

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO



***I JORNADA
INTERNACIONAL
DE SISTEMAS
DE SALUD***

CARACAS, 8-9 Y 10 DE JULIO DE 1997

FUNDACIÓN POLAR



Fundación Polar

Universidad Católica Andrés Bello

Estudios de Postgrado

Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud

**PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES
DE SISTEMAS DE SALUD**

**OCHO, NUEVE Y DIEZ
DE JULIO DE 1997**

M E M O R I A S

**FUNDACIÓN POLAR
CARACAS, 1998**

Leonor Giménez de Mendoza
PRESIDENTA

Morella Pacheco Ramella
VICEPRESIDENTA

DIRECTORES

Alfredo Guinand Baldó
Leopoldo Márquez Áñez
Orlando Perdomo Gómez
Vicente Pérez Dávila
Carlos Eduardo Quintero
Gunther Faulhaber
Asdrúbal Baptista
Alfredo Fernández Porras

GERENTE GENERAL

Graciela Pantin

GERENTE DE ADMINISTRACIÓN

César Díaz S.

GERENTE TÉCNICO

Ricardo Alezones

COORDINADORES

Alejandro Reyes
AGRÍCOLA

Armando Hernández
AMBIENTE

Renato Valdivieso
CIENCIA

Elizabeth Monascal
CULTURA

Manuel Rodríguez Campos
DICCIONARIO DE HISTORIA DE VENEZUELA

Miranda Zanón
DONACIONES

María Bellorín
ECONOMÍA AGROALIMENTARIA

Gisela Goyo
EDICIONES

Isabel Mosqueda
EDUCACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

Higinia Herrera
SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

ASESORES

Manuel Bemporad
Humberto Fontana
Virgilio Urbina

PRESENTACIÓN

Leonor Giménez de Mendoza

- Nace a finales de los años 50 y comienzos de los 60.
- Basado en el programa social MEDICARE.
- Los principios fundamentales de MEDICARE son la universalidad, accesibilidad, previsión, portabilidad y administración pública.
- La explosión demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial, conocidas como *Baby boomers*, ocasiona un cambio en la orientación de la entrega de servicios.
- La reducción de pagos en materia de salud pública, tendencia de los últimos años, con la significativa reducción de camas en los hospitales para servicios médicos de agudos.
- Intentos gubernamentales por contener el déficit fiscal, lo que trae como consecuencia la reestructuración drástica con el objeto de reducir la infraestructura institucional, cuyo resultado es la operatividad hospitalaria a una capacidad limitada.
- Tratado de Libre Comercio entre Canadá y Estados Unidos, creando mercados no competitivos, que acentuará la problemática aún más.

©FUNDACIÓN POLAR

COORDINACIÓN EDITORIAL

Higinia Herrera

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Gisela Goyo

CORRECCIÓN

María Enriqueta Gallegos

DISEÑO GRÁFICO

María Carlota Vivas

IMPRESIÓN Y PREPrensa

La Galaxia de Gutenberg

500 EJEMPLARES

HECHO EL DEPÓSITO DE LEY

Depósito Legal: If25919986141824

Isbn: 980-6397-77-0

CARACAS, VENEZUELA 1998

INDICE

SISTEMA DE SALUD DE CANADÁ:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 9
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 15

SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 17
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 22

SISTEMA DE SALUD DE CHILE:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 25
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 32

SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 37
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 44

SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 47
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 68

SISTEMA DE SALUD DE INGLATERRA:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 71
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 79

SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA:

- Resumen de la ponencia *p á g i n a* 81
- Resumen de la mesa de trabajo *p á g i n a* 89

1

Expositora
Mónica Riutort

Socióloga graduada en la Universidad de York, en Ontario, Canadá. Directora del Centro de Salud de la Mujer para el Hemisferio Oeste de la Organización Mundial de la Salud. Asistente Especial del Presidente del Hospital de Mujeres de Toronto. Fue por varios años Directora del Centro Regional de Salud Reproductiva del Hospital de Toronto. Miembro de la Sociedad Canadiense de Salud Internacional.

SISTEMA DE**SALUD****DE CANADÁ**

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

1

- Nace a finales de los años 50 y comienzos de los 60.
- Basado en el programa social MEDICARE.
- Los principios fundamentales de MEDICARE son la universalidad, accesibilidad, previsión, portabilidad y administración pública.
- La explosión demográfica posterior a la Segunda Guerra Mundial, conocidas como *Baby boomers*, ocasiona un cambio en la orientación de la entrega de servicios.
- La reducción de pagos en materia de salud pública, tendencia de los últimos años, con la significativa reducción de camas en los hospitales para servicios médicos de agudos.
- Intentos gubernamentales por contener el déficit fiscal, lo que trae como consecuencia la reestructuración drástica con el objeto de reducir la infraestructura institucional, cuyo resultado es la operatividad hospitalaria a una capacidad limitada.
- Tratado de Libre Comercio entre Canadá y Estados Unidos, creando mercados no competitivos, que acentuará la problemática aún más.

MARCO JURÍDICO

2

- La base del comienzo de **MEDICARE** se inicia con la legislación de finales de los años cincuenta, comienzos de los sesenta, la cual lo hace posible.
- La Constitución en su sección 92/93 contempla que el Sistema de Salud es responsabilidad federal.
- Debido a los cambios de transferencia de fondos federales, comienza una pugna de las provincias más adineradas por propiciar que el Sistema de Salud esté bajo la responsabilidad de la provincia.
- **MEDICARE** significa, para los canadienses, el programa social más sagrado en materia de servicios de salud. Ha sido significativamente erosionado en la última década, al punto de perder la visión original debido a las negociaciones actuales de reducción del déficit presupuestario y de su reestructuración global. La visión global tenía dos componentes básicos, el primero aspiraba a la eliminación de barreras de acceso y el segundo involucró la implementación de estrategias comprensivas para el sector público y un nivel preventivo del Sistema de Salud.
- El Acta de Salud Pública de 1984 (Canadá Health Act), permitió al Gobierno Federal reducir los pagos por transferencia a cualquiera de las provincias que aumentara las barreras de acceso a los servicios en un número de áreas específicas, generalmente el cuidado intensivo en los hospitales.
- El Acta de Salud Pública es considerada como la Biblia del **MEDICARE**, porque contiene las medidas y las responsabilidades de los distintos niveles estatales, para la asignación de los fondos de los programas de salud y los cinco principios básicos del **MEDICARE**.
- El Acta de Salud hizo poco por incidir sobre los determinantes sociales de salud, y este proceso se realiza a expensas de otros programas ya testados.
- De esta manera, se queda corta de su visión originaria de integración e igualdad de acceso a los servicios para todos los canadienses.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

3

La sección 92/93 del Acta Británica-Norteamericana y el Acta Constitucional de 1982 explican los poderes federales y provinciales del Canadá.

La legislación permite la entrega de servicios a los niveles provinciales y territoriales, pero adjudica mayor poder a nivel federal para recolectar impuestos.

CRITERIOS DE UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD

4

El Sistema de Salud Pública de Canadá se basa en el programa social llamado **MEDICARE**, el cual se legisla hacia los años 50. La fórmula original para los fondos operacionales eran más bien abiertos y consistían esencialmente en un compromiso del Gobierno Federal de compartir, con las provincias, los costos de salud considerados esenciales, en un 50 por ciento. Posteriormente, y en un esfuerzo de predecir un presupuesto de salud, el Gobierno Federal limita su contribución de acuerdo con una fórmula basada en los gastos producidos en los años anteriores, como en la habilidad de cada provincia de asumir el pago del presupuesto de salud proyectado. En 1996, ante la constante presión de limitar el déficit fiscal a nivel federal, la fórmula presupuestaria de «Transferencias Canadienses para los Sistemas de Salud y Bienestar Social Canadá Health and Social Transfer», es nuevamente enmendada a un sistema de transferencia de fondos en bloque. Es decir, el Gobierno Federal no respondería más al pago igualitario de todos los gastos de salud incurridos en la provincia. La transferencia de fondos para los sistemas de salud y servicios sociales vino acompañada de la reducción, por parte del Gobierno Federal, en su compromiso de pagos de incentivos en moneda efectiva a las distintas provincias que pusieran en práctica las recomendaciones del Gobierno Federal. Esta transferencia de fondos federales trajo como consecuencia que las provincias dispusieran de presupuestos menores para la salud pública, al mismo tiempo que las provincias con mayores recursos económicos estuvieran a la vanguardia de este cambio ideológico, promocionando el Sistema de Salud bajo la responsabilidad provincial y no bajo la responsabilidad federal como se refleja en la Constitución. Esto pudiera manifestarse en la habilidad de cortar gastos, privatizar, o simplemente en limitar los servicios financiados por el área fiscal provincial, en detrimento de las provincias menos prósperas y de escasos recursos.

A pesar de la inversión en el Sistema de Salud, existe un problema adicional, centrado en el ímpetu de evaluar y sistematizar la información como en el manejo de entrega de servicios, manifestado en forma de un costo efectivo de los gastos en salud, o por lo contrario, en el intento responsable de informar al público directamente, lo cual no ha sido conducido en una forma efectiva por los administradores de la salud pública.

La mayoría de los hospitales están constituidos privadamente, en corporaciones sin fines de lucro, asociados a fundaciones privadas, las que se usan para recibir fondos privados para la planificación y desarrollo de proyectos, los cuales no llegan al público en general. Existe en muchos hospitales sistemas duales y paralelos, en los cuales médicos reportan al director médico, como también al presidente o al administrador de la salud pública, dando como resultado que los servicios de salud son fragmentados en una forma inesperada e innecesaria.

El gasto en salud pública en Ontario se incrementa casi al doble en la década de los noventa con respecto a la década de los ochenta, incremento este representado básicamente en los rubros de Beneficios de Medicinas, Comunidad y Salud Pública y Cuidados de Largo Plazo (Cuadro 1).

Cuadro 1

**GASTOS DEL MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA DE ONTARIO
(\$ MILLONES)**

ÁREA DE GASTOS	Cantidad 86/87	% del TOTAL	Cantidad 96/97	% del TOTAL
HOSPITALES	\$ 4.500	50.6	\$ 7.500	42.6
BENEFICIO MEDICINAS	\$ 310	3.5	\$ 1.200	6.8
SERVICIOS MÉDICOS ASEGURADOS	\$ 2.600	29.2	\$ 4.900	27.8
COMUNIDAD Y SALUD PÚBLICA	\$ 130	1.5	\$ 500	2.8
CUIDADOS LARGO PLAZO	\$ 770	8.7	\$ 2.300	13.1
OTROS	\$ 590	6.6	\$ 1.100	6.3
TOTAL	\$ 8.600	100.00	\$ 17.600	100.00

De lo anteriormente expuesto podemos deducir que los criterios de universalidad y equidad, no se cumplen en el Sistema de Salud canadiense (Medicare).

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

5

El presupuesto federal de Canadá es de \$ 150 billones, los cuales pueden ser divididos aproximadamente en cuartos iguales de \$ 45 billones cada uno y son destinados a los siguientes sectores:

- Transferencias a individuos – pensiones y beneficios.
- Transferencias a provincias – mantenimiento de programas provinciales en la entrega de servicios de salud pública, servicios sociales y educación terciaria.
- Reducción de la deuda interna.
- Todos los otros programas, incluyendo la administración pública, la defensa nacional, programas de ayuda al extranjero, Ministerio para Asuntos Aborígenes, como también programas de cultura, medio ambiente, agricultura, pesca, parques, asuntos laborales, etc.

MOVIMIENTOS DE REFORMA**6**

La estructura del gobierno canadiense se complica por un arreglo constitucional que coloca la responsabilidad de la entrega de los servicios de salud a la provincia; sin embargo, la responsabilidad de la generación de los fondos es a nivel federal.

La fórmula presupuestaria provincial típica contiene cuatro partes principales: servicios médicos, servicios hospitalarios, medicamentos y comunidad, y servicios varios, patrón típico en la provincia de Ontario, el cual cuenta con el cuarenta por ciento de la población total de Canadá. Para el pago de los servicios médicos se requiere el 25 por ciento de la distribución total. Los servicios hospitalarios, que incluyen algunas medicinas, laboratorio y servicios médicos, actualmente están declinando el compartimiento del total; sin embargo, todavía en 1996 representaron el 40 por ciento del presupuesto. Medicamentos entregados a través del programa representan el 10 por ciento, de esta manera sólo queda el 25 por ciento para todo lo demás (administración, cuidados de largo plazo y programas comunitarios).

El presente sistema de entrega de cuidados médicos mal puede llamársele un sistema, pues la base de su financiamiento mantiene dos corrientes grandes, como son la previsión de fondos y la entrega de servicios.

Los médicos trabajan sobre la base de una unidad de trabajo y se les cancela un arancel por cada uno de los servicios prestados cuando es a nivel de su consultorio, y cuando es a nivel del hospital se le dan cuentas al director.

El resto de los servicios son entregados en función de bloque de trabajo bajo un presupuesto determinado. El personal no médico recibe un salario y son responsables de reportar a una estructura separada.

Se ha firmado un acuerdo con la Asociación Provincial Médica, en el cual gradualmente se eliminan las barreras en los gastos y se compromete a una consulta bilateral con los médicos para discutir y planear otras reformas, garantizando momentáneamente el existente acuerdo de pago por servicios durante el término del acuerdo.

MEDICARE es el más sagrado de los programas sociales, ha sido erosionado en pequeños pedazos que ahora se hace más difícil restaurarlo como un programa nacional. Se plantea un desafío el implementar la segunda fase de las estrategias públicas y preventivas que mantienen la promesa de reducir los costos que implican tener una población sana.

La reforma del Sistema de Salud canadiense debió haberse hecho diez años atrás, pero lo que se debería defender es no simplemente un sistema de cuidado a las enfermedades contra aquellos que quieren reducir el déficit y los intereses comerciales. Lo que se tiene que hacer es mirar a un sistema que implemente servicios basados en las comunidades, bajo la mira de una opción legítima, con sistemas de apoyo adecuados, con profesionales y personal bien remunerado, con condiciones de trabajo seguras y cómodas. Invertir en prevención y medidas de salud pública es tan o más importante para el estado de la salud de los canadienses, que invertir en nuevos medicamentos y en aparatos médicos de alta tecnología.

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DE CANADÁ

- El sistema canadiense es cada día más difícil de sostener por el incremento en sus costos que ya rondan el 15 por ciento del PIB.
- El canadiense es un sistema que básicamente financia la oferta, y en el mejor de los casos, tasa honorarios y limita horarios de trabajo.
- La concepción del sistema canadiense es de total apertura hacia las preferencias del ciudadano, y un control severo hacia el proveedor.
- El sistema es un monopolio del Estado, donde apenas ha habido algún juego marginal de las fuerzas del mercado.
- El sistema de salud canadiense es percibido como bien fundamental por el ciudadano. Nadie puede prever las consecuencias políticas y sociales que pueden generar la limitación de la oferta y las coberturas del mismo. Es por ello que es utilizado como principal elemento en la arena política.
- Desde la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte entre Estados Unidos, Canadá y México, la corriente neoliberal ha ejercido presión hacia una apertura de un mercado competitivo en todos los ámbitos, incluido el de la salud y otros servicios. Así, el mercado privado emergente, en servicios de salud debe generar un cambio profundo, que el ciudadano no estaría dispuesto a aceptar sin más. Sin embargo es comprensible que el país no pueda sostener un sistema de costo incontrolable, que duplicara el de otros países como Inglaterra, y que ya sobrepasa en varios puntos en el PBI a su mercado de mayor competencia y similitud como es el norteamericano.

Canadá, como país desarrollado, enfrenta problemas adicionales relativos a la composición de su población que para el año 2000 será de unos 30 millones de habitantes, de los cuales un 20 por ciento será mayor de 60 años, y con una expectativa de vida de unos 20 años adicionales. Esta población creciente requerirá un fondo especial para atención de enfermedades crónicas y otras afecciones como el cáncer y enfermedades cardio y cerebrovasculares. Esta carga ineludible para el Estado representaría un punto de no retorno en el incremento del costo, por lo que Canadá está obligado como país, a revisar su esquema indiscriminado de cobertura de salud hacia todos sus ciudadanos, asumiendo el Estado todo riesgo y sin compartirlo con ninguno de los involucrados en el sistema.

Desde hace pocos años, se ha comenzado a instalar en Canadá a la sombra del NAFTA, hospitales privados con fines de lucro, y empresas aseguradoras que capturaron un nicho de mercado no explorado como por ejemplo: atención de enfermeras privadas; atención odontológica y otros. Se espera que en un futuro próximo el sistema canadiense asuma modificaciones que lo acercan a un equilibrio más real mantenido por las fuerzas del mercado que reposan sobre: manejo de riesgo, oportunidad, calidad y principalmente costo.

2

Expositor

Juan Pablo Uribe Restrepo

Médico Cirujano egresado de la Universidad Javeriana de Bogotá, 1990. Master en Salud, Pública Universidad de Michigan, Ann Arbor Estados Unidos, 1994. Master en Administración, Pública Universidad de Michigan, Ann Arbor Estados Unidos, 1994. Fue Jefe de la División Nacional de Medicina Preventiva de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, CAPRECOM, 1991-92. Asesor de la 1º Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, 1994. Director General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, 1994. Profesor de Medicina Preventiva de la Pontificia Universidad Javeriana (actual). Coordinador Técnico de la Fundación Corona, Bogotá (actual).

