



5

Informe de relatoría - Foro
Regional sobre Mecanismos de
Pago a Proveedores
(Lima, Perú, 1-17 de Noviembre de 1998)

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. MARCO DE REFERENCIA	3
3. CARACTERIZACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	7
3.1 ¿QUÉ SON LOS MECANISMOS DE PAGO?	7
3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS MECANISMOS DE PAGO.....	10
3.2.1 <i>Mecanismos de Pago a Médicos.....</i>	<i>10</i>
3.2.2 <i>Mecanismos para el Pago a Hospitales.....</i>	<i>10</i>
3.3 UN MODELO SENCILLO DE ANÁLISIS.....	11
3.3.1 <i>La Primera Dimensión: La Unidad de Pago</i>	<i>11</i>
3.3.2 <i>La Segunda Dimensión: Los Riesgos Financieros.....</i>	<i>12</i>
3.3.2.1 Desigualdad de los Costos Sanitarios	12
3.3.2.2 Diferenciación de Productos, de Costos y de Precios	13
3.3.2.3 La Distribución de Riesgos Financieros	13
3.4 MECANISMOS DE PAGO Y SUS INCENTIVOS.....	14
3.4.1 <i>Pagos a Médicos.....</i>	<i>15</i>
3.4.1.1 Pago por Servicio o “por Acto”	15
3.4.1.2 Pago por Salario.....	17
3.4.1.3 Pago por Capitación	19
3.4.2 <i>Pagos a Hospitales.....</i>	<i>20</i>
3.4.2.1 Pago por Día o “por Estancia”	20
3.4.2.2 Pago por Ingreso.....	22
3.4.2.3 Pago por Presupuesto	23
4. CONCLUSIONES Y UNA PROPUESTA DE COOPERACIÓN TÉCNICA.....	27
4.1 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO.....	27
4.1.1 <i>Problemas Identificados.....</i>	<i>28</i>
4.1.2 <i>El Impacto de los Mecanismos de Pago.....</i>	<i>29</i>
4.1.3 <i>Identificación de Cuellos de Botella</i>	<i>29</i>
4.2 UNA PROPUESTA DE COOPERACIÓN TÉCNICA	30
4.2.1 <i>Estudios y Diseño de Mecanismos de Pago.....</i>	<i>31</i>
4.2.1.1 Fortalecimiento del Rol Rector en lo Referente a Mecanismos de Pago	31
4.2.1.2 Seguimiento de los Procesos y Evaluación de Impacto.....	31
4.2.1.3 Intercambio de Información.....	31
ANEXO A: AGENDA	33
ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES	39

1. INTRODUCCIÓN

En Lima, Perú, durante los días 16 y 17 de noviembre de 1998, se realizó el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores. Fue convocado por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Participaron profesionales de América Latina y el Caribe. El propósito establecido fue el de proveer un espacio de cavilación sobre el tema, en el que participaran representantes de diferentes instituciones involucradas en la relación entre agentes pagadores (aseguradores y/o compradores) de servicios de salud y proveedores de éstos.

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

Entre los componentes principales de los procesos de reforma que tienen lugar en el Sector Salud en las Américas, se encuentra la identificación y puesta en marcha de nuevas formas de pago a proveedores. Cada mecanismo de pago lleva implícito un conjunto de incentivos y un nivel de riesgo financiero que son determinantes en la conducta del proveedor y, por tanto, en los resultados finales. Las decisiones sobre cantidad y calidad de los servicios de atención de salud que entregan los proveedores son influenciadas por la forma en que se les pague. Por tanto, estos mecanismos tienen un impacto directo en el desempeño de los sistemas y servicios de salud, así como en el logro de algunos de los objetivos declarados de la Reforma Sectorial, como son los de eficiencia, calidad y posibilidad de contener costos.

La reunión se realizó en la modalidad de taller, a fin de facilitar que los participantes compartieran y analizaran las experiencias en sus países e identificaran los aspectos positivos, así como los negativos que es pertinente revisar y modificar. Durante los dos días de reunión los participantes se dedicaron a revisar el estado del arte en cuanto a mecanismos de pago, identificar las lecciones a aprender y, finalmente, establecer líneas de trabajo a futuro.

El presente documento constituye el informe de relatoría del Foro Regional sobre Sistemas de Pago a Proveedores. En éste se ordenan y se exponen algunos de los aspectos más relevantes presentados en la reunión, en este sentido no es una transcripción ni una recopilación de las distintas presentaciones, sino una síntesis organizada de lo tratado.

El informe contiene los siguientes capítulos:

- Marco de referencia donde se entregan antecedentes sobre los procesos de reforma sectorial en América Latina y el Caribe y la Iniciativa de Reforma del Sector Salud.
- Caracterización y criterios de evaluación de los mecanismos de pago, el cual plantea que son los mecanismos de pago y su diferencia con el financiamiento sectorial, una descripción de estos y su uso como instrumento para el logro de los objetivos sectoriales.
- Conclusiones y una propuesta de cooperación técnica, en donde se presenta un resumen de los problemas y recomendaciones de los grupos de trabajo, y las posibles áreas de cooperación técnica.

- Anexos, en el cual se presenta la agenda de la reunión y un listado con las posiciones y direcciones de los participantes.

2. MARCO DE REFERENCIA¹

En su doble dimensión de Agencia Especializada en Salud del Sistema Interamericano y de Oficina Regional para las Américas de la OMS, el mandato básico de la OPS es "actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en la Región". Sus funciones son "prestar cooperación técnica...buscar consenso en relación con los problemas prioritarios determinados por los países...movilizar los recursos y la acción internacional para apoyar los esfuerzos encaminados a resolver estos problemas...apoyar a los países y cooperar con ellos en las áreas de la salud en el desarrollo, desarrollo de los sistemas de salud, promoción y protección de la salud, salud ambiental y desarrollo y control de enfermedades".

La I Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, incluyó la discusión sobre los procesos nacionales de reforma sectorial (RS). Entre otras cosas, la Cumbre convocó una Reunión Especial con los gobiernos, donantes interesados y agencias de cooperación técnica internacional co-organizada por la OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, para establecer el marco conceptual de dichos procesos y definir el rol de la OPS/OMS en el seguimiento y evaluación de los planes y programas de reforma sectorial en los países de la Región.

La Reunión Especial sobre Reforma Sectorial se celebró en la sede de OPS/OMS en septiembre de 1995, y en ella se constató un interés creciente, en los países, en las agencias y otras organizaciones de cooperación actuantes en la Región sobre las estrategias de reforma, las políticas, los instrumentos y los resultados. Desde entonces, las autoridades nacionales y los organismos internacionales, así como otros actores involucrados, solicitan con frecuencia información sobre los objetivos, los planes y programas, las dinámicas, los contenidos, los instrumentos y las experiencias institucionales e individuales en las diferentes áreas incluidas en las reformas. Hasta hace poco, gran parte de esta información era inédita o su disseminación se limitaba a ámbitos muy restringidos.

Al término de la Reunión Especial, 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 Estados miembros y otras agencias en el diseño de un proceso para el monitoreo de la reforma del sector salud en las Américas"

Como consecuencia del mandato de colaboración interagencial, y en respaldo a los esfuerzos de Reforma del Sector Salud en los países, la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID) y la OPS iniciaron discusiones tendientes a identificar áreas prioritarias de cooperación regional en Reforma del

¹ Las fuentes de este capítulo son:

- La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector salud. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Junio 1998.
- Presentación efectuada por Karen Cavanaugh, Health System Advisor, LAC/RSD – PHN USAID, en el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores.
- Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Documento de la Iniciativa Reforma Sector Salud.

Sector. Para este fin, se tomaron en consideración otros actores que podían contribuir al logro de los objetivos comunes en este campo.

En 1997 fue lanzada la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en los Países de América Latina y el Caribe. Se trata de un proyecto a cinco años (1997-2002) del que forman parte la OPS/OMS, la USAID, Partnership for Health Sector Reform (PHR), Data for Decision Making (DDM) and Family Planning Management Development (FPMD) y cuyo objetivo central es proporcionar apoyo regional para promover el acceso equitativo a servicios básicos de calidad en la Región de las Américas . Cuenta con financiamiento de USAID de US\$7.4 millones en fondos no-reembolsables y de OPS de US\$2.8 millones en fondos no reembolsables. El “Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores”, es uno de los resultados de la iniciativa.

En la Región de las Américas, la reforma sectorial en salud (RS) se ha planteado como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector 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.

El marco conceptual y los criterios de actuación en los procesos de reforma se han ido construyendo a lo largo de los últimos años, entre otras, con el aporte de las siguientes iniciativas:

- a) el Plan de Acción de la cumbre de Miami,
- b) las aportaciones de los países a la Reunión Especial sobre Reforma y la Resolución del Consejo Directivo posterior, (Washington DC, sep. 1995),
- c) el Informe de Seguimiento las actividades de reforma del sector salud presentado ante el Consejo Directivo de la Organización (Sep. 1996) ,
- d) el documento "La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud",
- e) el Informe sobre "La Rectoría de los Ministerios de Salud en la Reforma del Sector" presentado ante el Consejo Directivo de la Organización (Sep. 1997),
- f) las discusiones sobre RS en las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Area Andina, Mercosur, y países del Caribe Anglófono y,
- g) el seguimiento y apoyo a las Comisiones Nacionales y Grupos de apoyo a la Reforma en varios países de la Región.

Los criterios rectores de la OPS ante las RS, derivados de lo anterior y sustentados por la experiencia de la mayoría de las RS en curso son los siguientes: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

Todos ellos son conceptos que permiten juzgar la direccionalidad de las reformas en curso o planificadas, desde el punto de vista del propósito final proclamado. Así, ninguna reforma debería

contraponerse a dichos criterios y la "reforma ideal" sería aquella en la que las cinco cualidades hubiesen mejorado al final del proceso.

La equidad implica: en condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

La efectividad y la calidad técnica implican que los usuarios de los servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna; la calidad percibida implica que la reciben en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

La eficiencia implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible en términos de salud por unidad de costo y son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costo o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado, manteniendo el nivel de calidad.

La sostenibilidad tiene una dimensión social y otra financiera, y se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Consecuentemente, implica la aceptación y apoyo sociales y la disponibilidad de los recursos necesarios.

La participación social tiene que ver con los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y se beneficien de los resultados de dicha influencia.

Finalmente y un aspecto a destacar, y que avala el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores, es que entre las principales tendencias y características de las reformas del sector en la Región están:

- la separación de las funciones de financiamiento y 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.

3. CARACTERIZACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

3.1 ¿QUÉ SON LOS MECANISMOS DE PAGO? ²

El flujo de fondos en un sistema de salud se puede abordar inicialmente como teniendo tres niveles:

- El financiamiento sectorial: que se refiere a la forma en que el sector es financiado como un todo.
- El financiamiento intrasectorial o financiamiento de la provisión de servicios: que se refiere a la distribución o reparto de los recursos al interior del sector salud. El que usualmente se realiza a través de presupuestos o pagos a instituciones públicas, privadas con y sin fines de lucro, firmas y proveedores.
- Remuneración: que se refiere a la compensación que reciben los individuos que trabajan en el sector salud por su trabajo.

La distinción entre financiamiento y remuneración puede en algunos casos no ser evidente. Por ejemplo, cuando un individuo le paga el costo total de una prestación a un prestador de salud, el acto de pago simultáneamente financia el servicio y remunera al proveedor. Cabe destacar que este último es el más simple de los sistemas, todos los otros introducen separaciones entre dos o más de los tres componentes.

En cuanto a las fuentes de financiamiento sectorial, tenemos que tener presente que el dinero para financiar el funcionamiento del sistema de salud puede venir de distintas fuentes:

- pago directo,
- primas de seguro,
- contribuciones a la seguridad social,
- impuestos,
- créditos,
- donaciones nacionales o internacionales.

² La fuente de esta sección es:

- Presentación efectuada por Pedro Crocco, Asesor en Reforma del Sector Salud de la Organización Panamericana de la Salud, en el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores.

El pago directo incluye, tanto el que realiza el consumidor cuando paga atenciones de salud en ausencia de un seguro, u otro medio de cofinanciamiento, como el copago que puede deber realizar en presencia de un seguro.

