

Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?

J. Figueras^a / P. Musgrove^b / G. Carrin^c / A. Durán^d

^aDirector del Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios. OMS. Oficina Regional Europea.

^bEconomista de Salud Principal. Health, Nutrition and Population. Banco Mundial.

^cEconomista de Salud Principal. OMS/Department of Health Financing and Stewardship. Ginebra, Suiza

^dConsultor de la OMS/Oficina Regional Europea. Director de Técnicas de Salud. España.

Correspondencia: Dr. J. Figueras. WHO Regional Office for Europe. Shefigsvej, 8. Copenhagen 2100. Dinamarca. E-mail: observatory@who.dk

(Challenges to Latin-American health systems: what can be learned from the European experience?)

Resumen

Este artículo compara los retos de los sistemas sanitarios latinoamericanos y la experiencia en Europa. El marco conceptual se centra en cuatro funciones: *a)* generar recursos; *b)* producir intervenciones; *c)* financiar, y *d)* «ejercer rectoría». Es a este nivel donde los actores pueden influir sobre el desempeño del sistema.

Se identifican cinco retos para Latinoamérica: *a)* extender (prepago y solidaridad) la protección financiera; *b)* estabilizar en el tiempo dicha protección para épocas de crisis; *c)* equilibrar los recursos coherentemente con la capacidad de financiar servicios, *d)* aumentar la eficiencia *ubicativa y técnica* al producir servicios, y *e)* mejorar la función de *rectoría* de las demás funciones en los sectores público y privado (el más difícil y más importante reto hoy para los sistemas latinoamericanos).

Se analiza luego la experiencia de reforma en Europa, presentando: *a)* experiencias sobre protección financiera en los sistemas tipo Beveridge y Bismarck; *b)* estabilidad en tiempos de crisis refrendada recientemente (Oeste) y con graves obstáculos (Este); *c)* el esfuerzo por equilibrar camas hospitalarias y profesionales sanitarios combinando regulación e incentivos; *d)* un aumento de la eficiencia en la producción de servicios priorizando más expresamente, dando voz a los pacientes, descentralizando la gestión y con incentivos de mercado, y *e)* una mejora de la *rectoría* no regulando menos sino mejor (y en algunos casos, más).

Tres áreas de la experiencia europea sobresalen: *a)* combinar solidaridad con sostenibilidad financiera; *b)* introducir mesuradamente incentivos de mercado pero manteniendo un claro papel rector del Estado, y *c)* adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios.

Pese a las dificultades metodológicas, la convergencia de los retos y las «soluciones» adoptadas justifica este análisis, pero las enseñanzas deben contemplarse desde cada contexto nacional. Un futuro artículo abordará las lecciones ofrecidas por las reformas de los sistemas latinoamericanos a las reformas europeas.

Palabras clave: Sistemas sanitarios. Reformas. Latinoamérica. Europa. Retos. Lecciones. Comparación.

Abstract

This article compares the challenges of health systems in Latin America and the experience in Europe. The framework is the analysis of four functions: *a)* to generate resources; *b)* to produce activities; *c)* to finance, and *d)* to exercise stewardship. It is at this level where actors can influence health system responsiveness.

Five challenges are identified in Latin America: *a)* to extend (prepayment and solidarity) financial protection; *b)* to stabilise that protection for crisis times; *c)* to equilibrate resources in accordance to capacity for financing services; *d)* to increase efficiency (technical and of placement) to produce services, and *e)* to improve the stewardship function in public and private sectors (the most important and difficult challenge Latin-American systems have nowadays).

The experience of reform in Europe is analysed, showing: *a)* experiences about financial protection in Beveridge and Bismarck systems; *b)* stability in crisis times, recently confirm (West) and with important obstacles (East); *c)* efforts to equilibrate hospital beds and health care professionals, combining regulation and incentives; *d)* increase of efficiency in services production, with more express prioritisation, empowering patients, decentralising management and with market incentives, and *e)* improvement of stewardship with better (not less, sometimes even more) regulation.

Three areas of European experience stand out: *a)* to combine solidarity with financial sustainability; *b)* to introduce market incentives in a measured way, but maintaining a clear stewardship role for the state, and *c)* to adopt innovations in organising and producing services.

In spite of methodological difficulties, convergence of challenges and adopted solutions justify this analysis, but learning must be seen in each national context. A future article will analyse lessons offered by reform in Latin-American systems for European reforms.

Key words: Health care systems. Health reforms. Latin American. Europe. Challenges. Lessons. Comparison.

Introducción

Los países latinoamericanos afrontan diversos retos que amenazan la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios. Para hacerles frente, en la pasada década la mayoría han lanzado con éxito variable programas de reforma, muchas veces enmarcados en una política más general de reforma del Estado. Este artículo adopta una perspectiva de análisis comparativo entre los citados retos planteados a los sistemas sanitarios de Latinoamérica y la experiencia en los países europeos. Su objetivo es analizar, a grandes rasgos y a la luz de dichos retos, los sistemas y reformas sanitarios en la región europea de la Organización Mundial de la Salud, de cara a ofrecer sugerencias y posibles opciones para las reformas latinoamericanas.

En la primera sección se perfila un marco conceptual para analizar los sistemas sanitarios. Servirá de base para describir en la sección siguiente los retos que Latinoamérica tiene planteados. A continuación se analiza la experiencia europea siguiendo el hilo de los retos que los países latinoamericanos afrontan. Finalmente, en las conclusiones se resumen algunas de las enseñanzas que cabría derivar de dicha comparación para las reformas en Latinoamérica.

Marco de referencia para los retos sanitarios

En una reunión en París en 1999, auspiciada por la Unión Europea y el Banco Mundial, se preguntó a varios Ministros de Salud latinoamericanos cuál era el principal desafío al que se habían enfrentado. Respondieron con una enorme variedad de preocupaciones, desde las más amplias consideraciones de salud hasta detalles de sus ministerios. Para no tener que tratar con tantos retos potenciales, y centrarnos en los que enfrenta el sistema sanitario globalmente, usaremos un esquema planteado por la OMS¹. Dicho esquema establece que el sistema tiene cinco grandes objetivos en tres áreas: *a)* buena salud y *b)* buena distribución de la misma en la población; *c)* financiación equitativa; *d)* mejor respuesta, y *e)* más equitativa a las expectativas de la población en cuanto al tratamiento no médico que recibe. Otros elementos, muchas veces descritos como objetivos, como el acceso a los servicios, se considerarán intermedios y no finales.

Los actores del sistema, sin embargo, no pueden actuar directamente sobre los objetivos finales. Sus acciones corresponden a cuatro funciones generales, que deben ejercerse en todos los sistemas, cualquiera que sea su diseño y su actuación o desempeño. Esas funciones son: *a)* generar recursos que se usarán para *b)*

producir intervenciones, *c)* financiar la creación de dichos recursos y la prestación de servicios, y *d)* gobernar («ejercer la rectoría») sobre todos los actores y acciones integrantes del sistema. A continuación se describe brevemente cada uno de estos conceptos.

Los recursos incluyen el capital físico en instalaciones y equipamiento, el capital humano de cualquier nivel de especialización y los *inputs* o bienes consumibles. Engloban, asimismo, la inversión y la formación, y se considera que la función está bien desempeñada cuando los distintos recursos –independientemente del nivel de gasto– existen en las proporciones y calidades idóneas, teniendo en cuenta los requisitos futuros previsibles y la posibilidad de pagarlos.

Las intervenciones incluyen los servicios asistenciales a las personas, pero también las acciones de salud pública dirigidas a la población general o al medio ambiente. Más aún, el concepto abarca cualquier acción con repercusión importante sobre la salud, aunque ocurra fuera del sector, tales como las encaminadas a mejorar la seguridad vial. Las decisiones al respecto versan sobre qué producir y para quién, además de sobre cómo organizar dicha producción, relacionando entre sí clientes, compradores y proveedores. El desempeño de esta función afecta no sólo a la salud y su distribución en la población, sino a la satisfacción de ésta, e incluso a la equidad financiera.