SISTEMA

NACIONAL DE

SALUD DE

COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

1

Son muchos los países que han emprendido reformas a sus sistemas de salud, en algunos casos presionados por los costos que llegan a límites insostenibles para el sector, otros obligados por los deficientes resultados de cobertura y acceso. El propósito siempre será el buscar el equilibrio aceptable entre los niveles de equidad, eficiencia y efectividad. Es por ello que Colombia entra en un proceso de reforma en 1993 con la Ley 100, aprobada por el Congreso Nacional. Esta ley crea un nuevo sistema de seguridad social en salud que busca garantizar cobertura universal con servicios integrales, basado en el modelo teórico de competencia regulada y con los principios de universalidad, integralidad y eficiencia.

MARCO JURÍDICO

2

La Reforma de Seguridad Social (Ley 100), promulgada en 1993, comprende en su componente de salud dos regímenes:

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El régimen contributivo ofrece los servicios de salud a las personas con capacidad de pago a través de un sistema de aseguramiento, con cotizaciones obligatorias de empleados 4 por ciento y empleadores 8 por ciento.

Los afiliados tienen vinculación laboral, por lo general, o son trabajadores independientes que se integran al sistema por la obligatoriedad concebida en éste. Actualmente existen afiliadas 13 millones de personas en este régimen.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Atiende las necesidades de salud de las personas que no pueden pagar el seguro de su familia, a través de un subsidio que se financia de acuerdo con:

- Un punto porcentual de la cotización de las personas afiliadas al régimen contributivo.
- Un monto asignado por las cajas de compensación familiar de acuerdo con la ley, administrados por ellas mismas.
- Un aporte del presupuesto nacional cuantitativamente igual al régimen contributivo.
- Otros recursos de la nación y los entes territoriales.

Los principios fundamentales del sistema de seguridad contemplados en la Ley 100 son los siguientes:

- Universalidad. Entendida como garantía de un mínimo de servicios iguales para todos los ciudadanos.
- Obligatoriedad. Ningún ciudadano puede renunciar al aseguramiento ni puede optar por quedar fuera del sistema.
- Integridad. Definida como la cobertura con un plan suficientemente de beneficios que incluye a nivel individual, intervenciones, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y además reconoce y abarca las variables críticas de la salud pública.

- Solidaridad. Entendida como la transferencia de recursos hacia la población más pobre y vulnerable.
- Libre escogencia por parte de los ciudadanos, frente a la entidad aseguradora, y los prestadores.
- Descentralización y participación, dado por un acercamiento de los órganos de dirección, supervisión y financiamiento de los municipios y localidades.
- Concertación vista como una necesidad para alcanzar el equilibrio en el mediano y largo plazo entre los distintos autores.
- Gradualidad. En reconocimiento a la necesidad de hacer un cambio paulatino.
- Eficiencia y Calidad. Esperados como productos finales de una dinámica de competencia.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

3

El nuevo modelo de salud en Colombia se basa en el modelo de competencia regulada. Este modelo se caracteriza por la separación de los roles de dirección/control, aseguramiento y provisión de servicios dentro de un mercado que estimula la competencia bajo la regulación del Estado.

La Ley 100 separó los papeles de dirección/control, administrativo y la prestación de servicios. La dirección y control está en la cabeza del Estado en la figura del Ministerio de Salud –la Superintendencia Nacional de Salud– y, un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, integrado por representantes de los diferentes intereses del sector.

A nivel regional y local, son ellas las responsables de velar por la implementación de la reforma y garantizar el equilibrio y logro de los objetivos.

La administración, entendida como el aseguramiento de usuarios, la coordinación de la atención y el pago a los proveedores, se entregó a empresas promotoras de salud (EPS) públicas y privadas, responsables de asumir los riesgos de enfermar y garantizar la provisión de servicios para sus afiliados. Para ello, el sistema reconoce una unidad de pago por capacitación (UPC) por afiliado o beneficiario, que obra como una prima de seguro para financiar los eventuales servicios requeridos.

La prestación de servicios sigue a cargo de entidades e individuos (instituciones prestadoras de salud, IPS) contratados ahora por EPS para conformar sus redes adscritas de atención para sus afiliados.

Los usuarios dentro del sistema son responsables de hacer sus respectivos aportes (a las empresas de salud, las cuales actúan como entes recaudadores) y elegir libremente las EPS e IPS con los cuales aseguran sus necesidades individuales y familiares.

COBERTURA

4

Los cambios con este nuevo sistema de seguridad social tienen como finalidad una cobertura total de la población en el 2001.

Tenemos que, para 1997, cerca del 56 por ciento de los colombianos –aproximadamente 20 millones– están asegurados en forma integral con el plan obligatorio de salud. Antes de la

reforma, sólo cerca de 6 millones lo estaban.

El reto está en mantener la tendencia positiva hacia el aseguramiento universal en el país, con la limitación para llegar al grupo existente en zonas geográficas donde el sistema no tiene formas de atención o donde la competencia regulada no es viable.

FINANCIAMIENTO

5

La reforma de la Ley 100 estipuló los recursos disponibles para los cambios requeridos por dicha ley. Aprobó recursos adicionales cercanos al 2 por ciento del PIB; estos recursos, en su mayor parte, se han aplicado a través de subsidios a la demanda, contribuyendo a una mayor eficiencia y equidad.

Sin embargo, la evasión, tanto de parte del individuo que contribuye como por el Estado en sus aportes para el régimen subsidiado, se constituye en la principal amenaza para la continuidad de las transiciones en cobertura, subsidios y planes de beneficio, afectando a la población más pobre del país.

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DE COLOMBIA

Las discusiones de la mesa de trabajo arrojaron las siguientes conclusiones:

El tiempo de implementación del nuevo Sistema de Salud no permite hacer o determinar conclusiones definitivas, ya que se considera que la reforma está en proceso de implantación.

- La reforma se implanta por imposición gubernamental a través de la Ley 100, la cual se enmarca dentro de un marco legal desde su inicio.
- Se ha observado que los usuarios que entran al nuevo Sistema de Salud se sienten más satisfechos por su capacidad de elección y por la calidad de atención prestada.
- Los servicios médicos no llegan con competencia en aseguramiento y prestación a las poblaciones rurales y/o fronterizas. Este grupo de personas no tiene acceso al nuevo sistema.
- Se debe asegurar una correcta implementación del sistema en relación con la calidad de servicio en función de los proveedores.
- Actualmente existe sólo un 56 por ciento de las personas afiliadas al nuevo sistema. Pero esto es un gran avance, incluso a nivel mundial.
- Se ha planteado una expansión gradual de la aplicación del sistema, para lograr al final la mayor cobertura y equidad en la atención de la población.
- La disminución del desempleo traerá como consecuencia una mayor afiliación de la población, ya que éste es el principal medio de aseguramiento personal y familiar. Lo contrario, un mayor desempleo, agravaría la implementación.
- Se ha presentado un desequilibrio entre la EPS y IPS en cuanto a las tarifas y formas de contratación. Falta de concertación real entre los distintos actores.
- Hay una importante incapacidad de gestionar el cambio.
- Los sistemas de información no están completos, lo que no permite la adecuada planificación, y por el carácter preventivo es difícil de implementar en forma adecuada para cada región.
- El seguimiento gubernamental de la implementación no es constante ni oportuno por el número de cambios de ministros de salud en cortos períodos de tiempo y las inconsistencias en la normatividad.
- Se ha observado resistencia al cambio y en algunos casos oposición al nuevo régimen, no sólo en el medio público sino en el privado. Los mensajes confusos del gobierno lo ha agravado.

3

Expositor

Rafael Caviedes Dupra

Constructor Civil egresado de la Universidad Católica de Chile. Master en Economía, egresado de la Universidad de Navarra, España. Presidente Ejecutivo de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Director del Fondo Nacional de Salud, FONASA, y de la Central de Abastecimiento del SNS. Participó en el proceso de reformas de la Seguridad Social de Chile en la década de los 80.

SISTEMA DE

SALUD

CHILENO.

EMPRESAS

ISAPRES

INTRODUCCIÓN

1

Se debe señalar la importancia de los sistemas previsionales de salud como un elemento para satisfacer las necesidades que se les presentan a las personas. Por una parte, la vejez es una etapa de la vida que todos vamos a vivir, unos antes, otros después, y de alguna forma, el tratamiento a través de los fondos de pensiones de administración privada para enfrentar esta contingencia está dando satisfacción a los problemas económicos de las personas. También existen otros problemas adicionales a éste, como son el financiamiento de las prestaciones médicas y el sistema de salud que debe existir para satisfacer estas necesidades de los individuos a lo largo de toda su vida. Es en este ámbito que se ha planteado la participación del sector privado a través de seguros de salud y Chile tiene una experiencia en este sentido.

El sistema ISAPRES tiene su origen en la reforma socioeconómica global del país que se inició en 1974, lo que permitió a los trabajadores ejercer su derecho de opción por el sistema público o privado según sus preferencias. En salud, es a partir del año 1981 cuando se transita de una economía cerrada y protegida, con más del 95 por ciento de los egresos hospitalarios concentrados en el Estado, a una participación creciente del sector privado.

CARACTERÍSTICAS

2

DE LAS ISAPRES

- Son entidades privadas.
- Captan cotizaciones obligatorias.
- Otorgan, a cambio, un seguro de salud y financian el subsidio de incapacidad laboral por reposo médico.

DEL SISTEMA

- Existe la posibilidad de desafilarse del Régimen Estatal de Salud para optar por el privado.
- Las ISAPRES están reguladas por ley en la medida que las cotizaciones que ellas perciben son de carácter obligatorio y éstas sustituyen al Estado en el otorgamiento de las prestaciones.
- La ley contempla beneficios legales mínimos. Sin embargo, cada ISAPRES puede convenir libremente con el afiliado el otorgamiento, forma y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud de las personas.
- Son controladas por el Estado, mediante la fiscalización efectuada por una institución pública (FONASA en los primeros años, y la Superintendencia de ISAPRES desde 1990). No obstante, las resoluciones o instrucciones que dicte dicho organismo son apelables ante la Corte de Apelaciones.
- El organismo fiscalizador mantiene una garantía equivalente a un 80 por ciento del total de las cotizaciones percibidas en un mes por las ISAPRES, con el fin de garantizar a los afiliados el otorgamiento de los beneficios pactados.
- El porcentaje mínimo de las remuneraciones destinadas a financiar las prestaciones de

salud es igual, cualquiera sea la opción elegida, estatal o privada.

- Permite que particulares se organicen y asuman la gestión de un sistema de salud previsional, labor que durante muchos años estuvo reservada sólo al Estado. Esto ha significado una instancia de participación social legítima dentro de una sociedad libre.
- Ha permitido eliminar toda evasión de impuestos en el sistema de salud.
- Ha eliminado la evasión de cotizaciones.

MARCO JURÍDICO

3

En 1980, en el DL N° 3.500, el artículo 84 establece que la cotización en salud puede enterarse en «las instituciones o entidades que otorguen al trabajador las prestaciones y beneficios de salud».

El DFL N° 3 de 1981 precisa, en su artículo 1°, que esas instituciones o entidades se llamarán Instituciones de Salud Previsional. El resto del articulado de ese cuerpo legal desarrolla

la organización, funciones, control y demás materias que permitieron el nacimiento de las ISAPRES y su ulterior crecimiento y desarrollo.

Posteriormente, en 1986, entró en vigencia la Ley N° 18.469 que crea el «Régimen General de Prestaciones». Dicha ley incorpora a las ISAPRES en forma coherente y armónica al sistema de salud chileno.

En 1990 se promulgó la Ley N° 18.993 que modificó el DFL 3 de 1981 en materias que ya son del pasado, pero sobre todo creó una Superintendencia de ISAPRES, con lo que estas instituciones dejaron de ser supervisadas por el FONASA, como lo eran hasta esa fecha. Finalmente, en agosto de 1995, entró en vigencia la Ley N° 19.831 que modificó la Ley N° 18.933.

Esta última ley, que se pensaba daba una más amplia protección a los beneficiarios, rigidizó el funcionamiento de las ISAPRES.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

4

La estructura funcional de la seguridad social en Chile es la siguiente:

- Por una parte, dentro de las instituciones públicas está FONASA, el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Instituto Nacional de Normalización Previsional.
- Como instituciones privadas existen las ISAPRES, las mutuales de seguridad y las administradoras de fondos de pensiones.

Ambos sectores, público y privado, tienen como finalidad solucionar determinadas contingencias de los trabajadores:

- FONASA y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) al igual que las ISAPRES atienden las contingencias de enfermedad común, de medicina preventiva y de medicina curativa.
- El SNSS atiende, al igual que las mutuales de empleadores, resuelve los problemas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- El Instituto Nacional de Normalización Previsional (INP) atiende a las contingencias

de pensiones, tal como lo efectúan las AFP.

TIPOS DE ISAPRES

5

La distinta naturaleza de las ISAPRES se define de acuerdo con su población objetivo y a la finalidad económica que persiguen. De esta forma, según su población objetivo existen dos tipos de ISAPRES:

ISAPRES ABIERTAS

Están orientadas a trabajadores de cualquier empresa o independientes. No existen restricciones *a priori* para la incorporación de un beneficiario, de manera que el mercado potencial de las ISAPRES son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud en dichas instituciones. Actualmente existen 20 ISAPRES abiertas.

ISAPRES CERRADAS

Están ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas. Tienen como único mercado a la población de trabajadores y a sus familias de esa determinada empresa. Actualmente existen 13 ISAPRES cerradas.

UNIVERSALIDAD Y COBERTURA

6

- Actualmente las ISAPRES tienen aproximadamente 3 millones 850 mil beneficiarios, lo que representa el 27 por ciento de la población total.
- Al ser las ISAPRES un subsistema privado dentro del Sistema de Salud de Chile, evidentemente tiene una baja cobertura en los sectores más pobres, ya que es un seguro; por lo tanto, la cobertura está relacionada con la disponibilidad económica del afiliado.
- La composición del perfil etario de los afiliados a las ISAPRES es muy similar a la del país hasta los 60 años. A partir de esta edad, las ISAPRES tienen 3,5 por ciento de afiliados mayores de 60 años y el país tiene aproximadamente 9 por ciento de su población en esta edad. Esto se explica porque el sistema sólo tiene 15 años de vida.

CRITERIO DE EQUIDAD

7

El sistema privado de salud, conformado por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, ha contribuido a posibilitar el ejercicio de la garantía constitucional en el aspecto referido a la posibilidad de opción que cada individuo tiene para elegir su sistema de salud. En efecto, se ha abierto una posibilidad o camino inexistente antes de su creación; así, con anterioridad, todo trabajador estaba compelido a entregar su cotización legal para la salud a una entidad de naturaleza estatal.

No obstante lo señalado, hay un gran número de personas que se ven impedidas de ejercer adecuadamente esta garantía constitucional, toda vez que está restringida en la práctica su posibilidad de elección, circunscribiendo su demanda de atenciones médicas al Sistema

Estatad de Servicios de Salud; en efecto, el derecho a la protección de la salud sólo es posible efectuarlo a través de los servicios estatales.

El subsidio a la demanda, es decir, la transferencia de recursos del Estado directamente a las personas que solicitan atención en salud y no a los entes prestadores de los servicios médicos, haría posible que una gran parte de la población pudiera ejercitar adecuadamente la garantía que la Constitución del año 1980 ha establecido, de tal manera que un mecanismo de transferencia de recursos de esta naturaleza se encuentra legitimado y amparado constitucionalmente en la medida que tienda precisamente a hacer efectiva una garantía constitucional.

FINANCIAMIENTO

8

Las ISAPRES se financian exclusivamente con las cotizaciones que perciben de sus afiliados, sin tener ningún tipo de subsidios directos. Éstas son:

- Un 7 por ciento de la remuneración imponible con un tope de 4,2 unidades de fomento (aproximadamente US\$ 130) y que constituye más del 90 por ciento de los ingresos.
- La cotización adicional que voluntariamente enteran las personas para acceder a un mejor plan de salud.
- La cotización adicional de hasta un 2 por ciento de la remuneración imponible, permitiendo a los trabajadores de bajas rentas alcanzar a cubrir el precio del plan.
- Las cotizaciones de aquellos trabajadores independientes y voluntarios que cotizan en una ISAPRES.
- El copago que efectúan los beneficiarios para obtener una prestación médica.

BREVE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DEL SISTEMA

9

Después de 16 años de funcionamiento, un sistema de salud que opera sobre la base de la afiliación voluntaria y que actualmente cuenta con casi 4 millones de beneficiarios, puede considerarse un éxito rotundo desde todo punto de vista: conceptual, técnico, de gestión y de servicio.

Es por ello que los aseguradores privados:

- Están capacitados para atender la demanda creciente en salud.
- Pueden establecer mecanismos eficientes de control de costos.
- Son entidades competitivas.
- Existe una mayor participación del sector privado en el otorgamiento de salud a la población.
- Mayor responsabilidad del individuo en el cuidado de su salud.
- Más exigencias de calidad de los servicios.
- Cambio en el perfil epidemiológico.
- Énfasis en el control de costos y en la calidad del servicio.