Las primas de seguro privadas representan pagos a un asegurador para los gastos previstos de servicios de salud. El individuo paga la prima sin importar si él o ella utiliza o recibe cualesquiera servicios.

Las contribuciones a la seguridad social representan cotizaciones obligatorias de colectivos determinados a entidades de seguro médico, generalmente públicas, integradas o no en instituciones más amplias de seguridad social.

Una fuente, generalmente siempre importante como porcentaje del total del financiamiento sectorial, son los recursos procedentes del fondo general de impuestos.

Otra fuente de financiamiento sectorial, aunque potencialmente menos sustentable, es el endeudamiento. En este caso el gobierno obtiene crédito de agentes internos o externos al país para suplementar sus ingresos.

Por último, las donaciones, generalmente obtenidas a través de la asistencia bilateral y/o multilateral, constituyen también una fuente de financiamiento.

Una vez que los dineros han sido obtenidos a través de algún mecanismo de financiamiento sectorial, enfrentamos el problema de como distribuir o repartir estos recursos a las organizaciones de atención de salud y a los proveedores individuales.

Tanto el financiamiento intrasectorial como la remuneración suponen retribuir alguna actividad y están sujetas a muchos de los mismos principios. Habitualmente cuando se discuten materias que competen tanto al financiamiento a proveedores como a la remuneración, se usa el término general "pago" o "esquema de pago" para referirse a la entrega de recursos financieros en compensación por la provisión de atención de salud.

Los esquemas de pago están contruidos sobre dos elemento básicos:

- Las entidades que participan en el intercambio (gobierno, aseguradoras, proveedores y beneficiarios).
- El mecanismo de pago, que se refiere a las bases sobre la cual el dinero es intercambiado entre las partes (el pago por prestación y el per cápita son ejemplos).

Aunque muchas entidades pueden participar en esquemas de pago, la mayoría cae en una o más de las siguientes categorías:

- beneficiario (como agente financiador),
- intermediador financiero.
- proveedor/organización de proveedores,

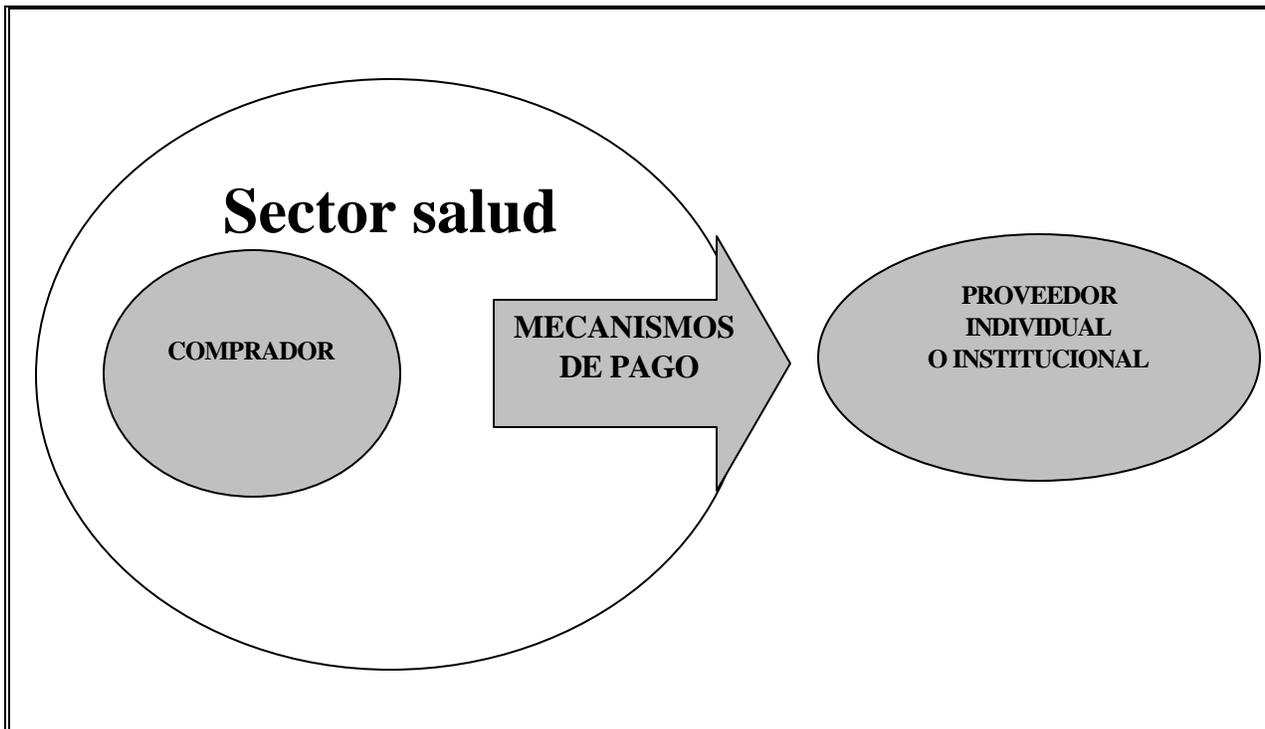
Los beneficiarios, en este ámbito actuando como agente financiador, son los individuos cubiertos por un plan de salud. En un sistema público, los residentes de una jurisdicción o los miembros del sistema de seguridad social. En un plan privado, los afiliados al plan de seguro.

El intermediador financiero es una organización que recolecta o recibe dineros que son usados para financiar seguros y servicios de salud y remunerar a proveedores. En un sistema de financiamiento público, un intermediario financiero sería normalmente una agencia de gobierno central o local. En un sistema privado puede ser el empleador, el que colecta y paga primas en nombre de sus empleados, o un seguro privado. Pueden haber múltiples niveles de intermediarios financieros en un esquema de pago.

Los proveedores son los individuos o instituciones que prestan las atenciones de salud. Los individuos corresponden a los médicos, dentistas y otros profesionales o trabajadores de la salud que ejercen su profesión en forma particular. Las instituciones corresponden a organizaciones como lo son hospitales, clínicas y centros de salud.

Mecanismos de pago, se refiere a la forma en que los recursos financieros se distribuyen desde un agente (o comprador), como el gobierno o una compañía de seguro o el beneficiario de un servicio, a una institución de salud o un proveedor individual, tal como un médico o una enfermera.

Mecanismos de Pago



3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS MECANISMOS DE PAGO³

3.2.1 Mecanismos de Pago a Médicos

A continuación se presenta una breve descripción de diversos mecanismos utilizados para pagar a los médicos u otros proveedores individuales.

- Salario fijo: A los proveedores se les paga un salario que no depende del número de pacientes que atienden o del volumen de los servicios prestados.
- Cuota por servicio: A los proveedores se les paga una cuota por cada servicio otorgado.
- Pago por persona inscrita: Los proveedores reciben un pago fijo por persona registrada, sin tomar en consideración el número de servicios otorgados.
- Bonos: Los médicos reciben un bono por controlar el número de referencias o pruebas de diagnóstico.
- Retenciones: Una parte del pago por persona inscrita o del salario del médico es retenida hasta el final de un periodo.
- Híbrido: Cualquier combinación de los mecanismos de pago antes citados.

3.2.2 Mecanismos para el Pago a Hospitales

A continuación, se presentan diversas formas para reembolsar a los hospitales, usados tanto dentro de la Región como en otras partes del mundo.

- Presupuesto histórico: A los hospitales se les asigna un presupuesto fijo que, usualmente, se fundamenta en los presupuestos de años anteriores y no en los servicios proporcionados realmente, o en los gastos en que se incurre verdaderamente.
- Cuota por servicio: A los hospitales se les paga una cuota por cada servicio otorgado.
- Pago por día de hospitalización: Los hospitales reciben una cantidad fija por día de estancia en el hospital que incluye todos los servicios clínicos y de hospedaje.

³ La fuente de esta sección es:

- Presentación efectuada por Rena Eichler, Health Economist/Senior Associate Health Financing Program Management Sciences for Health, en el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores.

- Pago con base en el procedimiento: Los hospitales reciben un pago global por tratar a un paciente por un procedimiento específico (ejemplo: apendicectomía, parto normal). El pago incluye todos los servicios necesarios para tratar al paciente.
- Pago relacionado con el diagnóstico: Los hospitales reciben una cantidad global por tratar a un paciente con un diagnóstico específico (ejemplo: los GRDs en los Estados Unidos).
- Pago por persona inscrita: El hospital recibe un pago fijo por persona registrada, sin tomar en consideración el número de servicios otorgados.

3.3 UN MODELO SENCILLO DE ANÁLISIS⁴

La literatura especializada considera que los mecanismos de pago tienen en común una característica: todos pueden describirse con dos dimensiones:

- la “unidad de pago”, que describe qué servicios sanitarios se incluyen en la contraprestación que se está pagando,
- la distribución de riesgos financieros entre el que vende y el que compra.

Veremos las dos dimensiones por separado y después las combinaremos intentando acoplar en este marco conceptual los mecanismos de pago más relevantes.

3.3.1 La Primera Dimensión: La Unidad de Pago

Las unidades de pago se distinguen por el grado de agregación de los servicios asistenciales contratados. Por ejemplo, la diferencia entre el pago capitolativo y la estancia hospitalaria es que la segunda incluye los gastos de un día de hospital, mientras que la primera, además de dichos gastos, incluye cualquier otro que se desee asociar al individuo implicado. Del mismo modo, un pago por un ingreso hospitalario de ocho días es una forma de agregación de ocho pagos por una estancia.

Así, disponemos de un criterio de ordenación de las unidades de pago, de menor a mayor agregación. Puede considerarse que la unidad menos global o agregada es el pago por servicio y, sucesivamente, las más agregadas son los pagos por un proceso asistencial, por una estancia hospitalaria, por un ingreso, por la asistencia a un enfermo a lo largo de un período determinado de tiempo (pago capitolativo, o cualquier forma de aseguramiento sanitario integral), etc.

⁴ Las fuentes de esta sección son:

- Sistemas de Pago a Proveedores de Servicios Sanitarios en Países Latinoamericanos y de la OCDE. Estudio Para La Oficina Panamericana de la Salud. Begoña Álvarez, Félix Lobo, y Laura Pellisé. Octubre 1998
- Presentación efectuada por Félix Lobo y Laura Pellisé en el Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores.

Este criterio de ordenación es sumamente trascendente ya que determina el tipo de incentivo que el financiador emite al proveedor, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando. Por ejemplo, si el pago es capitolativo la señal que emitimos es que el proveedor tendrá ingresos adicionales positivos si aumenta el número de individuos que tiene adscritos, mientras que sus ingresos no variarán aunque aumente la intensidad de la atención por individuo adscrito. Es decir, los ingresos económicos del proveedor se incrementarán cuantos más individuos estén bajo su control, pero no aumentarán por el hecho de ofrecer mayor asistencia a cada uno de ellos. Si este pago capitolativo se realiza como contrapartida por una atención integral de la salud (como ocurre con los HMO; con los médicos de familia bajo el sistema británico reformado –“Gp fundholders”- o con las entidades mutuales en España), entonces los incentivos pro-eficiencia afectarán a todos los servicios asistenciales, podrá conseguirse la satisfacción de los adscritos (suponiendo posibilidad de elección y economías de escala) y causar costos mínimos gracias a la utilización racional de los servicios asistenciales.

Si, en cambio, el pago es por ingreso hospitalario (como en el caso de los GDR), el proveedor entenderá que sus ingresos marginales están linealmente relacionados con el número de pacientes ingresados y no con el número de servicios ni de días de estancia por caso ingresado. En esta hipótesis los incentivos pro-eficiencia están relacionados con un concepto de “producto” igual al ingreso hospitalario y un concepto de insumo igual al coste por ingreso (intensidad de la utilización de recursos hospitalarios). Por lo tanto, el producto que define al concepto de eficiencia bajo un pago según GDR es el número de ingresos hospitalarios. No lo es ni la reposición, ni el mantenimiento, ni la mejora de la salud.

