de seguro social en muchos de los países de América Latina son un ejemplo de tales sistemas. Las contribuciones pueden ser de tarifa única y por montos iguales, relacionadas con el salario (porcentaje del salario), relacionadas con los ingresos (se toma en cuenta la totalidad de los ingresos y no sólo los salarios), o diferenciadas regionalmente de acuerdo a la infraestructura disponible. Además, las contribuciones pueden ajustarse para que reflejen el riesgo a la salud planteado por personas que encajan en un perfil determinado. Las características empleadas pueden incluir la edad, el sexo, las medidas de la situación de salud, las enfermedades crónicas y la historia de utilización previa.

⁵ Basado en la presentación realizada por la Dra. Rena Eichler.

6.2.3 Fondo(s) de Salud

Una vez que se han recolectado fondos para financiar los servicios de salud, se requiere que una o más entidades distribuyan los fondos para pagar por los servicios de atención de salud. Los fondos de salud pueden pagar a los proveedores directamente o, alternativamente pueden pagar a esquemas de salud. Si los fondos de salud pagan a los proveedores directamente, los fondos asumen el riesgo financiero del financiamiento de la atención de salud. Si a los planes de salud se les entrega un pago por cada persona afiliada al plan, el plan asume el riesgo financiero de prestar la atención, y el pagador asume una función de conducto. Es crucial e importante entender bien quién asume el riesgo financiero para poder comprender los incentivos para controlar los costos y mejorar la eficiencia en un sistema de salud.

El fondo de salud en el modelo de seguro social de salud es concebido como la entidad que combina fondos de la población y asume la función de financiar un sistema social de seguro de salud para esa población. Es un concepto que incluye la noción de un fondo de solidaridad. Es un fondo de solidaridad porque personas de altos ingresos y personas relativamente saludables, terminan subvencionando a personas de bajos ingresos y a las que consumen servicios de salud de alto costo.

Independientemente del modelo adoptado, la función de “fondo de salud” implica la creación de una institución nueva que maneje y distribuya fondos de acuerdo al modelo elegido.

6.2.4 Plan (es) de Salud

Un plan de salud se define como una entidad que asume el riesgo financiero de proporcionar un conjunto determinado de beneficios a una población señalada. Los proveedores que cobran cuotas por cada servicio no asumen el riesgo financiero porque pueden facturar por cada servicio proporcionado. Un plan de salud lo constituye un grupo de proveedores que forman una asociación para proporcionar un conjunto de servicios de atención primaria de salud a un número específico de abonados a cambio de un pago fijo por persona. Este grupo proveedor asume el riesgo financiero porque, a cambio de un pago fijo por persona, debe proporcionar servicios de salud a sus afiliados, no importa que todos requieran atención o sólo algunos. Las redes de proveedores que proporcionan un conjunto amplio de servicios por un pago fijo también son planes de salud. Asimismo, un intermediario financiero que celebra un contrato con uno o más proveedores para la prestación de un conjunto de beneficios es un plan de salud.

Debido a que los planes de salud reciben un pago fijo, independientemente de que sus abonados utilicen o no los servicios, existen fuertes incentivos para que los planes de salud identifiquen formas de entregar la atención de salud de una manera más eficiente. Se espera que los planes de salud utilicen diversas medidas orientadas a aumentar la eficiencia.

Los planes de salud responden a los incentivos para controlar los costos introduciendo intervenciones para controlar el comportamiento de los proveedores. Esto se hace a base de incentivos que lleva a los proveedores a asumir riesgo financiero de la atención de salud midiendo y compensando el desempeño satisfactorio. Los planes de salud emplean una combinación de incentivos financieros e intervenciones de monitoreo y supervisión para aumentar la eficiencia y controlar los costos y la calidad de los servicios. La sección que incluye una discusión del comportamiento de los proveedores presenta la amplitud de mecanismos de pago a proveedores actualmente en uso y las implicaciones que tienen.

6.2.5 Proveedores

A los proveedores se les define como personas que desean maximizar sus ingresos al mismo tiempo de proporcionar buenos servicios de salud. Dependiendo del sistema de pagos, los proveedores pueden aumentar sus ingresos proporcionando el mayor número posible de tratamientos y exámenes diagnósticos,

reteniendo a los pacientes más días que los necesarios en el hospital, y ordenando a los pacientes que vuelvan para consultas adicionales aun cuando no sea necesario. Un sistema de pagos a proveedores debería permitir que éstos obtengan un ingreso adecuado sin introducir incentivos para proporcionar servicios innecesarios y desperdiciar los recursos del sistema.

6.2.6 Consumidores

Los consumidores constituyen la principal fuente de fondos mediante el pago de impuestos, contribuciones de primas de seguros y cuotas del usuario.