Aspectos controversiales del sistema ISAPRES

El sistema ISAPRES tiene algunos aspectos que perfeccionar. Por lo pronto, la comprensión por parte de la población de un sistema de seguro por el cual hay que pagar ha generado la posibilidad que la gente reclame sus derechos, situación que en el sistema público no se da. Algunos de los aspectos controversiales son los siguientes:

•**Complejidad de los contratos:** Se ha diseñado una herramienta para facilitar la comprensión de los beneficios y alcances de los planes de salud. Esta herramienta consiste en una canasta de 52 prestaciones médicas, que representan el 80 por ciento del gasto, facilita a los usuarios la comparación de las bondades de los diferentes planes que se comercializan en el mercado.

•**Bajas coberturas a sectores pobres:** Si bien es cierto que los planes orientados a las personas más pobres tienen menor cobertura económica que los de los más ricos, se ha detectado que en promedio dan un 70 por ciento de cobertura promedio sobre el valor de las prestaciones, lo que es suficientemente satisfactorio. No obstante, las personas pobres no tienen capacidad de copago, aunque éste sea sólo de un 30 por ciento del valor de una intervención quirúrgica, especialmente cuando ese 30 por ciento es alto para los ingresos de la familia. Esta circunstancia está tratando de ser superada por el mercado, ofreciendo planes cerrados (*managed care*) para garantizar una cobertura suficiente a estos grupos de personas.

•**Enfermedades catastróficas no cubiertas:** La ley no permite excluir patologías. No obstante, ciertas enfermedades muy caras, generan problemas a los pacientes por los altos copagos que éstos deben financiar en algunas ocasiones. Esta circunstancia se da especialmente cuando los afiliados no escogen un prestador adecuado a su plan de salud. Por ello, se han desarrollado seguros privados complementarios, los que sin embargo sólo son adquiridos por las personas más ricas o por grandes empleadores. Este tema también deberá ser resuelto con modalidades de atención del tipo *managed care*.

•**Tercera edad no cubierta:** De acuerdo con estudios académicos, el problema del financiamiento de la salud en la tercera edad está vinculado al problema de las pensiones de retiro de los trabajadores. Esto quiere decir que las pensiones no permitirían financiar planes adecuados. El sistema chileno de capitalización individual permitirá solucionar este problema en la medida que la economía del país esté sólida, toda vez que la rentabilidad de los fondos de pensiones permite asegurar que las pensiones serán suficientemente generosas como para permitir acceder a un adecuado plan de salud. En cualquier caso, el Estado debe actuar subsidiariamente y lo óptimo sería que quienes no alcancen una pensión determinada, obtengan un subsidio para adquirir un plan mínimo definido por el Estado y así mantenerse afiliado a una ISAPRES.

RESUMEN DE TRABAJO DE MESA DE LAS ISAPRES

Se estableció, como metodología, escoger de manera mayoritaria los puntos a ser analizados por la mesa de trabajo, los cuales fueron:

1. Participación del sector privado con el sector público.
2. Financiamiento.
3. Marco legal.
4. Tipos de contratos de las ISAPRES.
5. Relación entre medicina prepagada, capitación e ISAPRES.
6. Labor docente de las ISAPRES.
7. Financiamiento intrínseco de las ISAPRES.
8. Políticas de medicina preventiva de las ISAPRES.
9. Aplicabilidad en Venezuela.

Se resaltaron las características principales de las ISAPRES:

- Son instituciones prestadoras de servicios de salud bajo el esquema de seguros privados, asequibles a la población, con posibilidades de dejar de cotizar en el sector público.
- Abre posibilidades a las empresas privadas a través del mercado de proveedores de salud.
- Es libre la escogencia del prestador de salud.
- Es difícil la relación ISAPRES/médicos.
- Existe una difícil comprensión, por parte de los asegurados, del contrato que realizan con las ISAPRES.

1. PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO CON EL SECTOR PÚBLICO

Ventajas

- Es una alternativa. Da salud a un sector de la población.
- Mayor participación y dinamismo a la medicina privada, haciéndola más costo/efectiva.
- Genera fuentes de empleo en el sector privado.

Desventajas

- No es universal.

2. FINANCIAMIENTO

Ventajas

- Aporte obligatorio.
- Permite a grandes empresas crear su propia ISAPRES y solucionar así el problema de salud de sus empleados.

Desventajas

- Tener un alto nivel de ingresos.
- En economías no estables (inflacionarias) haría difícil la rentabilidad de la inversión.

3. MARCO LEGAL

- La reforma de 1981 aprueba el sistema ISAPRES.
- Establece normas a través de contratos.
- Los afiliados conocen el nivel de compromiso con sus ISAPRES.

4. TIPOS DE CONTRATOS DE LAS ISAPRES

Ventajas

- Estimula las negociaciones entre los prestadores de salud y las ISAPRES.
- Abre un mercado interno ISAPRES/proveedores.
- Requiere disposición del afiliado para asumir la contratación de su ISAPRES.

Desventajas

- Pretende tasar tarifas médicas.

5. RELACIÓN ENTRE MEDICINA PREPAGADA, CAPITACIÓN E ISAPRES

Las ISAPRES comparten la prima con el proveedor de la atención médica, con el objeto de traspasar el riesgo al proveedor (capitación), buscando de esta manera evitar:

- Excesos en los honorarios médicos.
- Excesos en los exámenes paraclínicos.
- Abuso de sobremedicación.
- Excesos de interconsultas.
- Operaciones innecesarias.

El riesgo que presenta esta capitación es la de no prestar un buen servicio, o no realizar los exámenes que requiera el paciente.

6. LABOR DOCENTE DE LAS ISAPRES

- Fomenta entrenamiento y capacitación en las áreas de gerencia, administración, salud y economía.
- A través de los centros dependientes de las ISAPRES, se imparte docencia asistencial.

7. FINANCIAMIENTO INTRÍNSECO DE LAS ISAPRES

- Requieren un mínimo de cien mil beneficiarios para garantizar la funcionalidad, viabilidad y rentabilidad.

8. POLÍTICAS DE MEDICINA PREVENTIVA DE LAS ISAPRES

- No realizan políticas de medicina preventiva. Consideran que es el individuo el responsable de su salud.

9. APLICABILIDAD EN VENEZUELA

- Es factible considerarlo solamente como una empresa de salud.
- En ningún caso presumen ser las ISAPRES, un Sistema de Salud Nacional, sino un mediador en la prestación del servicio.
- La capitación pudiera ser factible de implementarse, si la decisión política permitiera traspasar unidades de capitación de lo que se recauda por impuestos a empresas tipo ISAPRES. Esto sería una alternativa de gestión en la solución de la prestación de servicios de salud entre el sector público y privado.
- Dada la apertura que se ofrece a través de empresas de este tipo, es positivo debido a que se abren mercados internos entre los entes y personas comprometidos con el sector salud, generando empleos, motivando a la población a capacitarse tanto en áreas gerenciales como técnicas.

4

Expositor

David W. Strong

Grado de Bachelor of Science in Business Management en Southern Nazarene University Bethany, Oklahama. Master of Hospital and Health Administration Xavier University Cincinnati, Ohio. Ha desempeñado cargos de Administrative Resident, Assitant Administrator of Professional Services y el actual que es Senior Vice President of Operations and Ambulatory Care en Our Lady of Lake Regional Medical Center.

SISTEMA DE

SALUD DE

LOS ESTADOS

UNIDOS DE

NORTEAMÉRICA

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

1

El Gobierno Federal de los Estados Unidos paga por una parte significativa del cuidado médico en el país, particularmente por los pacientes que requieren hospitalización, de modo que sus políticas afectan la tendencia de la llamada industria de la salud. A partir de los años 80 se ha incrementado el tipo y la frecuencia de actividad legislativa que reduce los pagos de fondos federales a proveedores de salud. La reforma del sistema actual está en constante evolución y, para los años 90, más de 837 asociaciones relacionadas con salud, representando diferentes puntos de vista, se mueven dentro del ámbito de los debates del Congreso. Estos diferentes intereses acoplados a la opinión del público garantizan que ningún plan único será adoptado y que reformas políticas serán implementadas de forma continua a través del próximo siglo.

El Sistema de Salud tiene un efecto multidimensional en el gasto federal, estatal y del sector privado. El impacto en el presupuesto federal y el déficit fiscal es el primer aspecto a considerar, de esta manera vemos su distribución:

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO	PORCENTAJES
Seguridad social	21
Medicare --Medicaid	18
Intereses deuda	14
Defensa	16
Otros gastos	14
Programas discrecionales	17
Déficit	\$ 223 billones

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

2

- 258 millones de habitantes
- 80 por ciento en áreas metropolitanas
- 14,2 por ciento sin seguro médico
- Educación: 75 por ciento estudios secundarios o más
- 20 por ciento estudios universitarios
- Tasa de criminalidad: 788 por 100000.
- Tasa de desempleo: 4,8 por ciento
- Porcentaje de la población mayor de 65 años para 1995 es de 12 por ciento con una proyección de 20 por ciento para el año 2050.

Se espera un déficit de \$ 300 billones de dólares para el año 2003. Por otra parte, Medicare-Medicaid crecerían un 10 por ciento anual por los próximos 10 años. En la práctica, cortes de fondos al sector salud constituyen una parte fundamental de las estrategias para balancear el presupuesto y dirigir fondos a otras áreas de interés doméstico; en consecuencia, la capacidad del Gobierno Federal para invertir en el sector salud será cada vez más restringida.

A nivel estatal, el crecimiento de los gastos del sistema Medicaid se estima que se duplicará en los siguientes 5 años, por lo cual los estados se han visto obligados a incrementar los impuestos y limitar fondos para otros programas.

A nivel privado, el crecimiento de los costos de salud ha obligado a reducir las inversiones en la expansión de los negocios y ha hecho que muchos empleadores busquen formas de reducir los costos.

El aumento de los costos por cuidados médicos es el factor de preocupación de todos los sectores. En los últimos años se ha reducido debido:

- Intervención del gobierno
- Aumento de la inscripción en planes de salud regulados
- Demandas de descuentos hechos tanto por el patrono como por el empleado
- Iniciativas del proveedor para un mejor cuidado
- En general, baja inflación, 2,9 por ciento de incremento para los cuidados médicos en relación con 3,1 por ciento de incremento del índice de precios al consumidor.

Históricamente, el riesgo por los costos de servicios de salud descansa en el asegurado o la agencia del gobierno. Se describen de una manera breve los sistemas principales de cobertura para la población. En el caso de Medicare, sistema financiado por el Gobierno Federal mediante el pago de impuestos, se cubren todos los ciudadanos y residentes legales del país mayores de 65 años; se divide en A (sistema hospitalario) y B (ambulatorios y médicos). El pago se hace por caso atendido de acuerdo con tarifas preestablecidas directamente a los proveedores o a empresas de medicina gerenciada según contratos vigentes; en el sistema B el paciente paga el 30 por ciento de la tarifa. Este sistema paga el 60 por ciento de los pacientes atendidos en la red hospitalaria.

El sistema de Medicaid cubre a la persona y grupos familiares que estén por debajo del nivel de pobreza (\$10.000 para un grupo familiar de 4 personas); los fondos provienen de impuestos estatales. El sistema cubre al 12,5 por ciento de la población.

La cobertura de servicios basada en los empleadores (sin incluir a la población anciana) es de un 64 por ciento, otros seguros privados o públicos cubren el 11 por ciento. El problema más importante lo representa un 17 por ciento de la población que se encuentra sin un seguro adecuado estimado en 43.5 millones de personas para el año de 1998.

Los dos hechos más importantes que se han producido en este siglo en el Sistema de Salud norteamericana son la aparición de medicina gerenciada y la evolución de los mecanismos de reembolso por cuidados médicos.

En el siglo XX, los Estados Unidos presencian la transformación de una sociedad rural a urbana, de la orientación individual a la dominación institucional, de una economía de agricultura a una economía de manufactura, de autoempleado a empleado de corporaciones. Durante este período, la práctica médica hizo la transición de generalista a especialista, de práctica individual a práctica en grupo, de pago directo del paciente a seguros de

grupo y finalmente de una empresa individual a la práctica corporativa de la medicina. Peter Drucker afirma en su libro de administración: «Durante los últimos 50 años, la sociedad en cada país desarrollado se ha vuelto una sociedad de instituciones. Cada tarea social importante, sea económica, salud, educación o la protección del ambiente, la obtención de nuevos conocimientos o la defensa, ha sido confiada a instituciones grandes, designadas para la perpetuidad y manejadas gerencialmente. De los resultados de estas instituciones, depende el resultado de la sociedad moderna, si no la supervivencia del individuo.

El paso de médicos generalistas a especialistas, se hizo con relativa facilidad, comenzó con la creación de sociedades de especialistas a partir de 1884, se cataliza a partir de la II Guerra Mundial, cuando las dos terceras partes de los médicos que prestaron servicio en la misma deciden ir a residencias especializadas usando sus beneficios de veteranos. Así mismo, el concepto de práctica en grupo, definido por la Asociación Americana de Médicos como «tres o más médicos que se dedican a cuidar pacientes, hacen uso conjunto de los equipos y el personal y se dividen los ingresos de acuerdo con una fórmula preestablecida», se aumenta en una forma exponencial, de manera que de 2,6 por ciento de los médicos en práctica de grupo en 1946, hoy un tercio de todos los médicos están practicando en más de 16.000 grupos, con más de 60 por ciento en grupos de multiespecialistas. La forma de remuneración de los médicos durante la primera parte del siglo XX de forma casi universal fue el pago directo por servicio. El concepto de medicina prepagada aparece en segundo cuarto del siglo con una lenta rata de crecimiento. La práctica corporativa de medicina, sea por inversionistas o sin fines de lucro, avanza con la introducción de las leyes de Medicare y Medicaid para los ancianos y los pobres en el año de 1965. El crecimiento aparece en la forma de cadenas de hospitales, propiedad de corporaciones y centros universitarios.

Estas leyes de financiamiento de la salud hacen las bases para un control por las corporaciones del servicio médico. Después de años de una creciente y descontrolada inflación médica, los terceros pagadores fueron autorizados para regular el costo de los servicios con una variedad de mecanismos como grupos de diagnóstico relacionados, precios prospectivos, escalas de valor relativo de servicios, etc.

Soporte adicional para el crecimiento de la medicina corporativa es el paso del Acta HMO en 1973 con sus enmiendas que permite el crecimiento de los planes de cuidado médico financiados por contratos, préstamos y subsidios. Después de la aprobación de esta ley, el apoyo del sistema prepago viene del sector negocios de la economía. Para el año 1973 se calculaba que 5 millones de personas estaban cubiertos por estos planes. Actualmente, cerca de 55 millones de personas dependen de ellos; así mismo miles de médicos se han incorporado a la práctica corporativa de la medicina.

Los esquemas de remuneración para los médicos son muy variados, de igual manera los esquemas de organización utilizados también lo son. Los esquemas tradicionales de organizaciones de mantenimiento de salud (HMO), organizaciones proveedoras preferidas (PPO) e indemnización tradicional por compañías de seguros, en principio mutuamente excluyentes, ahora se han mezclado. Es difícil para un observador independiente clasificar una organización en particular, en la mayoría de los casos se trata de híbridos de los varios tipos. En todo caso, el término de cuidado gerenciado *managed care*, es una manera corta

de agrupar los múltiples vehículos financieros que cubren todo un rango diferente de la indemnización tradicional por empresas de seguros. Existen actualmente cinco tipos de modelos de HMO: staff, grupo, red, asociaciones de prácticas independientes y contrato directo.

STAFF

El modelo staff contrata directamente a los médicos, los cuales son empleados, se les paga en forma de salario con bonos de acuerdo con la productividad y planes de incentivos. Se contrata, con subespecialistas selectos, algunos servicios utilizados de manera poco frecuente.

SE CONSIDERAN MODELOS CERRADOS

Los modelos de grupos se basan en contratos con grupos de multiespecialidad, los cuales proveen de todos los servicios a los afiliados. Pueden ser de grupos cautivos, en los cuales sólo se trabaja para el HMO, o grupos independientes, en los cuales el HMO contrata con un grupo previamente existente.

RED

El HMO se contrata con más de un grupo para la provisión de los servicios médicos.

PRÁCTICAS ASOCIADAS INDEPENDIENTES

El HMO contrata con asociaciones de médicos que se constituyen en entidades legales independientes pero se mantienen como prácticas individuales en consultorios separados donde ven sus pacientes y los del HMO.

CONTRATO DIRECTO INDIVIDUAL

Se contrata directamente con el médico.

En los sistemas abiertos, la compensación de los médicos se hace de dos formas básicas:

CAPITACIÓN

Bajo la forma de capitación existe un prepago del servicio por mes y por miembro. O sea, la misma cantidad de dinero se paga por un miembro, independientemente de que éste reciba un servicio o el costo del mismo. El mecanismo de cálculo es complejo y el elemento de riesgo está asociado a esta forma de compensación. La dilación del mismo se hace aumentando la base de vidas cubiertas o compartiéndolo con alguna forma de seguro.

PAGO POR SERVICIOS

En la forma de pago por servicio se hace evidente la desventaja para el HMO en el sentido que paga más por más servicio, lo cual es conveniente para el médico. La ventaja para el

médico también es evidente porque recibe más dinero por pacientes más enfermos. La determinación del pago se hace sobre varias bases como: tarifa usual, común y razonable, escalas de valor relativo, baremos negociados, tarifas globales, etc.