3.3.2 La Segunda Dimensión: Los Riesgos Financieros

Una vez establecida la unidad de pago, existe aún un amplio abanico de posibilidades para definir la fórmula de remuneración. Por ejemplo, una vez seleccionado el ingreso hospitalario como unidad aún nos queda por elegir entre una pluralidad de posibilidades: un sólo precio, cualquiera que sea el origen y motivo del ingreso; una tarifa basada en GDR; y en función del número de “productos hospitalarios” diferenciados (tipos de estancia) que reconozca el financiador.

Para explicar esta segunda dimensión de los mecanismos de pago a proveedores tenemos que tener en cuenta la distribución desigual de los costos sanitarios y la distribución, por tramos o intervalos, de la remuneración.

3.3.2.1 Desigualdad de los Costos Sanitarios

Tomemos como unidad de pago los ingresos hospitalarios. Cabe preguntarse si, más o menos, todos cuestan lo mismo. Si fuese así, el 50 por ciento de los ingresos hospitalarios más baratos estarían asociados al 50 por ciento de los costos del hospital. Sin embargo, la mayoría de los hospitales no tienen costos por ingresos uniformes. En general ocurre que los costos que generan son desiguales. Hay un alto porcentaje de ingresos relativamente baratos y un porcentaje menor de ingresos que generan muy altos costos. Se puede dar, por tanto, una distribución desigual, de modo que el relativamente pequeño porcentaje de ingresos que generan altos costos supongan un porcentaje alto de los costos totales. Por ejemplo, puede ocurrir que los ingresos más baratos representen el 80 por ciento del total de ingresos, pero no absorban más que el 20 por ciento de los costos totales del hospital. O, lo que es lo mismo, que los

ingresos hospitalarios más caros representen sólo el 20 por ciento del total de ingresos pero absorban el 80 por ciento de los costos del hospital.

Lo mismo podría decirse de otra unidad de pago, como los pagos capitativos. Algunos pacientes pueden generar muy altos costes, de modo que aunque sólo sean un pequeño porcentaje del total de adscritos representen un porcentaje alto del total de costos.

3.3.2.2 Diferenciación de Productos, de Costos y de Precios

En cuanto a la distribución por tramos de las remuneraciones pongamos por caso que existe un único asegurador (público) y que escoge como unidad de pago el ingreso hospitalario. Una vez tomada esta decisión, todavía le queda decidir cómo pagará a los hospitales por cada ingreso. En un extremo, podría pagar un tanto fijo y único con lo que implícitamente, estaría reconociendo que todos los ingresos son iguales. Éste es el caso del pago que MUFACE transfiere a las aseguradoras privadas en España; o el de los “GP fundholders” en el Reino Unido. Básicamente se trata de un pago capitativo y de un solo tramo equivalente al costo medio.

Alternativamente, el financiador podría establecer una tarifa simple y diferenciar tres tipos de ingresos distintos, cada uno pagado a un precio diferente. O establecer una tarifa compleja y distinguir casi 500 intervalos de precio correspondientes a 500 productos diferentes, como el sistema de pago a hospitales en EE.UU. basado en GDR.

Finalmente, en el otro extremo, podría pagar una cantidad distinta para cada ingreso, presuponiendo que cada estancia, en cada hospital, es un producto diferente, en el sentido de que genera un costo inevitablemente singular. Así, podrían existir tantos precios como ingresos producidos.

Otro ejemplo lo constituyen las compañías aseguradoras de los EE.UU. Pueden diversificar sus primas (comparables a pagos capitativos) en tantos tramos como crean necesario, para una unidad de pago referida al costo anual individual, familiar u otro. Es decir, pueden ajustar sus primas a las características de sus asegurados. El caso opuesto es el español. Hasta hace pocos años, las compañías de seguro médico no podían discriminar y debían establecer un solo pago, un solo intervalo.

3.3.2.3 La Distribución de Riesgos Financieros

Teniendo presentes los razonamientos anteriores puede deducirse que para una unidad de pago dada, cuanto más nos acercamos al caso de la remuneración consistente en un tanto fijo, es decir, cuanto menor es el número de los tramos o intervalos en cuyo espectro puede oscilar la remuneración y, por tanto, más amplios son éstos, más se arriesga el proveedor si los costes varían. O, más sintéticamente, cuanto mayor variabilidad de costos para un precio dado, mayor riesgo financiero se transfiere del financiador hacia el proveedor.

Efectivamente, sea el caso extremo anterior del ingreso hospitalario para el que se considera una sola remuneración (lo que implica un sólo “producto” y un sólo tramo de pago), por ejemplo, el coste medio observado a nivel nacional en los últimos cinco años. Entonces el proveedor así reembolsado corre un riesgo relativamente alto de atender en un año pacientes relativamente caros. Por muy eficiente que sea,

con una remuneración a tanto fijo la variación en su entorno de los costos, entre diferentes casos, es extrema y nuestro proveedor corre un riesgo relativamente alto de no cubrir costos con los ingresos así organizados.

Tomemos ahora la opción opuesta para la misma unidad de pago, es decir, el ingreso hospitalario. Supongamos que se establece una tarifa con gran cantidad de precios y, por tanto, de intervalos o tramos para el pago (mil por ejemplo). Bajo dichos supuestos, el hospital incurrirá en pérdidas no relacionadas con su eficiencia en la utilización de recursos sólo si dentro de cada uno (de los mil) intervalos le tocan casos que generan costos por encima de la remuneración establecida. De acuerdo con las reglas probabilísticas clásicas, esta posibilidad es mucho menor cuando hay muchos intervalos que cuando hay un solo intervalo para una variabilidad de costos idéntica.

Finalmente, si establecemos tantos intervalos como casos potenciales haya en la población, entonces no hay variabilidad de costos dentro de cada intervalo establecido y, como consecuencia, el riesgo financiero que soporta el proveedor es nulo. Esto es, exactamente, lo que ocurre con los pagos llamados retrospectivos. Establecer una infinidad de intervalos es, de hecho, reconocer que cada servicio realizado es diferente, en el sentido de implicar un costo diferente. Es, en definitiva, el sistema de pago por acto o por servicio realizado que no traslada ningún riesgo financiero del financiador al proveedor.

En resumen, en un extremo tenemos el caso de una remuneración a tanto fijo, o sea con un solo intervalo. Es el pago prospectivo más “puro” o sin ajustes, como el pago caputivo de MUFACE en España a las compañías de seguro libre o de los “GP fundholders” en Inglaterra. Los proveedores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos para una tarifa prefijada y una unidad de pago dada. En el otro extremo tenemos una infinidad de intervalos. Es el caso del pago retrospectivo o pago por acto (“fee-for-service” en inglés). El riesgo incurrido por los proveedores es nulo: sea cual sea el costo de la unidad producida, la remuneración lo cubrirá, y el financiador será el que soporte todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos.

Ni un extremo ni otro parecen óptimos. La distribución de riesgos entre proveedores y financiador es muy importante, al igual que lo es la elección de la unidad de pago que se quiere remunerar. La cuestión es, entonces, escoger un sistema de remuneración eligiéndolo de entre una parrilla de posibles sistemas.

3.4 MECANISMOS DE PAGO Y SUS INCENTIVOS

En este capítulo describimos los tipos fundamentales de mecanismos de pago, considerando la unidad de pago de que se trata y la distribución del riesgo entre financiador y proveedor/ofertante de servicios sanitarios.

Además tendremos en cuenta los siguientes aspectos en cada sistema considerado:

- Incentivo económico fundamental
- Características y efectos previsibles
- Relación con la eficiencia

- Relación con la calidad
- Posibilidades de la acción pública

Queremos subrayar que nuestra exposición se refiere únicamente a los incentivos económicos y la dirección hacia la que moverían la conducta humana (aquí de los profesionales sanitarios) si no existiera ninguna otra motivación. Naturalmente esto es una simplificación, pues no tiene en cuenta motivaciones distintas de las económicas, que pueden ser tan importantes o más que éstas, como el altruismo y la reputación.

3.4.1 Pagos a Médicos

3.4.1.1 Pago por Servicio o “por Acto”

Concepto. La Unidad de Pago

El pago al médico por servicio (también llamado por acto) tiene una gran tradición y aparece en todos los países, ligado fundamentalmente a la medicina privada, pero no es desconocido totalmente en condiciones de medicina financiada con fondos públicos. Es aquella fórmula de pago en la que la unidad de pago o de cuenta es el servicio individual o aislado prestado, o —usando otra terminología— la realización de un "acto médico". Puede tratarse de una visita o consulta; de una prueba diagnóstica; de una operación quirúrgica; de una atención de urgencia, etc.

Incentivo Económico Fundamental

El incentivo fundamental en este caso es maximizar los ingresos, maximizando el número de actos médicos realizados.

La Distribución de Riesgos

El sistema de pago por acto suele ser un caso extremo que atribuye todo el riesgo financiero al financiador de los cuidados médicos. En efecto, el proveedor con esta fórmula tenderá a cubrir todos sus costes retrospectivamente, ya que factura "ex post". Así, la variabilidad de los costes sanitarios no le afecta si puede ajustar la tarifa en cada caso.

Características y Efectos Previsibles

- Esta fórmula no favorece especialmente las actividades de prevención de las enfermedades, pues muchas de ellas al médico no le reportan ingresos. Por ejemplo, que sus pacientes hagan ejercicio físico siguiendo su recomendación en una consulta podrá permitirle cargar el precio de la visita, pero no cobrarles cada vez que hacen su ejercicio.

- Puede favorecer la aplicación de alta tecnología y la prestación de asistencia de segundo y tercer nivel.
- Puede favorecer la inducción de demanda.
- Puede promover la corrupción, por ejemplo la colusión entre un médico y una clínica de pruebas diagnósticas.
- Por su propia naturaleza estimula la discriminación de precios entre distintos pacientes, según su nivel de renta, lo cual en condiciones no competitivas puede ser lo más eficiente.
- Puede ser fuente de desigualdad geográfica y social pues provoca la concentración geográfica de la oferta de servicios en las zonas cuya población tiene ingresos más altos.

El Pago por Acto y la Eficiencia

Existe un amplio consenso acerca de los graves problemas de eficiencia que este sistema provoca. En efecto, incentiva la realización de más actos médicos, a veces sin prestar atención a los costes que generan, por lo que promueve la sobreutilización y el derroche de recursos. Ello ocurre en un contexto como el de los mercados de asistencia sanitaria, cuyas imperfecciones excluyen, al menos en buena medida, la competencia, que no puede entonces imponer su disciplina a los proveedores ineficientes. Existen pruebas empíricas acerca de la asociación entre pago por acto y tasas de intervenciones quirúrgicas más altas.

El Pago por Acto y la Calidad

La calidad de la asistencia no es comprometida por este sistema, sino que, por el contrario, puede resultar favorecida al incentivar al médico a asistir al paciente.

Posibilidades de la Acción Pública

Los poderes públicos han intervenido en distintos países y en diferentes momentos del tiempo para corregir los efectos negativos de este sistema. Una forma común de actuación ha sido la intervención de precios y establecimiento de tarifas máximas por acto médico. No quedan resueltos así todos los problemas. La definición del "acto" o "servicio" puede revelarse difícil. Pero el obstáculo fundamental con la intervención de precios es que no controla las cantidades y puede verse frustrada por la realización de un número mayor de actos médicos.

3.4.1.2 Pago por Salario

Concepto. La Unidad de Pago

Como es bien sabido la unidad de pago es aquí el tiempo de trabajo del profesional sanitario. En un sistema de salario "puro" ni el número de enfermos tratados ni la excelencia en el trabajo están relacionados con el salario. Se tiende entonces a establecer estructuras salariales más complejas, con percepciones diferenciadas, con las que se quiere incentivar la dedicación y el esfuerzo. Pero no es sencillo ajustar los salarios al rendimiento y la calidad. Hay problemas para observar fehacientemente el desempeño de los profesionales, lo que dificulta su aplicación en la práctica. También hay dificultades derivadas del frecuente corporativismo médico, que prefiere salario igual para todos y entiende los incentivos salariales como agravios comparativos.

La remuneración por tiempo de trabajo es muy común en los casos en los que no sólo la financiación sino también la producción de servicios sanitarios es abordada por el sector público, en especial para los médicos de los hospitales. Tampoco es desconocida en el marco de la producción de servicios de sanidad por el sector privado.