Los consumidores también son contribuyentes, pagadores de primas de seguros, y pagadores de cuotas del usuario. Una parte del diseño de un sistema de seguro social es el desarrollo de un proceso para probar los medios de que dispone la población a fin de determinar cuáles elementos de la sociedad son lo suficientemente pobres para recibir subsidios y cuáles están en condiciones de pagar por los servicios recibidos.

6.3 MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS⁶

En general, se espera que un sistema de salud provea a la población de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. La prestación de servicios de salud comprende ciertas particularidades que requieren de la participación del Estado para resolverlas. Estas particularidades –llamadas “fallas de mercado” por los economistas– cubren un amplio espectro que se extiende desde la asimetría de información entre pacientes y médicos, hasta dependencias entre el estado de salud de una persona y la de su familia y la comunidad –externalidades– que proveen un argumento desde la eficiencia para desarrollar políticas de equidad, independiente de los argumentos de solidaridad presentes en cualquier sociedad.

Sin embargo, las limitaciones de financiamiento del sector público, sumadas a la falta de eficiencia en muchos casos, atenta contra los principios de equidad, costo-efectividad y acceso enunciados. La limitada cobertura impulsa a amplios sectores de la población de bajos recursos a buscar atención principalmente en un sector privado atomizado, con poca participación de seguros de salud, o a prescindir directamente de atención médica (argumento “*by default*”).

El sistema de seguridad social, que se desarrolló originariamente en la Región como una dependencia dentro del sector público, surgió como un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. Posteriores esfuerzos en un número limitado de países, dio origen a modalidades de seguro privado, con coberturas significativas en Uruguay, Argentina (prepagas), Brasil, República Dominicana (Iguales), todas ellas sin adecuado marco regulatorio ni de monitoreo desde la autoridad pública.

Las últimas décadas han visto transformaciones de interés dentro del sector de seguridad social, acentuando las estructuras existentes y desarrollando un nuevo esquema de seguro proveniente de la privatización de los servicios de seguridad social públicos, como en los casos de Chile y Colombia, con diferencias importantes en términos de definición del paquete básico de servicios y redistribución de fondos solidarios a sectores de menores recursos.

El rol del sistema de seguro social puede resumirse en las siguientes características:

⁶ Basado en la presentación realizada por el Dr. Daniel Maceira.

- Ampliar la cobertura hacia sectores de trabajadores formales, sus familias y dependientes.
- Proveer sustentabilidad financiera, en tanto las retenciones en salarios son más sencillas de recolectar que los impuestos a la renta (aunque más distorsivos).
- Ser herramienta potencial para mayor acceso y equidad, en la medida que se incorpore un componente de solidaridad (transferencia de fondos) entre el sistema de seguro social y la cobertura de atención pública. Sin embargo, los sistemas tradicionales de seguridad social públicos en la Región probaron ser altamente deficitarios, recibiendo aportes de los ministerios de salud.
- Sistematizar, coordinar, monitorear la oferta privada de servicios vía subcontratación e incentivos. Esta tarea resulta de gran importancia en términos de “ordenar” el mercado prestador, generando ciertos estándares de calidad relativa, a la vez que hace más eficiente y competitiva la prestación de servicios de salud.
- Distribución de costos/riesgos, asociados con características tradicionales de un seguro de salud. Sin embargo, en la Región muchos de los sistemas llamados “de seguro”, no cumplen con los “ingredientes” típicos que identifican la noción de seguro (prima ajustada de riesgo pagada directamente por el beneficiario o por el Estado, y paquete básico con contrato de cumplimiento), constituyendo esencialmente subsidios, o cobertura de atención en base a la disponibilidad de oferta de servicios.

6.4 COMENTARIOS⁷

A continuación se presenta un resumen de las principales reflexiones que se plantearon en la plenaria que se realizó con posterioridad a las presentaciones.

Un tema a considerar es la alternativa del seguro único o seguro múltiple. Probablemente si se colocan en una matriz las ventajas y desventajas en distintos planos de uno y otro sistema, éstos quedan más o menos equilibrados.

El seguro único tiene una capacidad de compra mucho más potente, tiene la posibilidad de disminuir los riesgos a través de un pool equivalente al total de la población asegurada, evita el tema de selección de riesgo, funciona sobre la base de una prima comunitaria que es la más equitativa. Sin embargo, tiene algunas dificultades que son importantes señalar y que no están en los libros pero están en práctica. Primero, todo monopolio tiene las desventajas propias de los monopolios y no hay razón para pensar que en el caso del aseguramiento único eso no exista. Segundo, hay riesgo de captura cuando el monopolio existe, riesgo de captura política ciertamente y riesgo de captura a los prestadores que encuentran en este monopolio único su fuente de financiamiento y por tanto, concentran en torno a éste toda su capacidad de atención. Tercero debido a que no hay alternativas para el usuario en esta materia, tiende a disminuirse la orientación al usuario por parte del propio seguro y por lo tanto al no ser el usuario el cliente efectivo pasan a ser otros los clientes, particularmente los prestadores.