El costo promedio de cobertura a cada empleado en una firma de tamaño medio se incrementó entre los años 94 y 95 bajo el sistema de indemnización en un 2,5 por ciento (\$ 3.497 a \$ 3.598) en comparación con el costo a las empresas de medicina gerenciada donde disminuyó en un 11,4 por ciento (\$ 3.326 a \$ 2.947).

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DEL SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

PUNTOS TRATADOS

- Sistemas de cobertura de salud Medicare y Medicaid.
- Aspectos del tipo de reembolso y los convenios con los proveedores.
- Rol creciente de los sistemas de prepago de salud en USA.
- Importancia del plan estratégico en la planificación a largo plazo en las redes de salud.
- Desarrollo de planes de mercadeo internacional.
- El control del sistema.
- Aspectos negativos que se recomiendan evitar en el diseño del financiamiento de un sistema de salud.

MEDICARE Y MEDICAID

- Se definieron los grupos que califican para cobertura en cada sistema:
- En cada sistema, se cubren todos los ciudadanos y residentes legales del país mayores de 65 años.
- El programa es financiado por el Gobierno Federal a través de impuestos directos y se dividen en:
 - a. hospitalario
 - b. ambulatorio y médicos.
- El pago se hace por casos atendidos de acuerdo con tarifas preestablecidas, directamente a los proveedores o a empresas de medicina prepagada según contratos vigentes; en el caso del pago tipo B, el paciente paga el 30 por ciento de la tarifa.
- Paga por un 60 por ciento de los pacientes atendidos por la red hospitalaria.

EL SISTEMA MEDICAID

- Cubre a las personas y grupos familiares que están por debajo del nivel de pobreza (\$ 100.000) para un grupo familiar de 4 personas.
- Queda fuera de estos sistemas un 17 por ciento de la población denominada trabajadores pobres.

TIPO DE REEMBOLSO Y CONVENIOS CON PROVEEDOR

Su rol se ha incrementado de una manera explosiva desde 1992 llegando a tener, en 1996, 55 millones de personas afiliadas. Se caracterizan por el uso de porteros médicos de familia que limitan y autorizan el acceso a especialistas por el paciente.

- Se destacan tres modalidades básicas: HMO, PPO, y POS, los cuales frecuentemente se combinan bajo modalidades casi infinitas.
- Se destacó el creciente uso de este tipo de servicio por los sistemas de reembolso de Medicare y Medicaid.

- Disminución de 26 por ciento de admisiones.
- Disminución de 11 por ciento de días de hospitalización.
- Reducción crecimiento del grado médico por debajo de la inflación.

MERCADEO INTERNACIONAL

Se presentó, a los asistentes, las características del Departamento de Servicios Internacionales y los planes de afiliación diseñados, con el objetivo de captar pacientes de América Latina por la red de hospitales de Our Lady on the Lake.

5

Expositor

Carlos Pérez Espuelas

Egresado en 1976, Licenciado en Medicina en la Universidad de Zaragoza. En 1989, Doctor en Medicina. En 1981 fue Inspector permanente de la Clínica Universitaria de Navarra. Director del Hospital San Jorge de Huesca y Director Provisional de INSALUD en Navarra. Desde 1993 (Actual) es el Director General del Hospital Universitario de la Princesa, en Madrid, España.

SISTEMA DE

SALUD

DE ESPAÑA

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

1

El presente documento recoge, de manera resumida, una referencia del Sistema Sanitario Español y su evolución histórica tanto cuantitativa como cualitativa, presentada por el doctor Carlos Pérez Espuelas, en el marco de las I Jornadas Internacionales de Sistemas de Salud, realizadas en Caracas, en la Universidad Católica Andrés Bello, los días 8, 9 y 10 de julio del año en curso.

La estructura y contenido de dicho informe recoge de manera fundamentalmente técnica las características resaltantes del Sistema de Salud español, como es el marco jurídico que lo sustenta, su estructura organizacional como Estado central y comunidades autónomas, la cobertura y equidad que el mismo ofrece a la población objetivo y su financiamiento como Sistema Nacional de Salud; también se presenta los resultados de la Mesa de Trabajo que analizó el mismo.

A través de la información presentada se evidencia que el país español dispone, hoy en día, de un sistema sanitario, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, que en las cinco últimas décadas ha venido ampliándose y consolidándose; así mismo se percibe que el mismo responde a características institucionales, económicas y culturales específicamente españolas, con una asistencia sanitaria pública universal y financiada fundamentalmente por los impuestos, como producto de conquistas sociales asumidas por la propia ciudadanía.

El sistema sanitario español oferta una amplia gama de prestaciones e incorpora constantemente tecnologías avanzadas, siendo gratuito para el usuario prácticamente en su totalidad y sin exigencias de períodos de carencia ni otros requisitos limitativos previos.

Los centros asistenciales disfrutan de un aceptable nivel de equipamiento y disponen de un personal bien calificado; sin embargo, la organización sanitaria actual no está plenamente acorde con la realidad demográfica, social, económica y epidemiológica del país; de hecho, el grado de satisfacción de los ciudadanos es bajo, producto del distanciamiento cada vez mayor entre sus demandas y la accesibilidad, calidad y confort de la oferta. Esta presentación, necesariamente breve de otro sistema de salud diferente al venezolano, nos debe abrir grandes retos para el abordaje de nuestra problemática no sólo sanitaria, también en el ámbito del tan esperado Sistema de Seguridad Social.

MARCO JURÍDICO

2

La evolución del sistema sanitario público español va ligado al desarrollo de la seguridad social. La asistencia sanitaria de la seguridad social adquiere un protagonismo decisivo a partir de los años sesenta, producto del escaso desarrollo de otras redes asistenciales, tanto la beneficencia como la sanidad privada, desarrollando una extensa red de centros y servicios para la asistencia de medicina general, ambulatoria de especialidades y hospitalaria; dicha red será la base a la que se integrarán las instituciones sanitarias del Estado (centros y patronatos de la sanidad nacional) y las administraciones locales (especialmente los hospitales provinciales), para constituir a partir de la Ley General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud.

DESARROLLO HISTÓRICO

Sus referencias normativas están constituidas por la Ley del 14 de diciembre de 1942, que implanta el SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD (SOE) dentro de un sistema profesional de protección social, gestionado por el Instituto Nacional de Previsión, y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, que responsabiliza a las administraciones locales de la higiene pública, la prevención y la asistencia a la población sin recursos económicos (beneficencia).

En 1963 se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, con la que se trata de encauzar el desarrollo del embrión del Estado de Bienestar al que dio base el SOE.

En 1963 se promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social.

En 1966, el primer texto articulado de la Ley de Seguridad Social.

En 1967, el Decreto 2766/67 indica que el Sistema de Seguridad Social atiende la asistencia sanitaria por enfermedad común, accidente laboral y no laboral, maternidad y enfermedad profesional.

En 1972, la Ley de Mejora y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social.

En 1974, el Texto Refundido de la Ley de Seguridad Social, cuyo capítulo IV ha constituido la base reguladora de las prestaciones y de la organización de la asistencia sanitaria de la seguridad social.

En 1977 se crea un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En mayo de 1981 pasa a ser el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y en diciembre de ese mismo año se transforma en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En 1978 desaparece el Instituto Nacional de Previsión, del que habían dependido todas las prestaciones de la seguridad social, dividiéndose en tres entidades gestoras, asignándole a una de ellas el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), la gestión de la asistencia sanitaria.

En 1978, la Constitución española encomienda a los poderes públicos, el mantenimiento de un régimen de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia pública ante situaciones de necesidad y, asimismo, el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. Establece también una nueva organización del Estado, articulado sobre la base de comunidades autónomas, reconociendo en sus estatutos de autonomía, amplias competencias en materia de sanidad.

En 1979 se inicia el proceso transferencial, asignando competencias de promoción, prevención y planificación territorial sanitaria a los entes preautonómicos y comunidades autónomas.

En 1981 se inicia, con Generalitat de Cataluña, la transferencia de los servicios y funciones para gestionar la asistencia sanitaria de la seguridad social.

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad (LGS), con la que se inicia la transformación de un Sistema de Seguridad Social en un modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que se debían integrar y coordinar las diversas estructuras y redes asistenciales públicas existentes, con el fin, según dicta la ley, de garantizar la universalidad del derecho a la protección de la salud, con financiación, con tendencia no contributiva y gestión descentralizada en el nivel autonómico; por otra parte, la LGS autoriza al Gobierno para modificar los mecanismos de protección sanitaria de los diferentes regímenes públicos existentes.

En 1989, el Real Decreto 1088/89 fortalece la declaración de universalidad del sistema y amplía su cobertura.

En 1993, el Real Decreto 1575/93 regula la libre elección del médico en los servicios de atención primaria en el ámbito del área de salud.

En 1994, por Real Decreto, se establece la reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo y dota a la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA, de un mayor protagonismo.

En 1995, el Real Decreto 63/95, dictado como legislación básica, para garantizar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias para toda la población española y establecer un procedimiento de evaluación continua que permita la introducción de nuevas prestaciones y la revisión de las existentes.

En 1996, el Real Decreto 8/96 regula la libre elección en los servicios de atención especializada, dentro del hospital de referencia o centros de especialidades del área.

En noviembre de 1996 se aprueba el Proyecto de Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, donde se plantea un cambio fundamental en el contenido del aseguramiento sanitario, al perfilarlo como un derecho general no contributivo, derivado de la condición ciudadana, al margen de los sistemas de encuadramiento profesional tradicionales en la seguridad social española.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

3

GENERALIDADES

Como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, el Instituto Nacional de Previsión (creado en 1903) se suprime y sus funciones pasan a desarrollarse por los denominados servicios comunes y entidades gestoras.

Las tres entidades gestoras básicas que se crean, son las siguientes:

1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social, encargado de la gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social (subsidios, ayudas, pensiones, etc.)
2. El Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de los servicios complementarios del sistema (minusválidos, tercera edad, etc.).
3. El Instituto Nacional de Salud, para la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social.

OTRAS ENTIDADES GESTORAS

1. El Instituto Social de la Marina y el Instituto Nacional de Empleo, para la gestión de las prestaciones por desempleo.
2. La Tesorería General de la Seguridad Social viene a ser el máximo exponente de la unidad económica de todo el Sistema de Seguridad Social, concentra todo el patrimonio y actividades de gestión del régimen económico, que antes correspondían a cada una de las entidades suprimidas, ejerce sus actividades bajo los principios de solidaridad financiera y caja única.

3. En cuanto al INSALUD, continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no haya culminado el proceso de transferencias de servicios y funciones a las comunidades autónomas con competencia en la materia.

COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN

La Ley de Seguridad Social contempla distintos tipos de colaboración en la gestión de asistencia sanitaria; entre éstas se incluyen:

1. La asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedad profesional: se gestiona a través de Mutuas de accidente de trabajo, Empresas colaboradoras y por el INSS.
2. La asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral puede gestionarse por las empresas en relación con su propio personal.

MUTUALISMO ADMINISTRATIVO

La asistencia sanitaria de los regímenes especiales de la seguridad social de los funcionarios públicos es administrada por sus propias mutualidades (mutualidad general de funcionarios civiles del Estado, Mutualidad general judicial, Instituto Social de las Fuerzas Armadas); el rasgo distintivo es la contratación de la asistencia sanitaria con entidades privadas de seguro o con su propia asistencia sanitaria pública, a través del INSS.

Puede considerarse al Sistema Sanitario Público Español entre los que ofrece un abanico de prestaciones más amplio, y uno de los de mayor gratuidad de las mismas, por cuanto sólo existen mecanismos de pago por los usuarios por las prestaciones farmacéuticas y algunas complementarias y, en estos ámbitos, con una incidencia económica muy limitada.

PRESTACIONES ASISTENCIALES

Las prestaciones que en el área asistencial se enmarcaban en los servicios de atención primaria y especializada de régimen ambulatorio, a domicilio, de internación y de urgencia, así como la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, el transporte sanitario y ciertos servicios de odontología fueron ordenados en cinco grandes apartados: 1. atención primaria; 2. atención especializada; 3. prestaciones farmacéuticas; 4. prestaciones complementarias y 5. servicios de información y documentación sanitaria, permitiendo operar con flexibilidad, regulando los criterios de inclusión y exclusión al sistema actual.

Para la inclusión se tendrán en cuenta la eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéutica, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales; para la exclusión se tomarán en cuenta ciertos criterios: que no haya suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica o hayan quedado superadas por otras disponibles; que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de la o las enfermedades; conservación o mejora de la esperanza de vida; autovalidamiento y eliminación o disminución del dolor o sufrimiento; que se trate de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética; uso de aguas, balnearios, centros residenciales, u otros similares.

La flexibilidad de la oferta de prestaciones y su facilidad de aplicación correspondía a una insuficiente valoración del costo-beneficio y del costo-efectividad, por lo que se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (1994), a quien corresponde la evalua-

ción e inclusión de las prestaciones sanitarias en relación con su ordenación en el Sistema Nacional de Salud.

La ordenación de prestaciones en la situación actual produce un cierto grado de inequidad, debido a la falta de regulación detallada por un lado y, por el otro, las diferentes técnicas que se siguen ofreciendo e introduciendo en los distintos hospitales de la red en función de criterios no homologables.

MODELO SANITARIO

El modelo sanitario está basado en dos niveles asistenciales: la atención primaria y la asistencia especializada. Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios que correspondan a ellos; las áreas de salud extienden su acción a una población entre doscientos y doscientos cincuenta mil habitantes. Las zonas básicas de salud son subdivisiones de las áreas de salud, y se definen de acuerdo con el grado de concentración de la población, sus características epidemiológicas y los recursos de cada zona; cada una de ellas cubre una población de cinco a veinticinco mil habitantes (existen 126 áreas de salud y 2.488 zonas sanitarias).

La asistencia primaria se presta, en general, a través de un sistema público integrado que cuenta con sus propios centros y personal. El sistema tradicional de médicos generales trabajando en forma individual coexiste con un modelo basado en Equipos de Atención Primaria (EAP). Estos EAP representan el punto de entrada habitual del ciudadano al sistema sanitario, por lo que se encargan de tratar, canalizar y dar acceso a la asistencia especializada. La asistencia a domicilio está organizada de diferentes maneras según las áreas. La asistencia especializada se presta fundamentalmente a través de un sistema integrado, en hospitales y centros de especialidades de titularidad pública, si bien INSALUD y los servicios de salud autonómicos realizan convenios o conciertos con entidades de titularidad pública o privada para la prestación de asistencia sanitaria con carácter complementario o sustitutivo; la contraprestación por parte de INSALUD a los centros o servicios concertados, se hace mediante la aplicación de tarifas autorizadas que se establecen actualmente. El actual sistema de clasificación de centros privados para la concertación está desfasado y es de difícil operatividad. La disociación entre las tarifas asignadas a cada nivel y los costes reales de los centros, por una parte, y el sistema de facturación basado en los días de estancia, por otra, genera efectos indeseables.

La organización de la asistencia sanitaria adolece de diversos problemas que dificultan su gestión, entre los que destacan la muy limitada capacidad de gestión de los centros y servicios sanitarios debido a una centralización excesiva del poder de decisión lejos de los mismos y la falta de coordinación entre la asistencia primaria y la especializada. Situación que ha motivado el desarrollo de distintas iniciativas, en general orientadas a una separación más efectiva de las funciones de compra y provisión de servicios, como el «Contrato Programa» y las nuevas formas de gestión utilizadas por las comunidades autónomas. El derecho a la elección del proveedor de servicios por parte del ciudadano (establecido por Real Decreto) no es posible con la organización actual del SNS, dada la rigidez en la configuración de las áreas de salud, que constituyen verdaderas fronteras administrativas, a

la inadecuada información a los usuarios, a problemas estructurales, a la ausencia de incentivos económicos adecuados para los médicos y a la imposibilidad de elección del centro hospitalario.

Los servicios de urgencias y emergencias médicas adolecen de problemas de coordinación entre las diferentes redes asistenciales públicas, principalmente en zonas urbanas, y de uniformidad de cobertura entre las zonas urbanas y rurales.

Las competencias en materia de salud pública han sido asumidas por las comunidades autónomas, limitando la gestión de nivel nacional a la Dirección General de Salud Pública, entre las que se cuentan: la coordinación de las acciones derivadas de las competencias descentralizadas a las comunidades autónomas (homogeneización de criterios en materia de salud laboral, implantación del calendario de vacunaciones y la unificación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica), la gestión de programas propios, el fomento de actividades consideradas como de interés sanitario general y la sanidad exterior.

Hasta el momento, de las diecisiete comunidades autónomas existentes, catorce han constituido formalmente su servicio de salud. Para la creación de éste jugó un papel muy importante su naturaleza jurídica, ya que suponía la introducción de nuevas fórmulas de gestión y administración. El cambio en el modelo se produce por primera vez en 1990, con la creación del Servicio Catalán de Salud como ente público, como entidad gestora de la seguridad social.

Todos los servicios de salud tienen funciones básicamente asistenciales, en tanto que las conserjerías a las que están adscritos se reservan acciones fundamentalmente de planificación general sanitaria, fijación de criterios de actuación, nombramiento y cese de cargos directivos del organismo, salud pública y aprobación de anteproyecto de presupuesto.

CAPACIDAD HOSPITALARIA

El número total de hospitales en territorio español es de 787 (*Catálogo Nacional de Hospitales 1996*), con una oferta total de 168.048 camas hospitalarias (un 40 por ciento de los hospitales y un 18 por ciento de las camas pertenecen a instituciones privadas no benéficas). Ver tablas 1 y 2.