La financiación se descompone en tres elementos o fases: la recaudación de fondos vía impuestos, donaciones, seguros sociales o privados y pagos directos («de bolsillo»); su puesta en común (salvo para los pagos de bolsillo) de cara a compartir riesgos financieros entre los grupos de población, y la compra de asistencia y remuneración a los proveedores. Un buen desempeño requiere, además de eficiencia a la hora de recaudar el dinero, que la contribución financiera guarde relación con la capacidad de pagar, mientras que el consumo de servicios vaya ligado a la necesidad. De ese modo los sanos subvencionarán a los enfermos y los ricos a los pobres, a la vez que se protege a todos contra los riesgos catastróficos.

Finalmente, la gobernación o *rectoría* no es mera *retórica*, sino que supone definir realmente las políticas y reglas de juego para el sistema en su conjunto. La regulación forma parte de dicha función, tanto en el área financiera (incluyendo los seguros) como en las de calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos) y la capacitación o recertificación de los profesionales. A pesar de ser la función más nebulosa, debe considerarse como la más crucial en dos sentidos. En primer lugar, porque su desempeño afecta a las otras funciones y, directa o indirectamente, al logro de cualquier objetivo sistémico. En segundo lugar, por ser una función irrenunciable del Estado, si bien profesionales, organizaciones médicas o de defensa del consumidor, los pacientes, y la población en general, también con-

tribuyen. Es la que menos puede dejarse al funcionamiento del mercado.

Según este esquema, los verdaderos retos para cualquier sistema de salud radican en mejorar el ejercicio de una o más de estas funciones. Es a este nivel donde los actores, públicos o privados, médicos o no, pueden intervenir para influir en el desempeño. Y, por mucho que el objetivo sea mejorar los resultados finales, las reformas realizadas o apuntadas para el futuro en América Latina están forzosamente centradas sobre estas funciones.

Retos actuales para Latinoamérica

Entendemos que existen cinco retos, claramente relacionados con las funciones básicas y planteados en menor o mayor grado en la mayoría de los países de la región. Tres de ellos forman parte del discurso común en la política sanitaria; además, han sido objeto de reforma en uno o más países en la década pasada. Los otros dos son menos reconocidos, pero no por ello menos cruciales según el esquema funcional; introducen la dimensión temporal del desempeño sistémico, a veces perdida de vista con el análisis comparativo estático que domina esta discusión.

Extensión de la protección financiera

Nos parece mejor no hablar de «extensión de cobertura», porque dicho término tiene demasiados sentidos, no siempre bien definidos. Por cobertura geográfica suele entenderse la presencia física de hospitales, clínicas o puestos de salud, sin necesariamente preocuparse de si la gente «cubierta» los utiliza. Por cobertura financiera, a su vez, se entiende la afiliación formal a un seguro o una verdadera protección mediante un sistema de financiación basado en impuestos generales, sin cuestionar tampoco los servicios «cubiertos» ni la disponibilidad y costes de las alternativas.

El verdadero reto es proteger más gente contra el riesgo de afrontar costes médicos tan altos que les empobrecería al ser atendidos o, en su caso, quedarse sin la asistencia requerida (cosa que también puede empobrecer). «Proteger» implica disponer físicamente de servicios, con mecanismos para financiarlos principalmente de prepago y que no deban salir directamente del bolsillo en el momento del uso. Que el prepago sea mediante impuestos generales, impuestos específicos para la salud o cotizaciones a un seguro social deducidas del salario o individualmente adquiridas (siempre dentro de un sistema de afiliación obligatoria) es secundario. El primer requisito es reducir

la carga de gastos de bolsillo, salvo para gastos menores o atenciones más cosméticas que médicas. Para mejorar la equidad, los mecanismos de prepago deben ser neutros o progresivos con respecto al ingreso. La asistencia a que la persona «cubierta» tenga derecho, por contra, debe estar desvinculada de su capacidad de pagar. Los seguros voluntarios también constituyen prepago, pero es difícil asegurar que cumplan simultáneamente estas dos condiciones. Obviamente, el problema central es extender el prepago a la población difícil de incorporar a los seguros formales, sobre todo los pobres, a quienes el sistema público no ha logrado proteger adecuadamente. Existen mecanismos informales, como los sistemas de financiación comunitaria, que cubren sólo a una parte de la población. Sobre todo en países menos desarrollados, todavía sin capacidad para organizar un sistema nacional, podrían ser una forma intermedia de contribuir a proteger mejor a la población.

Para incorporar a la población pobre, sin embargo, hay mecanismos de protección más oficiales y de fondo. El caso más radical de extensión de protección, por ejemplo, es la reforma del sistema colombiano de salud de la Ley 100 de 1993². De entrada, todo colombiano debe afiliarse a un seguro explícito, público o privado, nacional o municipal, con o sin fines de lucro. Para afiliarse a los no contribuyentes hubo que dar dos pasos fundamentales: prohibir la discriminación de ningún cliente, y dedicar una fracción de las contribuciones a subsidiar a quienes no tenían cómo pagar su cotización. A menor escala, la reforma de las Obras Sociales en Argentina, promovida desde 1996 busca lo mismo: permite a los afiliados elegir a qué Obra apuntarse y establece subvenciones para desligar la cotización del derecho a recibir asistencia. El reto en ambos países ha sido no sólo organizar los flujos financieros, sino especificar un paquete mínimo que toda aseguradora debe ofrecer, aumentando a la vez la capacidad reguladora para conocer dónde se afilian los beneficiarios. En la más modesta reforma chilena comenzada en 1990, se plantea también la misma necesidad³.

La mera adición de fuentes de financiación, como el nuevo impuesto sobre movimientos de capital introducido en Brasil en 1996, no necesariamente contribuye a superar este reto. En cambio, la reforma constitucional del año 2000, que obliga a los estados y municipios a gastar cierta fracción mínima de sus rentas en salud, afectará a la protección financiera, al permitir dirigir los fondos federales hacia los menos protegidos.

Protección estable en el tiempo

Aunque el reto de extender la protección financiera puede entenderse dinámicamente, cabe también verlo en forma de corte transversal: cuán amplia e igualita-

ria es esa protección en cualquier momento dado. En sentido contrario, esa protección también puede faltar en momentos concretos, incluso sin haber cambiado las reglas de cobertura formales. Ello genera inestabilidad en los sistemas sanitarios, lo que –junto a muchas otras causas– provoca ineficiencias en la inversión y en la producción de servicios, otros de los retos fundamentales. Sobre todo en los años ochenta, y en algunos países a principios de los noventa, el gasto público cayó mucho por disminuir las rentas públicas durante crisis económicas. Como sucede normalmente, los gastos sólo se recuperaron o volvieron a expandir tras un intervalo de ajuste y estabilización de la macroeconomía, y entonces lo hicieron rápidamente⁴. La crisis tuvo lugar en Brasil en 1991-1993, cuando el sistema público casi dejó de funcionar: comenzó a recuperarse sólo una vez estabilizada la moneda en 1994⁵.

Una situación así es particularmente triste para el sector salud, porque en tiempos de recesión o colapso las necesidades de la población tienden a crecer, en tanto la capacidad de pago disminuye al descender los ingresos y, en muchos casos, faltar trabajo formal al acabarse el empleo y, con ello, la cobertura del seguro médico. Algunas gentes antes protegidas por el sistema privado vuelven a depender del público, justo cuando éste menos puede atenderlas. Los giros violentos en la economía agudizan la incertidumbre e introducen fluctuaciones procíclicas, cuando la asistencia sanitaria, y sobre todo la financiada públicamente, debería ser neutra e incluso anticíclica⁶.