Los seguros múltiples tienen las desventajas que están más que a la vista como en el caso chileno, y contra las cuales también hay que luchar. Una de las luchas en ese punto tiene que ver con la forma en cómo se garantiza el equilibrio entre un sistema de cotizaciones en donde las contribuciones están en fun-

⁷ Basado en algunos de los comentarios hechos a las presentaciones referidas a este capítulo.

ción de la renta, en base a la capacidad de pago y también en base a los recursos asignados en función del riesgo que se tiene.

7. REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE⁸

En el marco del Foro se realizó la presentación “Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe”. A continuación se resumen algunos de los aspectos planteados.

La reforma sectorial en salud se ha definido como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

Al término de la Reunión Especial de 1995, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución en la que, entre otras cosas, se solicitó al Director “que según las indicaciones de la Cumbre de las Américas y tomando en consideración las discusiones de la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, continúe trabajando con los Gobiernos Miembros y otras agencias en el diseño de un proceso para el seguimiento de la reforma del sector salud en las Américas”.

Como consecuencia del mandato se elaboró la “Metodología para el Seguimiento y Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe”, cuyo proceso de preparación comenzó en octubre de 1997 con la elaboración de la “Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma sectorial”.

Esta metodología permite describir y analizar la dinámica, es decir los distintos momentos del proceso de reforma sectorial (génesis, diseño, negociación, implementación y evaluación), así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores (sociales o institucionales, públicos y privados, nacionales, subnacionales o internacionales) involucrados en ellas; los contenidos del proceso, es decir las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas; y los resultados, es decir hasta qué punto la reforma sectorial pueda estar contribuyendo a mejorar los niveles de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, y participación social de y en los sistemas y servicios de salud.

Esta metodología se ha empleado en los países de América Latina y el Caribe. A la fecha los Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud (que incluyen la parte sobre seguimiento y evaluación de las reformas sectoriales) en Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Trinidad Tobago, se encuentran terminados.

Los 17 Perfiles concluidos entre Septiembre de 1998 y Marzo de 1999, incluían información relevante para el seguimiento del proceso de reforma sectorial (dinámica y contenidos) pero solo ocho contenían información relevante sobre los resultados de las mismas: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y El Salvador. De los nueve restantes, en seis de ellos la ausencia de información se consideró justificada debido al escaso tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma sectorial (dos años o menos), no así en los otros tres.

Razones comúnmente aducidas para explicar la ausencia de información sobre resultados de la reforma sectorial:

⁸ Basado en la presentación realizada por el Dr. Alberto Infante.

- Las propuestas iniciales no suelen incluir mecanismos para evaluar resultados e impacto, ni para vigilar el desarrollo del propio proceso, ni plazos concretos para el logro de los objetivos propuestos.
- La selección de variables e indicadores para evaluar resultados es técnicamente complicada y las atribuciones de causalidad difíciles.
- La información disponible en los países a menudo es incompleta, se halla dispersa, resulta poco fiable o es inoportuna.
- No siempre los actores principales (entre ellos las autoridades de salud) tienen interés en evaluar objetivamente los resultados.

La calidad global de la información de los ocho Perfiles (13 para la categoría de participación) con información sobre resultados varía en función de las categorías y los países.

Calidad global de la información por categorías:

- Participación y control social: aparece en 13/17 y es de buena calidad en 13/13.
- Para las otras cuatro categorías, la calidad es similar (en cinco a seis países es buena o aceptable, y en dos a tres no es aceptable).
- La baja calidad sobre equidad en acceso y en el uso de los servicios impide por ahora analizar resultados.

7.1 CONCLUSIONES PROVISIONALES

A diferencia de lo que sucede con el seguimiento de los procesos en la evaluación de resultados hay gran escasez de información de la calidad, particularmente sobre el desempeño de los sistemas y servicios de salud.

Resulta crítica la ausencia de series temporales a nivel nacional, y de desagregación territorial y poblacional de muchos indicadores necesarios para evaluar resultados en función de los objetivos propuestos (por ejemplo, para evaluar equidad en cobertura y acceso).

Una notable excepción parece ser la información desagregada sobre gasto en salud, aunque no hay evidencia de que hayan contribuido a mejorar la capacidad de los países para construir tendencias y elaborar escenarios.

A pesar de las limitaciones anteriores las reformas sectoriales parecen estar contribuyendo:

- Al inicio de la reducción de brechas, al menos en la cobertura de una serie de programas y servicios básicos.
- A la introducción de algunos mecanismos de asignación de recursos más eficientes; a la introducción de “compromisos de gestión”; a la elaboración de los presupuestos de los establecimientos según criterios de actividad; y en la mitad de los países, al mejoramiento de la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público, y para cobrar a terceros obligados al pago.

- Aumentar la participación y el control social en los distintos niveles del sistema.