Incentivo Fundamental

Aquí el incentivo fundamental es minimizar los costes (sobre todo en términos de esfuerzo personal) a partir de unos ingresos conocidos y fijos. Este incentivo económico tiende a la reducción de los pacientes atendidos y de los tratamientos estudiados, establecidos y supervisados, así como de las horas trabajadas

La Distribución de Riesgos

En el caso del salario puro, una vez establecido éste, no existe ningún riesgo para el financiador. En efecto, independientemente de que vea a muchos pacientes en una sola hora, el pago a los médicos no variará y el coste médico no será mayor para el financiador. Pero, si se introducen ajustes por productividad, el financiador incurrirá en el riesgo de tener que hacer pagos no esperados si el rendimiento supera lo previsto.

Características y Efectos Previsibles

- Cuando el pago es por salario y la estructura salarial es relativamente rígida la carrera profesional, la promoción y el ascenso en la organización sanitaria de que se trate devienen muy importantes. Por un lado, el ascenso profesional puede ser la única vía hacia niveles salariales superiores; por otro lado, la satisfacción profesional puede ser un sustitutivo de los ingresos más altos. El incentivo económico se ve así complementado o sustituido por el incentivo de la reputación.
- La fórmula salarial impulsa el crecimiento de las plantillas o número de profesionales empleados como vía para reducir la carga de trabajo de cada uno de ellos.

- No es un obstáculo a la cooperación entre los médicos quienes con esta fórmula no tienen motivos para comportarse con exceso de competitividad para conseguir pacientes como puede ocurrir con otros sistemas.
- El sistema salarial puede acrecentar, por comparación con el pago por acto, conductas que impliquen abuso de confianza/riesgo moral por parte de los pacientes (por ejemplo, el abuso de medicamentos de prescripción, ya que las visitas en exceso para conseguir las recetas necesarias no determinan pagos extra al médico, los cuales serían contestados y limitados por el seguro (público o privado).

El Salario y la Eficiencia

Un sistema salarial de pago a los médicos puede tener consecuencias diversas para la eficiencia. Por un lado, no contiene el mecanismo implícito de impulso al gasto y el derroche que caracteriza al pago por acto. Pero una estructura salarial, sobre todo si es muy rígida, favorece la sindicalización corporativista que puede impulsar los salarios al alza dado el alto poder negociador de la "clase" médica. A ello hay que unir el impulso al mantenimiento de estructuras de personal sobredimensionadas y rígidas que pueden constituir un obstáculo formidable a la eficiencia.

El Salario y la Calidad

El principal problema de un sistema salarial rígido puede ser que no favorece la calidad asistencial. Como se ha dicho "insensibiliza frente al paciente" (ORTÚN RUBIO 1990). Lo mismo pueden cobrar el profesional concienzudo y dedicado a sus enfermos que el perezoso e incumplidor. Esto, de por sí, es altamente desestimulante para los profesionales.

Posibilidades de la Acción Pública

El sector público frente a sus propios trabajadores médicos y otros profesionales sanitarios siempre tendrá que negociar las estructuras y los niveles salariales. Pero, como ya hemos advertido, el poder de negociación de éstos es elevado y suele ser reforzado por la opinión pública y los medios de comunicación.

Frente al problema de la calidad de la asistencia, comprometida por este sistema de pago, los poderes públicos tienen la opción de establecer regulaciones para garantizarla, tanto en el sector privado como en el propio sector público. Por ejemplo, estableciendo y apoyando comisiones hospitalarias de control general de la calidad, de infecciones, de uso racional de los medicamentos etc. O estableciendo un sistema de protocolos para los tratamientos y otro de acreditación.

Por fin la tercera gran opción es diseñar un sistema de remuneración mixto que incluya estímulos a la calidad, lo que está lejos de ser sencillo.

3.4.1.3 Pago por Capitación

Concepto. La Unidad de Pago

El pago por capitación, por cabeza o "per capita" utiliza como unidad a la persona afiliada, que recibe del proveedor una asistencia sanitaria completa o, al menos, una amplia gama de servicios sanitarios. Se ha dicho que responde al precepto de Confucio: "Paga al médico mientras estés sano".

Se trata de una fórmula de gran tradición, sobre todo en las zonas rurales (históricamente de menores ingresos que las ciudades cuyos habitantes podían permitirse el pago por acto). Cada vez en mayor medida se utiliza esta forma de pago, no tanto para remunerar a un médico como para remunerar a una organización sanitaria que se responsabiliza de la asistencia integral de los afiliados.

Incentivo Fundamental

El incentivo fundamental en este caso es reducir los costos y los servicios prestados a cada una de las personas afiliadas al proveedor y aumentar el número de personas afiliadas.

La Distribución de Riesgos

Si el pago "per capita" no guarda relación con las características de los afiliados (su edad, sexo, condiciones morbídicas, etc.), entonces el riesgo es soportado por el proveedor de servicios. Un sistema de este tipo se denomina "per capita" puro o sin ajustes. Sin embargo, si el pago "per capita" varía en función de las características de los afiliados y/o de los costes esperables de la asistencia, entonces el riesgo pasa a ser soportado por el financiador.

Características y Efectos Previsibles

- Propicia las actividades de prevención ya que en tanto que mejora la morbilidad disminuyen los costos
- En sistemas no integrados, cuando el contrato se refiere sólo al médico de cabecera o de atención primaria fomenta los reenvíos a especialistas y el empleo de medicamentos (que paga el paciente).
- En el supuesto de sistemas que ofrecen atención completa y el pago es puro (sin ajustes) surgen problemas específicos como son los de selección de riesgos.

El Pago "per Capita" y la Eficiencia

No obstante los problemas dichos existe un amplio consenso acerca de los méritos relativos de esta fórmula en términos de eficiencia, sobre todo porque fomenta la integración de la "cadena de servicios sanitarios", eliminando los menos eficientes (en términos de costes, etc.).

El Pago “per Capita” y la Calidad

Resulta claro que este sistema puede originar dificultades en términos de la calidad (y de la cantidad también) de los servicios prestados.

Posibilidades de Acción Pública

Por las razones que acabamos de decir resulta ineludible que el poder público establezca algún tipo de control de los resultados obtenidos y la calidad.

Aquí incluimos el suministro de información a los consumidores sobre el desempeño de las entidades que proporcionan servicios sanitarios con esta fórmula de pago.

Otra forma de reducir los problemas de calidad es introduciendo la posibilidad de que los afiliados elijan al proveedor en un contexto de competencia. De esta forma, cuando un proveedor reduzca la calidad o la cantidad de servicios por debajo de los demás proveedores con los que compite, el afiliado podrá cambiar de proveedor y así personalizar económicamente al proveedor.

3.4.2 Pagos a Hospitales

El pago por servicio o "por acto" hospitalario tiene la misma unidad de pago, produce el mismo incentivo y distribución de riesgos y tiene las mismas características que el pago por acto médico. La única diferencia radica en el receptor del pago y responsable de la provisión del servicio.

Su frecuente utilización como fórmula de pago hace su mención en este apartado obligatoria. Sin embargo, para evitar redundancias, no se desarrollan aquí sus características, siendo las propias del acto médico prácticamente extensibles al acto hospitalario.

3.4.2.1 Pago por Día o “por Estancia”

Concepto. La Unidad de Pago

El pago por día (también llamado ‘per diem’ o por estancia) es aquella fórmula de pago en la que la unidad de pago es la estancia en un centro hospitalario. En general, se considera que se produce una estancia cuando un paciente pasa una noche ingresado en un centro hospitalario.

El pago por día o estancia es un pago por el conjunto de servicios hospitalarios que se realizan a lo largo de un día a un paciente (servicios hoteleros, médicos, de enfermería, pruebas diagnósticas, medicación, etc.).

Incentivo Económico Fundamental

El incentivo fundamental es maximizar la ocupación de camas hospitalarias, elevando el número de estancias, muy especialmente mediante una maximización de la estancia media. En efecto, teniendo en cuenta que los costes de asistencia hospitalaria se concentran en mayor medida en los primeros días del ingreso, resulta particularmente rentable para un hospital alargar la estancia de los pacientes. A medida que el paciente se recupera, sus costes de asistencia se reducen a los hoteleros.

La Distribución de Riesgos

Si todas las estancias se pagan por igual, el hospital asume la variabilidad de costes incluidos en un día de estancia hospitalaria. El financiador asume el riesgo de que se produzcan muchas estancias hospitalarias (reflejo de la mayor complejidad de las patologías atendidas o no).

Características y Efectos Previsibles

- Favorece el alargamiento de las estancias en los hospitales.
- Favorece comportamientos ahorradores de costes hospitalarios por cada día de estancia de los pacientes ingresados.
- Puede favorecer la inducción de ingresos innecesarios (especialmente sin intervención quirúrgica).
- Puede desalentar el avance de la cirugía sin ingreso.

El Pago por Día y la Eficiencia

El pago por día puede provocar problemas de eficiencia. Incentiva ingresos baratos y prolongados, sin la garantía de que sean necesarios.

El Pago por Día y la Calidad

La calidad de la asistencia podría verse comprometida si el hospital extrema una asistencia minimizadora de costes dentro de cada día de estancia. Sin embargo, garantiza un alta del paciente sin prisas, favoreciendo en algunos casos una mejor recuperación del paciente y una reducción de los reingresos.

Posibilidades de Acción Pública

Los poderes públicos han intervenido en numerosas ocasiones para limitar los efectos negativos del pago por día, estableciendo límites a la estancia media según las patologías de los enfermos ingresados y penalizando económicamente a los hospitales que sobrepasan dichos límites.

3.4.2.2 Pago por Ingreso

Concepto. La Unidad de Pago

El pago a hospitales por ingresos aparece de forma creciente en todos los países, desde su primera experimentación en los EE.UU. a principios de los años ochenta en Medicare. Es aquella fórmula de pago en la que la unidad de pago es el ingreso hospitalario. En el pago por ingreso pueden incluirse todos los conceptos de la asistencia que se desee. En general, no suelen incluirse las remuneraciones a los médicos del hospital.

Incentivo Económico Fundamental

El incentivo fundamental es maximizar el número de ingresos y minimizar el coste de la asistencia asociada al ingreso hospitalario.

La Distribución de Riesgos

El sistema de pago por ingreso implica que el financiador asume el riesgo de que se realicen más o menos ingresos. El proveedor asume el riesgo de que los ingresos realizados sobrepasen la tarifa por ingreso que se haya preestablecido.

Características y Efectos Previsibles

- Favorece la hospitalización.
- Favorece la reducción de la duración media de los ingresos.
- Puede favorecer el aumento de los reingresos hospitalarios si se da de alta a los pacientes antes de lo recomendable para su salud.
- Puede entrar en contradicción con objetivos de mejora de la salud que pudieran lograrse sin necesidad de recurrir al internamiento hospitalario.
- Puede estimular la discriminación de pacientes según sus patologías y complejidades, si no se han ajustado adecuadamente las tarifas a los distintos tipos de ingresos hospitalarios previsibles.

El Pago por Ingreso y la Eficiencia

El pago por ingreso incentiva la minimización de costes de asistencia hospitalaria por ingreso. En este sentido, promueve una eficiente asistencia de cada uno de los pacientes ingresados. Sin embargo, desde un punto de vista macroeconómico, este sistema de pago implica graves problemas de eficiencia en el gasto sanitario ya que premia la actividad hospitalaria independientemente de su necesidad.

El Pago por Ingreso y la Calidad

La calidad asistencial puede verse comprometida como consecuencia de promover la reducción de los costes asistenciales por ingreso.

Posibilidades de Acción Pública

Los poderes públicos han intervenido de distintas formas para intentar paliar algunos de los efectos perversos de los mecanismos de pago por ingreso. En algunos casos se han establecido penalizaciones económicas por reingresos en plazos cortos de tiempo. En otros casos, se han excluido de este sistema de pago algunos tipos de ingresos cuya atención es excepcionalmente costosa, para evitar discriminaciones de pacientes.

Uno de los retos asociados al diseño de fórmulas de pago por ingreso se halla en el refinamiento del mismo, estableciendo varias tarifas por ingreso según sea la intensidad de los cuidados requeridos. Se pretende con ello evitar que los hospitales asuman un riesgo financiero excesivo, derivado de las variaciones en el coste por ingreso hospitalario. Con este objetivo han surgido los GDR (Grupos de diagnóstico relacionado) y por PMC ("Patient Management Categories"), entre otros.

