

CONTENCIÓN DE COSTOS Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE*

Brian Abel-Smith

Los sectores de la salud de los países miembros de la OCDE han sido objeto recientemente de una verdadera ola de reformas. En el presente trabajo se describen las iniciativas emprendidas en nueve países de la OCDE, así como las distintas formas en que se ha intentado mantener bajo control los costos de los servicios de salud. Si bien las nueve reformas analizadas persiguen diversos objetivos, se observan algunas tendencias generales. Entre ellas, la extensión del seguro obligatorio de salud a toda la población; la promoción de la competencia de precios entre los aseguradores y proveedores; el fomento de la diversidad en materia de prestaciones ofrecidas por los distintos aseguradores; el aumento del grado de autonomía de los hospitales, y la distribución de los costos de acuerdo al monto de los ingresos.

BRIAN ABEL-SMITH. Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Administración, London School of Economics and Political Science (Londres). Experto en el tema de los servicios de salud y su financiamiento, es autor, entre otras publicaciones, de *The Hospitals* (1984) y (coautor) *Health Insurance in Developing Countries* (1990). Su trabajo "Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud" fue publicado en el N° 55 de *Estudios Públicos*.

* Trabajo presentado en el seminario "La salud del adulto en Chile", organizado por el Departamento de Salud Pública, de la Facultad de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile el 12 de julio de 1994.

Traducido del inglés por el Centro de Estudios Públicos.

Advirtiendo que las principales medidas en materia de contención de costos han sido adoptadas en el campo de la oferta, se subraya que la elaboración y aplicación rigurosa de presupuestos globales para los servicios de salud constituyen el medio más eficaz en este respecto. A su vez, se señala que habría indicios de que los países que disponen de una dotación importante de médicos generales y un sistema adecuado de derivación a especialistas tienden a mantener costos más bajos. Entre otros elementos relativos a la contención de costos, se mencionan distintas alternativas en materia de prescripción de medicamentos y políticas dirigidas a combatir la demanda inducida por los proveedores.

¿Se ha logrado frenar los costos?*

Durante la última década, cada vez más países miembros de la OCDE han ido adoptando medidas para contener los costos de la atención de salud. ¿Hasta qué punto han logrado ese objetivo? ¿Se ha conseguido garantizar que estos costos aumenten menos que en la década pasada? La manera más útil de analizar los costos es considerarlos como una proporción del producto interno bruto. De hecho, algunos países se han fijado como objetivo evitar que los costos de atención de salud aumenten más rápido que los recursos estatales medidos de esta manera.

Sólo es posible establecer comparaciones en 22 de los 24 miembros de la OCDE debido a la carencia de datos sobre dos países para el período anterior. Al cotejar información correspondiente al período 1981-1991 con la del período 1971-1981, se observa que durante la década de 1980, 6 de estos 22 países tuvieron tasas de crecimiento mayores que en los años setenta en lo que se refiere a la proporción del PIB destinada a gastos de salud. De esos seis países (Canadá, Estados Unidos, Grecia, Finlandia, Islandia e Italia), sólo Grecia comenzó desde una base reducida. La experiencia de los Estados Unidos no es sorprendente, ya que esta nación ha sufrido una dificultad crónica para mantener bajo control los gastos en salud privada como consecuencia del uso generalizado del seguro abierto. En el caso de Finlandia, este fenómeno obedeció a razones poco comunes, pues entre 1990 y 1991 este país experimentó una baja de 6,5% en el producto interno bruto en precios constantes, causada principalmente por la pérdida de su mercado de exportación en la Unión Soviética. Canadá

* Véanse cuadros del Anexo A.

también fue afectada enormemente por la recesión, con un descenso anual de 1,21% en el PIB real entre 1989 y 1991. Por otro lado, Australia, Suecia y el Reino Unido sufrieron asimismo los efectos de un crecimiento real negativo durante el mismo período.

¿Existe algún sistema determinado de organización de servicios que al parecer se preste más fácilmente a medidas de contención de costos? A primera vista, uno esperaría observar un control más estricto sobre los costos en aquellos países donde los hospitales son de propiedad estatal y los médicos reciben un sueldo. Pero no es así en la realidad. Los resultados no son menos exitosos en muchos países que organizan sus servicios mediante contratos suscritos entre aseguradores y proveedores. Hay cierta evidencia de que en los países donde el paciente cancela la cuenta y el asegurador le reembolsa una suma, es más difícil controlar los costos. El ejemplo más notorio de esta situación se observa, sin duda, en los Estados Unidos.

¿Cómo se ha logrado mantener los costos bajo control?*

El arma principal para controlar los costos, excepto tal vez en Japón, Portugal y, más recientemente, Islandia, no ha sido el compartir más los costos. Las medidas más importantes en este sentido se han adoptado en el campo de la oferta. Y, de hecho, la experiencia acumulada hasta la fecha ha demostrado que la elaboración de presupuestos globales para atención de salud, o para cada uno de sus componentes principales, es el medio más eficaz de contener los costos cuando es aplicado en forma rigurosa y, en algunos casos, respaldado por personal de fiscalización. Se han descubierto, en efecto, diversas maneras de alcanzar este objetivo independientemente del método empleado para organizar o financiar la atención de salud. En particular, ellas se han traducido en presiones sobre el sector hospitalario para que éste reduzca la duración de la permanencia de los pacientes, destine los hospitales a otros usos o bien los venda. Y también han dado origen a alternativas más baratas que la atención hospitalaria. Esto último puede complementarse a su vez con intervenciones para racionalizar las existencias de los hospitales y la adopción de medidas eficaces para limitar la proliferación de equipamiento médico de alto costo.

Hay señales de que países que cuentan con médicos generales y un sistema de derivación eficaz logran mantener costos más bajos. Los espe-

* Véanse cuadros del Anexo A.

cialistas son más proclives a utilizar servicios más complejos y onerosos cuando ello no es estrictamente necesario.

Como un medio de economizar, algunos países se han propuesto fomentar la prescripción genérica e imponer listas definitivas de medicamentos a sus sistemas de seguro médico. Sin embargo, el costo de las prescripciones también depende de los precios pagados por los fármacos. Los precios pueden ser controlados directa o indirectamente mediante la regulación de las utilidades. Una alternativa para lograr este propósito es establecer un sistema de precios de referencia en virtud del cual medicamentos similares son incluidos en un mismo grupo, y fijar la cantidad que deberá pagar el seguro de salud en una suma cercana, por lo general, al precio más bajo para productos equivalentes. Cualquier diferencia por sobre este precio deberá ser cancelada por el paciente. En un principio, este método parecía promisorio, pero ahora existen dudas sobre su efecto global.

Un procedimiento más radical consiste en modificar los incentivos dirigidos a quienes prestan servicios, para así combatir la demanda inducida por los proveedores. Una forma de proceder es racionalizar el sistema de pago de honorarios por servicios que se aplica a los médicos. Otra posibilidad consiste en reemplazar los incentivos por otro sistema en que se incluya un alto porcentaje de capitación. Un tercer camino es pagarles a los hospitales en función del tipo de caso tratado.

El objetivo de los servicios médicos es mejorar la salud. Ahora bien, ¿existen pruebas de que la forma de organizar y financiar los servicios influye de alguna manera en los índices de salud? Si consideramos únicamente las tasas de mortalidad, no hay señales de que ello sea así. Tampoco el hecho de contar con más médicos, más enfermeras o más camas de hospital parece afectar el nivel de salud evaluado de esta manera. No obstante, hay evidencia de que el grado de disparidad en los ingresos sí es importante en este respecto.