Por ahora hay poca evidencia de que las reformas sectoriales hayan contribuido a:

- Mejorar sustancialmente la distribución del grueso de los recursos.
- Mejorar sustancialmente la efectividad global, la calidad técnica o la calidad percibida de los establecimientos públicos que prestan cuidados a las personas.
- La legitimación social de las instituciones públicas y la sostenibilidad financiera de los nuevos programas.

7.2 COMENTARIOS

A continuación se presentan algunos comentarios y reflexiones planteados en la plenaria que se realizó con posterioridad a la presentación del Dr. Infante.

Es difícil identificar exactamente cuando un país ingresa a un proceso de reforma en salud. Muchas veces los procesos de reforma de Estado han antecedido a los procesos de reforma en salud y muchas veces los procesos de desarrollo de un gasto social vinculados a la lucha y a la pobreza han antecedido a los procesos de reforma en salud. Este tema es relevante para poder evaluar procesos de reforma en salud y poder separarlos de procesos de reestructuración del Estado.

La metodología para hacer el seguimiento de los procesos de reforma es un instrumento que ha aportado información de mucha riqueza, la cual permite de alguna manera medir acciones objetivas de cobertura, calidad, etc. Hay que lograr en lo posible que la información sea recopilada de una manera imparcial y honesta, y que no este sujeta a la manipulación que muchas veces se presta a nivel de las entidades nacionales.

También es muy importante tener en cuenta en la aplicación de la metodología que los países tienen definiciones con diferencias variables, y al no contar con una homogeneización de los criterios hay que tener mucho cuidado con comparaciones transversales.

8. REFLEXIONES SOBRE ASEGURAMIENTO Y REFORMA

En este capítulo se presentan las principales reflexiones de los grupos de trabajo sobre aseguramiento y análisis de los procesos de reforma.

8.1 ASEGURAMIENTO

Si bien las experiencias de aseguramiento han sido disímiles para los países, hay consenso en la necesidad de complementar los fondos privados de seguridad social con fondos públicos. En cuanto al origen del financiamiento, se privilegian los impuestos generales, entendiendo que éstos permiten una forma de recolección más progresiva que las cotizaciones proporcionales o las rentas.

Con referencia a los temas de fondo único o fondos múltiples, si bien no hay una posición unánime sobre cómo combinar fondos, si hay un consenso en que un fondo único puede tender mucho más a la corrupción que los fondos múltiples, dado el carácter monopólico. No obstante, los fondos múltiples tienen el riesgo de fragmentación en una infinidad de fondos, lo que hace muy difícil el control, además aumentan los costos administrativos. La esperanza es contar con una competencia regulada que permita tener pocos fondos que desarrollen competencia entre sí.

El tema de equidad lleva a convenir que los más necesitados, nunca son los más asegurados y que para que los más necesitados puedan estar asegurados, todos tienen que estar asegurados para crear mecanismos redistributivos. La equidad es una meta, no es una práctica en el aseguramiento.

8.2 REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Una debilidad importante de los procesos de reforma, es que a pesar de que estos procesos han estado caminando en algunos países por bastantes años, en general no hay un involucramiento de los receptores de las políticas. Hay una falta de percepción de hacia donde se está yendo. Los procesos, más allá del hecho de que se hayan definido y promulgado algunos dispositivos legales y normativos, tampoco han ido acompañados del desarrollo institucional necesario y menos aun del desarrollo de recursos humanos.

Una fortaleza importante es que el tema de la reforma del sector trasciende el sector, está en la agenda política y cada vez se vincula más a otros tomadores de decisiones. Dado los distintos modelos y niveles de desarrollo de los procesos de reforma, los países deberían compartir sus experiencias y de este modo permitir que el resto aprenda de sus aciertos y errores.

9. CONCLUSIONES

A continuación se señalan las principales conclusiones del Foro:

- Existe el consenso que la reforma no es por el gusto de reformar sino que la guía la necesidad de dar servicios a toda la población con universalidad de beneficios.
- Es importante medir los efectos de lo que se está haciendo en la reforma para saber si el curso es el camino en función de los objetivos sociales. El seguimiento del proceso y la evaluación de los resultados de las reformas es una absoluta necesidad para la adecuada conducción de las reformas y reformulación de políticas.
- Existe una necesidad muy clara de mayor discusión, desarrollo y apoyo técnico a los países en el área de seguridad social.
- Existen grandes diferencias entre los países con relación a las etapas de los procesos de reforma y a las políticas y estrategias que están implementando. Hay países que han dado pasos que otros todavía no han dado.
- Aunque la información sobre resultados de las reformas es todavía escasa y de calidad mejorable, una primera evaluación regional sugiere que hasta ahora, las reformas han producido resultados en términos de: i) reducir brechas en la cobertura de una serie de programas y servicios básicos, ii) introducir mecanismos de asignación de recursos y modalidades de gestión más eficientes, y iii) aumentar la participación y el control social en los distintos niveles del sistema. Sin embargo, no parecen haber contribuido a mejorar sustancialmente: i) la distribución del grueso de los recursos existentes, ii) la efectividad global, la calidad técnica o la calidad percibida de los establecimientos públicos que prestan cuidados a las personas, y iii) la legitimación social de las instituciones públicas y la sostenibilidad financiera de los nuevos programas.
- Existe la necesidad de aumentar la credibilidad de los ministerios de salud y asegurar el rol rector y el liderazgo ante la población.
- No existe un consenso sobre cuál deber ser el rol de los ministerios de salud. Si deben solo dotar servicios, ser solamente reguladores, o solo normadores y darle a otra entidad la responsabilidad de prestación, etc.
- Es importante contar con espacios como este Foro donde se comparten valiosos conocimientos y experiencias de cooperación que deben irse ampliando.
- Se reconoce el valor de compartir elementos operacionales, metodologías, instrumentos, acciones operativas, que han sido desarrolladas sobre la base de principios aceptados y reconocidos. Es importante insistir más sobre ellas, reconociendo que se deben ajustar a las propias realidades de cada país.
- Existe un mandato ético común de ganar el tiempo perdido y de contar con el apoyo con espíritu de solidaridad entre los países de la subregión.

- Es evidente que a la población lo que realmente le importa es contar con acceso a servicios de buena calidad y no tanto conocer o opinar sobre los detalles de la reforma. El producto final es lo que observan y lo que vale.

ANEXO A: AGENDA

*Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud
Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
5 a 6 de julio de 1999*

ALCANCE Y PROPÓSITO DEL FORO:

La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), convoca a esta reunión con el propósito de abrir un espacio de intercambio en el que participen representantes de diferentes instituciones involucradas en la reforma sectorial en salud de los países del área andina.

Este foro se realiza como parte de las actividades previstas en la Iniciativa de Reforma del Sector Salud, que cuenta con la participación de OPS, AID y los proyectos de *AID Partnerships for Health Reform (PHR)*, *Family Planning Management Development (FPMD)* y *Data for Decision Making (DDM)*.

En cuanto a los principales propósitos y características de las reformas del sector en la Región, cabe destacar: la ampliación de la cobertura de los servicios con equidad y eficiencia; la reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos y planes garantizados eficaces y sostenibles; los cambios en la organización y gestión de instituciones del sector; descentralización y participación social; la separación de las funciones de rectoría, de aseguramiento, de financiamiento y de provisión de servicios de salud; la modificación de la mezcla público-privada; las nuevas modalidades de financiación de los servicios; las nuevas formas de remuneración de los prestadores de servicios; y las nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial.

Entre los componentes mencionados, el ejercicio de la función rectora y la tendencia a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, han sido los que han generado probablemente más interrogantes. En este sentido la reunión se convoca con el fin de:

- Analizar la situación actual de los procesos de separación de funciones en la Región y su impacto con relación a los objetivos y propósitos de la reforma.
- Analizar la situación actual del ejercicio de las funciones de rectoría sectorial y la necesidad de cambios en la capacidad institucional de los Ministerios de Salud para ejercer el liderazgo que les corresponde como autoridad sanitaria.
- Analizar la situación actual de aseguramiento del sector salud y las distintas opciones.
- Analizar la gestión de los procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe.

La reunión tendrá la modalidad de taller, a fin de facilitar que los participantes compartan y analicen las experiencias en sus países e identifiquen los aspectos positivos, así como los negativos que sea pertinente revisar y modificar. A partir de este intercambio, será posible revisar el estado del arte, identificar las lecciones a aprender y, finalmente, establecer líneas de trabajo a futuro.

PARTICIPANTES :

Se invitará a representantes de los siguientes países:

- Bolivia
- Chile
- Colombia
- Ecuador
- Perú
- Venezuela

Los equipos por país serán conformados por personas en posiciones de toma decisión relativa a los procesos nacionales de reforma sectorial y vinculadas con los temas que son el objeto del foro.

AGENDA

Lunes 5 de julio

8:00	—	8:30	Inscripción de Participantes
8:30	—	9:00	Inauguración <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Armando López Scavino, Representante a.i. OPS/OMS en Bolivia. ▪ Dra. Karen Cavanaugh, Asesora de Sistemas de Salud de AID y Coordinadora de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe. ▪ Dr. Daniel López Acuña, Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS. ▪ Dr. Guillermo Cuentas Yañez, Ministro de Salud de Bolivia.
			Sesión I: El Rol Rector del Estado y la Separación de Funciones Moderador: Dr. Guillermo Cuentas Yañez, Ministro de Salud de Bolivia.
9:00	—	9:30	Presentación de un Marco de Referencia: Dr. Daniel López Acuña. Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS.
9:30	—	9:45	Receso para café
9:45	—	11:30	Breve Perspectiva sobre el Desarrollo de la Reforma y Separación de Funciones. Presentación de Países.
11:30	—	12:30	Plenaria
12:30	—	14:00	Almuerzo
			Sesión II: Función Rectora Moderador: Dr. José Luis Zeballos, Coordinador Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, OPS.
14:00	—	14:30	Presentación del estudio “La practica actual de la rectoría en países seleccionados del Area Andina”.
14:30	—	15:45	Trabajo de Grupo
15:45	—	16:00	Receso para café
16:00	—	17:00	Presentaciones de Grupo
17:30			Recepción de Bienvenida