El reto de mantener estable la protección de la salud involucra a todas las funciones del sistema y a su relación con los demás gastos y actividades públicas. El problema apenas se nota en los períodos de crecimiento económico, cuando la cuestión central se plantea en términos de ampliar la protección. La experiencia latinoamericana de populismo inflacionista seguido de crisis y necesidad de esfuerzos de estabilización pone de manifiesto la imposibilidad de ignorar este reto.

No parecen existir, sin embargo, experiencias de reforma sanitaria que permitan evitar, suavizar o ajustarse coherentemente a situaciones de inestabilidad. Lo que ha habido son ajustes imprevistos y de última hora⁷. El desafío que la región tiene planteado es prepararse mejor contra esos problemas en el futuro, o asegurar que no se repitan. Hacerlo sería, además, una buena política económica, pues la sostenibilidad en el terreno sanitario sirve para mantener el capital humano, que a su vez es un determinante de la producción general.

Inversión equilibrada en los recursos

La capacidad de producir servicios se ve limitada por la disponibilidad de los recursos físicos, humanos

y financieros, creados en el pasado. Los errores en dicha creación son particularmente graves, pues sus consecuencias duran décadas, condicionando la evolución del sistema. No obstante, ese carácter crucial, y pese a muchos esfuerzos de planificación, la inversión en salud en América Latina está poco documentada o analizada⁸. La evidencia, frecuentemente anecdótica, revela en muchas partes del mundo grandes desequilibrios. Es visible en las enormes variaciones de composición de sus recursos entre países¹, difícilmente reflejo de diferencias semejantes en los precios o las técnicas de producción. El desequilibrio entre uno y otro tipo de recursos –exceso de médicos y escasez de medicamentos, instalaciones poco usadas por falta de equipo– no sólo refleja errores en la compra de *inputs* como tales, sino decisiones previas sobre la producción de médicos y edificios frente a los recursos dedicados a otros factores de la producción. Asimismo, parece haber desequilibrios entre las inversiones y los recursos necesarios para aprovecharlas: el conocido problema de los gastos recurrentes o «sostenibilidad».

El reto para la inversión es doble: generar un nivel de recursos coherente con la capacidad de financiar servicios; y crearlos en las proporciones requeridas para dichos servicios. Al coexistir en muchos países subsectores sanitarios segmentados y casi impermeables entre sí, con un seguro social poderoso que efectúa sus propias inversiones, más un sector privado que también educa y construye, no basta con que el Ministerio de Salud actúe coherentemente⁹. Invertir como si el resto del sistema no existiera conduce al exceso de capacidad en unos sitios mientras falta en otros.

Las reformas sanitarias, que han modificado la financiación y a veces la organización de los servicios, en general, no han afrontado directamente el reto de la inversión –quizás por incertidumbres e injerencias políticas en muchas decisiones–. Ahora bien, aunque siguen haciendo falta cambios de fondo específicos en esta función, recientemente se han dado cambios que facilitan una inversión más racional. Uno es eliminar la competencia entre el Seguro Social y el Ministerio de Salud, sin importar si las inversiones quedan bajo responsabilidad de la Caja, como en Costa Rica, o del Ministerio, como en Brasil. Otra vía, practicada en Argentina y Brasil, que se expande en Chile y se ha contemplado en Perú, es permitir que el Ministerio compre servicios de proveedores privados –es decir, use capacidad existente en vez de crearla–. (Las inversiones privadas, sin embargo, pueden también ser ineficientes, si desplazan capacidad pública o acaban convirtiéndose en una carga pública.) El proyecto REFOR-SUS en Brasil, que termina o restaura hospitales y clínicas pero no financia construcciones nuevas, constituye otro ejemplo. Uno más, del mismo país, es crear consorcios municipales para evitar duplicaciones y aprovechar economías de escala y especialización¹⁰.

Producción eficiente de servicios

Las reformas emprendidas apenas han empezado a plantearse la necesidad de especificar un conjunto de elementos asistenciales al cual tengan derecho todas las personas, independientemente de su afiliación o contribución. Ello trae a colación el tercer reto: ¿cómo asegurar que se producen servicios idóneos y que se producen eficientemente?

Por conveniencia y como manera de «ser equitativo entre los programas» ministeriales, el punto de partida suele ser la lista de servicios del Ministerio de Salud¹¹. Al aplicarla a los seguros privados, caso de las ISAPRE en Chile y los planes de salud en Brasil, a veces sólo se regula que éstos deben financiar las mismas atenciones a sus clientes. El tema se hace más complejo si se intentan respetar los nueve criterios relevantes para el gasto público —aunque no todos lo sean también para el gasto privado—. Sin embargo, si no se toman explícitamente en cuenta, la lista de servicios prioritarios puede resultar arbitraria, más conforme con el desarrollo histórico del Ministerio que con ninguna otra lógica.

De entrada, se trata de resolver la eficiencia ubicativa o asignativa, lo que significa producir una mezcla óptima de servicios, considerando sus costes y productividades relativos. Aunque se generase un conjunto asistencial adecuado, no obstante, si los servicios se producen con *inputs* demasiado voluminosos o costosos, el sistema seguirá caracterizado por la ineficiencia técnica. Entre las críticas más serias y comunes a los sistemas latinoamericanos destaca la ineficiencia de su producción pública, caracterizada por exceso de personal, falta de fármacos y otros elementos de la producción, pobre mantenimiento y uso inadecuado de los equipos, etc.

Estos problemas no responden a la simple exhortación, ni se corrigen cambiando la financiación, sino que tienen amplias raíces políticas y sociológicas, y se reflejan en las estructuras y la conducta de los órganos que dirigen el sector. Las preguntas entonces son: ¿qué falta de incentivos adecuados o, incluso, qué presencia de incentivos perversos, generan estos resultados? y ¿de qué mecanismos de cambio dispone el sistema que no comporten costes superiores a su beneficio? Para responderlas están probándose reformas como pagar por caso diagnosticado, en lugar de mediante presupuesto fijo (Brasil o Chile), quebrar el monopolio de los proveedores públicos introduciendo competencia en la compra de servicios, o descentralizar los servicios al nivel de la región o el municipio.

La organización de los servicios se vuelve así cuestión central, no sólo por definir líneas de mando, sino por decidir en qué mandar y qué dejar a la iniciativa y los incentivos, financieros o de otro tipo. Gran parte del debate sobre el papel idóneo del Estado frente al mer-

cado se centra en este tema. El reto como tal es conocido desde hace mucho tiempo; lo novedoso es querer aprovechar los incentivos propios de un mercado funcional sin abandonar la responsabilidad pública de tomar las decisiones clave que definen el espacio en el cual los incentivos resultan efectivos.

Rectoría efectiva

En el marco de referencia usado, la función de gobernación o rectoría implica vigilar el desempeño de las otras tres funciones. Todo reto relacionado con otra función, pues, comporta asimismo un reto de carácter rector. En el discurso político sanitario en América Latina, y cada vez con más énfasis, el reto para los rectores del sistema se plantea en términos del papel adecuado del Estado y, en particular, del Ministerio de Salud¹².

Este interés creciente en el papel rector deriva de muchos factores, de entre los que resaltaremos dos. Uno es la frustración con las funciones de financiar, invertir y proveer servicios, sobre todo en el sector público. El otro, la creciente importancia del sector privado, en particular los seguros. Esa industria ha crecido en varios países —mediante una reforma brusca, como en Chile desde 1981, o de forma más vegetativa— y los gobiernos se están dando prisa en redefinir su papel al respecto. Ello comporta crear unidades específicamente encargadas de supervisar y regular el tema para evitar los abusos y fallos de mercado que lo caracterizan. El proceso es reciente en muchos sitios; sólo en 1999 se estableció la agencia correspondiente en Brasil, y allí donde ya había antes una superintendencia (Argentina), se han expandido sus responsabilidades al introducirse las reformas financieras. En Colombia se ha creado con el propósito específico de actuar como «defensor del pueblo» en los sentidos médico y financiero.