3.4.2.3 Pago por Presupuesto

Concepto. La Unidad de Pago

Tradicionalmente, y muy especialmente en sistemas sanitarios públicos, los hospitales se han financiado mediante un presupuesto. Normativamente, esto significaría que a cada hospital se le otorga una capacidad de gasto predeterminada para un período de tiempo (generalmente anual), a cambio de proporcionar la asistencia hospitalaria que se le demande.

En la práctica, en muchos países con financiación pública, el pago por presupuesto no ha supuesto una capacidad de gasto cerrada. Por el contrario, el presupuesto no ha jugado más que un papel orientativo de los créditos previstos para un hospital, función del gasto efectivo observado en ejercicios anteriores. Además, los hospitales han contado, con relativa facilidad, con créditos extraordinarios o de otra índole no previstos en los presupuestos. Por lo tanto, la práctica ha demostrado que en muchos casos los presupuestos hospitalarios han representado una fórmula de pago retrospectiva (o inflacionista) más que prospectiva. En tal caso, todas las características de los pagos por servicios, descritas anteriormente son aplicables a los mecanismos de pago por presupuesto.

Incentivo Fundamental

Si el presupuesto se realiza rigurosamente, entonces puede incentivar la minimización de costes hospitalarios, tanto mediante la reducción del número de ingresos, como de los días de estancia y de la intensidad de los servicios prestados a lo largo de una estancia.

La Distribución de Riesgos

Si el presupuesto se utiliza correctamente, entonces el proveedor asume todos los riesgos financieros de que se produzca mayor o menor cantidad de asistencia y de que sea más o menos costosa o intensiva.

En algunos casos los presupuestos se diseñan ajustándose a las características de la asistencia prestada, según las necesidades específicas de la población residente en el área de influencia, según el objetivo social y sanitario que el planificador asigne a cada centro, o según cualquier otro criterio que se considere deseable. En estos casos, parte de los riesgos financieros se trasladan al financiador.

Características y Efectos Previsibles

- Es un sistema que, en su estado más puro, puede ser muy costoso de implementar. Exige que el financiador recoja una cantidad importante de información acerca de las necesidades presupuestarias, para evitar que el presupuesto se convierta en un mecanismo inflacionista y retrospectivo de financiación. Esta información es especialmente costosa de obtener debido a las asimetrías de información que se dan entre proveedor y financiador en el sector sanitario.
- Permite compatibilizar objetivos de atención hospitalaria con otros objetivos relativos a la salud de la población, de salud pública y de prevención.
- Otorga el máximo margen de maniobra que se le puede otorgar a un proveedor cuando el pago no es por acto o servicio.
- La distribución de los riesgos puede disminuir los esfuerzos por prestar la mayor cantidad y mejor calidad de servicios hospitalarios, a menos que la fórmula presupuestaria venga acompañada de sistemas de incentivos adecuados para médicos y gestores del centro.

El Presupuesto y la Eficiencia

Un sistema de pago por presupuesto puede tener consecuencias diversas para la eficiencia. Por un lado, no contiene incentivos para maximizar la cantidad de servicios hospitalarios. Pero las asimetrías de información, en relación al conocimiento de lo que es gasto necesario (justificable), en favor del proveedor y en detrimento del planificador, pueden mermar la eficiencia potencial derivada del pago presupuestario.

El Presupuesto y la Calidad

De la misma forma que el presupuesto no incentiva la cantidad de asistencia hospitalaria, tampoco incentiva la calidad. Esto cambia radicalmente si el presupuesto del hospital está ligado a su capacidad de atracción de pacientes, en un contexto de competencia con presupuestos cerrados.

Posibilidades de la Acción Pública

Los mecanismos de financiación presupuestaria exigen un importante esfuerzo negociador, de recogida de información y de vigilancia por parte del financiador. Si este esfuerzo no se realiza, el presupuesto pasa a ser una forma de pago por servicio.

Esto explica que muchos países con sistemas sanitarios públicos hayan abandonado el presupuesto como fórmula de pago hospitalaria. Sin embargo, sus ventajas como mecanismo de control de la actividad y de integración de objetivos plurales del planificador explican su pervivencia. De hecho, prevalece en países relativamente pequeños en Europa. En otros países, se combina la fórmula presupuestaria con la de pago por actividad (por día o por ingreso). De esta forma se intenta dotar al pago hospitalario de las ventajas de ambos sistemas.

4. CONCLUSIONES Y UNA PROPUESTA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

En este capítulo se presenta las principales reflexiones de los grupos de trabajo sobre el potencial que tienen los mecanismos de pagos como instrumentos que faciliten el logro de los objetivos de los procesos de reforma en la Región, las dificultades en la etapa de implementación y las necesidades de Cooperación Técnica en la materia. Sobre la base de estas consideraciones, se presenta una propuesta de Cooperación Técnica por parte de la OPS para colaborar con los países en el proceso de introducción de cambios en los mecanismos de pago a proveedores.

4.1 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Los grupos realizaron su trabajo siguiendo una pauta que, intentaba guiar el intercambio en torno a cuatro temas:

- La identificación de los problemas que se trata de abordar a través de la implementación de modificaciones en los mecanismos de pago;
- El potencial que tienen los mecanismos de pago para alcanzar los objetivos de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad financiera y participación social;
- La identificación de los cuellos de botella para implementar en forma efectiva los cambios en los mecanismos de pago y
- Los requerimientos y modalidades de la cooperación internacional para colaborar con los países en las etapas de diseño, implementación y evaluación de impacto de las modificaciones en los mecanismos de pago.

En una sesión plenaria, los relatores de cada grupo dieron cuenta de los temas tratados y las conclusiones y recomendaciones que de ahí surgieron.

El primer punto que se destacó como parte de la descripción de situación y problemas que se trata de resolver, es el hecho que los sistemas de salud en cada país se encuentran en niveles de desarrollo diferente. En general, los participantes iniciaron sus intervenciones con una breve reseña del “estado de situación” en su país, a fin de dar un contexto más claro a sus puntos de vista. La heterogeneidad se refiere tanto a la situación de desarrollo económico- social de los países, como a los arreglos institucionales y al estado de avance del proceso de reforma del sector. El reconocimiento de estas diferencias y particularidades es un requisito básico en la identificación de los mecanismos de pago apropiados a cada situación, así como en las etapas de diseño y análisis de factibilidad técnica y política de las múltiples opciones de mecanismos de pago.

Un segundo elemento, en alguna medida relacionado a la diversidad de situaciones es la preocupación por evitar una suerte de convergencia hacia la identificación de un solo mecanismo de pago al cual se le asigne el atributo de ser el más adecuado en todas las circunstancias. En concreto, los participantes manifestaron inquietud por evitar la aparición de “modas” que promuevan un determinado mecanismo de pago sobre la base de una sola experiencia exitosa que puede haber tenido lugar en condiciones difíciles de reproducir. El intercambio de experiencias confirmó la noción que, en general, cuando se trata de lograr varios objetivos en forma simultánea lo más efectivo es buscar una combinación de mecanismos de pago. En esta misma línea de pensamiento se hace notar la existencia de un cierto “margen de compromiso” que es inevitable en circunstancias de búsqueda de objetivos múltiples.

En relación a los objetivos perseguidos, los participantes describieron los problemas que se enfrenta en cada uno de sus países y las prioridades que se ha puesto en la identificación de soluciones. Si bien, como se mencionó antes, los problemas tienen connotaciones diferentes en cada país, en los grupos se reiteró los objetivos identificados en el proceso de reforma en el sector salud de las Américas.

4.1.1 Problemas Identificados

A continuación, se presenta una caracterización de los problemas presentados por los grupos de trabajo. No obstante, se hace presente que la introducción de cambios en los mecanismos de pago tiene el potencial de abordar de un modo efectivo algunos de estos problemas y se reconoce que, la corrección de otras dificultades de los Sistemas de Salud requieren de la implementación de políticas e instrumentos complementarios que se ubican en otros ámbitos de acción.

- Baja productividad e ineficiencia en la asignación de los recursos, lo cual plantea la necesidad de racionalizar el sistema;
- Inadecuada calidad en la provisión de los servicios, lo cual tiene un impacto negativo en el nivel de efectividad el que ya se ve reducido debido a una inadecuada combinación de intervenciones que se entregan a la población;
- Limitada capacidad de gestión por parte de los proveedores;
- Limitada cobertura de atención por parte de los servicios de salud;
- En general, la asignación financiera no está vinculada a la producción;
- El objetivo de equidad no aparece siempre de un modo explícito y, por tanto, no se aborda adecuadamente los problemas de vulnerabilidad previa a la falta de acceso a los servicios de salud;
- La existencia de un modelo de atención que no se ha adecuado al perfil epidemiológico actual de los países;
- Poca participación social en las decisiones;
- Dificultades en lograr sostenibilidad de los sistemas de salud;

- Existencia de múltiples canales de pago y mecanismos de financiamiento, donde se da una influencia cruzada. En este mismo contexto, suele darse una duplicación del pago por los servicios.

4.1.2 El Impacto de los Mecanismos de Pago

En el desarrollo del foro, hubo consenso que la introducción de modificaciones en los mecanismos de pago no constituyen un objetivo en sí mismos, sino que son instrumentos que conllevan un conjunto de incentivos y que, por tanto, forman parte de los determinantes de las decisiones que toman los proveedores en relación al nivel y composición de los servicios que se entrega.

Tanto el análisis teórico como la experiencia muestran que algunos mecanismos de pago pueden tener un impacto positivo en reducir costos sin alterar el nivel de calidad de la atención. En ese sentido, es viable obtener mejoras en la eficiencia con que se produce los servicios de salud. En relación al objetivo de obtener mejoras en la calidad y efectividad de la atención, se plantea la necesidad de tener, al mismo tiempo, instancias que controlen y garanticen determinados niveles de calidad. Sobre el tema de equidad, es difícil identificar impactos directos debido a la introducción de mecanismos de pagos como los que se describió en el capítulo III de esta relatoría. No obstante, sería posible esperar mejoras en la equidad en el acceso a los servicios de salud en casos en que en el diseño del mecanismo se incluya un componente de corrección, como sería el caso -por ejemplo- en un sistema de capitación en que se corrija por edad o por nivel de ingreso del usuario, de tal forma de privilegiar la atención a los grupos identificados como más vulnerables. También es posible esperar un impacto no directo, en el caso que los ahorros que se obtenga por mejoras en la eficiencia se canalicen hacia acciones tendientes a mejorar equidad, esto sería más bien un impacto por reasignación de recursos financieros. En síntesis, aún cuando el potencial de impacto en eficiencia es bastante claro, se planteó la necesidad de un análisis más acabado para la relación con el objetivo de equidad, al tiempo que no se encontró relación con el objetivo de participación social. En el trabajo de los grupos se hizo notar que, al igual que en la implementación de otros instrumentos, el impacto final dependerá en gran medida de la forma en que éste se ponga en marcha.

4.1.3 Identificación de Cuellos de Botella

Durante el intercambio de experiencias, los participantes identificaron una serie de cuellos botella que, a su juicio, limitan la completa implementación de modificaciones a los mecanismos de pago. A continuación se presenta las dificultades identificadas.

- Rigidez en el marco legislativo. Este tema surgió en forma reiterada haciéndose notar que las modificaciones legales pueden ser un pre-requisito para la introducción de cambios en los mecanismos de pago;
- Características organizacionales del sector que llevan implícitos juicios de valor en lo cultural y social y que –de hecho– se transforman en obstáculos serios a la implementación de estas modificaciones;
- Poca capacidad de absorción de los procesos de cambio, dentro del sector. Este punto fue mencionado por todos los grupos y se refiere a los conflictos de intereses que es necesario

resolver, a fin de implementar efectivamente las modificaciones que hacen posible la reforma del sector salud;

- Falta de conocimiento técnico por parte de los agentes involucrados, lo cual limita hacer uso pleno del potencial que tienen estos instrumentos y hace evidente la necesidad de una línea de acción en entrenamiento en las áreas relevantes;
- Poca capacidad de negociación. Si bien este problema se mencionó como un tema separado, de hecho está vinculado al anterior;
- Problemas de financiamiento público. Existe la percepción que las limitaciones de recursos fiscales llevarían a privilegiar un mecanismo de pago vía presupuestos por ítem o globales, en lugar de uno que realmente vincule el nivel de asignación de recursos financieros con el volumen de producción. La aparición de endeudamiento del nivel central con los proveedores es una muestra de esta seria limitante;
- Las características de la capacidad instalada en el sector público, le restan flexibilidad a la posibilidad de modificar la composición de la atención que se entrega. En este sentido, es posible esperar que la introducción de modificaciones a los mecanismos de pago tenga un impacto menor al esperado ya que estará determinado por las características de la oferta;
- Limitado desarrollo de sistemas de información. Esto afecta negativamente la disponibilidad de información relevante a la toma de decisiones en las diferentes etapas de diseño, implementación y evaluación. El resultado final de esto es que se reduce el potencial de impacto de las modificaciones en los mecanismos de pago.