Principales reformas en la administración de salud: Sus objetivos*

Durante los últimos tres años se ha observado una proliferación de reformas en la administración de salud en países miembros de la OCDE. Quisiera concentrarme en su análisis, pues ellas constituyen hitos para el

* Véanse cuadros resúmenes de los distintos países en Anexo B.

futuro. Desearía referirme a las que han sido aplicadas o propuestas en nueve países. En primer lugar, podemos mencionar el sistema de mercado interno introducido en el Reino Unido en 1991. Suecia, por su parte, a partir de 1992 instó a los condados a experimentar con nuevos esquemas de financiamiento, y en España se están realizando experimentos similares. Nueva Zelanda aplicó una importante reforma en 1993. Italia introdujo una nueva legislación en 1992 y en Portugal se aprobó una ley de reforma en 1993. Los otros tres casos que quisiera considerar son el de los Países Bajos —donde se ha comenzado a poner en práctica un conjunto de reformas—, Suiza y los Estados Unidos. Al momento de escribir este trabajo, en las dos últimas naciones había importantes proyectos de reforma que aún no habían sido sometidos al trámite legislativo.

Reino Unido

Desde 1991, el Reino Unido ha empleado un sistema de mercado interno para aumentar la eficiencia y de este modo permitir que las necesidades de salud sean satisfechas con un menor gasto total. Las Autoridades de Salud Distritales* adquieren servicios de hospitales públicos y privados en virtud de contratos elaborados sobre la base del costo y la calidad. Paralelamente, grupos de médicos generales que atienden a cerca de la cuarta parte de la población han podido optar por transformarse en compradores de servicios. Con su presupuesto, ellos adquieren consultas ambulatorias y pruebas de diagnóstico, un número limitado de servicios de hospitalización de corta permanencia y una parte de los servicios comunitarios de salud para sus pacientes. Se ha permitido que los hospitales se transformen gradualmente en “sociedades fiduciarias”, lo cual les otorga un alto grado de libertad frente a las normas que regulan el Servicio Nacional de Salud, especialmente al determinar sus propios niveles de remuneración. En la actualidad, aproximadamente el 90% del gasto está siendo realizado por hospitales que funcionan con este régimen. Si bien aún es demasiado temprano para evaluar los efectos de estas reformas, ya existen indicios de que los médicos generales están logrando que los hospitales ofrezcan mejores servicios, y en Londres los distritos están suscribiendo contratos con hospitales locales y no con los hospitales clínicos centrales, que son más costosos. Como resultado de lo anterior, algunos hospitales clínicos han debido fusionarse como un paso previo a la disminución de su número de camas.

* “District Health Authorities”, en el original. (N. del T.)

Aún persiste una serie de interrogantes en torno a esta reforma, entre ellas:

- Cuando tanto compradores como vendedores son organismos públicos, ¿puede el Gobierno permanecer sin intervenir ante la conmoción pública que ha originado el cierre de un hospital local por efecto de las fuerzas del mercado?
- ¿Qué ocurriría si los médicos insistieran en actuar en forma monopólica y se negaran a competir?
- ¿Cómo se resolverá el conflicto entre la elección de proveedor por parte del consumidor y la “participación de terceros en la elección de la alternativa más barata”?
- Si se lograra algún ahorro por eficiencia, ¿será éste absorbido por los costos administrativos adicionales de la contratación (tanto en el lado de la oferta como de la demanda) y por el riesgo de que de la nómina de sueldos de personal tienda a aumentar debido a la competencia?
- ¿Es posible encontrar alguna forma de prevenir la selección de riesgos (“depuración”) que dificulta el acceso a los servicios a pacientes con salud precaria?
- ¿Cómo se puede cautelar la calidad de la atención?
- ¿Habrá suficiente divulgación de información para que el mercado pueda funcionar debidamente?

Suecia

Desde 1992, Suecia ha estado fomentando medidas en este mismo sentido. Dos principios esenciales permanecen inalterados: el acceso universal e igualitario a los servicios médicos y el financiamiento basado principalmente en un aporte equitativo de fondos públicos. La reforma persigue tres objetivos principales: ofrecer a los pacientes más opciones y una mayor continuidad en la atención; disminuir el control burocrático central; y promover la eficiencia en el uso de los recursos creando un ambiente competitivo al interior del sector público y entre éste y el sector privado. Otras metas son reducir las listas de espera y fortalecer el rol selectivo* de los médicos generales, para así disminuir el número de autoderivaciones a los hospitales, las cuales resultan muy costosas. Se intenta separar la producción y las finanzas, con el objeto de que el

* “Gate keeping role”, en el original. (N. del T.)

paciente tenga prioridad sobre las finanzas. Originalmente se pretendía que hacia fines de 1995 cada persona o familia tuviera la oportunidad de escoger un médico general, proyecto que ya ha comenzado a aplicarse en algunos condados. Con todo, la decisión respecto de si conviene o no adoptar este sistema quedará ahora en manos de los condados. Se dará máxima prioridad a la rehabilitación, con el fin de reducir el costo de las pensiones y otras prestaciones en efectivo.

Algunos condados están distribuyendo recursos en sus distritos de salud en función de las necesidades de la población (número de habitantes, composición de la población por edad e indicadores socioeconómicos); estos distritos adquieren servicios de los hospitales sobre la base del precio y la calidad, utilizando los GRD.* El sistema de GRD está siendo introducido gradualmente y con esquemas variables en los distintos condados. Por ejemplo, se proyecta que en 1995 dicho sistema esté funcionando plenamente en Estocolmo. En virtud de esta reforma, los pacientes tienen libertad para escoger a su médico general, su centro de salud y su hospital, no sólo dentro del área geográfica en que viven, sino además entre proveedores de otras regiones y entre facultativos que ejercen en forma privada. Los hospitales, excepto los destinados a la atención psiquiátrica, seguirán disponiendo de presupuestos para investigación y desarrollo, programas de estudios médicos superiores y ampliación de estudios, pero el resto de sus ingresos deberá provenir de la venta de servicios a los distritos de salud locales mediante contratos anuales. Se está introduciendo un sistema interno de fijación de precios para los rayos X, los trabajos de laboratorio y otros servicios médicos y administrativos. Las clínicas pueden adquirir estos servicios a proveedores ajenos al hospital, de modo que estas secciones también funcionarán en un ambiente competitivo. Si bien los políticos locales seguirán siendo responsables del presupuesto y su asignación, ya no intervendrán en asuntos relativos a la administración diaria o detalles de operación. Las autoridades centrales estarán encargadas de supervisar la calidad. El sistema está siendo aplicado por etapas para que los hospitales no se vean obligados a disminuir los costos anuales en más de 15%.

Una comisión creada por el Gobierno —la cual presentará un informe a fines del presente año— está analizando opciones de mayor alcance. De acuerdo con una de las alternativas, los concejos de los condados

* DRG (“Diagnostic Related Group”), en el original en inglés, es una modalidad de pago prospectivo a los hospitales, asociada al conjunto de prestaciones de salud necesarios para resolver un diagnóstico determinado. (N. del E.)

mantendrán el control y el sistema se basará en la experiencia obtenida como resultado de la nueva división entre comprador y proveedor, pero con más hospitales autónomos en manos de varios propietarios: sector público, fundaciones o sector privado. En conformidad con la segunda opción, los médicos generales recibirán presupuestos que les permitirán adquirir todos los servicios hospitalarios y especializados para sus pacientes; este esquema probablemente requerirá poner en práctica el trabajo en equipo u otro sistema de distribución de riesgos. Según la tercera vía, los concejos de los condados perderán su facultad para fijar impuestos sobre servicios de salud, los cuales habrán de ser financiados por cotizaciones de seguro obligatorias en función del ingreso, utilizando uno o más aseguradores.