Martes 6 de julio

Sesión III:

Aseguramiento

Moderador: Dr. Armando López Scavino, Representante OPS/OMS en Bolivia

8:30	—	10:00	Presentación de un Marco de Referencia. Dr. Pedro Crocco, Dr. Daniel Maceira, Dra. Rena Eichler.
10:00	—	10:15	Receso para café
10:15	—	11:30	Trabajo de Grupo
11:30	—	12:30	Presentaciones de Grupo
12:30	—	14:00	Almuerzo

Sesión IV:

Análisis de procesos de Reforma

Moderador: Dra. Karen Cavanaugh, Asesora de Sistemas de Salud de AID y Coordinadora de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe.

14:00	—	14:30	Presentación de un análisis de la dinámica y gestión de los procesos reforma. Dr. Alberto Infante
14:30	—	15:45	Trabajo de Grupo
15:45	—	16:00	Receso para café
16:00	—	17:00	Presentaciones de Grupo
17:00			Clausura: Palabras de parte de la OPS Palabras de parte de los Participantes Palabras de parte de USAID Palabras de parte de Autoridad Nacional

ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES

Sr. Juan Carlos Arraya
Asesor Nutrición y Salud,
Cooperación Canadiense
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 43-3550
e.mail: Cida_lapaz@mail.megalink.com

Sra. Debbie Baglole
Oficial Salud y Población, Cooperación
Británica
Embajada Británica
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 43-3424
e.mail: Dfiv@zuper.net

Dr. Roberto Bohrt
Oficial Salud y Población, Cooperación
Británica
Embajada Británica
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 43-3424
e.mail: Rbohrt@lapaz.mail.fco.gav.vk

Dr. Leonardo Cañón
Consultor OPS, Colombia
Calle 36 N7-41 Of. 201
Teléfono: (57-1) 285-5704
e.mail: Leo_cano@hotmail.com

Dra. Karen Cavanaugh
Asesora de Sistemas de Salud de AID y
Coordinadora de la Iniciativa de Reforma del
Sector
Salud para América Latina y el Caribe
USAID – 5-09-100
Washington, DC 20523-5900
Teléfono: (202) 523-5900
e.mail: kcavanaugh@usaid.gov

Dr. Germán Crespo
Asistente Técnico Cooperación
Canadiense
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 41-9573

Dr. Pedro Crocco

Asesor en Reforma del Sector Salud Organiza-
ción Panamericana de la Salud
525 23rd Street, Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3649
e.mail: croccope@paho.org

Dra. Marie Andrée Diouf
Representante, Organización Panamericana de la
Salud
Los Cedros 269
Lima, Perú
Teléfono: ((51-1) 421-3030
e.mail: madiouf@per.ops-oms.org

Dra. Rena Eichler
FPMD/MSH
1515 Wilson Blvd
Rosslyn, VA
Teléfono: (703) 248-1603
e.mail: reichler@msh.org

Dr. Yanuario García
Consultor, Organización Panamericana De la
Salud
Av. 20 de octubre 2038
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 36-2646

Dr. Alberto Infante
Asesor Regional, OPS
525 23rd Street, Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3818
e.mail: infantea@paho.org

Sra. Maija Kegis
Miembro de la Sociedad Canadiense
Para la Salud Internacional
Teléfono: (613) 241-5785
e.mail: Mkagis@csih.org

Dr. Roberto Kriskovich
Consultor, OPS-Bolivia
Av. 20 de Octubre No. 2038
Teléfono: (591-2) 36-2646
e.mail: Rkriskov@ops-oms.org

Dr. Daniel López-Acuña
Director, HSP

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3200
e.mail: lopezdan@paho.org

Dr. Armando López-Scavino
Representante, OPS, Bolivia
Av. 20 de Octubre # 2038
Edif. FONCOMIN, P.3
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 39-1295
e.mail: alopezs@bol.ops-oms.org (La Paz)
alosca@adinet.com.py (Montevideo)

Dr. Daniel Maceira
Partnerships for Health
Reform (PHR)
Teléfono: (301) 718-3121
e.mail: daniel_maceira@abtassoc.com

Dr. Armando Miranda
Consultor, OPS-Bolivia
Av. 20 de Octubre No. 2038
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 36-2646
e.mail: amiranda@ops-oms.org

Dra. Lily Montano
Gerente Cooperación Canadiense
La, Bolivia
Teléfono: (613) 241-5785
e.mail: Scsi@ceibo.entelnet.bo