Tabla 1

HOSPITALES SEGÚN FINALIDAD Y DEPENDENCIA PATRIMONIAL

HOSPITALES	AGUDOS	LARGA ESTANCIA	PSIQUIATRÍA	TOTAL
PÚBLICOS	272	33	38	346
PRIVADOS BENÉFICOS	83	27	20	130
PRIVADOS NO BENÉFICOS	246	37	28	311
TOTAL	604	97	86	787

Fuente: *Catálogo Nacional de Hospitales 1996*.

Tabla 2

NÚMERO DE CAMAS SEGÚN FINALIDAD
Y COMPETENCIA PATRIMONIAL

HOSPITALES	AGUDOS	LARGA ESTANCIA	PSIQUIATRÍA	TOTAL
PÚBLICOS	130.717	4.531	8.932	117.180
PRIVADOS BENÉFICOS	11.733	2.234	6.734	20.701
PRIVADOS NO BENÉFICOS	23.605	3.162	3.400	30.167
TOTAL	139.055	9.927	19.066	168.048

Fuente: *Catálogo Nacional de Hospitales 1996.*

La evolución del número total de camas hospitalarias es semejante en la mayoría de los países de la OCDE, registrándose un descenso en el período 1980-1994 (tabla 3); en este período, todos los países, excepto Japón e Islandia, redujo el número total de camas hospitalarias; en el caso de España, la reducción es inferior a la registrada en otros países, lo que puede justificarse basándose en que el número total de camas por 1.000 habitantes era en 1980 el más bajo de todos los países de la OCDE, excepto Turquía y México.

La proporción de camas de titularidad pública disminuyó en el período 1980-1994, 3,65 y 2,77 por 1.000 habitantes, respectivamente; tasa anual de variación media de -2,09 por ciento; esta disminución de camas públicas puede estar relacionada con la reestructuración de los hospitales psiquiátricos, los materno-infantiles, centros monográficos y hospitales militares.

En cuanto al nivel de confortabilidad de las camas hospitalarias públicas, hay que considerar número de camas por habitación, espacio disponible, nivel de equipamiento y nivel de privacidad, encontrando que el porcentaje de habitaciones con 3 o más camas es para INSALUD de 18 por ciento, La Rioja 43 por ciento, en Castilla-La Mancha y Castilla-La Mancha el 24 por ciento, en Asturias 23 por ciento y en Madrid el 21 por ciento.

Lo referente a camas de titularidad no pública tiende a la disminución, encontrando que en Extremadura y La Rioja su presencia se puede considerar anecdótica.

En lo que respecta a la dotación de camas de agudos, España dispone de 3,4 camas por cada 1.000 habitantes, cifra que ha mantenido muy poca variación durante los últimos diez años. Galicia es la única comunidad que ha experimentado un ligero incremento y la Comunidad de Cantabria, cuya proporción ha disminuido de manera muy notable.

A diferencia de lo ocurrido con el número de camas hospitalarias, los recursos de alta tecnología han aumentado de manera significativa en los últimos años.

La red de asistencia primaria contaba, según datos de 1995, con 1.707 centros de salud públicos, 3.128 consultorios rurales y 206 ambulatorios y consultorios donde existían consultas de medicina general y pediatría.

Tabla 3

**CAMAS HOSPITALARIAS POR
1.000 HABITANTES
EN PAÍSES DE LA OCDE**

PAÍSES	1 9 8 0	1 9 9 4	VARIACIÓN
ALEMANIA	11.5	9.7	- 1.8
AUSTRIA	11.2	9.4	-1.8
BÉLGICA	9.4	7.6	- 1.8
CANADÁ	6.7	6.0	- 0.7
DINAMARCA	8.1	5.0	- 3.1
ESPAÑA	5.4	4.1	- 1.3
FINLANDIA	15.6	10.1	- 5.5
FRANCIA	11.0	9.0	- 2
GRECIA	6.2	5.1	- 1.1
IRLANDA	9.6	5.0	- 4.6
ISLANDIA	14.8	16.3	+1.5
ITALIA	9.7	6.7	- 2
JAPÓN	13.8	15.5	+ 1.7
NORUEGA	16.5	Nd	Nd
NUEVA ZELANDA	10.2	7.2	- 3
PAÍSES BAJOS	12.3	11.3	- 1
PORTUGAL	5.2	4.3	- 0.9
REINO UNIDO	8.1	5.1	- 3
SUECIA	15.1	6.5	- 8.6
SUIZA	Nd	20.7	Nd
ESTADOS UNIDOS	5.8	4.4	- 1.4

Fuente: ECO-SANTE OCDE. 1996.

RECURSOS HUMANOS

Los profesionales sanitarios constituyen el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Por una parte, son ellos los que, a través del ejercicio de sus correspondientes profesiones, prestan asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora, que es el objetivo básico del Sistema Nacional de Salud; por otra parte, su importancia en términos económicos es capital ya que el coste de los recursos humanos representa algo más del 50 por ciento del volumen total del gasto sanitario; además, estos profesionales tienen un papel protagonista en la utilización de estos recursos.

No existe un registro oficial sobre el total del empleo sanitario del Sistema Nacional de Salud, se podría estimar que en el conjunto de las organizaciones públicas prestan servicio directo más de 350.000 empleados, de los que la mitad son profesionales sanitarios y algo menos del 20 por ciento médicos. En la actualidad existen más de 70 profesiones y especialidades relacionadas directamente con la atención de salud, agrupando aproximadamente a 500.000 profesionales.

Los índices de profesionales por mil habitantes revelan que existe una oferta suficiente de personal calificado para atender las necesidades del Sistema Sanitario, encontrándose reportes de 1994 de número de médicos por 1.000 habitantes de 4,1 y de profesionales de enfermería por 1.000 habitantes de 4,3.

La distribución geográfica del personal no es homogénea, comprobándose que por cada 1.000 habitantes, el número de médicos oscila entre 2,96 y 5,4, el de odontólogos entre 0,13 y 0,5, el de los farmacéuticos entre 0,62 y 1,51, el de veterinarios entre 0,17 y 0,85 y el de los profesionales de enfermería entre 2,98 y 7,12. Por lo que se refiere al INSALUD, prestan sus servicios en la institución un total de 133.170 personas. En la tabla 4 se ofrece en detalle la distribución de estos efectivos.

Como puede verse en dicho cuadro, el personal interino ocupa un importante porcentaje del empleo del instituto (20 por ciento en atención especializada y la mitad en primaria); en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el alto porcentaje de interinidad pone de manifiesto el fracaso de los mecanismos comunes de selección.

Tabla 4

**PLANTILLA REAL DE INSALUD,
ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y PRIMARIA.
GESTIÓN DIRECTA. 1996**

PERSONAL	ESPECIAL PROPIO	ESPECIAL INTERINO	ESPECIAL TOTAL	PRIMARIA PROPIO	PRIMARIA INTERINO	PRIMARIA TOTAL
SANITARIO FACULTATIVO	16.283	11.825	4.458	12.586	7.880	4.706
SANITARIO NO FACULTATIVO	54.891	11.825	8.227	11.896	8.773	3.123
NO SANITARIO	29.585	22.164	7.421	7.929	4.257	3.672
TOTAL	100.759	80.653	20.106	32.411	20.910	11.501

Fuente: INSALUD. 1996.

No se ha producido una norma que establezca con carácter básico y general el marco regulador para el personal sanitario para todo el Sistema Nacional de Salud, lo que ha producido disfunciones en las políticas de personal de las distintas administraciones sanitarias y en su coordinación. Sólo existen normas muy antiguas por las que se rige el personal de las instituciones sanitarias de la seguridad social; éstas son inaplicables actualmente ya que, entre otras cosas, limitan la productividad de los recursos, dificultan la competencia interna, impiden la vinculación efectiva de la persona al centro donde prestan sus servicios y no permiten la incorporación de mecanismos que impulsen de forma significativa mejoras de la productividad y la eficacia.

Dada la importancia de los especialistas sanitarios, se ha introducido un sistema de formación postgraduada, el MIR, que consiste en un sistema de residencia tutelado, de tal forma que el especialista en formación adquiere, progresivamente, los conocimientos las habilidades y la responsabilidad propios del ejercicio autónomo de la especialidad.

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

A continuación se describen algunos de los elementos de gestión más relevantes introducidos y utilizados en los últimos años. Es importante resaltar que el grado en que se implementaron no fue homogéneo y varió según los servicios de salud.

1. Tarjeta individual sanitaria. Además de uso potencial para la identificación individualizada de los usuarios del SNS, se concibe como un mecanismo de adscripción de usuarios a profesionales y, por tanto, como un sistema de pago ligado al número de personas adscritas. Su emisión ha sido diferente entre servicios de salud y dentro de INSALUD y su utilización como sistema de pago ha sido escasa.
2. Contrato programa (CP). Se estableció con el objetivo de lograr la presupuestación de los centros sanitarios a su cartera de servicios, actividad y calidad; su mayor impacto ha sido la corrección de las desviaciones presupuestarias al ajustarse cada vez más el presupuesto de los centros al gasto efectivo de los mismos. El potencial de mejoras está quizá limitado por el hecho de que ambas partes contratantes pertenezcan a la misma administración y porque la negociación a nivel central restringe la autonomía efectiva de los gerentes de los centros. También se detectan problemas con la unidad de medición de la actividad asistencial ponderada (UPA); ésta es una medida de fácil aplicación en función de la estancia media pero de limitada utilidad para medir eficiencia puesto que no refleja la complejidad de los casos atendidos.
3. Contabilidad analítica (PROGRAMA SIGNO). Este programa junto al CMBD y el coste por proceso se recoge en el plan de garantía de calidad total, elaborado por INSALUD. Se inició en 1992, y pretende el cálculo del coste por servicio en cada hospital como medida de la eficiencia de los mismos. Las principales ventajas del programa consistían en la implantación de un modelo de gestión analítica que permita la facturación entre centros de responsabilidad y costos de los servicios de las áreas haciendo posible la comparación entre éstas. EL SIGNO impulsó tres líneas de actuación interesantes:
 - a. Los clubes integrados por profesionales pertenecientes a un mismo servicio, pero de diferentes centros, que definían un catálogo de prestaciones o productos de sus servicios y su costo, lo que favorecía la competencia y la facturación interna y externa.

- b. Un sistema de homologación de los centros que permita la comparación con la medida y la explicación de las discrepancias de los resultados.
- c. Las auditorías de verificación de la homologación, llevadas a cabo por un equipo auditor compuesto por profesionales activos de otros hospitales.
4. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Es un sistema de información clínica que permite identificar y codificar las altas producidas en los hospitales y es un instrumento imprescindible para medir la capacidad asistencial del mismo.
5. Sistema de medición del *case-mix*. Se utiliza para conocer la actividad desarrollada por un hospital, teniendo en cuenta la diversidad de patologías y situaciones que rodean al paciente. Los dos más utilizados son el GRD (grupos relacionados con el diagnóstico) y los PMC (*patient management categories*). Se utilizan como sistema de clasificación de pacientes y permite la comparación de hospitales en términos de actividad, calidad, gravedad, complejidad y el costo por proceso.
6. Costo por proceso. Su punto de partida es la integración de los datos clínicos extraídos del *cmbd* con la contabilidad analítica para obtener el costo de cada proceso; permite la comparación, entre centros, de los costos y la adecuación de los mismos en cada uno de ellos.

MODALIDADES DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Las comunidades autónomas constituidas al amparo del artículo 151 de la Constitución, unido a lo establecido en los Estatutos de Autonomía, han asumido las funciones y servicios de la asistencia sanitaria de la seguridad social; éstos les otorgan plenas competencias autoorganizativas en materia de sanidad y de asistencia sanitaria, por lo que haciendo uso de estas competencias han introducido nuevas formas de gestión de estos servicios:

1. En Cataluña, la Ley de Ordenación Sanitaria posibilita las siguientes innovaciones:
- a. Consorcios: implica la creación de una entidad jurídica de carácter asociativo, dotada de personalidad jurídica, plena e independiente de la de sus miembros. La Ley de Ordenación de Cataluña permite la formación de consorcios con entidades públicas y con entidades privadas sin fines de lucro; su finalidad básica es la gestión integrada. Ésta se lleva a cabo en aquellos hospitales donde no estimulan la generalidad sino la administración local o una fundación y en los hospitales de la seguridad social transferidos a la comunidad autónoma.
- b. Gestión por medio de empresa pública sometida a Derecho Privado. Se rige por el estatuto de la empresa pública catalana, que crea las empresas de la Generalidad, pudiendo adoptar las siguientes formas:
- Entes de Derecho Público sometidos a Derecho Privado.
 - Sociedades mercantiles. Con participación mayoritaria de la Generalidad, de sus entidades autónomas o de sociedades en que aquellas tuvieran participación mayoritaria en su capital.
- c. Concesiones de gestión de servicios públicos. Se utiliza esta modalidad de gestión indirecta acogiéndose a la legislación de contratos de las administraciones públicas.
- d. Contratos de gestión: de centros y servicios sanitarios y sociosanitarios con entidades de base asociativa formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios.
2. En Andalucía, la Junta ha acogido la figura de la entidad de Derecho Público con personalidad propia sometida a Derecho Privado, figura que se halla recogida expresamente en la

Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Existen hoy dos entidades de esta naturaleza:

- a. Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol: es una entidad de Derecho Público con Derecho Privado en relación con la contratación y las relaciones patrimoniales; en relación con el personal se rige por el Derecho Laboral.
 - b. Empresa Pública para la Gestión de los Servicios de Emergencias Sanitarias: esta entidad funciona en las mismas condiciones del Hospital de la Costa del Sol.
3. En Galicia, «la Xunta ha utilizado la técnica de la fundación pública para la gestión de determinados servicios sanitarios; por otra parte, el presupuesto de los mismos lo otorga la Sociedad Autonómica Instituto Gallego de Medicina Técnica S.A., cuyo capital pertenece a la Xunta».
4. El Ministerio de Sanidad ha publicado la Ley 15/97 por la que se habilitan nuevas formas de gestión del SNS, estableciendo que la gestión de los centros podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho (fundaciones, consorcios, empresas públicas, etc).

SECTOR SANITARIO PRIVADO

La evolución histórica del sector sanitario privado ha corrido paralela al desarrollo del sistema sanitario público. La aparición relativamente tardía de éste, propició el desarrollo de sistemas de protección social de carácter privado; su crecimiento fue progresivo y completado en los últimos años 80, favoreció la existencia simultánea de dos esquemas de protección, uno público y otro privado. Caracteriza al sector privado el pluralismo de instituciones, con diversos orígenes y misiones; ello se da tanto en el sector de seguros –sociedades anónimas, sociedades médicas, mutualidades– como en el sector hospitalario –hospitales privados de accionistas particulares, hospitales benéficos, hospitales de la iglesia. En la creación de muchas de las instituciones está presente el impulso promotor de la profesión médica y el impulso mutualista.

La distribución en el ámbito regional y provincial de la oferta sanitaria privada está relacionada con el nivel socioeconómico de la zona, y de otros factores como el grado de urbanización o la existencia de facultades de medicina.

La oferta aseguradora está condicionada igualmente a la existencia de recursos sanitarios en el mercado y a la predisposición de los proveedores sanitarios privados para trabajar en régimen de asistencia colectiva. Los seguros de asistencia sanitaria han retardado su crecimiento en los últimos dos años, en volumen de primas, después de un largo período de fuerte crecimiento; mientras que los seguros de enfermedad se encuentran en pleno período de expansión.

COORDINACIÓN DEL SISTEMA

El Estado tiene competencia exclusiva en materia de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos, además le corresponde la Alta Inspección en materia sanitaria.

- Sanidad exterior. Son funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, las relaciones y

acuerdos sanitarios internacionales y su legislación y ejecución en la materia. El hecho de que éstas sean competencia exclusiva del Estado no impide que pueda existir una actuación conjunta de varias administraciones públicas.

- **Bases de la sanidad.** A través de la legislación básica, el Estado establece reglas y principios de aplicación y vigencia en todo el territorio; con éstas se uniforma la actuación pública en materia de sanidad y enmarca las competencias de desarrollo legislativo que corresponde a las comunidades autónomas. La Ley de Sanidad Nacional encomienda al Estado diversas actuaciones que se concentran en la fijación de bases en los subsectores de establecimientos sanitarios, reglamentaciones técnico-sanitarias, régimen de personal del SNS, control sanitario del medio ambiente, etc.
- **Coordinación General de la Sanidad.** La Ley General de Sanidad establece la coordinación general sanitaria al Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las administraciones públicas sanitarias en los ejercicios de sus respectivas competencias. El Gobierno elabora criterios generales de coordinación de acuerdo con la información que suministran las comunidades autónomas y el asesoramiento y colaboración de sindicatos y organizaciones empresariales, los que serán tomados en cuenta por las comunidades autónomas a la hora de formular planes de salud y sus presupuestos anuales y por el Ministerio de Sanidad y Consumo al confeccionar el Plan Integrado de Salud.
- **Legislación sobre productos farmacéuticos.** Le corresponde al Estado toda función normativa sobre estos productos, abarcando tanto leyes como reglamentos. Esta competencia sólo se refiere al producto en sí o a la fase de producción del mismo; el resto del ciclo del producto –almacenaje y distribución– está sometido al régimen de competencias concurrentes entre el Estado, que se atribuye la legislación básica y cada comunidad autónoma.
- **Alta Inspección.** Es una competencia estatal expresamente contemplada en los Estatutos de Autonomía, en calidad de garantía del correcto cumplimiento de las competencias autonómicas. En el ejercicio de la alta inspección, sus funciones se concentran en funciones de supervisión, verificación y evaluación sobre diferentes áreas: planes y programas sanitarios, cumplimiento de fines y objetivos comunes, destino de fondos y subvenciones, adscripción de establecimientos sanitarios transferidos, régimen de prestación de servicios, sistemas de selección y provisión de puestos de trabajo y ejercicio de competencias sanitarias, de acuerdo con los criterios de participación democrática previstos en la ley.

COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La Ley General de Sanidad dispone que las comunidades autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus estatutos y en las que el Estado le transfiera o, en su caso, les delegue, y que las decisiones y actuaciones públicas previstas en ella, que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las comunidades autónomas. Se encuentra, pues, un diseño competencial en el ámbito sanitario:

- **Sanidad e higiene.** Funciones de desarrollo legislativo y ejecución; todas las comunidades autónomas recibieron, mediante los oportunos decretos de transferencias, las funciones y servicios necesarios para el ejercicio de estas funciones ya asumidas.
- **Seguridad social.** Se refiere a la asistencia sanitaria, una vez que ésta se financie mayoritariamente por presupuestos generales del Estado.

- Productos farmacéuticos. Le fueron delegadas las llamadas de segundo grado, ya que las otras la tenían por sus estatutos propios.
- Ordenación farmacéutica. Competencia que ostentan todas las comunidades.

COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES

La Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local dispone que los municipios ejercerán competencias en las siguientes materias: protección del medio ambiente y de la salubridad pública, participación en la gestión de la atención primaria de salud, prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social, suministro de agua, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales y otras similares relacionadas con la salud pública de su entorno y protección del medio. Además podrá realizarse las que le sean delegadas por el Estado o las comunidades. Además, la LGS da la posibilidad de participar en la gestión y control de las áreas de salud, mediante la participación en el Consejo de Dirección del Área con una representación no menor del 40 por ciento; también prevé la integración a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las diputaciones y ayuntamientos en el servicio de salud correspondiente.

CONSEJO INTERTERRITORIAL

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fue creado por la LGS como el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal; funciona en Pleno, en Comisiones y en Ponencias para temas concretos. Está compuesto por un representante de cada una de las comunidades autónomas y por igual número de miembros de la administración general del Estado. La ley le atribuye funciones en materia de planificación, de establecimiento de los principios básicos de las políticas de personal, coordinación de los servicios sanitarios y de establecimiento de las líneas básicas de las políticas de adquisiciones o contrataciones de productos sanitarios o farmacéuticos.

Vinculado al Consejo, existe un órgano de participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución, denominado Comité Consultivo, que está integrado por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas y de las asociaciones de consumidores y usuarios, así como de las administraciones públicas representadas en el Consejo Interterritorial.

CRITERIOS DE COBERTURA, EQUIDAD

4

CONTINGENCIAS PROTEGIDAS

La cobertura se extiende a todas las situaciones de pérdida de la salud, con independencia de la causa que originó la contingencia. No obstante, el distinto origen, común o profesional de la enfermedad o accidente ha conllevado algunas diferencias en las prestaciones y, lo que es más significativo, unos regímenes financieros y de gestión diferenciados. Por otra parte, algunas normas imponen el aseguramiento obligatorio de determinados riesgos, los llama-

dos seguros obligatorios que, en caso de producirse el siniestro, ésta deberá ser financiada por el asegurador de los mismos. Es el caso de los deportistas federados y profesionales de vehículos de motor, de viajeros y de caza. La lógica de mantener estos riesgos especiales fuera del contexto del SNS descansa en razones de equidad y eficiencia, permitiendo que éstos sean asumidos por quienes influyen en su aparición, sin que recaiga su cobertura y financiación en el colectivo, y siempre que la regulación produzca incentivos adecuados. La separación de ciertos riesgos introducirá incentivos para su control y disminución.

Sin embargo, en muchos casos, el SNS presta asistencia sanitaria a las personas accidentadas, que tiene cubierto el riesgo por un asegurado, facturando a precios inferiores que el coste real de la asistencia prestada, por lo que se está produciendo una financiación irregular desde el SNS al asegurador de la contingencia.

ÁMBITO TERRITORIAL

La cobertura se extiende a todo el territorio español, con independencia del lugar de residencia habitual del ciudadano; esta circunstancia es propia de un sistema equitativo y universal, genera desequilibrios financieros interterritoriales no resueltos con el actual modelo de financiación, estando pendiente establecer el llamado modelo llamado «la asistencia a los desplazados».

En esta asistencia sanitaria, prestada a ciudadanos en centros y servicios sanitarios diferentes a su comunidad habitual, existen dos aspectos claramente definidos. Por una parte, el producido por los flujos vacacionales, que genera un incremento del gasto sanitario, fundamentalmente de atención primaria, en lo que se refiere a personal y gasto farmacéutico ambulatorio y, por otra parte, la existencia de centros hospitalarios de excelencia o de centros de referencia supracomunitarios generan un incremento en el gasto derivado de la atención a pacientes que provienen de otras comunidades. Este gasto repercute sobre la atención especializada y es significativo en la medida de la sofisticación de la asistencia prestada.

Además, puede obtenerse a los asegurados del Régimen General de Seguridad Social, la prestación de la asistencia sanitaria pública en los países de la Unión Europea; esta asistencia se recibe en caso de necesidad inmediata, en caso de desplazamiento temporal, y en caso de residencia en un país de la Unión o en su frontera. La asistencia será todas las reconocidas en ese país. Existe un régimen similar, basado en los convenios bilaterales de seguridad social en diferentes países, especialmente en Hispanoamérica y Norte de África. La seguridad social también se hace cargo, mediante reembolso de gastos, de la asistencia sanitaria del personal español al servicio de la administración española en el extranjero, así como de los trabajadores destacados por sus empresas en países con los que no exista un convenio bilateral.

COBERTURA POBLACIONAL

En la actualidad tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en el SNS el 98,5 por ciento de la población española, que han accedido bien por su condición de afiliados a la seguridad social (titulares y beneficiarios) o bien por el reconocimiento del derecho establecido en las siguientes normas:

- Los minusválidos.
- Los objetores de conciencia.
- Las personas sin recursos económicos suficientes.
- Los perceptores de pensiones no contributivas.

Carecen de asistencia sanitaria pública aproximadamente 162.000 personas. Este colectivo está integrado por:

- Parados de larga duración, no perceptores de subsidios asistenciales de desempleo, que perciban rentas o recursos anuales superiores al salario mínimo interprofesional o a una cantidad dos veces de dicho salario, si tienen hijos menores o discapacitados a su cargo.
- Personas que no han trabajado nunca, o lo han hecho de forma esporádica, pero que disponen de recursos ligeramente superiores al salario mínimo interprofesional, o que se encuentren por debajo de los niveles medios de renta de la población en general.
- Personas con recursos superiores a los niveles medios de la población, cuya actividad se ha limitado a la gestión y administración de su patrimonio o intereses, siempre que estas actividades no hayan dado lugar a su inclusión obligatoria en alguno de los regímenes de la seguridad social.
- Extranjeros en España que no tengan derecho a la asistencia, bien porque no han trabajado en España ni son familiares de personas que sí lo hagan o lo hayan hecho, o bien porque su país de origen no tiene suscritos convenios comunitarios o internacionales de seguridad social.
- Profesionales liberales integrados en colegios profesionales, no incluidos en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social o de clases pasivas. Sin embargo, este colectivo tiene garantizada la asistencia sanitaria a través de mutualidades de sus respectivos colegios profesionales.

ACCESO POR CONVENIO

Por suscripción de un convenio especial con la seguridad social, algunos grupos profesionales (abogados, procuradores, notarios y registradores) tienen acceso a ella.

ACCESO A EXTRANJEROS

Los ciudadanos extranjeros comprendidos en el ámbito del Reglamento de la Ley General de Sanidad y en los convenios bilaterales de seguridad social, pueden beneficiarse de la asistencia sanitaria pública española. Los ciudadanos de la Unión Europea acceden a la asistencia urgente durante sus estancias temporales en España y, a la asistencia completa, los pensionistas residentes o los trabajadores fronterizos.

PERSONAS CON RECURSOS ECONÓMICOS

La LGS alude indirectamente a la posibilidad de adquirir la cobertura sanitaria pública para aquellas personas de estas características no incluidas en la seguridad social.

FINANCIAMIENTO**5****FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La Ley General de Sanidad especifica que la financiación del SS se efectuará: 1. Con cargo a las cotizaciones sociales (seguridad social); 2. Transferencias del Estado; 3. Tasas por las prestaciones de determinados servicios; 4. Por aportaciones de las comunidades autónomas y corporaciones locales; y 5. Venta de bienes. Se establece que la asignación de recursos a cada comunidad se efectuará en proporción a su población protegida, ajustando en el plazo de 10 años las diferencias entre los recursos recibidos y los que le corresponden según dicha población; de esta forma, la comunidad recibe un porcentaje del presupuesto de INSALUD determinado según el coste del servicio en el último ejercicio liquidado disponible, del que se deducen los gastos de servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por sus características, sea preciso gestionar en forma centralizada.

En el presupuesto anual del INSALUD se integran, junto al destinado a atender los gastos de los centros y servicios ubicados en las comunidades autónomas que no han recibido transferencia de la asistencia sanitaria, el presupuesto correspondiente a las comunidades que sí han asumido esa competencia. Éstas reciben dichos recursos por una cifra global mediante la correspondiente Ley de Presupuestos. Dada la diferente configuración orgánica y funcional de las conserjerías con competencia en esta área, se hace difícil precisar los presupuestos que cada una asigna a la función sanidad.

Igualmente, las corporaciones locales reciben del Presupuesto General del Estado recursos que, en caso que presten atención sanitaria, pueden destinarse a su cobertura. Además, cuando las corporaciones locales ostentan la titularidad de los hospitales generales, reciben adicionalmente recursos específicos.

FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Esta financiación gestionada por el INSALUD se caracteriza por el incremento progresivo en la aportación estatal, tendencia que se acentúa en los presupuestos generales del Estado para 1997, en el que los aportes del Estado supone el 91,85 por ciento y las cotizaciones sociales el 5,98 por ciento del total del presupuesto del INSALUD.

DISFUNCIONALIDADES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO**DE FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL INSALUD****Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON GESTIÓN TRANSFERIDA**

Este sistema de financiación ha presentado disfuncionalidades que se concretan en el carácter asimétrico en la determinación de las dotaciones financieras que corresponden a cada una de las comunidades autónomas con servicios transferidos.

Esta asimetría produce cuatro efectos:

- A medida que disminuye la dimensión de INSALUD, aumenta la asimetría.
- El modelo corre el riesgo de quedarse sin referente en el momento que se terminen las transferencias hacia las comunidades autónomas.

- El modelo propicia la mala gestión y mayor gasto que INSALUD en las comunidades transferidas.
- Las comunidades que han asumido la asistencia sanitaria de la seguridad social, mantienen permanente incertidumbre en relación con el presupuesto que le corresponde, situación que traslada sus efectos en la propia gestión, y a la de sus centros y servicios.
- Estado crítico de la financiación del sistema sanitario. Los defectos del modelo, unido a lo difícil de ajustar el nivel de las prestaciones a los resultados de la gestión sanitaria, a la adecuación de los presupuestos y al retraso en la adopción de medidas estructurales encaminadas a la contención del gasto, han originado la existencia de deudas por insuficiencias presupuestarias.
- Aplicación de criterios no homogéneos en la distribución de los recursos asignados al INSALUD. A pesar que la LGS ha establecido como objetivo prioritario la igualdad de la asistencia sanitaria a toda la población protegida, el desfase entre las estimaciones de población y los presupuestos asignados y el incumplimiento de las fechas de transferencia han dificultado su cumplimiento.
- El efecto de la disparidad en cuanto a la distribución de los recursos antes apuntada, también puede aplicarse al propio marco legal.
Por una parte, las comunidades de régimen común (Cataluña, Andalucía, C. Valenciana, Galicia y Canarias), en las que se ha efectuado la transferencia de manera no simultánea, el régimen presupuestario que ha aplicarse está definido de manera muy diferente al de los Reales Decretos de Transferencia; por otra parte, las comunidades de régimen especial (País Vasco y Comunidad Floral de Navarra) sí lo hacen según lo establecido en dicho decreto.

MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA

SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERÍODO 1994-1997

El Consejo de Política Fiscal y Financiera constituyó un grupo de trabajo para examinar los sistemas de presupuesto y liquidación de los gastos de las prestaciones sanitarias, centrándose su actividad en estudiar la forma de homogeneizar los coeficientes de participación de las distintas comunidades y en la determinación de las insuficiencias financieras del INSALUD.

Con base en estos trabajos se aprobó un sistema de financiación. Entre sus características cabe resaltar:

- a. Temporalidad. Se establece el período 1994 a 1997 y se elabora escenario para evaluar el gasto.
- b. Cálculo del presupuesto. El escenario financiero inicial lo constituye el gasto efectivo del INSALUD de 1993, deducido los gastos de los servicios comunes estatales, centros nacionales, FIS y el importe del Fondo de Asistencia Sanitaria, para cada año. El presupuesto se obtiene aplicando, al escenario descrito, la tasa de variación del PIB acumulado desde 1993. Anualmente durante el primer trimestre se readaptan los escenarios financieros.

FINANCIACIÓN DEL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO

Las mutualidades generales de funcionarios se financian por las cotizaciones de los mismos en activos: el 1,89 por ciento, aportaciones del Estado, el 5,7, 10,10 y 9,10 por ciento según la mutualidad de la que se trate.

FINANCIACIÓN DE ENTIDADES COLABORADORAS Y MUTUAS

PATRONALES DE ACCIDENTES DE TRABAJO

La financiación de la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral gestionada por entidades colaboradoras se articula por medio de deducciones en las cotizaciones sociales de la empresa o entidad, calculadas con base en unos coeficientes reductores fijados anualmente por el Ministerio del Trabajo y de Seguridad Social. La cobertura de las contingencias profesionales se financian mediante sus propias cotizaciones.

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DEL SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA

1. El Sistema Sanitario Español se caracteriza por el principio de solidaridad social, manifestado por una colectivización de los riesgos a través de la unidad de aseguramiento, por contribuciones individuales a la financiación del sistema, ligadas a la capacidad de pago y no al estado de salud, por una prestación de servicios de acuerdo con la necesidad, y por altos índices de cobertura y equidad.
2. El sistema está sometido a un entorno lleno de incertidumbre, caracterizado por un crecimiento del gasto sanitario, marcados cambios demográficos, un acelerado avance tecnológico y presiones de índole social, debidas a las mayores expectativas generadas en parte por la mejora del nivel de ingresos y a la demanda del ciudadano de una mayor capacidad de elección y de participación en el sistema.
3. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema integrado de financiación y provisión mayoritariamente públicas. El incremento en su cobertura poblacional, hasta llegar en la práctica a la universalización en la actualidad, junto al aumento de los recursos asignados a sanidad, hace del SNS un importante instrumento de cohesión social, que contribuye significativamente al bienestar de la población.
4. El sector de la sanidad es económicamente básico, que contribuye a la creación de riqueza y a la generación de empleo, y que presenta una importante capacidad de arrastre sobre otros sectores de la economía productiva del país.
5. A pesar del esfuerzo realizado para la financiación del gasto sanitario, éste ha sido insuficiente para cubrir las necesidades de los servicios que conforman el SNS; unido a las exigencias de la comunidad española, hace necesario revisar el modelo de financiación.
6. Este tipo de sistema donde las decisiones se toman lejos del ciudadano, deja oculto derivados de la frustración de expectativas de una oferta más adecuada a sus necesidades y preferencias.
7. Los indicadores de calidad de servicio del SNS demuestran como principal deficiencia y como principal motivo de insatisfacción el elevado tiempo de demora para determinadas actuaciones médicas y quirúrgicas, lo que obliga a mejorar el tratamiento organizativo que aumente la accesibilidad a la asistencia sanitaria en el tiempo adecuado.
8. A lo largo de su desarrollo, el sistema ha incorporado nuevas previsiones de manera desordenada y sin previsión de financiamiento, lo que ha conducido a limitar su efectividad y aumentar el gasto sanitario; esto hace necesario delimitar los servicios que puede ofrecer el sistema público con la reedificación de las prestaciones incluidas y la financiación de los mismos.
9. La dotación, tanto de recursos materiales como humanos, es aceptable, aunque con distribución geográfica no homogénea, y cuentan con un nivel de desarrollo tecnológico y científico adecuado; sin embargo, se detectan problemas organizativos y de gestión.
10. Existen notables rigideces en la gestión de recursos humanos. Las normas que regulan las relaciones laborales y profesionales del SNS no satisfacen ni las aspiraciones de los médicos ni de otros gestores sanitarios, lo que dificulta su vinculación efectiva al centro donde prestan sus servicios y limitan la posibilidad de incorporar de manera significativa criterios de productividad y eficiencia.
11. La Ley General de Sanidad estableció un modelo sanitario basado en dos niveles asistenciales, atención primaria y asistencia especializada, entre los que se ha logrado una

adecuada coordinación funcional, a pesar de que se detecta una escasa capacidad real de gestión. Los hospitales tienen una muy limitada capacidad de gestión por la excesiva centralización del poder de decisión en niveles ajenos al propio centro.