Una interrogante que otros países desean aclarar sobre la base de la experiencia sueca es si realmente se justifica el costo que supone introducir, manejar y actualizar un sistema de pago GRD para atención hospitalaria.

España

Un comité gubernamental designado por el Parlamento y presidido por un ex Vicepresidente presentó un informe en 1991. Aunque sus recomendaciones no han sido formalmente aceptadas por el Gobierno, los puntos de vista del comité han influido en una serie de circunstancias. El denominado Informe Abril anticipó que la principal fuente de financiamiento de los servicios médicos seguiría siendo la tributación, pero no propugnó una reducción en el aporte de las cotizaciones de la seguridad social al financiamiento. Asimismo, sostuvo que debían aumentarse las tarifas de fármacos y servicios hospitalarios de urgencia para disminuir el número de consultas que carecen de gravedad, con planes para proteger a personas de escasos recursos. También se obtendrían ingresos adicionales provenientes de servicios de hotelería y actividades de capacitación.

En lo que se refiere a los convenios financieros al interior del servicio, el Informe se basa en gran medida en la reforma británica, pero entre ambos persisten algunas diferencias importantes. La principal semejanza estriba en que las áreas de salud —que en términos generales corresponden a los distritos británicos— deben contratar servicios de los sectores público y privado. Su función es actuar como compradores y no como proveedores, basando sus adquisiciones en la satisfacción del paciente y en la calidad. Sin embargo, en España este sistema se aplicaría a la atención

primaria y secundaria. Es más, todas las unidades de salud pública contratadas se transformarían en empresas públicas autónomas. Si bien las condiciones de servicio para el personal actual se mantendrían con algunas modificaciones, se otorgaría completa libertad a las áreas de salud para fijar la remuneración de los nuevos funcionarios con un criterio distinto. Cualquier utilidad obtenida de los contratos podría ser traspasada al personal como sueldo adicional.

El informe contempla que los servicios básicos se definirán claramente y que será necesario adoptar una decisión explícita para agregar cualquier nuevo servicio. Toda tecnología innovadora será evaluada en cuanto a su eficacia técnica y económica. Si se decidiera no incluir los nuevos servicios, estos deberán ser sufragados por los pacientes. Se anticipa que los pacientes recibirán estados de situación en los que aparecerá el costo de todos los servicios que recibieran.

Aunque el gobierno central no formuló ningún comentario sobre el Informe, en 1993 Cataluña y el País Vasco ya estaban realizando algunas de las gestiones necesarias para crear un ambiente competitivo (un mercado interno). Entre ellas,

- separando la adquisición y la prestación de atención hospitalaria: la adquisición la realizan los gerentes de área del departamento de salud;
- procurando mejorar la administración y el sistema de información en el sector público;
- otorgando mayor autonomía a los hospitales y a los centros de atención primaria de salud;
- introduciendo en lo posible contratos más flexibles —basados en el rendimiento— para los funcionarios de los servicios de salud.

Nueva Zelanda

El sector de salud neozelandés está conformado, esencialmente, por proveedores públicos y privados. La reforma más reciente entró en vigor a comienzos de julio de 1993, y tiene diversos aspectos en común con la aplicada en el Reino Unido.

El Gobierno ha procurado aumentar la capacidad de respuesta, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud financiado con fondos públicos, separando las funciones de comprador y de proveedor. Las juntas de salud regionales fueron reemplazadas por las Autoridades de Salud Regio-

nales (ASR),* que actúan como compradores, y servicios de propiedad pública —Empresas de Salud de la Corona (ESC)** y fideicomisos comunitarios—, que actúan como proveedores. La función del Gobierno como suministrador de fondos fue separada de la función de adquisición. Más aún, la participación del Gobierno como propietario de las ESC fue separada de su participación en la política de salud. Se nombró a un Ministro autónomo para las Empresas de Salud de la Corona, el cual no dependía de la cartera de salud. Un elemento esencial de las reformas fue el deseo de agregar a las Autoridades de Salud Regionales la responsabilidad por la adquisición de toda la atención de salud a las personas, a partir de la atención primaria. Con lo anterior se buscaba contener los costos de subvenciones de atención primaria inducidos por la demanda, y promover una atención más eficaz, unificada y mejor administrada.

Actualmente, las ASR son designadas y no elegidas, y dependen del Ministro de Salud. Su objetivo es obtener rentabilidad del dinero y procurar que haya innovación en la prestación de servicios de salud mediante la suscripción de contratos con las ESC o con organizaciones proveedoras particulares o de beneficencia, como también a través de la supervisión de su desempeño, para así mejorar al máximo el nivel de salud de su población residente. Asimismo, el Gobierno estableció una separación entre la adquisición de atención de salud a las personas y los servicios de salud públicos. Para adquirir estos últimos se creó una Comisión de Salud Pública (CSP)***. De este modo, todos los proveedores han suscrito contratos con las ASR o con la Comisión de Salud Pública para proporcionar una gama de servicios específicos. El Gobierno financia la adquisición de servicios mediante la tributación. La Comisión de Salud Pública (CSP) ha sido designada como una entidad independiente del Departamento de Salud para prestar asesoría en políticas de salud pública, supervisar el estado de la salud y adquirir servicios de salud pública. La CSP contrata con las ESC y otros proveedores la prestación de servicios que pueden ser considerados inversiones en salud comunitaria. El Ministerio de Salud —que es el asesor clave del Gobierno en política de salud— se encarga de la reglamentación de la salud pública, y además supervisa el desempeño de las ASR y de la CSP.

Las ESC son empresas autónomas de propiedad pública que compiten con el sector privado por la adjudicación de contratos anuales. Ellas

* “Regional Health Authorities” (RHAs), en el original. (N. del T.)

** “Crown Health Enterprises” (CHEs), en el original. (N. del T.)

*** “Public Health Commission” (PHC), en el original. (N. del T.)

pueden celebrar sus propios contratos con el personal y captar capital. Sus máximos ejecutivos rendirán cuentas por medio de una junta directiva al Ministro de Empresas de la Corona, de modo que las funciones del Gobierno como comprador y proveedor no entrarán en conflicto. Se espera que las ESC sean rentables, sustenten principios éticos, sean buenos empleadores y demuestren poseer un sentido de responsabilidad social hacia las comunidades a las que prestan servicios.

La legislación considera la elaboración de Planes de Atención de Salud (PAS)* alternativos, pero no está dentro de los planes del Gobierno establecerlos a corto o mediano plazo.

Al efectuarse un cambio hacia el sistema de contrato, resulta comparativamente importante definir con claridad los servicios para los cuales se dispone de financiamiento público. Se ha creado un Comité Asesor Nacional para Servicios de Salud Básicos con el propósito de recomendar, basándose en consultas públicas sistemáticas, los servicios que deberían ser considerados como medulares.

Italia

En noviembre de 1993, el Gobierno italiano aprobó finalmente una nueva reforma del Servicio Nacional de Salud (SNS). Uno de los objetivos de la reforma es resolver el problema crónico del déficit. Otra de las metas es aumentar la eficiencia y las posibilidades de elección.