Ahora bien, aunque la preocupación por la función rectora es casi universal y se están dando pasos claros para desempeñarla mejor, sigue constituyendo un reto complicado, difícilmente separable del contexto político y social. Puede exigir cambios grandes y simples, como los de financiación, pero también modificar la mentalidad de muchas personas, como sucede con la prestación de servicios. Quizá lo más difícil para un Ministerio de Salud tradicional es reorientar su relación con el sector privado. Ello implica menos hostilidad pero más control e influencia. Algo parecido es característico de las relaciones con el seguro social allí donde no depende del Ministerio, como México o Perú. Más allá del tradicional sector salud, la rectoría es función del gobierno como un todo y engloba a los otros ministerios y áreas públicas que influyen sobre la salud de la población.

El Estado en Latinoamérica se ha retirado en los últimos 15 años de muchos sectores «productivos» bus-

cando eliminar pérdidas o subsidios, atraer inversión privada y permitir al gobierno asumir su papel regulador. Aunque el sistema sanitario es tan productivo como cualquier otro, aquí el modelo basado en que el Estado se retire, o privatizar, no sirve como guía general, debido a las peculiaridades del sector. Así pues, buscar para el Estado un nuevo papel en el terreno sanitario no equivale simplemente a copiar cambios ocurridos en la industria o el transporte, por mucho que la insatisfacción con su papel tradicional vaya en aumento. El reto de la rectoría es, en términos conceptuales, el más difícil y posiblemente el más importante que los sistemas sanitarios latinoamericanos tienen actualmente planteados. Tiene implicaciones muy claras en términos organizativos sobre las estructuras que actualmente constituyen los Ministerios de Salud, así como sobre la manera de captar, seleccionar y formar a su personal.

La experiencia europea

En esta sección analizaremos la experiencia de la reforma sanitaria en los países europeos al hilo de cada uno de los retos apuntados para Latinoamérica. El objetivo es identificar qué aspectos de las reformas en el viejo continente pueden ser relevantes para los países latinoamericanos. El análisis se centra, sobre todo, en los países de Europa occidental, aunque se efectúan algunas referencias a los países del Este y Centro de Europa (PECO) y de la Comunidad de Estados Independientes de la antigua URSS (CEI).

Extensión de la protección financiera

La protección financiera es el área donde se han obtenido más logros en la región europea. El análisis revela que en todos los países de Europa existe gran preocupación por financiar la sanidad de manera solidaria, con acceso universal o cuasi universal a los servicios, independiente de la capacidad de pago. La financiación es pública o privada obligatoria, con un componente mayoritario de prepago; existe mancomunidad de fondos entre individuos con distintos niveles de riesgo y grupos con diferentes ingresos. Cabe decir que, dada la importante regulación del tema, la financiación privada obligatoria suele ser entendida como cuasi pública o financiación paraestatal.

Destacaremos aquí dos aspectos potencialmente relevantes para los países latinoamericanos al lanzar mecanismos de ampliación de la protección financiera. El primero es que el componente mayoritario de la financiación se basa en el prepago, desempeñando los gastos de bolsillo, por consiguiente, sólo un papel reduci-

do. El segundo, el uso hasta ahora limitado de la competencia en el aseguramiento.

Según su mecanismo fundamental de financiación, los sistemas sanitarios europeos pueden situarse en dos grandes grupos. Primero, los sistemas tipo Beveridge, característicos de los países escandinavos y el Reino Unido, predominantemente basados en impuestos generales. Debe reconocerse, sin embargo, que esa financiación se complementa con cotizaciones especiales pagadas por la población. Por ejemplo en el Reino Unido, el 12,2% de los gastos del National Health Service se financia mediante las llamadas *national insurance contributions*¹³. Este tipo de sistemas se originó a partir de pequeños esquemas de seguridad social en cuya financiación el Estado fue asumiendo cada vez mayor responsabilidad a través de los impuestos generales, hasta llegar a cubrir a toda la población. En la mayoría de los casos, tal transformación se completó en el período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial¹⁴. Dentro del modelo existe también un subgrupo formado por los países mediterráneos (Portugal, España, Grecia e Italia), caracterizado por llevar a cabo esta transformación más tarde (entre finales de la década de los setenta y mediados de los ochenta) y una transición larga hasta financiarse plenamente con impuestos generales. La razón que les estimuló a reformar sus sistemas fue la necesidad de ampliar la cobertura a sectores de la población previamente desprotegidos, así como resolver problemas derivados de sus fragmentadas estructuras financieras y organizativas¹⁵. La experiencia de dichos países puede ser especialmente útil para Latinoamérica, pero para ello es indispensable que los países latinoamericanos dispongan antes de finanzas públicas con un nivel impositivo adecuado.

Un segundo grupo de países europeos se caracteriza por lo que se ha dado en llamar el modelo Bismarck, predominantemente basado en los seguros sociales. Es característico de países como Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda o Suiza. A diferencia de algunos sistemas de seguridad social latinoamericanos, en la mayoría de los casos los fondos de seguro son obligatorios y cubren alrededor del 99% de la población, bien mediante un seguro estatutario solamente, o combinando éste con seguros privados. Cabe distinguir los casos de Alemania y Holanda, donde el seguro oficial es obligatorio para los sectores de la población cuyos ingresos son inferiores a un nivel establecido. Aquellos ciudadanos que están por encima de ese umbral pueden, o «deben» en el caso de Holanda, optar por un seguro privado^{16,17}. Una característica importante es que la mayoría de las aseguradoras son mutuas o fondos privados sin ánimo de lucro. Es importante, asimismo, destacar que en todos esos países el gobierno ejerce un papel protagonista como regulador del sistema. En los últimos años se ha tendido mucho a incrementar

dicha regulación, dada la creciente preocupación gubernamental con los temas de contención de costes y, en menor medida, de equidad y solidaridad¹⁸.

En cuanto al nivel de progresividad, los sistemas tipo Beveridge basados en impuestos generales parecen ser más progresivos que los tipo Bismarck basados en cotizar a fondos aseguradores. Entre los países del primer grupo, sin embargo, existen grandes diferencias, dependiendo dicho nivel de progresividad del sistema impositivo específico y de la proporción entre sus componentes directo e indirecto¹⁹. Aunque un sistema sea más proporcional que progresivo, en cualquier caso, su implementación debe calificarse ya de gran esfuerzo. De hecho, las contribuciones proporcionales requieren un grado bastante alto de solidaridad.

A diferencia de lo que sucede en Latinoamérica, en Europa los gastos directos de bolsillo desempeñan en la financiación sanitaria un papel limitado. Si bien existen formas de copago –en todos los países para cubrir los medicamentos y en aproximadamente la mitad para la asistencia primaria y secundaria–, en la mayoría de los casos tienden a ser nominales y van acompañadas de medidas de protección de las poblaciones vulnerables²⁰. Se incluyen entre ellas los sistemas de exención para enfermos crónicos y el establecimiento de techos de gasto anuales que, por ejemplo en Suecia, es de aproximadamente 200 euros²¹. En Bélgica, el sistema de exención para los grupos vulnerables significa que el sistema de seguro reembolsa todos los copagos por encima de 371,7 euros; hay asimismo un sistema de exención fiscal que permite deducir los copagos del ingreso imponible²². Vale la pena destacar que el componente público del gasto sanitario en los países europeos oscila entre un 70 y un 90% del total; sólo tres (Portugal, Grecia e Italia) tienen un gasto público por debajo de esas cifras²³.