4.2 UNA PROPUESTA DE COOPERACIÓN TÉCNICA

Sobre la base de la identificación de problemas que se intenta resolver a través de la implementación de modificaciones a los mecanismos de pago y de las dificultades que se encuentran para ello, los participantes en el Foro identificaron un conjunto de actividades de Cooperación Técnica que les parecía útil recibir para facilitar este proceso. En respuesta a estos planteamientos, la Organización Panamericana de la Salud revisará su agenda de Cooperación Técnica en la materia. Se colaborará con los equipos nacionales desde las etapas preliminares, las cuales se refieren a la valoración de la necesidad de llevar a cabo determinados tipos de estudios en función de la información disponible. Esto está vinculado con una solicitud -que los participantes hicieron- a las agencias de cooperación internacional para coordinar su trabajo y compartir los estudios e información disponible a fin de obtener una mejor relación de costo-efectividad en el uso de recursos humanos y financieros que se utiliza en las etapas de preinversión.

Se propone que las actividades de Cooperación Técnica se ubiquen en las siguientes cuatro áreas:

4.2.1 Estudios y Diseño de Mecanismos de Pago

En esta área se incluirá un línea de trabajo en desarrollo y transferencia de metodologías y una línea de trabajo en análisis de impacto e implicaciones que tienen los distintos mecanismos de pago en los sistemas de salud.

Se colaborará con los equipos nacionales en todas las etapas de los estudios de preinversión. Esto incluye todo lo relativo a análisis de factibilidad técnica, financiera y política en las etapas de diseño, así como la identificación y desarrollo de condiciones previas para la implementación. Reconociendo que los mecanismos de pago se refieren a un ámbito diferente del que cubre el financiamiento sectorial, se dará énfasis a la identificación de mecanismos que además de tener el potencial de afectar positivamente el nivel de eficiencia, puedan también tener impacto en tres dimensiones adicionales (a) calidad, (b) favorecer la pertinencia de la atención y (c) inducir una práctica que reoriente la prestación.

4.2.1.1 Fortalecimiento del Rol Rector en lo Referente a Mecanismos de Pago

En esta área se dará respuesta a una solicitud específica para mejorar la capacidad de rectoría del Estado en este tema. En este sentido, se dará respuesta a la solicitud de un componente de entrenamiento en temas específicos que mejoren tanto la capacidad técnica como la política y de negociación. Entre estos temas se dará apoyo para mejorar la capacidad de calcular costos y establecer sistemas de facturación y evaluar los costos financieros asociados a la implementación del cambio en los mecanismos de pago. Entre estos últimos se encuentran los costos de los sistemas de información, de gestión y los transaccionales.

4.2.1.2 Seguimiento de los Procesos y Evaluación de Impacto

Habiéndose resaltado la necesidad de dar seguimiento a la implementación de mecanismos de pago en función del avance de los procesos de reforma sectorial, se refinará algunos indicadores entre los que se están utilizando para dar seguimiento a los procesos de reforma del sector, en el marco de la Iniciativa de reforma. En esta misma línea, se profundizará el análisis de incentivos laborales como orientadores de la política laboral.

4.2.1.3 Intercambio de Información

Se destacó la relevancia de foros como éste para facilitar el intercambio de experiencias entre los representantes de países y se solicitó colaboración en el establecimiento de una red formal de intercambio que permita compartir de un modo analítico tanto las experiencias exitosas como los fracasos y las condicionantes que dieron lugar a esos resultados. Esto permitiría alimentar de un modo documentado el diálogo y la toma de decisiones al interior de cada país. Entre las tareas específicas se incluirá una de acopio de información que se incluirá en la página web de la Iniciativa de Reforma y se incluirá el tema de mecanismos de pagos en las actividades de intercambio de experiencias y viajes de estudio que se contempla en la misma. Se extenderá un estudio comparativo que permita incluir un mayor número de países.

ANEXO A: AGENDA

LUNES 16 DE NOVIEMBRE

8:30 – 9:00

INAUGURACIÓN

Dra. Marie-Andree Diouf. Representante OPS/OMS en el Perú.

Sra. Karen Cavanaugh. Asesora de Sistemas de Salud de USAID y Coordinadora de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe.

Dr. Daniel López Acuna. Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS.

Dr. Alejandro Aguinaga. Vice-Ministro de Salud del Perú.

SESIÓN I

Marco de Referencia del Foro

Moderador:

Dr. Daniel López-Acuña. Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS

9:00 – 9:10

Presentación de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe.

Sra. Karen Cavanaugh

9:10– 9:30

Marco Introductorio al Foro Regional sobre Sistemas de Pagos a Proveedores. Dr. Pedro Crocco, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

SESIÓN II

Presentación de estudios que establecen una taxonomía y análisis de mecanismos de pagos

Moderador:

Dr. Augusto Meloni. Director General de la Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud del Perú.

9:30 -10:30

Alternativas de Mecanismos de Pagos a Proveedores.

Dr. Alexander Telyukov. Partnerships for Health Reform Project (PHR)

10:30 – 11:00

Receso

11:00 - 12:00

Criterios para el Análisis de Mecanismos de Pago.

Dra. Rena Eichler, Family Planning Management Development Project (FPMD)

12:00 – 13:30

Almuerzo

SESIÓN II (CONTINUACIÓN)

13:30 – 14:30

Análisis Comparado de Sistemas de Pagos en una Selección de Países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y de América Latina.

Profesores Félix Lobo y Laura Pellisé, Universidad Carlos III de Madrid.

14:30 – 15:00

Receso

SESIÓN III

Panel de Análisis desde tres perspectivas: Económica; de Atención y Gremial

15:00 – 17:00

Moderador:

Dr. Faustino Centurión, Superintendente Nacional de Salud del Paraguay

Participantes:

Dr. Eduardo Levcovitz. Profesor del Instituto de Medicina Social – Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil

Dr. Bruce Davis. Director de Seguros de Salud, Health Canada

Dr. Juan Antonio Larzabal. Secretario de la Federación Latinoamericana de Hospitales

Dr. Jaime Johnson. Presidente de la Unidad de Coordinación para la Modernización del Sub-Sector Público de Salud del Perú

18.00

Recepción de bienvenida

MARTES 17 DE NOVIEMBRE

SESIÓN IV

Taller de Trabajo en Grupos

8:30 – 9:00

Sesión plenaria: reparto de grupos

9:00 - 10:30

Tema I: Consecuencias de los distintos mecanismos de pagos sobre calidad, eficiencia y equidad en el acceso.

10:30 - 11:00

Receso

11:00 - 12:30

Tema II: Areas prioritarias y modalidades de Cooperación Técnica

12:30 - 14:00

Almuerzo

SESIÓN V

Intercambio y Conclusiones del Trabajo en Grupos

Moderador:

Dr. Anuar Abisab, Sub-Director Administrativo, Ministerio de Salud Pública del Uruguay

14:00 – 14:45

Presentación de los Grupos, sobre el Tema I.

14:45 – 15:15

Panel Técnico. Comentarios a las Presentaciones de los Grupos sobre el Tema I.

Participantes:

Dr. Pedro Crocco, OPS

Dra. Rena Eichler, FPMD

Profesora Laura Pellisé, Universidad Carlos III de Madrid

Dr. Alexander Telyukov, PHR

15:15 – 15:45

Receso

15:45 – 16:30

Presentación de los Grupos, sobre el Tema II.

16:30 – 17:00

Panel de Instituciones de Cooperación Internacional. Comentarios a las presentaciones de los Grupos sobre el Tema II.

Participantes:

Dr. Daniel López-Acuña.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Sra. Karen Cavanaugh

Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional (USAID)

17:00

Informe Preliminar de Relatoría. Matilde Pinto. Economista, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS

17:15

Clausura

Dr. Gustavo Rondón Fudinaga

Director de Salud de Arequipa, Perú

Ministerio de Salud del Perú

Dr. Daniel López-Acuña.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Marie-Andrée Diouf

Representante de la OPS en el Perú

Sra. Karen Cavanaugh

Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional (USAID)

ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES

1. ANGUILLA

Nombre : M. Foster Rogers
Institución : Ministry of Health
Cargo : Health Planner
Dirección : The Valley
Teléfono : (264) 497-3930
Fax : (264) 497-5486

2. ANTIGUA Y BARBADOS

Nombre : David A. Matthias
Institución : Ministry of Health AND Civil Service Affairs Health Project Economist
Cargo : Health Project Economist
Dirección : Cecil Charles Buld. Bross Street, St. John's
Teléfono : 1-268-462-5522
Fax : 1-268-462-5003

3. ARGENTINA

Nombre : Dr. Juan Larzábal
Institución : Fed. Latino Americana
Cargo : Técnico Asesor
Dirección : Tucuman 1668 2do. Piso, Buenos Aires
Teléfono : 0054-1-372-5762
Fax : 5915

Nombre : Lic. Silvia Montoya
Institución : Ieral – Fundación Mediterránea
Cargo : Investigadora Jefe
Dirección : Campillo 394-Cordoba
Teléfono : Argentina - Code 5001
Teléfono : 824841
Fax : 724625
E.Mail : montoya@satlink.com

4. BOLIVIA

Nombre : Eco. Carola Cuba T.
Institución : Ministerio de Salud y Previsión Social
Cargo : Directora General Administrativa
Dirección : Plaza del Estudiante
Teléfono : 275463 - 371726
Fax : 37547429.

5. BRASIL

Nombre : Dr. Olympio T. Derze Correa
Institución : Federacao Brasileira de Hospitais
Cargo : Superintendente
Dirección : Shis – QI 17, Conjunto 12, Casa 14 – CE 71645-120, Brasilia, BR
Teléfono : (061) 364-3636
Fax : (061) 364-3344
E.Mail : olympio@fbh.com.br

Nombre : Dr. Eduardo Levcovitz
Institución : Instituto de Medicina Social / IERJ
Cargo : Profesor
Dirección : Shis – QI 07-Conjunto 06 – Casa 10, Brasilia, D.F. Brasil CEP 71.615.260
Teléfono : 5561-9887997
Fax : 5561-2486729
E.Mail : dd@tba.com.br / eduardol@saude.gov.br

6. CANADÁ

Nombre : John Marriott
Institución : Marriot Mable
Dirección : 15th Line Road, Wolfe Island, Ontario, Canadá, KOH 2Y0
Teléfono : (613) 385-1647
Fax : (613) 385-1648
E.Mail : marmabl@Kos.net

Nombre : Ann L. Mable
Institución : Marriott Mable
Dirección : 15th Line Road, Wolfe Island, Ontario, Canadá, KOH 2Y0
Teléfono : 613-385-1647
Fax : 613-385-1648
E.Mail : marmabl@Kos.net

Nombre : J. Bruce Davis
Institución : Health Canada
Cargo : Director, Health Insurance
Dirección : Room 843 c, Brook – Claxton Building, Tunneyes Pasture, Ottawa, Ontario
Teléfono : 613-954-8674
Fax : 613-952-8542
E.Mail : bruce_davis@hc-sc.gc.ca

Nombre : Judith Moe
Institución : CIDA
Cargo : Consultora
Dirección : 130 Lorne Ottawa. Ont
Teléfono : (613) 5679788
Fax : (613) 5673422
E.Mail : judithm@wave.home.com