En virtud del sistema instaurado en 1980, el gobierno central distribuye presupuestos a las regiones, las que a su vez financian unidades de salud locales, controladas por comités electos a nivel local, que cuentan con sus propios hospitales y contratan los servicios. Los hospitales no tienen un presupuesto propio. Tras la reforma, el SNS seguirá ofreciendo cobertura universal financiada por las cotizaciones de la seguridad social y la tributación, mientras que la mayor parte de los hospitales y centros de atención primaria continuarán en manos públicas. No obstante, el número de unidades de salud locales será reducido de 650 a 200 o 300, para atender a poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes. Los comités elegidos que administran estas entidades serán reemplazados por gerentes generales. Luego de un período de transición de tres años, los fondos para gastos de capital y gastos ordinarios serán distribuidos en las 21 regiones mediante capitación, con un factor de corrección para ajustar el flujo de fondos a través de los límites regionales y compensar las inequidades históricas en

* "Health Care Plans" (HCPs), en el original. (N. del T.)

la asignación del capital. Las regiones repartirán los fondos entre las unidades de salud locales y deberán cubrir cualquier gasto superior a la asignación del gobierno central. Se establecerán incentivos con el fin de aumentar el número de camas para atención a largo plazo y de camas privadas, crear hospitales diurnos y fomentar el ejercicio privado de la medicina en hospitales públicos.

Todos los hospitales clínicos se transformarán en autónomos, lo que también podría ocurrir con otros hospitales públicos que presten servicios especializados y de urgencia. Ellos recibirán financiamiento de sus regiones (y no de sus unidades de salud locales, como sucede en la actualidad), el cual se basará en parte en un criterio histórico y en parte en una estructura de honorarios determinada por la región. Sin perjuicio de lo anterior, estos hospitales también estarán facultados para vender servicios en función del costo total, lo cual será aplicable a una determinada parte de su actividad. Las regiones fijarán las tarifas para el pago a hospitales privados contratados, los que, a su vez, tendrán autorización para cobrar un recargo a los pacientes.

Hoy en día muchos facultativos trabajan simultáneamente como médicos generales contratados y médicos de jornada parcial: se contrata a médicos de diversas especialidades para prestar servicios específicos. En el futuro, ellos podrán desempeñar sólo un cargo dentro del SNS. Los médicos generales deberán dedicarse a sus pacientes las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Fuera de los actuales pagos de capitación, ellos recibirán honorarios adicionales.

A partir de 1995, los pacientes tendrán la opción de abandonar el SNS e incorporarse a fondos de seguro complementarios. Los consorcios y las empresas de servicios, al igual que las asociaciones profesionales y de seguro voluntario, podrán promover estos fondos. Los miembros que coticen en estos fondos podrán administrarlos por cuenta propia o bien suscribir un convenio con otros aseguradores para contratar servicios en su nombre. Lo anterior no implica que el paciente deba renunciar al uso de los servicios públicos. Se espera que el nuevo sistema permita aumentar la eficiencia en los niveles más básicos y reducir los gastos en salud pública.

Portugal

La reforma portuguesa es, en parte, una respuesta al descontento de los consumidores y los profesionales con los servicios prestados por el Estado, y a una creciente percepción de que en el sector privado se ofrecen servicios de mayor calidad —particularmente los que requieren alta tecno-

logía— y una mejor atención primaria. También es una reacción ante la centralización del control de los servicios y un inadecuado financiamiento público. Un problema específico es el uso cada vez más intensivo de las salas de urgencia de los hospitales en lugar de recurrir a los servicios de atención primaria.

En 1990 se aprobó una ley que fomentaba la creación de servicios privados, siempre que fueran autorizados y fiscalizados por el Gobierno. Dicha ley autorizaba el sistema de copago para los usuarios y promovía la creación de servicios privados en hospitales públicos.

En enero de 1993 se promulgó una ley que estableció cinco regiones de salud con autonomía total y facultadas para fijar las tarifas a los usuarios conforme a niveles mínimos y máximos especificados por el Ministerio de Salud. Con todo, una ley posterior que data de agosto de 1993 decretó que durante el período de transición hacia la reforma el Ministerio determinará las tarifas a los usuarios a nivel nacional. Dentro de las regiones, los centros de salud se agrupan junto a los hospitales del área para formar “unidades de salud”. Además, la ley aprobada en enero de 1993 autorizó el ejercicio privado de la medicina a los médicos que reciban un sueldo por jornada completa, a condición de que ello no interfiera en sus obligaciones para con el Servicio Nacional de Salud.

Además, la ley de enero de 1993 estipula que los servicios públicos serán administrados o prestados por otras organizaciones (públicas o privadas) en virtud de un contrato. Entre estas entidades pueden incluirse organismos de gobierno local, organizaciones religiosas o fondos de seguridad social. Como alternativa se pueden suscribir contratos con grupos de médicos que se harán cargo de los servicios a cambio de un sueldo cancelado por las nuevas Autoridades de Salud Regionales, y ellos a su vez podrán cobrar a otros por los servicios que presten. Asimismo, las Autoridades de Salud Regionales podrán contratar los servicios de médicos que ejercen en forma privada.

La cláusula más polémica en la ley de 1993 aconseja a los asegurados y sus familiares que se trasladen voluntariamente a aseguradores privados, cancelando primas que varían de acuerdo con la edad y el sexo. A cambio, por cada persona incorporada el asegurador privado recibirá del Estado un pago parcial de la prima según sea la edad, el sexo y el ingreso del afiliado a una tasa inferior al costo promedio por persona para el Servicio Nacional de Salud. Los aseguradores podrán decidir qué proveedores van a contratar y la forma en que van a pagarles, pero esta libertad de elección será una excepción y causará un alza en el monto del copago: se espera que los médicos se asocien para establecer consultas que presten

atención extrahospitalaria. El seguro tendrá un carácter vitalicio y no podrá ser anulado por las compañías aseguradoras. No habrá limitaciones de edad o de salud para afiliarse.

Países Bajos

En 1987, el Comité Dekker presentó un informe al Gobierno holandés, en el que recomendaba que toda la población se acogiera obligatoriamente a un seguro de atención básica de salud y asistencia social, en el que se excluían los medicamentos, la atención dental para adultos, la cirugía estética y el aborto. La asistencia social fue incluida para afianzar su integración con la atención de salud. Se buscaba introducir la competencia en el mercado de los seguros y en el de los proveedores. De acuerdo con el plan original, el 75% del costo del seguro básico debía ser sufragado mediante cotizaciones en función del ingreso, canceladas a una caja de crédito central; y aproximadamente un 25% por medio de cotizaciones fijas canceladas a un asegurador escogido por el beneficiario. El monto fijo podría variar de un asegurador a otro según la eficiencia de estos en la contratación de servicios, pero todos los beneficiarios pagarían la misma tasa y se exigiría al asegurador que acepte a todos los solicitantes. El asegurador suscribiría con los proveedores que escoja contratos basados en el precio y la calidad. Los seguros complementarios tendrían carácter opcional, pero nuevamente el asegurador estaría obligado a aceptar a todos los postulantes. Las regulaciones gubernamentales aún serían necesarias para proteger la calidad, controlar los costos, garantizar la equidad y evitar los abusos del poder monopólico. Más adelante se decidió aumentar el alcance del seguro básico para cubrir el 90 a 95% de los gastos totales en atención de salud y para reducir la cotización fija del 25% al 15% del costo. La plena aplicación de este sistema estaba prevista para 1995.