La situación, sin embargo, es muy distinta en los países del Este de Europa y en particular en la CEI, pese al compromiso social y político de desarrollar nuevos sistemas de aseguramiento financieramente solidarios. Los problemas de falta de sostenibilidad causada por la recesión económica durante la transición de los años noventa (v. también más adelante) así como la limitada capacidad técnica e institucional para implementar dichos nuevos sistemas y recaudar ingresos genera *de facto* una cobertura muy reducida tanto en términos poblacionales –de los más pobres– como de servicios²⁴. En consecuencia, el acceso al sistema sanitario sólo es posible en muchos casos efectuando pagos directos «informales». Estimaciones realizadas en los noventa indican que estos pagos pueden llegar a suponer entre un 20 y un 70% del gasto sanitario total, dependiendo de los países estudiados²⁵.

Finalmente, la reciente adopción de mecanismos de competencia entre aseguradoras en algunos países latinoamericanos recomienda incluir aquí la experiencia

europea al respecto. La competencia entre aseguradoras sólo se ha instaurado en unos pocos países, como Alemania, Bélgica, Holanda, Israel y Suiza. En todos los casos, además, se ha procedido de forma muy incremental, resaltando la protección de la solidaridad, con un nivel de regulación alto. En Holanda, el modelo fue planteado en el plan Dekker en 1986¹⁷. Desde entonces, sucesivos gobiernos han debatido e introducido diversas modificaciones, pero sin lograr nunca una implementación completa del mismo. En el momento actual las aseguradoras son responsables únicamente de un 20% del déficit presupuestario que puedan generar; el resto lo sufraga el Fondo Central de Aseguramiento¹⁴.

Es importante señalar que poner a competir los fondos entre sí no significa permitir que el paquete de seguro básico de servicios sea diferente entre ellos. Al contrario, los sistemas han conservado el principio de equidad para todos los asegurados. A tal efecto están desarrollando «normas» de reparto de las contribuciones al seguro, que tengan en cuenta la estructura de los diferentes riesgos asegurados por los fondos. Conviene, asimismo, resaltar la evidencia procedente de países de Europa del Este, como la República Checa, Eslovaquia o la Federación Rusa²⁶⁻²⁸, donde el lanzamiento de estos modelos ha sido mucho más complejo y ha comportado resultados negativos. Por muchas razones, entre ellas una falta de mecanismos de reglamentación y sistemas de información apropiados, estos esquemas han repercutido negativamente sobre la equidad (por la selección de riesgos favorable) y sobre la eficiencia (por el aumento de los costes administrativos o de transacción)^{29,30}. En general, se argumenta que los potenciales aumentos de eficiencia que la libre elección y competición entre aseguradoras podría acarrear (aún por demostrar) deben ponderarse frente a la posible disminución en la equidad y el aumento de costes administrativos, ambos de repercusión negativa sobre la eficiencia¹⁸.

Protección estable en el tiempo

También en la región europea mantener la sostenibilidad financiera del sistema sanitario frente a las presiones macroeconómicas constituye un reto importante. Dicho reto es difícilmente solucionable mediante cambios dentro del sistema sanitario; con todo, tener una visión clara del impacto de las presiones macroeconómicas sobre la reforma de los sistemas sanitarios es importante.

En Europa occidental, en un período de regionalización y globalización de la producción industrial y el comercio, la política macroeconómica refleja cada vez más una preocupación profunda por la competitividad nacional. Los estados miembros de la UE están recordando sus déficit presupuestarios al nivel fijado por los

criterios de Maastricht y la Unión Monetaria Europea. Los países, pese a todo, han demostrado que sus sistemas de financiación –basados en impuestos generales o en cotizaciones a un seguro de enfermedad– siguen intentando dar respuesta a las necesidades de la población con independencia de los ciclos económicos. Puede observarse ya cómo en la gran mayoría el porcentaje del producto interior bruto (PIB) que representa el gasto sanitario ha crecido entre 1980 y 1996²³. Aún más importante es el papel de la fracción pública de dicho gasto en el gasto total; en general, se mantiene. Aunque debe reconocerse que varios países han registrado una disminución en su cifra desde 1980, ello no ha significado ningún descenso de la protección social. De hecho, el sector público de esos países utiliza ahora más herramientas de control de costes y define más sus prioridades que antes. En otras palabras, cabe suponer que el coste-efectividad de los presupuestos públicos ha aumentado. Por otra parte, un descenso en la «parte» del gasto público dentro del gasto total tampoco necesariamente implica una disminución de la «cantidad» del gasto público. Valga citar la experiencia del Reino Unido, país en el que durante el período de crisis económica (1980-1990), el gasto en precios constantes aumentó un 19,4%. Y entre 1990 y 1996, lo hizo otro 16,8%¹³. Pero, por encima de todo, las citadas altas cifras de la fracción pública manifiestan, al menos parcialmente, el esfuerzo de los sistemas de cobertura universal de la UE por mantener una cierta sostenibilidad.

El carácter de las presiones macroeconómicas es mucho más grave en Europa del Este. Durante la transición económica de los noventa, dichos países sufrieron una acusada caída en su PIB que osciló entre un 10 y un 70%, lo cual tuvo como resultado una acusada caída de los ingresos públicos disponibles para el sector sanitario³¹.

La experiencia europea ilustra las enormes dificultades que comporta emprender reformas durante períodos de recesión económica. No es demasiado sorprendente que en países con recortes masivos en el presupuesto sanitario (hasta un 40% en algunas repúblicas de Asia Central) los nuevos esquemas de financiación y modelos organizativos fracasasen¹⁸. Incluso con medidas de reforma encaminadas a contener costes y/o generar ahorro es poco probable que los resultados se noten a corto plazo. La puesta en marcha de planteamientos nuevos, o la realización de cambios en la configuración de los servicios, requiere la mayoría de las veces empezar poniendo sobre la mesa recursos financieros³².

Inversión equilibrada en los recursos

El desequilibrio entre los distintos tipos de recursos también constituye un reto importante en Europa. Por

ejemplo, entre los distintos países se observan diferencias significativas en la dotación de camas, recursos humanos y tecnología. El número de médicos en la Unión Europea oscila entre 5,5 por 1.000 habitantes en Italia y 1,5 en el Reino Unido, con una media de 3,5³³. La dotación de camas hospitalarias, asimismo, varía entre alrededor de 10 por 1.000 habitantes en Francia o Alemania y 4 en Portugal, España y el Reino Unido, con una media de 7 camas³³. Esta disparidad aumenta todavía más si incluimos a los países del Este de Europa. Por ejemplo, la dotación media de camas hospitalarias en los países de la CEI es de 14 camas por 1.000 habitantes³³. Cabe decir, sin embargo, que este nivel no refleja necesariamente una mayor infraestructura hospitalaria, pues en muchos casos la disponibilidad de «camas» no significa que los hospitales dispongan de los *inputs* necesarios para el tratamiento hospitalario, como equipamiento diagnóstico y terapéutico, medicamentos o incluso calefacción y comida³⁴. A pesar de estas diferencias, la tendencia entre dichos países es converger en los niveles y composición de los recursos. Sucede así por haberse adoptado una serie de políticas comunes de inversión en capital físico y humano³⁴.

El proceso de asignar capital varía según la estructura de propiedad de los hospitales y el estilo de la reglamentación pública. En casi todos los países europeos, sin embargo, existe un marco regulatorio detallado mediante el cual los gobiernos nacionales o regionales determinan la ubicación y características de los servicios de las grandes inversiones hospitalarias.