12. La actual organización, con una integración vertical de funciones de financiación, compra y provisión, difumina los límites entre una y otra, lo que dificulta la evaluación de actuaciones y resultados, presentando escasos incentivos para innovar y mejorar, lo que ha obligado a hacer una distinción entre las funciones de asignación de recursos y provisión; pero debido a la lentitud ha tenido muy pocos resultados.
13. La organización actual del SNS limita la libre elección del centro hospitalario y del médico tratante, producto de la rigidez en la configuración de las áreas de salud, que funcionan como verdaderas fronteras administrativas, unido a la deficiente información a los usuarios y la ausencia de adecuados incentivos a los médicos.
14. Identificamos la gratuidad en el momento de uso de los servicios y la baja conciencia del costo de éstos como factores tendentes a un consumo excesivo e inapropiado, lo que lleva a un consumo inapropiado de los recursos; pero quizás pueda entenderse la deficiencia por el hecho de que los flujos financieros hacia médicos e instituciones sanitarias no están vinculados al flujo de pacientes, a la actividad y a la calidad en la prestación de los servicios.
15. El sistema sanitario adolece de sistemas globales de información y evaluación económica y asistencial, por lo que se debe establecer un sistema de información sanitaria que, generada en los distintos componentes del sistema sanitario, pueda integrarse en uno a nivel nacional.
16. El Consejo Interterritorial debe fortalecer sus funciones de coordinación entre el Estado y las comunidades descentralizadas, para mantener la unidad y los canales de solidaridad entre ellas, tendentes a lograr el objetivo común que es mantener el estado de salud de su población.
17. El avance hacia un modelo sanitario descentralizado, en un contexto de la necesidad del control del crecimiento del gasto, ha obligado a la revisión del sistema de financiación, obteniendo uno que permita dotarlo de suficiencia y estabilidad financiera y que establezca mecanismos de distribución que logren un balance entre el reconocimiento de la realidad sanitaria y la solidaridad y la corresponsabilidad entre los territorios.
18. El Sistema Sanitario Español es, en resumen, un sistema sanitario público que ha alcanzado importantes logros y que constituye uno de los pilares del sistema de protección social. Sin embargo, las deficiencias y carencias, especialmente de carácter organizativo, que aún presenta, junto a las presiones derivadas del contexto socioeconómico, recomiendan un esfuerzo para lograr su modernización y su correcta financiación.

6

Expositor

Elizabeth Sáenz de Martínez

Médico Cirujano egresada en 1988 de la Escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela. Postgrado en Pediatría, 1993 del Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Tiene experiencia como médico pediatra residente en: Módulo Asistencial de los Jardines de El Valle, Instituto Diagnóstico y Hospital de Emergencias Pérez de León, todos en Caracas. Actualmente es estudiante de la Maestría «Salud Pública para Países en Desarrollo» en el «London School of Hygiene and Tropical Medicine» en Londres, Inglaterra y Salud Materno Infantil, Instituto de Salud Infantil (Institute of Child Health/Center for International Child Health), Londres.

SISTEMA DE

SALUD DE

INGLATERRA

INTRODUCCIÓN

1

El Sistema de Salud Inglés desde su creación en 1948, se ha convertido en una referencia obligada en la mayoría de los debates a nivel internacional donde se ventilan los diferentes modelos de gestión en salud pública.

En los oscuros días de la Segunda Guerra Mundial se publicó el **Beveridge Report** (1942), en el cual Sir William Beveridge identificó la provisión de servicios de salud como uno de los requisitos básicos para la viabilidad del sistema de seguridad social propuesto entonces, según el cual el gobierno asume la mayor responsabilidad por la provisión de seguridad social y económica de sus ciudadanos mediante un sistema de pensiones, beneficios de seguridad social y acceso gratuito a la salud. Con base en dicho modelo se perseguía un sistema de salud razonable, es decir, gratuito, universal y financiado por el Estado con fondos provenientes de la recaudación de impuestos.

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud (NHS) en Inglaterra ha sido objeto de varias reformas, la primera importante en la década de los setenta, donde se sientan las bases para un proceso de descentralización organizacional (con la creación de autoridades locales, regionales de salud, unidades de distribución y asignación de presupuestos con base en las características demográficas y en el patrón epidemiológico). Más tarde, en 1989, durante el gobierno conservador encabezado por Margaret Thatcher se publica un nuevo plan de acción «White Paper», denominado **Working for Patients**.

Dicho documento establece las bases y lineamientos para la creación de un **Mercado Interno** dentro del sistema que permitiera la competencia entre los diferentes entes proveedores pertenecientes al sistema. EWTA ha sido considerada como la más importante de las reformas a las que se ha sometido el Sistema de Salud Inglés (NHS). Su planificación se inicia en 1980 y, en 1991, se pone en funcionamiento este nuevo modelo cambiando el concepto del Sistema de Salud Inglés al expandirse al rol del sector privado.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD INGLÉS

WORKING FOR PATIENTS (WHITE PAPER, 1989)

2

ANTECEDENTES

Las reformas a las que fue sometido el Sistema de Salud Inglés (NHS) y que concluyeron en la publicación oficial del documento **Working for Patients**, no fueron específicas de esta nación, ni se dieron en ella de manera aislada en relación con otros países. Un número importante de países desarrollados y en vías de desarrollo, sintieron la necesidad de evaluar sus sistemas de salud, principalmente por el aumento en los costos y los problemas de gestión y financiamiento que presentaban.

OBJETIVOS

- Atacar problemas de gestión.
- Aumentar la efectividad del sistema.
- Mejorar la capacidad de respuesta del usuario.

ESTRATEGIAS

•Financiamiento por contrato

1. Separación de las funciones de financiación y provisión.
Esta estrategia puede ser considerada como la clave de la reforma del Sistema de Salud Inglés. A través de ella se persigue separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios con la idea de crear un mercado interno, donde se den las figuras de compradores y vendedores de servicios, dentro del sistema de salud.
2. «NHS Trusts»
Hospitales o unidades de servicios de salud, que aun cuando pertenecen al sistema, actúan de manera independiente y autónoma, mediante un mecanismo económico «Transferencia de riesgo».
3. Presupuesto para el personal médico
Este presupuesto se adjudica a médicos generales (*General Practitioners, GP*) que tengan un número no menor de 7.000 pacientes registrados en sus prácticas, a fin de que ellos actúen como compradores de servicios de salud a nivel secundario para sus pacientes, cuando éstos sean necesarios.
4. Establecimiento de contratos o acuerdos de servicio
Se establecen estos contratos entre el comprador y el vendedor:
 - En bloque
 - Costos por volumen
 - Costos por casos

•Control de la actividad clínica

Se busca con estas medidas ampliar las medidas de gerencia general introducidas en los años 80.

1. Gerencia de recursos para médicos y enfermeras
A las actividades diarias y asistenciales se le añaden actividades gerenciales.
2. Sistema computarizado. Base de datos para médicos generales
A través de esta base de datos, los médicos pueden controlar sus costos de operación, número y tipo de prescripciones, mejoras a los establecimientos de salud, etc.
3. Auditorías médicas
A través de ellas se evalúa el desempeño de los médicos dentro del hospital y se controlan las cuentas del NHS. Dichas auditorías son efectuadas por una comisión independiente de auditorías.
4. Gerencia general
El personal responsable por la gerencia de servicios dentro de los hospitales participa en actividades tales como: asignaciones de cargos de especialistas, planes de trabajo, promociones, bonificaciones y descripción de cargos. Esta medida generó resistencia por parte de los médicos.

•Mejor gerencia

1. Junta Central a cargo de políticas. Creación de gerencias ejecutivas:
A nivel central, en el Departamento de Estado para la Salud, se separa la función de creación de las políticas sanitarias, de la función de gerencia operativa de las mismas.
2. Nuevas atribuciones administrativas en salud para las autoridades del NHS:
Los mismos eran proveedores de salud siendo ahora compradores.
3. Nuevo sistema de inscripción y registro para las autoridades de NHS:
Se reestructura la composición de las autoridades. Se hace más extensa permitiendo la participación de personas fuera del sector.
4. Responsabilidad en la toma de decisiones devuelta a las autoridades locales:
Las autoridades locales pueden participar en la toma de decisiones rindiéndole cuentas al público y al nivel central.

•Nueva asignación de recursos

1. Médicos generales (*General Practitioners*, GP) como compradores de servicios hospitalarios:
Transferencia y manejo de presupuesto por parte de los gp que desean comprar servicios en representación de sus pacientes. Se crean fondos que se entregan a los médicos generales a cuyo cargo/registro, se encuentre un número no menor de siete mil pacientes con la finalidad de que compren servicios de salud a sus pacientes registrados y realicen mejoras en sus instalaciones de trabajo.
2. Control de la cantidad de prescripciones:
(Presupuesto indicativo de farmacia). A fin de controlar la calidad y la cantidad de las prescripciones.
3. Autoridades del Servicio de Salud Familiar:
Quienes administran los fondos para médicos generales (*General Practitioners*, GP) e instalaciones.
4. Autoridades en salud a nivel distrital:
Comienzan a funcionar como compradores de servicios.
5. El dinero sigue al paciente como proceso de trabajo:
Esto se considera como un sistema de financiamiento.
6. Reconocimiento de cargos al capital:
Permite a la gerencia hospitalaria tener conciencia de los costos que ocasiona el uso de las instalaciones del hospital.

MARCO JURÍDICO**3**

El basamento legal del Sistema de Salud Inglés sustenta la normativa que regula las relaciones entre los distintos entes proveedores de la salud. Los primeros visos legales tendientes a normatizar la salud en Inglaterra, pueden ser

observados desde el siglo XVII, donde encontramos las bases del Servicio Nacional de Salud: Leyes para la ayuda a los pobres florecieron en el siglo XIX en la Gran Bretaña, lo que se llamó Sociedades de Ayuda Mutua, financiadas por empleadores de altos ingresos para que se atendieran a sus empleados, y de esta manera se evitaban tasas impositivas muy altas. A principios del siglo XX y coincidiendo con la guerra de los Boer, el mal estado físico de los reclutas condujo a que en 1907 se aprobara una Ley de Servicios Médicos Escolares y se nombrara una Comisión Real que estudiara «las leyes de los pobres y del alivio del sufrimiento». Esta Comisión Real edita dos reportes, uno de los cuales auspicia la creación de un servicio médico unificado en 1909, el cual sentó las bases para la creación de un Sistema Nacional de Salud.

Basados en el reporte de esta Comisión Real en 1911, Lord George introdujo al Parlamento la Ley del Seguro Nacional de Salud, que establecía seguro obligatorio para todos los trabajadores manuales que ganaran menos de 700 dólares al año.

Los médicos no apoyaron esta disposición, solicitando la creación de un seguro de salud voluntario y otro de servicios médicos de salud para los pobres, financiado por el Estado. El seguro que proponía Lord George requería pagos mixtos de empleadores y empleados y el gobierno pagaría los gastos administrativos cubriendo los de las personas de muy bajos ingresos.

En 1942 se presenta el reporte Beveridge, el cual dio un paso adelante en el establecimiento del Servicio Nacional de Salud; éste no dio lineamientos de cómo organizarlo ni administrarlo, pero sí definió objetivos.

En 1946, el Partido Laborista propone la Ley del Servicio Nacional de Salud, la cual fue objeto de debates por parte de la Sociedad Médica Británica y el Ministerio de Salud.

En abril de 1948, a través de plebiscito, se acordó no aceptar servicios médicos gratuitos sin garantías.

El Sistema Nacional de Salud vio luz en mayo de 1948 y la legislación final fue implementada en julio del mismo año: Cobertura universal financiada a través de ingresos generales y contribución proveniente de seguros sociales:

-Médicos generales se les pagaba por capitación.

-Hospitales públicos y privados fueron puestos bajo el control del Gobierno Nacional.

-En la década de los 70 se realiza la primera reestructuración importante, sentándose las bases de la descentralización organizacional.

-Durante los 80 (Gobierno de Margaret Thatcher) se introduce un programa de gestión a todo nivel basándose en la transferencia de responsabilidades de gestión a los niveles inferiores.

-En 1984, «gerencia general» acaba con el concepto de consenso.

-En 1989, **Working for Patients** se planifica como documento oficial que constituye la gran reforma de NHS con la introducción del Mercado Interno y se implementa en 1991.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

4

El documento **Working for Patients** fue publicado con el objeto de atacar los innumerales problemas de gestión y financiamiento por el aumento de los costos que estaban presentando. Una de las formas de enfrentar este problema fue a través de:

- Sistema de financiamiento por contrato.
- Separación de la financiación y la provisión de los servicios a través de un mercado interno dentro del NHS.
- Distribución de los roles de compradores y vendedores.

El NHS, desde su creación, se ha basado en el principio de la gratuidad al punto de uso y en el financiamiento por parte del Estado de los servicios de salud. Vemos cómo, a pesar de todos los inconvenientes en materia de aumento de costos presentados, se ha mantenido esta tendencia.

El 81 por ciento del financiamiento del NHS proviene del gobierno central y local, a través de los fondos públicos y de los impuestos.

El 16 por ciento proviene de las contribuciones de la seguridad social y el 3 por ciento por recargo directo a los pacientes.

En relación con el último punto es importante destacar que las prescripciones tienen un costo fijo; sin embargo, un 80 por ciento de las personas que reciben prescripciones médicas están exoneradas del pago: embarazadas, ancianos, menores de 16 años, etc.

Este aspecto del financiamiento del NHS ha sido sumamente controversial por el aumento importante que ha habido en los costos (en 1990, el costo era de 29 billones, alcanzando en 1995 la suma de 35 billones, lo que representa 7 por ciento del PIB).

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

5

La estructura organizacional del NHS ha sufrido modificaciones a través de los años, algunas dependencias han desaparecido y otras han sido asimiladas a otras existentes.

DEPARTAMENTO DE ESTADO PARA LA SALUD

Responsable a nivel nacional del NHS, a través del establecimiento de las políticas sanitarias, de la operatividad de las mismas y de la asignación de los recursos para todo el sistema.

AUTORIDADES REGIONALES DE SALUD

- Atienden a una población entre 2 y 5 millones de habitantes.
 - Manejan un presupuesto entre 558 y 1.548 millones de libras esterlinas (1995).
 - Las autoridades regionales de salud son aproximadamente 14 funcionarios.
 - Son las encargadas de la planificación y el desarrollo de los servicios.
 - Asignación de recursos y contabilidad. Se constituyen en receptores de las cuentas de los médicos generales, de las autoridades distritales de salud, de los servicios de salud familiar, etc.
 - Planificación y financiamiento de la educación y entrenamiento del personal no médico. Determinan en primer lugar la demanda de personal, y luego con base en las necesidades futuras garantizan la oferta.
- La más importante de sus funciones es la de servir de reguladores de la relación entre compradores y vendedores.

AUTORIDADES DISTRITALES DE SALUD

- Atienden una población entre 89.000 y 860.000 habitantes.
- Manejan un presupuesto entre 13 y 183 millones de libras esterlinas.
- Representan 189 funcionarios.
- Son responsables por la visión estratégica de las necesidades de salud de la población. Deben conocer a su población con el fin de lograr que los recursos satisfagan las necesidades.

SERVICIOS DE SALUD FAMILIAR

- La población atendida es de 130.000 a 1.600.000 habitantes.
- Las autoridades de los servicios de salud familiar son 90 funcionarios.
- Manejan contratos establecidos a nivel central de los médicos generales.
- Planifican los servicios con base en las necesidades.
- Aseguran que los servicios sean de calidad, provistos eficiente y efectivamente.
- Gerencia de servicios provistos de médicos generales, odontólogos, farmacia y oftalmología.

NHS TRUST

- Hospitales y unidades independientes, autónomas, prestadoras de servicios de salud. Constituyen la gran creación de la reforma de 1991.
- Poseen libertad para determinar estructuras de gestión, emplear personal, realizar contratos de servicio, retener excedentes, adquirir deudas, etc.
- Para el funcionamiento, los NHS Trusts reciben dinero proveniente de la compra de los servicios que hacen las autoridades encargadas.

COMITÉ COMUNITARIOS PARA LA SALUD

- Son entes legales con derechos, que representan los intereses públicos; constituyen un canal de comunicación para los consumidores de servicios, y deben reportarse anualmente ante las autoridades distritales y los sistemas de salud familiar.
- Dependen directamente de las autoridades regionales de salud.

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DEL SISTEMA DE SALUD**DE INGLATERRA**

A pesar de la orientación de las medidas implementadas en la última década, en relación con la inserción del sector privado, en la provisión y el financiamiento del sector salud, aun cuando éste ha registrado un crecimiento importante, apenas participa en un 12 por ciento del gasto en salud, con una cobertura del 10-15 por ciento de la población, mientras que el sector público cubre el 80 por ciento restante.

Los problemas de acceso, desigualdad y de financiamiento, principales objetivos de las reformas, subsisten en la actualidad.

El aumento de la población anciana, y el crecimiento de la tecnología genera un aumento en los gastos.

Los sectores más deprimidos no reciben la calidad de atención que se aprecia en otros sectores, aunque este punto es controversial.