El Gobierno decidió transitar por etapas hacia esta reforma, extendiendo gradualmente la cobertura del esquema universal existente, el cual ya incluía la atención por enfermedad crónica e invalidez. La atención psiquiátrica, las prótesis y los aparatos ortopédicos fueron añadidos en 1989, y a partir de 1992 se agregaron los medicamentos prescritos fuera del hospital. En un principio se pretendía cubrir en esta etapa la medicina general, pero ese proyecto fue retirado cuando fue blanco de las críticas de la oposición política. Cualquier etapa posterior de la reforma deberá ser aprobada por el Parlamento. Debido a un reciente cambio de Gobierno, resulta bastante improbable que en lo inmediato se realicen otras gestiones para introducir la reforma, la cual ha sido enérgicamente rechazada por los especialistas.

Estados Unidos: Las reformas propuestas por el Presidente Clinton

Los principales objetivos de las reformas que ha propiciado el Presidente Clinton son introducir el seguro médico de cobertura universal para un determinado paquete de servicios, y moderar el aumento en el costo de la atención de salud. Todas las personas, excepto los inmigrantes indocumentados, contarían con seguro en 1997. Lo que se propone es un sistema con base en los estados federales, manejado por medio de Alianzas de Salud Regionales (ASR)*, pero con la posibilidad de aceptar la cotización individual. Se propone crear Alianzas Regionales para agrupar los riesgos de salud, aunque se seguirá permitiendo que los grandes empleadores dispersen los riesgos entre sus empleados. El paquete de servicios definido es amplio, ya que incluye ciertos servicios preventivos, el tratamiento hospitalario por abuso de drogas, la atención en sanatorios, servicios de atención limitada a domicilio, exámenes oculares y auditivos, determinados tipos de atención dental para niños y medicamentos de venta con receta que no están cubiertos actualmente por el plan de seguro médico para personas de edad avanzada (Medicare).

Toda persona asegurada tendrá derecho a escoger un plan de salud durante un período anual de afiliación abierta. Las opciones incluirán planes de atención controlada, tales como Organizaciones para el Cuidado de la Salud (OCS)** y Organizaciones Proveedoras Escogidas (OPE)*** con módicas tarifas a los usuarios. También habrá planes de servicios remunerados con absoluta libertad para elegir al proveedor, por los que la persona asegurada deberá pagar una suma adicional. Las ASR traspasarán al plan escogido parte de los fondos acumulados teniendo en cuenta la edad y el sexo de la persona asegurada, el tamaño de la familia, el nivel de salud y los servicios a poblaciones desfavorecidas. Los planes deberán acoger a todos los solicitantes y proporcionar información que permita a éstos efectuar comparaciones válidas entre las distintas alternativas.

Las ASR realizarían gestiones para conseguir planes de bajo costo y los estados certificarían que dichos planes cumplen con las exigencias de la ley federal. El seguro tendría vigencia en todo el territorio estadounidense y no perdería validez si el beneficiario cambia de trabajo o pierde su empleo. El mecanismo básico para contener los costos es la licitación pública en que se invitaría a los planes de salud a ofrecer un programa

* “Regional Health Alliances” (RHA), en el original. (N. del T.)

** “Health Maintenance Organizations” (HMOs), en el original. (N. del T.)

*** “Preferred Organization” (PPO), en el original. (N. del T.)

uniforme de prestaciones. Con un programa de prestaciones estándar, los planes de salud competirán por atraer consumidores sobre la base de su calidad y precios relativos (primas). Si se excediera la cifra tope para las primas de la alianza, se reducirían automáticamente las primas del plan de salud y el monto pagado a los proveedores.

Los empleadores financiarían por lo menos el 80% del costo del plan, con un máximo de 7,9% del costo total en remuneraciones y porcentajes reducidos (los que pueden llegar a ser tan bajos como el 3,5% de la nómina) para pequeños empleadores que pagan salarios bajos. Las primas para el programa de prestaciones estándar serían deducibles de impuestos. Los empleados costearían el 20% restante. El trabajador independiente pagaría la parte que corresponde al empleador y a los empleados, la cual sería deducible de impuestos. A diferencia de otros programas de seguro médico aplicados en otros países, el que se propone en este caso tendría diferentes primas según la composición del grupo familiar: personas solteras, familias con padre y madre, familias monoparentales, y parejas. En caso de que ambos cónyuges sean funcionarios, los empleadores de ambos deberán dividirse su parte de la prima. Las primas y las tarifas a los usuarios serían subvencionadas por el gobierno federal en los casos de personas cuyo ingreso fuera inferior a 1,5 veces el umbral de pobreza. Asimismo, el programa sería parcialmente financiado mediante ahorros en los actuales costos administrativos, presiones del mercado sobre los planes para reducir los costos, e impuestos adicionales sobre los cigarrillos.

En el plan se incluyen disposiciones para otorgar incentivos a médicos de atención primaria y a la prestación de servicios en áreas subatendidas. Existirían fondos reservados para promover la investigación y cubrir los costos adicionales de centros médicos docentes. Se incluyen nuevas medidas para reforzar el control de la calidad, basadas en los resultados y no en el proceso.

Suiza

En Suiza, cada cantón o comuna puede establecer la obligatoriedad del seguro. Cuatro cantones lo han hecho y otros han impuesto esta exigencia a grupos específicos como los ancianos, los niños en edad escolar, los aprendices y las personas de bajos ingresos. Tal como ocurre en la afiliación voluntaria, existen primas fijas para cada miembro del grupo familiar. Otras disposiciones aplicadas en Suiza son también muy poco comunes. Los aseguradores médicos autorizados reciben subvenciones federales a condición de que acepten a todos los solicitantes y presten atención hospi-

talaria ilimitada si el afiliado queda inválido. Están facultados para variar las primas de acuerdo con la edad en que la persona asegurada se incorpora al fondo, pero de allí en adelante sólo podrán incrementar el monto a medida que aumenten los costos de la atención de salud. Lo anterior se traduce en primas muy altas para personas que necesitan cambiar de fondo a una edad avanzada.

El principal objetivo del proyecto de ley —que al momento de escribir este trabajo está siendo debatido en el Parlamento— no es sólo ampliar la cobertura del seguro de salud, el que ya abarca a cerca del 99% de la población. Con la adopción del seguro obligatorio se pretende también reducir la inequidad del sistema de cotizaciones. Una finalidad adicional es introducir medios más eficaces para contener los costos. El sistema de cotizaciones fijas para cada persona en función de la edad de incorporación a un determinado fondo ha dado origen a fondos con miembros ancianos y con altas cotizaciones y fondos con miembros jóvenes y bajas cotizaciones. Los problemas se tornaron más evidentes cuando las subvenciones federales a los fondos aumentaron menos que antes, para luego congelarse. Al mismo tiempo, a las empresas que han contratado seguros colectivos se les otorgan rebajas especiales en la prima.

A partir de enero de 1991, en virtud de un mandato federal, se estableció una relación de subvención cruzada entre fondos con un gran porcentaje de afiliados jóvenes y de sexo masculino y aquellos con una alta proporción de personas de edad avanzada y de sexo femenino, con el fin de reducir la competencia entre los fondos para atraer a personas jóvenes y de sexo masculino. Además, el gobierno federal asignó recursos para permitir que los cantones rebajaran las cotizaciones a personas de bajos ingresos, siempre que ellos igualaran la subvención federal.