Un nuevo desarrollo destacable en ciertos países con sistemas nacionales de salud, como el Reino Unido o Suecia, que han adoptado el modelo de hospital público autogobernado son los pagos por depreciación del capital en los presupuestos de funcionamiento de tales centros. Se pueden aplicar a la compra de capital y a efectuar renovaciones. Otra reforma más controvertida, y aún en fase de discusión, es conceder a los hospitales la facultad de solicitar préstamos para financiar nuevos proyectos³⁵. En general, el proceso de autonomía hospitalaria comporta mayores exigencias en cuanto al uso eficiente de los recursos, lo que estimula una planificación más cuidadosa de los vínculos entre inversión, capital, depreciación y gastos de funcionamiento.

El modo de pagar a los proveedores por sus servicios también genera incentivos importantes, si bien más indirectos, en las decisiones de inversión tanto pública como privada. El pago por acto, por ejemplo, fomenta la demanda inducida por el proveedor, la costosa expansión de los servicios de los especialistas y el invertir indiscriminadamente en nuevas tecnologías. En este sentido, varios países parecen converger hacia modelos mixtos de financiación basados en presupuestos globales ajustados según el nivel de actividad, severidad

y desempeño³⁶. Dichos modelos han ejercido un impacto positivo hacia una inversión de capital más coherente.

Otro elemento clave en las reformas sanitarias europeas ha sido la reestructuración hospitalaria, con tendencia a reducir las camas y usarlas más intensiva y eficientemente; el resultado es un aumento del número de ingresos simultáneo a una reducción en la estancia media. En cuanto a la evidencia sobre el cierre de hospitales en algunos países, conviene destacar tres aspectos. En primer lugar, dado el papel del hospital en la sociedad, cerrar uno constituye un proceso tan político como técnico; su éxito dependerá de la habilidad para comunicar y negociar con los distintos actores sociales y profesionales. En segundo lugar, los mecanismos de mercado son en general insuficientes y se necesita un mecanismo para evaluar necesidades y planificar. Por último, de no venir acompañados de una reasignación de recursos hacia políticas de sustitución, tales como desarrollar más la atención primaria y domiciliaria y los centros de día, estos procesos de reestructuración hospitalaria están condenados al fracaso^{37,38}.

Finalmente, apuntaremos brevemente otras tres áreas de combinación de recursos donde ha habido un progreso importante en muchos países europeos: adoptar *numerus clausus* estrictos en la formación de médicos; cambiar, el *skill mix*, concediendo mayor papel a la enfermería, y poner en marcha agencias de evaluación de tecnologías, en algunos casos ligadas a una función reguladora aplicable tanto al sector público como al privado.

Producción eficiente de servicios

Producir servicios eficientemente constituye también un importante reto para los países europeos. A fin de aumentar la eficiencia ubicativa y técnica, se han lanzado, con resultados diversos, una amplia gama de estrategias de reforma. Se incluyen entre ellas: establecer «paquetes básicos» de prestaciones; sistemas de copago tan definidos que desanimen la demanda de los servicios menos importantes; separar las responsabilidades de compra y provisión; gestionar descentralizadamente a los proveedores; usar sistemas de pago a los proveedores vinculados a su rendimiento, y mercados de provisión¹⁸. Dos áreas concretas de la experiencia europea quizá tengan especial relevancia para los países latinoamericanos: establecer un paquete básico de prestaciones, e introducir los mecanismos de mercado subyacentes a varias de las estrategias descritas.

Los problemas de sostenibilidad financiera han hecho que varios países europeos se planteen iniciativas sobre la forma de establecer prioridades con bases más sistemáticas y explícitas³⁹. Las más conocidas en Euro-

pa occidental son el Comité Dunning en Holanda⁴⁰ o los modelos propuestos por las Comisiones Parlamentarias de Prioridades en Noruega y Suecia^{41,42}. En el Reino Unido, pese a que no las ha habido a escala nacional, la separación de responsabilidades entre compra y provisión en la reforma del NHS ha generado gran número de iniciativas dirigidas por las autoridades sanitarias de nivel local; entre ellas destacan los jurados ciudadanos⁴³. La mayoría de los gobiernos europeos, no obstante, se han mostrado dispuestos a recortar únicamente ciertos procedimientos marginales, como el tratamiento cosmético de las varices o la fertilización *in vitro*. A pesar del amplio número de iniciativas, pues, es importante destacar que en la práctica no ha habido reducciones significativas en la cobertura o en el paquete de prestaciones ofrecidas.

Aunque a primera vista los resultados puedan resultar decepcionantes, de las anteriores experiencias surgen diversas enseñanzas útiles para futuras iniciativas en Europa y Latinoamérica. Señalaremos dos. En primer lugar, el debate nacional sobre el paquete asistencial ha llevado en varios países a promover a continuación la «medicina basada en la evidencia», aumentando la inversión en actividades de evaluación de tecnologías, desarrollando directrices y protocolos clínicos o implantando auditorías clínicas. En cuanto a la evaluación tecnológica, la mayoría han establecido agencias nacionales (y en casos como España, también regionales). En el área de los medicamentos, también la mayoría ha creado agencias específicas para evaluar la eficiencia clínica de los fármacos nuevos y registrarlos. Existen asimismo muchas iniciativas orientadas a proveer evidencia sobre el coste y la efectividad de distintas intervenciones clínicas; destacan entre ellas el *Center for Reviews and Dissemination* del Reino Unido y los *Cochrane Centers*⁴⁴ que, aunque iniciados en el Reino Unido, tienen ya sedes en varios países europeos. La enseñanza a extraer de esta tendencia es, en definitiva, que antes de ponerse a establecer prioridades y racionar el paquete de prestaciones hace falta asegurar que las intervenciones prestadas por el sistema sanitario son efectivas.

En segundo lugar, para establecer prioridades de forma más explícita muchos países han recurrido a técnicas diversas, como medir la carga de enfermedad o contabilizar los AVAI o años de vida ajustados por incapacidad (*DALY*, en inglés). Existe, no obstante, un acuerdo cada vez más general sobre la imposibilidad de reducir la priorización a un ejercicio técnico; es imprescindible combinarla con mecanismos de participación de la población, abriendo un debate público global con participación de todos los actores⁴⁵. En este sentido, varios países europeos han lanzado propuestas innovadoras para implicar a los ciudadanos en el proceso, de las cuales pueden extraerse enseñanzas importantes para otros países. Otro aspecto relacionado,

de gran significado en Europa, es el papel del proceso político al plantear paquetes básicos de servicios; dicho en otras palabras, sigue sin resolverse cómo conseguir que los actores políticos adopten explícitamente decisiones de racionamiento de servicios que sean claramente impopulares.

La segunda área de reformas en Europa, que busca aumentar la eficiencia técnica al producir servicios, ha sido introducir incentivos de mercado en distintos subsectores del sistema. Algunos autores han presentado dichos incentivos como el paradigma de los noventa. Se han introducido en uno o más de los subconjuntos de producción de servicios (entre hospitales o dentro de ellos, en las residencias asistidas, con los médicos y con el personal de servicios sociales) o en los instrumentos de asignación que distribuyen la financiación a los proveedores de servicios. En esta última categoría, la separación de funciones entre comprador y proveedor, junto con la adopción de mercados internos y mecanismos de contratación ha ejercido un papel importante en las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Finlandia e Italia, así como en varios países de Europa del Este. La introducción de incentivos ha ido acompañada de reformas diversas para aumentar la autonomía de gestión y toma de decisiones de los hospitales, convertidos así en distintas modalidades de «empresa pública» en los sistemas nacionales de salud, o en hospitales privados sin ánimo de lucro en los sistemas bismarckianos. En estos últimos se espera, asimismo, que el aumento de la responsabilidad financiera de los Fondos de Seguro acarreará más contratación con los proveedores, y así una mayor competencia entre éstos.