7. CHILE

Nombre : Dr. Osvaldo Artaza Barrios
Institución : Ministerio de Salud de Chile – FUNDARED
Cargo : Gabinete Ministerial
Dirección : Antonio Vargas 360
Teléfono : 2361561
Fax : 2360584
E.Mail : oartaza@reuna.cl

Nombre : Eco. Marcela Cabezas Keller
Institución : CLAISS
Cargo : Investigador – Jefe Area de Estudios
Dirección : Av. EL Condor 844 Of. 213, Ciudad Empresarial, Huecharaba, Santiago.
Teléfono : 56-2-7384330
Fax : 56-2-7384334
E.Mail : flefort@entelchile.net

Nombre : Dr. Hugolino Catalán Króll
Institución : Ministerio Salud, Chile
Cargo : Director Servicios de Salud Talcahuano
Dirección : Los 2201, Concepción, Thompson 86, Los Carreros
Teléfono : 540818 / 409111
Fax : 409113
E.Mail : sersalta@entelchile.net

Nombre : Dr. Paulina Gómez Bradford
Institución : Vida Integra
Cargo : Directora Médico
Dirección : Barcelona 2050, Providencia, Santiago de Chile
Teléfono : 335-6225
Fax : 335-6225-33
E.Mail : vidainte@manquehue.net

Nombre : Eco. Gonzalo Sanhueza Palma
Institución : Fondo Nacional de Salud
Cargo : Jefe Dpto. Comercialización
Dirección : Monjitas 665-Santiago de Chile
Teléfono : 56-2-6337807
Fax : 56-26614946
E.Mail : fonasa@parteur.minsal.cl

8. COLOMBIA

Nombre : Dr. Ramón Granados Toraño
Institución : Organización Panamericana de la Salud
Cargo : Consultor Sistemas y Servicios de Salud
Dirección : Calle 91 No. 9-35, Dpto. 301
Teléfono : 618-3532
Fax : 336-7136
E.Mail : granados@latino.net.co

Nombre : Dr. Javier López Agudelo
Institución : Ministerio de Salud - Colombia
Cargo : Consultor Dirección Estudios Económicos
Dirección : Cra. 13 32-76, Piso 20, Santa Fé de Bogotá, Colombia
Teléfono : (57) 13365066 Ext. 1511
Fax : (57) 12812892
E.Mail : javiermd@usa.net

Nombre : Eco. Miryan Judith Vargas Pinto
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Sub Dirección Gestión Servicios de Salud
Dirección : Kra. 13 No. 32-76
Teléfono : 3365066
E.Mail : mvargas@bogota.gov.co

9. DOMINICA

Nombre : Marcella Powell
Institución : Princess Margaret Hospital
Cargo : Accountant
Dirección : 44 12 th. St. Canefield
Teléfono : 767-448-2231
Fax : 767-448-0464

10. COSTA RICA

Nombre : Dr. Juan Carlos Sanchez Aguilar
Institución : Caja Costarricense del Seguro Social
Cargo : Gerente de Modernización y Desarrollo
Dirección : San José de Costa Rica
Teléfono : (506) 2335463
Fax : (506) 2577326

11. ECUADOR

Nombre : Dr. Silvio Cascante
Institución : Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Cargo : Director Médico
Dirección : Estrada y 1° de Agosto Esquina, Quito, Ecuador
Teléfono : 484299
Fax : 484299
E.Mail : scascant@vio.satnet.net

Nombre : Eco. Francisco Enriquez Berneo
Institución : Proyecto Modersa, Ministerio de Salud Pública
Cargo : Consultor
Dirección : Juan Larrea No. 483 y Riofrio
Teléfono : 02528883

Nombre : Eco. María Fernando Sáenz
Institución : Ministerio de Salud Pública, Quito
Cargo : Dir. Administrativo Financiera
Dirección : Manuel Larrea
Teléfono : 528-745
Fax : 527774

12. EL SALVADOR

Nombre : Dr. Carlos Humberto Castelar
Institución : Inst. Salvadoreño del Seguro Social
Cargo : Miembro del Consejo Directivo
Dirección : Centro de Diagnóstico 2da. Planta #23, Colonia Médica, San Salvador
Teléfono : 226-9252
Fax : 225-0967

Nombre : Jesús Armando Pérez Marroquín
Institución : ISSS – Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Cargo : Consejo Directivo - Miembro
Dirección : Final 27.C. Ote No. 70 San Salvador, El Salvador, C.A.
Teléfono : 2250366 - 2250365
Fax : 225-0398

Nombre : Ing. Francisco Emilio Velasco
Institución : Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Cargo : Director Ejecutivo
Dirección : Av. Juan Pablo II, Contiguo a Metrocentro, Oficinas Adm. Centrales
Teléfono : 2603680
Fax : 2603691

13. ESPAÑA

Nombre : Eco. F. Lobo
Institución : Universidad Cactus III de Madrid
Cargo : Catedrático de Economía Aplicada
Dirección : c/ Madrid 126-28903 Getaje (Madrid)
Teléfono : 916249695
Fax : 916249578
E.Mail : flobo@eco.vc3m.es

Nombre : Laura Pellisé
Institución : Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad Carlos III
Cargo : Directora Técnica de Estudios
Dirección : Paseo del Padre 18-20, Despacho 435, Madrid 28071
Teléfono : (91) 596-4093
E.Mail : epellise@msc.es

14. MÉXICO

Nombre : Lic. Fernando Alvarez del Rio
Institución : Secretaría de Salud
Cargo : Asesor del C. Secretario
Dirección : Lieja 7 2° Piso Coordinación de Asesores 06696, México D.F.
Teléfono : (525) 2863953
Fax : (525) 5537106
E.Mail : faras@mail.internet.com.mex

Nombre : Antonio Abascal Macías
Institución : I.M.S.S.
Cargo : Jefe Area Médico - Quirúrgica
Dirección : Alvaro Obregón 121-2do. Piso, Col. Roma. México D.F.
Teléfono : 2-088-37-64
Fax : 2-08-51-44

Nombre : Alvaro Mar Obeso
Institución : IMSS
Cargo : Jefe de División
Dirección : Alvaro Obregón # 121 4to. Piso, Col – Roma, México, I.M.S.S.
Teléfono : 5-86-43-41 (domicilio) / 2-08-53-6 / 2-08-51-44

15. NICARAGUA

Nombre : Lic. Justo Emilio Corea Torres
Institución : Ministerio de Salud, Nicaragua
Cargo : Director de Presupuesto
Dirección : Managua Nicaragua
Teléfono : 2894102
Fax : 2897505

16. PANAMÁ

Nombre : Dr. Pedro Contreras
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Planificador
Dirección : Avenida Cuba, Calle 35, Este
Teléfono : 225-3768
Fax : 225-2898

Nombre : Dra. Julia Vásquez de García M.
Institución : Caja de Seguro Social
Cargo : Asesora Sub Dirección General
Dirección : Edificio INRESA, Apdo. 3148, zona 3, Panamá, Panamá
Teléfono : 229-5703 / 264-0235
Fax : 229-5708
E.Mail : egarciam@pananet.com

17. PARAGUAY

Nombre : Dr. Faustino Centurion Mayor
Institución : Ministerio de Salud Pública
Cargo : Superintendente de Salud
Dirección : Pettirossi y Brasil, Asunción Paraguay
Teléfono : (595-21) 228570
Fax : (595-21) 228570

Nombre : Dr. Alberto Echeverría M.
Institución : Ministerio de Salud Pública
Cargo : Director Comité Ejecutivo
Dirección : Av. Pettirossi y Brasil
Teléfono : 291-905

18. PERÚ

Nombre : Dr. Luis Francisco Beingolea More
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Director General Región Piura
Dirección : Av. Irazola s/n , Miraflores
Teléfono : (074) 34-2424
Fax : (074) 34-2452

E.Mail : drspiu@mail.cosapidata.com.pe
Nombre : Dr. Javier Bustinza Flores
Institución : Dirección de Salud de Tacna
Cargo : Director General Adjunto
Dirección : Blondell K-03, Tacna
Teléfono : 723872
Fax : 723872

Nombre : Econ. Juan Pichihua Serna
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Consultor, Coordinador Seguro Materno Infantil
Dirección : Av. Salaverry Cdra. 8, Jesús María, Lima
Teléfono : 433-0194 / 4330245
Fax : 433-019 / 4330245
E.Mail : jpichihua@minsa.gob.pe

Nombre : Dr. Luis Caravedo
Institución : Hospital Nacional Cayetano Heredia
Cargo : Director General
Dirección : Honorio Delgado s/n
Teléfono : 9859832 - 9859832
Fax : 4821410
E.Mail : hnch@cosapi.data.com.pe

Nombre : Eco. Oscar Millones
Institución : IPSS
Cargo : Asesor
Dirección : Calle 27, #193, San Borja
Teléfono : 433-0924

Nombre : Eco. Midori de Habich
Institución : Proyecto 2000 – MINSA
Dirección : Av. Salaverry s/n Cdra. 8, Jesús María
Teléfono : 330-0862
E.Mail : mdehabich@minsa.gob.pe

Nombre : Eco. Pedro Francke
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Unidad de Modernización
Dirección : Av. Salaverry Cdra. 8, Jesús María
Teléfono : 424-9228
Fax : 424-9228
E.Mail : pfrancke@minsa.gob.pe

Nombre : Eco. Luis Enrique Izaguirre Rodríguez
Institución : IPSS
Cargo : Asesor de Presidencia
Dirección : Domingo Cueto 120
Teléfono : 265-6923
Fax : 471-2886

Nombre : Vilma Montañez Ginocchio
Institución : Proyecto Salud y Nutrición Básica-MINSA
Cargo : Consultora en Financiamiento
Dirección : Av. Salaverry Cra. 8 s/n Jesús María
Teléfono : 424-9434 / 4244351
Fax : 3307153
E.Mail : vmontanez@minsa.gob.pe / vilmamg@mail.cosapidata.com.pe

Nombre : Eco. Lucio Avalos Quispe
Institución : Instituto de Salud del Niño
Cargo : Jefe de Control Previo
Dirección : Economía
Teléfono : 4232737

Nombre : Lic. Luis A. Manrique Morales
Institución : Superintendencia de E.P.S.
Cargo : Superintendente
Dirección : Av. Velazco Astete Cuadra 13, s/n, Surco
Teléfono : 3723135
Fax : 3726152

Nombre : Dr. José Mauricci Ciudad
Institución : Hospital Loayza
Cargo : Director General
Dirección : Alfonso Ugarte 848, Lima
Teléfono : 431-3655
Fax : 4332441
E.Mail : jmauri@blockbuster.com.pe

Nombre : Eco. María Antonia Remenyi
Institución : MINSA
Cargo : Consultora Externa
Dirección : General La Fuente # 105, San Isidro
Teléfono : 264-5986
Fax : 2164-5631
E.Mail : aremeny@pucp.edu.pe

Nombre : Dr. Victor Lucero Rondón
Institución : Hospital María Auxiliadora
Cargo : Director General
Dirección : Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores
Teléfono : 4665455
Fax : 4660517
E.Mail : vlucero@com.pe

Nombre : Dr. Gustavo Rondón Fudinaga
Institución : Dirección de Salud de Arequipa
Cargo : Director General
Dirección : Esquina Av. Independencia y Paucar Pata: edificio Beneficiencia, Arequipa
Teléfono : 054.235985
Fax : 054.233852
E.Mail : rsaludaq@ucsm.edu.pe

Nombre : Gregorio Ruiz Merino
Institución : Instituto de Salud del Niño
Cargo : Director General
Dirección : Av. Brasil 600
Teléfono : 4241996
Fax : (511) 4251840
E.Mail : postmast@isn.sld.pe

Nombre : Eco. Neride Sotomarino
Institución : MEF
Cargo : Consultora Proyectos Sociales
Dirección : Jirón Junín 319, Lima
Teléfono : 427-2253
Fax : 426-2613
E.Mail : nsotomarino@mef.gob.pe

Nombre : Dra. Eddy Luz Juarez Severino
Institución : Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Cargo : Directora Ejecutiva
Dirección : Avda. Guardia Chalaca 2176, Bellavista, Callao
Teléfono : 429-2875
Fax : 429-2875