El proyecto de ley es la continuación de dos tipos de experimentos que deberán ser evaluados al cabo de un período de prueba de seis años. El primero de ellos consiste en permitir que los cantones ofrezcan cobertura sobre la base de las normas de algunas Organizaciones para el Cuidado de la Salud (OCS) estadounidenses. En estos nuevos tipos de seguro, los aseguradores o los representantes legales de las OCS contratarían a los médicos o las OPE restringirán la libre elección de proveedores a médicos, farmacias y hospitales seleccionados. A cambio de ello, los costos no se compartirán y los aseguradores financiarían la atención preventiva. También podrían ofrecer una pequeña rebaja en las primas. El segundo experimento se refiere a los seguros vinculados a una bonificación, los cuales ofrecerían rebajas cada vez mayores en las primas para afiliados que no utilicen el seguro durante años sucesivos. Asimismo, el gobierno federal

instaría a los fondos de seguro a que ofrecieran una opción de deducibles con una rebaja en las primas según la magnitud del deducible escogido.

El proyecto anularía las restantes diferencias en las primas basadas en la edad de incorporación a un fondo, permitiría a las personas afiliarse a cualquier edad y eliminaría las primas especiales para contratos colectivos. Se crearía una indemnización por riesgo entre los fondos. El objetivo es implantar la libertad de elección de fondo para todas las personas aseguradas. El proyecto reconoce que esta aspiración sólo puede alcanzarse estableciendo la obligatoriedad del seguro, pues las excepciones y las diferencias en las primas según la edad son características del seguro voluntario. Se conservaría el sistema de aseguradores múltiples y persistirían las diferencias en las primas, pero en el futuro ellas dependerían del costo de las prestaciones en diferentes áreas, del rendimiento del fondo de seguro, de los copagos y deducibles que apliquen y de la existencia de límites en la elección de los proveedores. Así pues, el modelo que será puesto en práctica es muy similar a la reforma sugerida para los Países Bajos en el estudio de 1992, o a la propuesta presidencial en los Estados Unidos, con tres diferencias:

- Las primas seguirían siendo individuales y uniformes, sin relación con el ingreso.
- La abolición de la restante clasificación de riesgos será mediante subvenciones gubernamentales para permitir la rebaja de las primas individuales pertinentes, y no mediante el pago de todas las cotizaciones a un organismo central.
- A diferencia de los Estados Unidos, los seguros colectivos no estarán afectos a tarifas especiales.

Existen otras disposiciones destinadas a aumentar la competencia. Los aseguradores no estarán obligados a aceptar los precios convenidos con las asociaciones de proveedores de atención de salud. Será preciso elaborar estadísticas uniformes para los aseguradores médicos y los hospitales, de manera que sea más fácil comparar los costos. La federación también recibirá la facultad de imponer presupuestos a los hospitales y aplicar limitaciones a la admisión de proveedores de atención de salud. Deberán crearse programas internos y externos para salvaguardar la calidad de la atención. Finalmente, la nueva legislación les conferirá un carácter global e imperativo a las prestaciones del seguro médico obligatorio, incluidas algunas cláusulas adicionales menos importantes.

Para ejercer un control más férreo sobre los costos, el proyecto no sólo se basa en la competencia entre los aseguradores, sino que además

exige que los cantones pongan en práctica la planificación hospitalaria, de suerte que sólo los recintos de salud que cumplan con las exigencias de planificación podrán recibir pagos de seguro médico. Por otra parte, los fondos de atención de salud no tendrán que financiar más que el 50% de los gastos de funcionamiento de los hospitales generales para impedir una alza en el costo de las primas; el resto del costo será sufragado mediante subvenciones financiadas con los impuestos.

Conclusión

Estas nueve iniciativas recientes persiguen diversos objetivos. El propósito esencial de la reforma italiana es corregir el déficit permanente ocasionado por la división de la responsabilidad financiera que imperaba en el sistema anterior. Pero además contiene disposiciones que permiten a las personas retirarse del plan actual y acogerse a uno de los convenios alternativos. La reforma portuguesa también promueve esta opción. Las reformas introducidas en el Reino Unido y en Nueva Zelandia crean un mercado interno para los servicios de salud; en este último país existe la posibilidad de retirarse más adelante. La reforma sueca también crea un mercado interno, pero sólo para los hospitales, aunque se está analizando la posibilidad de aplicar reformas más radicales. La reforma española está siendo orientada experimentalmente en ese mismo sentido. La finalidad de la reforma holandesa era crear un ambiente competitivo entre aseguradores y entre proveedores. Similares características tiene el plan para los Estados Unidos. Sin embargo, los principales objetivos de este último son lograr la cobertura universal y eliminar la clasificación por riesgo de salud, aunque se conserva la clasificación según cuatro tipos de familia. Dicho plan impone cifras máximas para las primas, deja actuar a fuerzas del mercado y aplica una estricta reglamentación para moderar los costos a medida que se extiende el alcance de la atención de salud. La propuesta suiza procura fundamentalmente eliminar la restante clasificación por riesgo, pero ese propósito lo cumple mediante subvenciones otorgadas a los fondos que corresponda, para así permitirles rebajar las primas individuales.

Así pues, las nuevas tendencias en la organización y en el financiamiento de la atención de salud pueden resumirse en los siguientes acápite:

- Nuevas medidas tendientes a lograr que el seguro obligatorio de salud se haga extensivo a toda la población, como ha ocurrido en los Países Bajos, Suiza y los Estados Unidos.

- Medidas para promover la competencia de precios, tanto entre aseguradores como proveedores.
La primera situación podrá observarse en los Países Bajos y en los Estados Unidos. La segunda, en el Reino Unido, Nueva Zelandia y, en menor medida, en Suecia. En España se han dado algunos pasos en esta misma dirección.
- Iniciativas tendientes a aumentar el grado de autonomía de los hospitales, como en el Reino Unido y en Nueva Zelandia.
- Posibilidad de retirarse del principal sistema de seguro de salud. La existencia de diversos aseguradores que ofrecen distintas prestaciones ya es una característica del sistema griego y del estadounidense, pero se han adoptado medidas en este sentido en Portugal y probablemente más tarde ocurrirá lo mismo en Italia y Nueva Zelandia.
- Distribución de los costos según los ingresos. En muchos países hay sistemas que han permitido desde hace mucho tiempo eximir a los pobres y a otras categorías de personas de la participación en los costos. Salvo estas excepciones, otros asegurados deben pagar por los servicios de salud según sus ingresos. Actualmente, en Portugal y Nueva Zelandia se están adoptando medidas para adaptar las tarifas a los ingresos.
- Por último, una tendencia a la que sólo me he referido brevemente: el uso de fórmulas basadas en la población para distribuir los recursos. El precedente fue el sistema de Grupos de Trabajo para Asignación de Recursos* con el fin de distribuir fondos en el Servicio Nacional de Salud británico, que comenzó a aplicarse en 1976. Ya en los años ochenta las fórmulas basadas en la población habían sido introducidas en Finlandia, Italia, Nueva Zelandia y Noruega. Ahora deberían ser implantadas en Suecia y Turquía. El objetivo es fijar límites regionales o locales a los gastos en salud, los que, según criterios definidos, son geográficamente equitativos.

* RAWP, en el original. (N. del T.)

ANEXO A

CUADRO N° 1: PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA EN PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO; PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO DESTINADO A LOS SERVICIOS DE SALUD; PORCENTAJE DE GASTOS EN SALUD FINANCIADO POR EL SECTOR PÚBLICO.