En atención primaria ha habido también un aumento en los mecanismos de mercado durante la última década, particularmente en los sistemas nacionales de salud del Reino Unido y los países nórdicos y, en menor medida, en los mediterráneos⁴⁶. La atención primaria ejerce ahora mayor influencia en la toma de decisiones del sistema, tras introducirse mecanismos de presupuestación y compra de servicios desde la atención primaria, como los *GP fundholders* y los *Primary Health Care Groups* en el Reino Unido.

Otros instrumentos de estilo mercantil que han aumentado su papel en Europa son: aumentar la capacidad de elegir proveedor, introducir incentivos competitivos en la conducta de los profesionales sanitarios y, directamente relacionado con ello, utilizar más los sistemas de pago a proveedores vinculados a su desempeño.

Tras una década de experimentar con los mecanismos de mercado, los sistemas sanitarios europeos están cuestionando que dicho paradigma sea la única solución a sus problemas de eficiencia. El énfasis de las reformas parece dirigirse hacia instrumentos mixtos correspondientes en el terreno político y social a la

filosofía de la llamada «tercera vía». Países como el Reino Unido o Suecia, por ejemplo, han abandonado los mercados de provisión, si bien mantienen la separación de funciones y la contratación como herramienta básica de financiación.

La necesidad de encontrar nuevos mecanismos de «tercera vía» enlaza de lleno con el último de los cinco retos identificados en los países latinoamericanos, que analizamos a continuación a la luz de la experiencia europea.

Rectoría efectiva

Una lección muy importante aprendida en Europa es que para producir servicios de manera más eficiente ha habido también que aumentar la actividad reguladora. En general, la introducción de mecanismos de mercado ha ido acompañada de un mayor volumen de regulación (referido tanto a nuevas modalidades de la misma como a un aumento del arsenal al respecto). Con ella los políticos sanitarios han buscado encauzar esta fuerza de cambio hacia el logro de objetivos sociales⁴⁷. Un ejemplo típico es el campo farmacéutico, donde el aumento de *entrepreneurship* ha ido acompañado de un gran esfuerzo regulador para contener los costes^{20,48}.

La actividad reguladora, sin embargo, no ha estado siempre a la altura de las necesidades, y en algunos sitios (sobre todo en Europa del Este) ha sido claramente insuficiente. La rápida introducción de mecanismos de mercado sin un contrapeso regulatorio adecuado ha comportado problemas importantes de no contención de costes, inequidad, ineficiencia y corrupción⁴⁷. Debe destacarse, sin embargo, que en la mayoría de los casos el fenómeno se ha debido más a una falta de capacidad institucional para instaurar mecanismos reguladores que al diseño organizativo de ningún modelo asistencial concreto.

En cualquier caso, y como también se señaló para Latinoamérica, en los países europeos la necesidad de fortalecer el papel rector del Estado ha venido dada por la introducción de nuevos mecanismos de mercado y un nuevo balance entre éste y el Estado en los sistemas sanitarios. La experiencia demuestra, en Europa, que más que un papel menor del Estado, lo que se requiere es un papel distinto y en muchos casos reforzado del mismo. Aumentar el uso de los mecanismos de mercado debe también significar reforzar el Estado en su labor de planificación estratégica, política sanitaria y reglamentación centrada en los resultados¹⁸. Se espera que el Estado «reme menos y aprenda a gobernar más el timón»¹⁸.

Dicho en otras palabras, un buen número tanto de los éxitos como de los fracasos de la reforma sanitaria en Europa está relacionado con la función de rectoría. Los mecanismos de mercado han producido me-

jores resultados allí donde ha habido más información y mejor capacidad de regular. El relativo éxito en el logro de la cobertura financiera universal en Europa occidental, por ejemplo, resultó de un papel rector claro por parte de los gobiernos (en general, la población europea acepta sin reparos el papel del gobierno como regulador de la financiación y garante de la universalidad del sistema sanitario). Asimismo, el Estado ha ejercido un papel clave en asegurar protección estable y sostenibilidad financiera bajo una presión macroeconómica notable.

Un componente importante dentro de la función de rectoría es formular la política sanitaria o, lo que es lo mismo, definir la visión y dirección del sistema. En tal sentido, varios países han adoptado los objetivos promovidos por la OMS en su política de Salud Para Todos⁴⁹, que han traducido en forma de metas y políticas de salud a nivel nacional. Es interesante observar cómo el impacto de este ejercicio ha sido particularmente significativo en países como Suecia, Finlandia o el Reino Unido, donde la legitimidad del Estado como guardián de la salud de la población es más clara.

El análisis de la experiencia de reforma en Europa demuestra la necesidad de que los Ministerios de Salud, en particular, adopten un papel protagonista como órgano rector del sistema sanitario. En este sentido, la experiencia de readecuación de los ministerios de los antiguos países comunistas aporta lecciones de enorme interés. La capacidad técnica y política para manejar el proceso de cambio, recabar y utilizar la información idónea, regular el sector privado y negociar con los distintos actores se ha demostrado clave tanto en el éxito como el fracaso de muchas reformas sanitarias en toda la región⁵⁰.

Conclusiones

Este artículo pretende enmarcar, en términos generales, los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios latinoamericanos, ofrecer una perspectiva comparativa con la experiencia europea e identificar posibles áreas de las que extraer enseñanzas para una futura reforma.

Las dificultades metodológicas y conceptuales de comparar experiencias entre contextos sociales, culturales y económicos tan distintos son indudables. De entrada, ni siquiera cabe hablar unívocamente de sistema europeo o sistema latinoamericano, dada la diversidad existente en cada región. Además, la ampliación de la Unión Europea en el Oeste y la transición a la economía de mercado en el Este, constituyen importantes procesos de cambio. El equivalente en Latinoamérica es la consolidación de las democracias y la introducción del Área de Libre Comercio Americana (ALCA). Analizar comparativamente este «experimen-

to natural» en ambas regiones, pese a tales dificultades, se justifica por la clara convergencia (en algunos casos, incluso globalización), de los retos que sus sistemas sanitarios afrontan y lo común de algunas de las «soluciones» adoptadas.

Aquí destacamos tres áreas de interés que configuran la columna vertebral de las reformas sanitarias europeas y que podrían ser útiles a los países latinoamericanos en sus esfuerzos de reforma:

1. Combinar solidaridad con sostenibilidad financiera. Más en concreto dos aspectos a destacar dentro de esta área son la competencia entre entidades de seguros y el papel de la fiscalidad. En primer lugar, la competencia entre entidades de seguros está resultando difícil de implementar debido a las complejidades administrativas y las dificultades de monitorización, incluso en países con infraestructura abundante y cualificada. Las ganancias de eficiencia que puedan resultar de la libre elección y la competencia deben ponderarse frente a los costes de transacción incurridos y la posible disminución en la equidad. Esta experiencia puede ser relevante sobre todo para Argentina, Colombia y, en otro grado, Chile. En segundo lugar, la mejor forma de garantizar la estabilidad del sistema sanitario es mejorar la fiscalidad, como forma global de asegurar la solidaridad entre generaciones y entre pobres y ricos. La experiencia de Europa del norte tras la segunda guerra mundial (Alemania, Inglaterra, etc.), fue confirmada en los ochenta en el sur (España, Grecia) y ahora en el este (Hungría, Eslovenia, etc.), y es aplicable con relativa independencia del tipo de sistema sanitario específico. Tanto los sistemas tipo Beveridge como los tipo Bismarck precisan de un *pool* de recursos fiscales que permitan establecer mecanismos (en cada caso distintos) para subsidiar cruzadamente las necesidades de los desamparados. Muchos países latinoamericanos tienen una experiencia similar.