Lic. Patricia Schroeder
Consultora, OPS
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3239
e.mail: schroedp@paho.org

Sr. Raj Sharda
Residente, Programa de Formación
Internacional, OPS
Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3265
e.mail: shardara@paho.org

Ing. Ardi Vooets
Experta Asociada en Medicamentos
PAHO/Bolivia

Av. 20 de Octubre 2038
Teléfono: (591-2) 36-2646
Amiranda@ops-oms.org

Dra. Edwina Yen
Consultora, OPS
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC
Teléfono: (202) 974-3866
e.mail: yenedwin@paho.org

Dr. José Luis Zeballos
Coordinador Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud - Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Teléfono: (202) 974-3215
Email: zeballoj@paho.org

Delegación de Bolivia

Dr. Julio Alfred Cassab
Director General de Salud
Ministerio de Salud y Previsión Social
Plaza del Estudiante s/n
Teléfono: (591-2) 37-5462

Dr. Carlos Dabdoub
Director Hospital Universitario Japonés
de Santa Cruz
Saavedra 380, Casilla 38
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 33-8232

Dr. Fernando Cisneros
Jefe de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
Plaza del Estudiante
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 37-2233

Dr. Guillermo Cuentas Yañez
Ministro, Ministerio de Salud y
Previsión Social
Plaza del Estudiante s/n
Teléfono: (591-2) 37-5468-69-71

Dr. Luciano Gutierrez Paz
Director Instituto Nacional de Seguridad
Social – INASES
Edif. Las Dps Torres, Piso 7

La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 43-1362

Dr. José Henicke Bruno
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud y Previsión Social
Plaza del Estudiante s/n
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 37-0296

Dr. Oscar Landivar Zambrana
Director General de Servicios de Salud
Ministerio de Salud y Previsión Social
Cap. Ravelo 2199 Casilla 7571
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 37-5465

Dr. Fernando Lavadenz
Gerente General
Proyecto Reforma del Sector Salud
Casilla 5427
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 52-8030
e.mail: salva@coila.entelnet.bo

Sr. Rory Narvaez
Economista Sector Salud – UDAPE
Ministerio de Hacienda
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 43-1362

Dr. Oscar Larrian
Jefe de la Unidad de Seguros Básicos de Salud
Ministerio de Salud y Previsión Social
Calle Batallón Colorados
La Paz, Bolivia
Teléfono: (591-2) 363-10

Dr. Manilo Roca
Presidente Caja Petrolera
Avenida 16 de Julio # 1616
La Paz, Bolivia
Teléfono (593-2) 353-001

Sr. Natalio Fernández P.
Miembro Directorio INASES
Avenida 6 de agosto
Edificio Las Dos Torres
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 390-920

Dr. Ramiro Mariaca A.
Miembro Directorio INASES
Avenida 6 de agosto
Edificio Las Dos Torres
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 390-920

Dr. Alberto Castro Lizondo
Director Técnico SEDES Potosí
Calle Lucas Jaimes # 107
Potosí, Bolivia
Teléfono: (593) 27449 or 25360

Dr. José Luis Alfaro E.
Director Técnico SEDES Chuquisaca
Chuquisaca, Bolivia

Dr. Mario Terán de la Vega
Director Técnico SEDES Tarija
Avenida Saracho # 0643
Tarija, Bolivia
Teléfono: (593) 33377

Dr. Cesar Reyes Parada
Director Técnico SEDES Beni
Panamá # 41
Beni, Bolivia
Teléfono: (593) 321294

Dr. Javier Salinas Escobar
Director Técnico SEDES Cochabamba
Casilla 1028
Cochabamba, Bolivia
Teléfono: (593) 370744
Email: jata@comteco.entelnet.bo

Dr. Adan Aramayo
Presidente Caja Petrolera
Avenida 16 de Julio # 1616
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 152-4370

Dra. María Elena Zabala
Directora Técnica SEDES La Paz
Calle Capitan Ravelo
La Paz, Bolivia
Teléfono (593-2) 390-042

Dr. José Bustillos
Presidente Ejecutivo Caja CORDES

Avenida Arce
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 372-092

Sr. Jhonny Sensano
Coordinador Regional PROSIN
Santa Cruz, Bolivia

Dr. Andrés Abasto
Gerente General Cajas
Avenida Arce
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 361-611/ 372-092

Dr. Luis Eduardo Nuñez
Programador Evaluador PSF
Avenida Mutualista
Bolivia
Teléfono: (593) 016-58509

Lic. Eduardo Rivero
Jefe Comunicación Social
Ministerio de Salud
Plaza del Estudiante s/n
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 376-678
Email: Edrivero@ceibo.entelnet.bo

Dr. Carlos Hurtado
Consultor OPS-Bolivia
Avenida 20 de Octubre # 2038
La Paz, Bolivia
Teléfono: (593-2) 362-646
Email: Churtado@mail.ops.org