País	PIB per cápita en paridad del poder adquisitivo 1992 (US\$ 1.000)	% del PIB destinado a servicios de salud 1992	% de gastos en salud financiado por el sector público 1992
Estados Unidos	23,2	14,0	45,7
Suiza	22,3	8,8	68,7
Luxemburgo	21,8	7,4	91,4**
Alemania	20,4	8,7	71,5
Japón	19,7	7,0	70,3
Canadá	19,1	10,8	72,2
Francia	18,6	9,4	74,6
Bélgica	18,2	7,9	88,9*
Austria	18,1	8,8	65,2
Dinamarca	17,8	6,6	82,2
Noruega	17,6	8,0	96,5
Italia	17,5	8,5	75,2
Islandia	17,1	8,0	86,4*
Países Bajos	17,0	8,6	76,6
Australia	16,8	7,9	67,6
Suecia	16,7	7,9	85,6
Reino Unido	16,3	7,1	84,4
Finlandia	14,5	9,4	79,3
Nueva Zelandia	14,4	7,7	79,0
España	12,9	7,5	80,5
Irlanda	12,4	7,1	76,1*
Portugal	9,8	7,9	58,0
Grecia	6,3	5,4	76,1
Turquía	3,7	4,1	65,7*

*: 1991

** : 1990

Fuente: Datos sobre salud de la OCDE.

CUADRO N° 2: PROPORCIÓN DE MÉDICOS, NÚMERO DE CAMAS DE HOSPITAL E ÍNDICES DE ACTIVIDAD

País	Médicos en servicio activo por cada 1.000 personas 1988	Visitas médicas anuales por persona 1989	Prescripciones anuales de medicamentos por persona 1989	Camas disponibles para permanencia breve		
				Número de camas por 1.000 personas 1987	Número de personas internadas por 100	Promedio de permanencia (días) 1989
Australia	-	8,9	9,5	5,5	22,3	5,6
Austria	2,0	5,8	17,0	6,5	20,8	10,9
Canadá	2,2	6,8	-	4,3	13,8	10,5
Dinamarca	2,7	5,6	-	5,0	20,4	6,7
Finlandia	2,3	3,5	5,9	4,5	16,5	7,3
Grecia	3,2	-	21,0	4,0	12,4	7,4
Islandia	2,7	4,2	3,3**	4,9	19,6	6,3
Italia	1,3	11,0**	20,1	-	-	-
Japón	1,6	12,9**	1,1***	-	-	-
Luxemburgo	1,9	-	-	7,3	19,5	10,7
Nueva Zelandia	1,9	-	8,8	-	-	-
Noruega	3,1*	-	7,0*	4,8	14,4	7,8
Portugal	2,7	2,8	16,5	3,7	10,4	8,6
Suecia	2,8	2,8	5,1	4,2	16,4	6,8
Suiza	2,9	-	19,0	6,7	13,6**	14,0
Turquía	0,8	-	-	1,7	-	-
Estados Unidos	2,3	5,3	-	3,8	12,5	7,3

*: 1980.

**: 1988.

*** Esta cifra ha sido claramente subestimada, ya que sólo cubre los medicamentos comprados en farmacias; en Japón los médicos proporcionan los fármacos que prescriben.

Fuente: Datos sobre salud de la OCDE e informes por países.

CUADRO N° 3: VISITAS MÉDICAS POR PERSONA EN 1989, PORCENTAJE DEL PIB GASTADO EN SERVICIOS DE SALUD Y POSIBILIDAD DE ACCESO DIRECTO A LOS ESPECIALISTAS O DE DERIVACIÓN

País	Visitas por persona 1988	% del PIB destinado a gastos totales de salud en 1992	Sistema de pago a los médicos	Acceso directo al especialista o derivación
Alemania	11,5*	8,7	Honorarios por servicios	Acceso directo al especialista
Italia	11,0	8,5	Capitación	Derivación
Bélgica	7,5*	7,9	Honorarios por servicios	Acceso directo al especialista
Francia	7,1	9,4	Honorarios por servicios	Acceso directo al especialista
Irlanda	6,6	7,1	Capitación grupos de menores ingresos	Derivación de grupos de menores ingresos
España	6,2***	7,5	Capitación/sueldo	Derivación
Reino Unido	5,3	7,1	Capitación	Derivación
Dinamarca	5,6***	6,5	28% capitación, 63% honorarios, 9% otros	Derivación
Países Bajos	5,2	8,3	Capitación grupos de menores ingresos	Derivación de grupos de menores ingresos
Portugal	2,7	6,8	Sueldo	Derivación

*: 1987.

** : 1988.

***: 1989.

Fuente: Datos sobre salud de la OCDE e informes por países.

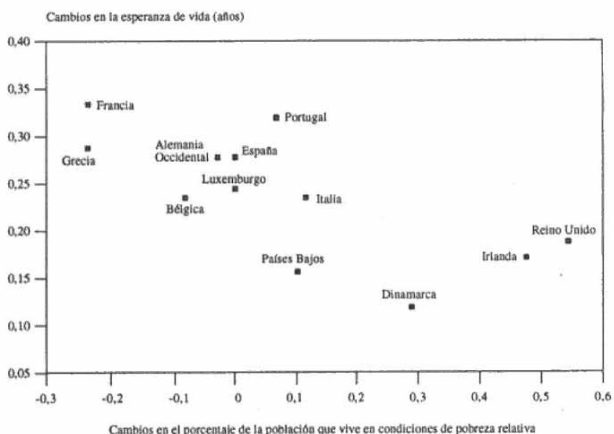
CUADRO N° 4: ESPERANZA DE VIDA Y TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL

País	Esperanza de vida al momento de nacer en años, 1991		Mortalidad perinatal por cada 100			Cambio anual, 1980-1989
	Hombres	Mujeres	1980	1989	1980-1989	
Australia	80,4	74,4	1,41	0,99	-3,85	
Austria	79,2	72,6	1,41	0,76	-6,64	
Canadá	80,4*	73,8*	1,09	0,79	-3,51	
Dinamarca	77,7	72,2	0,90	0,91	0,12	
Finlandia	79,3	71,4	0,84	0,64	-2,98	
Grecia	79,4**	74,0	2,03	1,21	-5,59	
Islandia	80,8	75,7	0,88	0,42	-7,89	
Italia	80,4*	74,0*	1,78	1,05	-5,70	
Japón	82,1	76,1	1,11	0,57	-7,14	
Luxemburgo	79,1	—	0,98	0,90	-0,94	
Nueva Zelanda	78,7	72,8	1,22	0,82	-4,32	
Noruega	80,1	74,0	1,10	0,76	-4,03	
Portugal	77,3	69,8	2,39	1,46	-5,33	
Suecia	80,5	74,9	0,87	0,65	-3,19	
Suiza	80,9	74,1	0,95	0,77	-2,31	
Turquía	68,4*	64,1*	—	—	—	
Estados Unidos	78,9	72,0	1,33	0,96	-3,56	

*: 1990.

**: 1992.

GRÁFICO N° 1: CAMBIOS ANUALES EN EL INGRESO Y EN LA ESPERANZA EN PAÍSES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA. 1975 - 1985.



Fuente: R. G. Wilkinson, "Income Distribution and Life Experiency", BMJ, 1992; 304:165-8.