Nombre : Dr. Walter Torres Zevallos
Institución : Grupo Quipus SA
Cargo : Presidente
Dirección : Schell 343 Of. 904-905
Teléfono : 444-2021 / 444-2008 / 241-5271
Fax : 4442008
E.Mail : gquipus@amauta.rep.net.pe

Nombre : Dr. Miguel Antonio Vela López
Institución : MINSA
Cargo : Director General
Dirección : Jr. Cahuide 146, Tarapoto, San Martín
Teléfono : 094522221
Fax : 094523236
E.Mail : mivelo@telematic.com.pe

Nombre : Eco. Pablo Y. Best Bandenay
Institución : Universidad Peruana Cayetano Heredia
Cargo : Docente
Dirección : Av. Honorio Delgado, Fac. Salud Pública y Administración
Teléfono : 3820318

Nombre : Dr. Italo Arbulú Tejero
Institución : Ministerio de Salud
Cargo : Director General DISAIIIS
Dirección : Martínez de Pinillos 124, Bco.
Teléfono : 24772919

19. REPÚBLICA DOMINICANA

Nombre : Lic. Ramona Aquino
 Institución : Seguro Social
 Cargo : Encargada del Departamento de Presupuesto
 Dirección : Pepillo Salcedo # 64, Ensanchez la Fé
 Teléfono : 5659666, ext. 22112243

Nombre : Dr. Bruno Calderón Troncoso
 Institución : Secretaría de Salud Pública
 Cargo : Coordinador Unidad Reforma
 Dirección : c/ San Cristobal, esq. Tirandentes, Santo Domingo D.N. Rep. Dominicana
 Fax : 1-809-567-1005

Nombre : Lic. Angela Martinez
 Institución : Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
 Cargo : Analista Económica
 Dirección : Av. Gustavo M. Ricardt No. 141 Edif. Montalud 3era. Planta, Santo Domingo.
 Teléfono : (809) 547-2509 Ext. 237
 Fax : (809) 565-2768
 E.Mail : angchi@hotmail.com

20. ST. VINCENT & THE GRENADINES

Nombre : Pamela J. Bonadie
 Institución : General Hospital
 Cargo : Hospital Administrator
 Dirección : St. Vicent The Grenadines West Indies
 Teléfono : (809) 456-1313
 Fax : (809) 457-1014
 Email : kgh@caribsurf.com

21. SURINAME

Nombre : Dr. Marino Eugéne Starke
 Institución : State Health Insurance Fundation
 Cargo : Policy Assistant on Financial and Economic Matters
 Dirección : Rust en Vrede Str. # 107-111
 Teléfono : (597) 47-71-01
 Fax : (597) 47-68-53

Nombre : Dr. Jan, Fernando Tawjoeram
 Institución : Ministry of Finance
 Cargo : Deputy Head Central Paymaster Office
 Dirección : Onafhan Velyhheidsplein
 Teléfono : 473137
 Fax : 476309

22. TRINIDAD & TOBAGO

Nombre : Anthony Sylvester
Institución : Ministry of Health
Cargo : Manager, Finance & Administration
Dirección : 10-12 Independence Square Port-of-spain, Trinidad & Tobago
Teléfono : 1-868 623-9866
e.mail : syl5008@trinidad.net

23. URUGUAY

Nombre : Dr. Anuar Abisab
Institución : M.S.P. (Ministerio de Salud Pública)
Cargo : Sub Director Administrativo
Dirección : 18 de Julio 1892, Montevideo, Uruguay
Teléfono : 408.43.87
Fax : 408.43.87

Nombre : Fernando Barros Carrona
Institución : Minsiterio de Salud Pública
Cargo : Contador Asesor
Dirección : 18 de Julio 1392 – Montevideo, Uruguay
Teléfono : 400-90-23
Fax : 100-90-24

Nombre : Adm. Marilyn Gricel Castro Duarte
Institución : Ministerio de Salud Pública (Uruguay)
Cargo : Sub Directora Contaduría Central
Dirección : 18 de Julio 1892, Oficina 02
Teléfono : 408.65.75
Fax : 401.5133

Nombre : Lic. Beatriz Deambrosis
Institución : Ministerio de Salud Pública
Cargo : Contador
Dirección : Av. 18 de Julio 1892, Montevideo, Uruguay
Teléfono : 402.10.19
Fax : 409.10.04

24. VENEZUELA

Nombre : Dr. Lisbeth del Carmen Carreño Bracho
Institución : Ministerio de Salud, Venezuela
Cargo : Médico Salud Pública, Jefe III Adjunto D.q.S.S.
Dirección : Edif. Sur Piso 8, Ofc. 815, Centro Simón Bolívar. El Silencio Caracas. D.F.,
Teléfono : 005824813809
Fax : 005824825241

Nombre : Lic. César Cervó Obregón
 Institución : Ministerio de Salud Venezuela
 Cargo : Director de Planificación y Estadística
 Dirección : Centro Simón Bolívar, Edif. Sur Piso 2 Ofc. 200, Caracas, Venezuela
 Teléfono : 58-2-4818828 / 4824408
 Fax : 58/2-4831566 ext, 1202
 E.Mail : ccervo@razetti.mh.gov.ve

Nombre : Jesús A. Perez Aragundi
 Institución : Ministerio de Salud
 Cargo : Jefe División Ejecución Presupuestaria
 Dirección : Edif. Sur Piso 6, Ofc. 630, Centro Simón Bolívar, El Silencio , Caracas.
 Teléfono : 483.45.53 (00582)
 Fax : 4838138 (00582)
 E.Mail : jperez@razetti.mh.gov.ve

25. FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT (FPMD)

Nombre : Dra. Rena Eichler
 Institución : Management Sciences for Health
 Dirección : 1515 Wilson Blvd, Arlington, VA, USA
 Teléfono : 703-248-1603
 Fax : 703-524-7898
 E.Mail : reichler@msh.org

26. PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM (PHR)

Nombre : Eco. Daniel Maceira
 Institución : Abt Associates
 Cargo : Consultor
 Dirección : 4800 Montgomery Lane # 600 Bethesda, Maryland 20814
 Teléfono : (301) 718.3121
 Fax : (301) 652.3916
 E.Mail : daniel_maceira@abtassoc.com

Nombre : Dr. Alexander Telyukov
 Institución : Abt Associates, Inc. Proyecto PMR
 Cargo : Economista Principal
 Dirección : 4800 Montgomery Lane – Suite 600, Bethesda, MD 20854
 Teléfono : 1-501-913-0544
 Fax : 1-301-913-0562
 E.Mail : sasha_telyukov@abtassoc.com

27. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID)

Nombre : Karen Cavanaugh
Institución : USAID
Cargo : Asesora en Sistemas de Salud
Dirección : USAID, RRB, Washington DC 20523-5900
Teléfono : 202-712-5859
Fax : 202.216.3262
E.Mail : kcavanaugh@usaid.gov

Nombre : Dr. Oscar Jaime Chang Neyra
Institución : USAID
Cargo : Coordinador de Proyecto, Oficina de Salud y Población
Dirección : Av. Arequipa 351, Lima
Teléfono : 4333200
Fax : 4337034
E.Mail : jaimechang@usaid.gov

Nombre : María Angélica Borneck
Institución : USAID
Cargo : Coordinadora de Proyecto, Oficina Salud, Población y Nutrición.
Dirección : Av. Arequipa 351, Lima
Teléfono : 4333200
Email : mborneck@usaid.gov

28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/PAÍSES)

Nombre : Dra. Marie-Andrée Diouf
Institución : OPS/PERU
Cargo : Representante de la OPS en el Perú
Dirección : Los Cedros 269, San Isidro, Lima 27, Perú
Teléfono : (51-1) 421-3030
Fax : 442-4634

Nombre : Eco. Margarita Petretera
Institución : OPS/OMS
Cargo : Economista
Dirección : Av. Los Cedros 269, San Isidro, Lima 27, Perú
Teléfono : 421-3030

Nombre : Dr. Javier Santacruz Varela
Institución : OPS/OMS Perú
Cargo : Consultor
Dirección : Los Cedros 269, San Isidro, Lima 27, Perú
Teléfono : 4213030
Fax : 4424634

Nombre : Dr. Eduardo Guerrero E.
 Institución : OPS / OMS
 Cargo : Consultor Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud
 Dirección : SEN, Lote 19, Brasilia
 Teléfono : 321-6535
 E.Mail : guerrero@opas.org.br

Nombre : Antonio C. De Azevedo
 Institución : OMS/OPS
 Cargo : Asesor Desarrollo de Servicios. MD.PHD
 Dirección : Providencia 1017, Chile
 Teléfono : (0562) 2649300
 Fax : 2649311
 E.Mail : azevedo@paho.org

Nombre : Dr. Rigoberto Centeno
 Institución : OPS/OMS
 Cargo : Consultor Sistemas y Servicios
 Dirección : P.O. Box 1464, Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana
 Teléfono : 562-1519-24

Nombre : Dr. Julio Suarez
 Institución : OPS/OMS Quito
 Cargo : Consultor Sistemas y Servicios de Salud
 Dirección : San Javier 295 y Orellana
 E.Mail : jsuarez6@opsecu.org.ec

Nombre : Dra. Gina Watson
 Institución : OPS/OMS Panamá
 Cargo : Asesor de Sistemas y Servicios de Salud
 Dirección : Apartado Postal 7260, Zona 5, Panamá Panamá
 Teléfono : 227-0082
 Fax : 227-2270
 E.Mail : gwatson@sinfo.net opspan@sinfo.net

Nombre : Lynda Campbell
 Institución : OPS/OMS Trinidad & Tobago
 Cargo : Advisor, Health Systems Services
 Dirección : P.O. Box 898, Port of Spain, Trinidad & Tobago
 Teléfono : (868) 624-7524
 e.mail : campbell@trt.paho.org

29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OFICINA CENTRAL)

Nombre : Dr. Daniel López Acuña
 Institución : OPS/OMS
 Cargo : Director de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
 Dirección : 525, 23th. ST, N.W. Washington D.C. 20037, USA
 Teléfono : 202974
 E.Mail : lopezdan@paho.org

Nombre : Dr. Carlos C. De Albuquerque
Institución : OPS/OMS
Cargo : Asesor
Dirección : 2117 E Street 20037 Room 615, Washington D.C.
Teléfono : (202) 9743216
E.Mail : albuquec@paho.org

Nombre : Dr. Daniel Purcallas
Institución : OPS / OMS
Cargo : Asesor de Desarrollo de RR.HH.
Dirección : 525 23 rd. Street N.N. Washington D.C. 20037
Teléfono : (202) 9743824
Fax : (202) 974-3612
E.Mail : purcalld@paho.org

Nombre : Dra. Sandra Madrid
Institución : OPS / OMS
Cargo : Consultora OPS
Dirección : 525 23 dl 8 N.W., Washington D.C.
Teléfono : (202) 9743000
E.Mail : madridsa@paho.org

Nombre : Dra. Matilde Pinto
Institución : OPS/OMS
Cargo : Economista
Dirección : 525 23 rd. St. N.W. Washington, D.C. 200037 – U.S.A.
Teléfono : (202) 974-3823
Fax : (202) 974-3641
E.Mail : pintomat@paho.org

Nombre : Rosanne Marchesich
Institución : OPS/OMS
Cargo : Consultora OPS
Dirección : 525 23 rd. St Nw, Washington D.C.
Teléfono : 202-974-3234
Fax : 602-974
E.Mail : marchesr@paho.org

Nombre : Lic. José María Marín
Institución : OPS / OMS
Cargo : Asesor Regional
Dirección : 525 Twenty Third S.T. N.W. Washington D.C.
Teléfono : (202) 974-3821
E.Mail : marinjos@paho.org

Nombre : María Teresa Villen
Institución : OPS/OMS
Cargo : Administradora del Proyecto Iniciativa de Reforma del Sector Salud
Dirección : 525 23 rd. ST NW, Washington D.C. 20034 USA
Teléfono : 202 974 382
E.Mail : villenma@paho.org

Nombre : Dr. Pedro Crocco
Institución : OPS/OMS
Cargo : Asesor de Proyecto Inicial de Reforma del Sector Salud
Dirección : 525 23 rd. ST NW, Washington D.C. 20034 USA
Teléfono : 202 974 3649
E.Mail : croccope@paho.org