Sr. José Luis Camacho
Gerente de Salud UNICRUZ
Avenida El Trompillo # 632 Casilla 1232
Bolivia
Teléfono: (593) 540707
Email: Unicruz@bibosi.cz.entelnet.bo

Dr. Mario Aguilera Pareja
SEDES Santa Cruz
Santa Cruz, Bolivia
Teléfono: (593) 013-90943

Dr. Jaime Gallo
Presidente Caja Nacional de Salud
Avenida Mcal. Santa Cruz
La Paz, Bolivia

Teléfono: (593-2) 227-123

Dr. Fernando Gil
Consultor OPS Santa Cruz
Edificio de la Prefectura de Santa Cruz
Santa Cruz, Bolivia
Teléfono: (593) 361-894

Dr. René Bilbao
Director Municipal de Salud
24 de Septiembre
Bolivia
Teléfono: (593) 367-006/ 015-50348

Delegación del Perú

Sr. Nelson Shack Yalta
Asesor Técnico
Ministerio de Economía y Finanzas
Las Almendras 195-253
La Molie
Lima, Perú
Teléfono: (511) 428-0128
Email: Nshack@net.gob.pe

Econ. Manuel Vásquez Perales
Presidente Ejecutivo
Seguro Social de Salud
Dgo. Cuevo #120
Lima, Perú
Teléfono: (511) 909-9216

Sr. Luis Manrique Morales
Superintendente
Superintendencia de Entidades
Prestadoras de Servicios de Salud
Avenida Velazco Astili, cuadra 13
Lima, Perú
Teléfono: (511) 372-1166
Email: lmanrique@sepe.gob.pe

Dra. Doris Lituma Aguirre
Directora General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y
Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Gal. Garzón 2123, Jesús María
Lima, Perú
Teléfono: (511) 433-742
Email: dlituma@minsa.gob.pe

Econ. Margarita Petretera

Profesional Nacional a cargo del
Programa de Investigación en Salud y
Economía de la Salud
Representación de la OPS/OMS
Lima, Perú
Teléfono: (511) 421-3030
Email: Mpetrera@per.ops-oms.org

Delegación del Ecuador

Dr. Asdrúbal de la Torre
Director Técnico Administrativo
Consejo Nacional de Salud
Ministerio de Salud
Quito, Ecuador
Teléfono: (593-2) 235-932

Dr. Silvio Cascante
Director Médico
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
P.O. Box 171431
Quito, Ecuador
Teléfono: (593-2) 484-299
Email: Scascant@vio.satnet.net

Dr. Ramiro Ramadán
Director de la Unidad de Gerencia de Calidad -
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador
Teléfono: (593-2) 528-883
Email: rama@estudiantes.mix.com

Dr. Fernando Sacoto
Subsecretario de Desarrollo Institucional
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador
Teléfono: (593-2) 528-883
Email: Modersa@m-sp-modersa.com

Delegación de Colombia

Sra. Beatriz Londoño
Anterior Directora de Salud de Bogotá
Bogotá C11. 103 A23
Bogotá, Colombia
Teléfono: (571) 622-3219
Email: beatrizlondo@hotmail.com

Dra. Inés Gómez de Vargas
Superintendente
Superintendencia Nacional de Salud

Apt. 201
K13A No. 31/71
Bogotá, Colombia
Teléfono: (571) 383-4381

Dr. Juan Pablo Uribe
Coordinador Técnico
Fundación Corona
Calle 100 # 85-55
Torre C
Bogotá, Colombia
Teléfono: (571) 622-3219
Email: juribe@corona.com.co

Dra. María Elena Mora
Jefe Departamento Nal. Servicios A.
Seguro Social Colombia
Calle 26 No. 150-15, Ap.402
Bogotá, Colombia
Teléfono: (571) 626-4607

Delegación de Chile

Dr. Marcelo Tokman
Representante del Ministro de Hacienda
Ministerio de Hacienda
Santiago, Chile
Teléfono: (562) 671-7113
Email: mtr@dipres.com

Dr. Giorgio Solimano
Director de la Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Santiago, Chile
Teléfono: (562) 678-6145
Email: Gsolimano@machi.med.uchile.cl

Dr. Alejandro Ferreiro Yazigi
Superintendente ISAPRES
Mac Iver 225
Santiago, Chile
Teléfono: (562) 240-0751
Email: Aferreir@sisp.com

Dr. José Gómez Meza
Jefe del Departamento de Estudios
Ministerio de Salud
Mac Iver 54
Santiago, Chile
Teléfono: (562) 630-0370
Email: Jgomez@minsal.cl

Delegación de Venezuela

María Helena Jaén

Consultora OPS/OMS

Caracas, Venezuela

Teléfono: (58-2) 555-4404/ 014-331-3972

Email: maria.jaen@iesa.edu.ve