2. Introducir mesuradamente incentivos de mercado pero manteniendo un claro papel rector del Estado. Especialmente, la función de rectoría y, en particular, construir una administración pública (bien sea el Ministerio de Salud o los gobiernos regionales y locales) profesionalizada y responsable, es clave para la buena marcha del sistema, independientemente de si es tipo Bismarck o Beveridge. La separación organizativa seguro/ministerio debe ser compatible con la integración funcional. Los países europeos occidentales primero y los orientales ahora han comprobado lo que muchos países latinoamericanos ya saben: la importancia de evitar la ideologización sectaria y el clientelismo en la construcción de sus instituciones públicas.

3. Adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios. Áreas de particular importancia son: la evaluación de tecnologías; el control de calidad, las directrices y los protocolos clínicos; la des-

centralización de la gestión; la integración funcional entre los distintos niveles de provisión; el reforzamiento de la atención primaria, y las estrategias de recursos humanos.

Este artículo se centra en analizar la experiencia europea desde el prisma de los retos y prioridades latinoamericanas. Las grandes líneas que se derivan deben contemplarse desde los distintos contextos nacionales y corresponde en última instancia al lector latinoame-

ricano extraer sus propias enseñanzas sobre la experiencia en Europa.

Asimismo debe señalarse, por último, que el artículo podría también haberse centrado en las enseñanzas ofrecidas por las reformas en los sistemas en Latinoamérica para las reformas en países europeos, pero ello habría aumentado su complejidad. Creemos que lo aconsejable es efectuar dicha comparación en un ejercicio futuro.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra: OMS, 2000.
2. Jaramillo I. El Futuro de la Salud en Colombia: la Puesta en Marcha de la Ley 100 (3.ª ed.). Bogotá: Fundación Friedrich Ebert en Colombia (FESCOL), 1997.
3. Ministerio de Salud de Chile, Unidad Coordinadora de Proyectos, Proyecto Minsal-Banco Mundial. Santiago: Ministerio de Salud, 2000.
4. Yazbeck A, Tan JP, Tanzi VL. Public Spending on Health in the 1980s: the impact of adjustment lending programs. Background paper for the World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington: Banco Mundial, 1993.
5. Domínguez Ugá MA. Health Financing in Brazil in the Context of Macroeconomic Adjustment. Reunion of the Federation for International Cooperation of Health Services and Systems Research Centers (FICOSER), National School of Public Health, Atenas, Grecia; 15-18 junio de 2000.
6. Musgrove P. Health Care and Economic Hardship. World Health, octubre de 1984.
7. Musgrove P. Economic crisis and health policy response. En: Tapinos G, Mason A, Bravo J, editores. Demographic responses to economic adjustment in Latin America. Lille: International Union for the Scientific Study of Population, 1997.
8. Poullier JP, Hernández P. Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997, WHO/EIP Discussion Paper 27. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
9. Londoño J-L, Frenk J. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. Health Policy 1997; 41:1-36.
10. Banco Mundial, Health Care, Capítulo 3 de Brazil: Social Spending in Selected States. World Bank Report BR-17763. Washington: Banco Mundial, 1999.
11. Ministerio de Salud de Chile, División de Salud de las Personas, Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. Santiago: Ministerio de Salud, 1997.
12. Ministerio de Salud de Costa Rica y Organización Panamericana de la Salud, Memoria del Foro. La Salud como Producto Social en el Estado Moderno: su Rectoría. San José de Costa Rica, 14-16 junio de 1993. San José: Ministerio de Salud, 1993.
13. Robinson R, Dixon A. Health Care Systems in Transition: United Kingdom, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
14. Normand C, Busse R. Social Health Insurance Financing, in Funding Health Care Options for Europe. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, editores. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001.
15. Figueras J, Mossialos E, McKee M, Sassi F. Health care systems in Southern Europe: Is there a Mediterranean paradigm? Int J Health Sci 1994; 5: 135-146.
16. Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition: Germany, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
17. Den Exter A, Hermans B. Health Care Systems in Transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen; Forthcoming: WHO Regional Office for Europe, 2001.
18. Saltman R, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997.
19. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. J Health Econ 1999; 18: 291-313.
20. Mossialos E, Le Grand J. Health care and cost containment in the European Union. Londres: The London School of Economics and Political Science, 1999.
21. Health Care Systems in Transition: Sweden, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen. Forthcoming: WHO Regional Office for Europe, 2001.
22. Kerr E. Health Care Systems in Transition: Belgium, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: Forthcoming: WHO Regional Office for Europe, 2000.
23. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Health Data 2000. París: OECD, 2000 (www.oecd.org).
24. Preker A, Jakab M, Schneider M. Erosion of financial protection in health systems of ECA transition economies. Washington: World Bank unpublished paper, 2001.
25. Lewis M. Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: Trends and policy implications. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, editores. Forthcoming: Funding Health Care Options for Europe, European Observatory Series/Open University Press, 2001.
26. Busse R. Health care systems in transition: Czech Republic, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
27. Hlavacka S, Skackova D. Health care systems in transition: Slovakia, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
28. Health care systems in transition: Russian Federation. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen; Forthcoming: WHO Regional Office for Europe, Forthcoming 2001
29. Chinitz D, Preker A, Wasem J. Balancing competition and solidarity in health care financing. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.

30. Preker A, Jakab M, Schneider M. Health financing reforms in central and eastern Europe and the former Soviet Union in funding health care options for Europe. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, editores. Forthcoming: European Observatory Series. Open University Press, 2001.
 31. EBRD transition report. Londres, European Bank for reconstruction and development, 1996.
 32. Rathwell D. Implementing health care reform: a review of current experience. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
 33. World Health Organization. Copenhagen: Health For All database, 2001.
 34. Healy J, McKee M. Pressures for Change. En: McKee M, Healy J, editores. Hospitals in a changing Europe. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001.
 35. Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shasul J et al. PFI in the NHS: is there an economic case? *BMJ* 1999; 319: 116-119.
 36. Wiley M. Financing operating costs for acute hospital services. En: Saltman, RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
 37. Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment. En: McKee M, Healy J, editores. Hospitals in a changing Europe. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001.
 38. Edwards N, Hensher M, Werneke U et al. Changing hospital systems. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
 39. Mossialos E, Maynard A, editores. Rationing in health care. Special issue. *Health Policy* 1999; 49, 50.
 40. Dunning A. Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care. Executive Summary. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.
 41. Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care. Estocolmo: Ministry of Health and Social Affairs, 1995.
 42. McKee M, Figueras J. Setting priorities: Can Britain learn from Sweden? *BMJ* 1996; 312: 691-694.
 43. Lenaghan, J. Involving the public in rationing decisions. En: Mossialos E, Maynard A, editores. Rationing in Health Care., Special Issue. *Health Policy* 1999; 49.
 44. Cochrane Library, Oxford. Cochrane collaboration. Londres: BMJ Publishing Group; 2000 (database).
 45. Ham C, Honigsbaum F. Priority setting and rationing health services. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
 46. Groenewegen P, Dixon J, Boerma W et al. The regulatory environment of general practice: an international perspective. En: Saltman R, Busse R, Mossialos E, editores. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Forthcoming: European observatory series/Open university Press, 2001.
 47. Ensor T, Durán A. Corruption as a challenge to effective regulation in the Health Sector. En: Saltman R, Busse R, Mossialos E, editores. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001.
 48. Mossialos E, Mrazek M. Entrepreneurial behaviour in pharmaceutical markets and the effects of regulation. En: Saltman R, Busse R, Mossialos E, editores. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Forthcoming: European Observatory Series/Open University Press, 2001
 - 49 WHO. Health 21. WHO Regional Office for Europe, 2000.
 50. Kokko S, Hava P, Ortun V, Włodarczyk C et al. The role of the State in health care reform. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
-