Los problemas de financiamiento y la imposibilidad de cumplir con todos los requisitos exigidos a los compradores, han llevado a muchos hospitales a cerrar sus puertas; esto se traduce en una disminución de la oferta, desigualdad, y dificultad en acceso al sistema para muchos de los habitantes.

En vista de los problemas que confronta el NHS, un número creciente de pacientes acude al médico privado (cuando necesitan un tratamiento especial cubierto por un seguro privado) para luego regresar al sistema y continuar su control a través de éste. La cobertura mediante seguros privados constituye en algunos casos parte del sistema de bonificaciones que algunas empresas ofrecen a sus empleados.

7

Expositor

Guillermo Seijas

Médico Gastroenterólogo, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1966. Postgrado en Administración y Servicios de Salud, IESA, 1980. Experiencia: Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Profesor Titular, 1969-84. Director de Salud del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 1981. Asesor del Presidente del IVSS y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1983-84 y 1990-91. Director Técnico Médico de la Cámara de Diputados, 1993-95. En la actualidad es Director General (Viceministro) del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

SISTEMA DE

SALUD DE

VENEZUELA

INTRODUCCIÓN

1

En Venezuela, desde hace más de una década, la salud ha sufrido un deterioro significativo, asociado tanto a la influencia de determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales y demográficos como a la propia producción de los servicios, lo cual ha ocasionado una gran insatisfacción de la población frente a sus condiciones de vida y ante la baja disponibilidad, accesibilidad, efectividad y calidad de los servicios de salud.

La situación antes descrita se ha dado en el marco de un Estado debilitado y desarticulado que, sin embargo, tiene un compromiso con la población que se establece claramente en el art. 76 de la Constitución de la República de Venezuela: «Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ello».

Ante esta circunstancia y en el entendido de las obligaciones del Estado, en Venezuela se ha emprendido un profundo proceso de reformas política, institucional, financiera, legal y ética del sector salud que pretende incidir sobre los factores determinantes del deterioro de las condiciones de salud de la población. La labor emprendida tiene, entre sus objetivos centrales, la producción de un cuerpo de política que guíe el proceso de cambio y la toma de decisiones del sector. Es una reforma sectorial que implica una redefinición de las políticas públicas en salud, una transformación organizativa-institucional y una nueva forma de producir los servicios de salud.

En el caso de Venezuela, de acuerdo con el Proyecto Salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el deterioro de las condiciones de salud y de vida de la población venezolana está enmarcada en el proceso de formulación de políticas públicas en salud que actualmente se analizan y se discuten para poder definir las políticas públicas e intentar responder al país con una fórmula novedosa en el corto plazo.

De acuerdo con el ponente, el sistema de salud requiere de una reforma y sus retos principales son: vencer la desigualdad en términos de eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción. El modelo tradicional representa un modelo caótico e improductivo donde la sociedad por vía del gasto público subsidia la oferta y no la demanda de los servicios, ni la satisfacción de los usuarios, es decir, mantiene infraestructura y personal para asegurar «una demanda estimada» y no la prestación de servicios.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

2

Actualmente, en Venezuela, la situación del sector salud se caracteriza por:

1. Disminución drástica de los recursos sociales destinados al sector:
 - a) Reducción de los recursos públicos en términos de capacidad de adquisición externa de equipos y materiales.
 - b) Encarecimiento de los servicios de salud.
2. Desorganización, atomización y descoordinación operativa del sector, unido, paradójicamente, a una centralización administrativa y política.
3. Colapso de los servicios preventivos y ambulatorios.
4. Colapso de los servicios curativos.

5. Existe una deficiente asignación de recursos donde los gastos son mayores en intervenciones de baja eficacia y viceversa.
6. Una ineficiencia interna con desperdicio de medicamentos, capacidad inactiva de camas y pobre ejecución del personal de salud.
7. Existe una inequidad donde los pobres tienen poco acceso a los servicios de salud y los que los reciben, son de menor calidad.
8. Hay una escalada de costo que está ligado al método de pago a los proveedores.

LOS PROBLEMAS ADJETIVOS AL SECTOR SALUD SE CONSIDERAN

-De tipo físico

Falta de mantenimiento y reemplazo.

-De tipo social

Pérdida de la visión y misión.

-De tipo emocional

Falta de compromiso y alta conflictividad.

-De tipo ético

Ausentismo, maltrato, irregularidad y dolor.

-De tipo presupuestario

Caracterizado por una gran rigidez e improductivo.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN ACTUAL

3

1. Ineficaz.
2. Ineficiente.
3. Los datos son poco usados en su mayoría.
4. Hay una información voluminosa que no permite diferenciar lo necesario de lo inútil, duplicada a todo nivel, generando múltiples sistemas paralelos.
5. La información está confundida como actividad y no como herramienta de gestión institucional.
6. Hay una alta rigidez, que no permite el ajuste frente a instituciones especiales e impide las decisiones oportunas.
7. Es un sistema costoso con un gran número de informes.

LA CRISIS ECONÓMICA Y SU IMPACTO EN LA SALUD

4

Caracterizada por:

1. Una reducción de los gastos del gobierno central, lo cual genera que sus instalaciones estén en mal estado por falta de mantenimiento y gran obsolescencia de los equipos.
2. Hay bajos salarios, multiempleo y subempleo en salud.
3. La estratificación de la calidad de los servicios según la capacidad de pago.
4. Disminución de la cobertura de los más pobres.
5. Hay crisis en el sistema de seguridad social.

RAZONES DEL CRECIMIENTO DEL GASTO EN SALUD

5

Las razones del crecimiento en gastos en salud se extienden horizontal y verticalmente sobre la cobertura con cambios en la estructura etaria de la población, una gran migración urbana con cambios sociales inherentes y una utilización creciente de la tecnología. Hay una excesiva medicalización de los servicios, un comportamiento de los médicos, el cual está ligado a esta tecnificación sin consideración clínica y de costo, y hay un excesivo costo en los procesos administrativos, los cuales son igualmente muy heterogéneos.

La escalada de costos médicos está en el orden del 28 por ciento, los costos hospitalarios en el 22 por ciento, y los costos de farmacia y suministro en un 30 por ciento del presupuesto. Por lo tanto, se encuentra que hay en el sector salud un mercado imperfecto y segmentado, difícil de regular y disciplinar que funciona con pugnas distributivas.

Como nuevo paradigma en el sector salud se plantea la creación de nuevos modelos de gestión y financiamiento, y para ello hay que ir hacia una reforma del sector salud.

REFORMA DEL SECTOR SALUD

6

OBJETIVO GENERAL

Visualización en una forma integrada de ofertar los recursos humanos, físicos, informativos, financieros y sistemas dedicados a proveer cuidados de la salud de tal forma que permitan:

Promover el análisis de la infraestructura actual, a fin de proporcionar nueva organización de los servicios de salud capaz de brindar atención preventiva, asistencia resolutive dentro de un esquema simple, factible, cercano al usuario, humanizado y de rápida implementación. Además, demostrar la urgente necesidad de relacionar y hacer efectiva la inversión en salud utilizando el concepto del Plan Nacional de Inversiones en Salud, que consolida los planes respectivos en los estados y se fundamenten en las necesidades locales.

La reforma del sector salud debe hacerse en forma sistemática y sistémica. Sistemática, tomando en cuenta cada elemento que compone el sistema. Sistémica, dando un enfoque universal para las poblaciones, ambiente e instituciones dirigido hacia mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud.

-La reforma de sector salud se basa en:

1. Equidad (lucha contra la desigualdad)
2. Democracia, participación
3. Ética en la lucha contra la corrupción
4. Universalidad y solidaridad
5. Eficacia, eficiencia, calidad
6. Ser integral

-Para tal efecto, la reforma del sector salud presenta una metodología de trabajo donde se consideran:

- Los estilos.
- Los propósitos.
- Las estrategias y los programas.

LOS ESTILOS

Los recursos del sistema de salud se aplican, satisfacen las demandas y se controlan en las propias comunidades. Esto consiste en la capacitación permanente y en el proceso de evaluación de la competencia.

LOS PROPÓSITOS

Conllevan a elevar la calidad de la atención médica, elevar la eficacia, la eficiencia y la calidad del servicio prestado, mejorar cada vez los indicadores de salud y elevar el nivel de satisfacción de la población.

LAS ESTRATEGIAS Y LOS PROGRAMAS

1. Perfeccionamiento de la atención médica cuyo eje fundamental es el constante mejoramiento y más que eso, el fortalecimiento del médico de familia de los técnicos de salud, unidos a la participación comunitaria a través de los centros de atención ambulatoria.
2. La revitalización de los hospitales mediante los procesos de acreditación, el incremento de la calidad del acto médico y el aseguramiento de la actividad obstétrica y quirúrgica.
3. Desarrollo de la tecnología de avanzada, evitando la sobreinversión e incentivando la investigación en los servicios.
4. Desarrollar y perfeccionar una política de medicamentos esenciales.
5. Desarrollar un modelo organizacional fundamentado en una estructura analítica de costos operacionales.
6. Sustituir el actual modelo de presupuestar por uno fundamentado en una *per cápita* de salud, sobre la base de criterio de demografía, epidemiología y necesidades básicas insatisfechas.

LA TRANSICIÓN Y LOS PROBLEMAS DE IMPLEMENTACIÓN

7

PROBLEMAS POLÍTICOS

- Hay que buscar consenso.
- Eliminar los conflictos operativos (macro y microcorporativo).
- Evitar la inestabilidad en la conducción ministerial.
- Buscar el compromiso.
- Romper la resistencia pasiva de la burocracia.
- Realizar tiempo de implementación que permitan eliminar los imprevistos que puedan sucederse en estos cambios.

EL NUEVO SISTEMA DE SALUD DEBE SER

- Plural, con una gestión descentralizada (autonomía).
- Participativa (cogestión).
- Intersectorial y sustentable con un paradigma donde la satisfacción y la eficacia deben ser el dogma.

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

8

Derecho a la salud. Depende de la reestructuración y la descentralización y de los nuevos modelos de gestión y financiamiento. Para ello, hay que recuperar el liderazgo y el papel rector a través de una actualización de la legislación sanitaria, a fin de desarrollar un nuevo modelo conceptual que fortalezca los centros de atención de salud primaria y las redes ambulatorias donde la investigación y la formación sean las bases de estas políticas.

FINANCIAMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

9

Existen dualidades básicas:

1. Los fondos públicos vs. los fondos privados.
2. Seguridad social vs. fondos fiscales.
3. Vinculación vs. no-vinculación de recursos.
4. Gobierno central vs. gobiernos locales.
5. Asistencia médica vs. salud pública.
6. Consumo vs. inversión.
7. Estado: prestación de servicios vs. regulación.
8. Servicios nacionales vs. servicios estatales.
9. Equidad: medio vs. fin.
- 10 . Atención discriminada vs. planes básicos de salud.

Los modelos de financiamiento deben buscar corregir el financiamiento de la oferta y estimular el financiamiento de la demanda.

NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

10

En el nuevo modelo de gestión hay que hacer una reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) donde éste asuma **un papel rector** con una descentralización que lleve hasta la municipalización con aumento de la cobertura, creando ambientes saludables. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se convertiría entonces en el organismo generador de las políticas, normas técnicas y administrativas nacionales de salud y sería el responsable de la coordinación estratégica de los entes de salud creada a nivel estatal. La transición de la implementación revela problemas técnicos inherentes al plan de prestaciones, al plan de capitación, a las organizaciones aseguradoras y a la población objeto de subsidio, entre otras.

El Plan de Financiamiento debe cubrir a los grupos sociales que están a riesgo, por lo tanto, debe haber un Fondo Nacional. De allí debe utilizarse recursos para fondos públicos a fin de atender a los indigentes, a los cotizantes y a las enfermedades catastróficas bajo un Plan de Atención Integral en Salud universal y gratuito.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA

11

Debe hacerse a través de expertos con sistemas de contabilidad de costos en salud, criterios de costo-efectividad, estrategias de contención de costos y criterios de reparto presupuestario de los recursos.

FACTORES QUE ENTRABAN LA DESCENTRALIZACIÓN

12

1. Ausencia de estrategia global
2. Excesivas dificultades administrativas
3. Resistencia al cambio
4. Restricción financiera
5. Carencia de personal capacitado
6. Centralismo regional.

RESUMEN DE LA MESA DE TRABAJO DE VENEZUELA

Se revisa el sistema de salud idóneo para el país, llegándose a las siguientes conclusiones.

VISIÓN

Sistema integral de salud, abierto, accesible, de cobertura universal, fiel a los principios de equidad, con ética y con calidad técnica suficiente para lograr la satisfacción de los usuarios.

MISIÓN

Sistema integral de salud con recursos humanos y físicos suficientes para la atención de la población demandada en forma eficiente y eficaz.

PROPUESTAS

1. El recurso humano tiene importancia vital para el funcionamiento del sistema, por tanto es necesario diseñar una política de administración de recursos humanos que permitan su reorganización e inserción dentro del sistema, remuneraciones acordes y ubicación según la capacidad del recurso.
2. El sistema de salud debe tener cobertura universal y apoyar la construcción del país.
3. El sistema debe estar enmarcado en los siguientes aspectos: equidad, solidaridad, ética, integralidad, eficacia, eficiencia, calidad de atención y permitir la participación de la comunidad.
4. El sistema debe perfeccionar la atención médica asistencial con inserción del médico de familia o su modelo de atención; reorganización de los niveles de atención médica; reestructuración de la atención hospitalaria.
5. Sustituir el actual modelo de financiación, asignando presupuestos acordes por parte del Estado (10 por ciento del PIB) y el pago del usuario o su intermediario (seguros privados o servicios prepagados de las empresas).
6. Promulgar la Ley de Seguridad Social, dándole al MSAS el papel rector del área de asistencia sanitaria.
7. Concluir el proceso de descentralización técnico-administrativa del sector salud.

FACILITADORES DE MESAS DE TRABAJO

Estudiantes del Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud en la Universidad Católica Andrés Bello

- 1.- Canadá: Michel Otayek
- 2.- Colombia: Carmen Rosa Machado
- 3.- Chile: Viviane Siwka
- 4.- España: Edgar Escalona
- 5.- Estados Unidos: Oswaldo Henríquez
- 6.- Inglaterra: Larry Devoe
- 7.- Venezuela: Isaac Mosquera y Marisela Noguera

COMPILADORES DEL TRABAJO

1.- Acosta Pazos, José Gregorio

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1982. Postgrado en Ortopedia y Traumatología en el Hospital de Lídice, 1986. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

2.- Henríquez, Oswaldo

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1971. Postgrado en Cirugía General, State University of New York, 1974. Postgrado en Otorrinolaringología, State University of New York, 1977. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

3.- Machado Sola, Carmen Rosa

Abogado. Enfermera, egresada de la Universidad Católica Andrés Bello, 1971. Licenciada en Enfermería, Universidad Central de Venezuela, 1991. Gerente de Servicios Asistenciales, Centro Médico Docente La Trinidad, 1998. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

4.- Medina, Teresa

Médico Cirujano, egresada de la Universidad Central de Venezuela, 1980. Postgrado en Medicina de Emergencia, Universidad Central de Venezuela, 1990. Medicina Comunitaria, Instituto Levinson, Israel, 1993. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

5.- Mosquera, Isaac

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1975. Postgrado en Neurología, Universidad de Londres, 1979. Master en Ciencias, Universidad New Castle Upon Tyne, 1983. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

6.- Noquera, Marisela

Médico Cirujano, egresada de la Universidad Central de Venezuela, 1983. Postgrado en Medicina Sanitarista, Universidad Central de Venezuela, Escuela de Salud Pública, 1988. Médico Salud Pública Jefe I, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1996-98. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

7.- Otayek, Michel

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1977. Magister Ginecología-Obstetricia, Universidad Central de Venezuela, 1982. Presidente Ejecutivo del Centro Médico Docente Los Altos. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

8.- San Miguel, José Manuel

Médico Cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela, 1971. Postgrado en Pediatría, Universidad Central de Venezuela, 1985. Médico Director del INCE, 1993-98. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

9.- Siwka Guez, Viviane

Médico Cirujano, egresada de la Universidad Central de Venezuela, 1978. Postgrado en Anestesiología, Universidad Central de Venezuela, 1983. Médico Director de la Unidad Quirúrgica Diez, 1993-98. Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello, 1996-98.

Empresas PatrocinantesFundadoras

Cervecería Polar, C.A.
Cervecería Modelo, C.A.
Cervecería de Oriente, C.A.
Distribuidora Polar, S.A.
Distribuidora Polar Metropolitana, S.A.
Cervecería Polar del Lago, C.A.
Distribuidora Polar del Centro, S.A.
Distribuidora Polar Centro Occidental, S.A.
Distribuidora Polar de Oriente, C.A.
Distribuidora Polar del Sur, C.A.
D.O.S.A., S.A.
Productos de Maíz, S.A.
Refinadora de Maíz Venezolana, C.A.
Maíz de Oriente, C.A.
C.A. PROMESA
H.A.T.C.A.
Compañía de Espectáculos del Este, S.A.

Afiliadas

Cervecería Polar del Centro, C.A.
Molinos Sagra, C.A.
Corporación Agroindustrial Corina, C.A.
Industria Metalgráfica, S.A.
Superenvases Envalic, C.A.
Procesadora Venezolana de Arroz, C.A.
Productos de Maíz Barinas, S.A.
Productos EFE, C.A.