CUADRO N° 5: ENCUESTA DE OPINIÓN PÚBLICA SOBRE SERVICIOS DE SALUD REALIZADA EN 1992

País	La calidad es buena*	Los servicios son ineficaces**
Bélgica	92	37
Alemania	91	27
Dinamarca	93	46
España	36	72
Francia	95	36
Grecia	25	82
Irlanda	74	58
Italia	34	82
Luxemburgo	89	32
Países bajos	93	32
Portugal	43	80
Reino Unido	81	43
UE (12)	71	50

* "¿Cree usted que en general la calidad de la atención de salud que recibe la gente es buena?"

** "Los servicios de salud disponibles para el ciudadano medio son ineficaces y los pacientes no son tratados con el debido esmero."

Fuente: M. Ferrera, *EC Citizens and Social Protection: Main Results from a Eurobarometer Survey* (Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 1993).

ANEXO B

CUADRO N° 1: REINO UNIDO (1991)

Características generales

- Aumenta la autonomía de los hospitales (90% de las camas).
- Los distritos contratan servicios hospitalarios en función del precio y de la calidad.
- Grupos de médicos generales que atienden a un 30% de los pacientes adquieren:
 - visitas a especialistas,
 - servicios de diagnóstico, y
 - admisiones hospitalarias limitadas para permanencia corta.
- Las utilidades pueden emplearse para mejorar la atención prestada.

Preguntas pendientes

- ¿Permitirá el Gobierno que cierren los hospitales?
 - ¿Permitirá el Gobierno la existencia de monopolios de hospitales a nivel local?
 - ¿Competirán los médicos generales por conseguir pacientes?
 - ¿Aceptarán los consumidores limitaciones en la elección de hospitales?
 - ¿Absorberán los costos administrativos cualquier ahorro que pueda lograrse?
 - ¿Es posible evitar que los médicos generales escojan a pacientes que presentan un “menor riesgo”?
 - ¿Es posible resguardar la calidad?
 - ¿Se proporcionará a los compradores suficiente información?
-

CUADRO Nº 2: SUECIA (1992)

Objetivos

- Una gama de opciones más amplia.
- Mayor continuidad en la atención.
- Menor burocracia.
- Mayor eficiencia.
- Menos autoderivaciones a los hospitales.
- Disminución de las listas de espera.

Orientación de la reforma (aunque no se aplica de manera uniforme)

- Libre elección de médico (¿es financiado su sueldo mediante la capitación?).
- Los distritos hospitalarios adquirirán servicios hospitalarios:
 - La atención hospitalaria utilizará el sistema GRD* .
 - Pruebas de diagnóstico.

Opciones a largo plazo

1. Continuar como antes, pero con mayor autonomía para los hospitales.
2. Médicos generales que dispongan de presupuestos para adquirir servicios hospitalarios y especializados.
3. Aseguradores operando en un sistema competitivo.

* “Diagnostic Related Group” (DRG), en el original. Modalidad de pago prospectivo a los hospitales, asociada al conjunto de prestaciones de salud necesarios para resolver un diagnóstico determinado. (N. del E.)

CUADRO Nº 3: ESPAÑA (INFORME ABRIL, 1991)

Orientación general

- Las áreas de salud adquirirán servicios en función de precio y calidad (tanto atención primaria como servicios hospitalarios).
 - Todas las unidades proveedoras se transformarán en empresas públicas autónomas.
 - Las utilidades serán divididas entre el personal.
 - Evaluación tecnológica.
 - Los servicios básicos serán definidos.
 - Los pacientes deberán pagar por servicios que no sean básicos.
-

CUADRO N° 4: NUEVA ZELANDIA (DESDE JULIO DE 1993)

Compradores

- Las Autoridades de Salud Regionales (ASR) reemplazan a las juntas elegidas de áreas más pequeñas en la adquisición de servicios de salud primaria y secundaria.
- Comisión de Salud Pública (CSP):
 - adquiere servicios de salud pública,
 - supervisa el estado de la salud, y
 - presta asesoría en políticas de salud pública.

Proveedores

- Empresas de Salud de la Corona (ESC) para los hospitales.
 - Entidades privadas y de beneficencia para atención de salud primaria.
 - Y, a largo plazo, planes de atención de salud alternativos.
 - El Ministerio de Salud regula y supervisa la calidad.
 - Un Comité es encargado, a nivel nacional, de definir los servicios básicos.
-

CUADRO N° 5: ITALIA (LEGISLACIÓN APROBADA EN 1993)

Objetivo

- Lograr que los organismos de salud se ajusten a los presupuestos.

Método

- Se reduce el tamaño de las unidades de salud locales. Los comités elegidos que las administran son reemplazados por gerentes.
 - Los hospitales clínicos y algunos otros adquieren autonomía.
 - Las regiones deberán ajustarse al presupuesto o financiar cualquier déficit.
 - Los hospitales privados contratados pueden ser autorizados a cobrar tarifas adicionales a los pacientes.
 - A partir de 1995, estará permitido retirarse del Servicio Nacional de Salud para afiliarse a aseguradores alternativos, con posibilidad de seguir vinculado al SNS.
-

CUADRO Nº 6: PORTUGAL (LEGISLACIÓN APROBADA EN 1993)

Objetivos

- Dar más satisfacción a los consumidores.
- Ampliar la gama de opciones.
- Mejorar la eficiencia.

Método

- Se establecen cinco regiones de salud con máxima autonomía.
 - Las regiones pueden determinar sus propias tarifas a los usuarios dentro de ciertos límites.
 - Las tarifas a los usuarios variarán según los ingresos del paciente.
 - Los hospitales se agruparán con centros de salud para formar “Unidades de Salud”.
 - Los servicios públicos pueden ser transferidos para ser administrados por organizaciones privadas o por grupos de médicos.
 - Posibilidad de afiliarse a aseguradores alternativos, recibiendo del SNS un pago parcial de la prima.
 - Se permite que los médicos que trabajan a jornada completa se dediquen también al ejercicio privado de la medicina.
-

CUADRO Nº 7: PAÍSES BAJOS (COMITÉ DEKKER, 1987)

Objetivos

- Eficiencia.
- Mayor número de opciones.

Método

- Cancelar la mayor parte del costo mediante un fondo común formado por las cotizaciones de toda la nación.
 - Los aseguradores deben competir en la contratación de servicios.
 - Cobrar al consumidor primas adicionales más altas si escoge un asegurador más caro.
 - Ofrecer al consumidor precios más bajos si escoge un asegurador más barato.
-

CUADRO N° 8: ESTADOS UNIDOS (PROPUESTAS DEL PRESIDENTE CLINTON)

Objetivos

- Cobertura universal del seguro para 1997.
- Contención de los costos.

Cotizaciones

- Los empleadores pagarán el 80% del costo.
- Rebaja en las primas para pequeños empleadores.
- Los trabajadores independientes cancelarán la totalidad de las cotizaciones.
- Las tarifas variarán entre personas solteras, familias con padre y madre, familias monoparentales, y parejas.
- Se otorgarán subvenciones a aquellos cuyo ingreso equivalga a menos de 1,5 veces el umbral de pobreza.

Beneficios

- Las cotizaciones se acumulan en Alianzas Regionales, de las que los grandes empleadores pueden desafiliarse.
 - Las Alianzas Regionales de Salud (ASR) realizan gestiones para obtener planes de seguro más baratos.
 - Cada persona escoge un plan de salud durante un período de afiliación abierta.
 - Se cancelará una suma adicional si escoge un plan más caro.
-

CUADRO N° 9: SUIZA (PROYECTO DE LEY PRESENTADO EN 1993, ACTUALMENTE EN TRÁMITE LEGISLATIVO)

Objetivos

- Disminuir la inequidad de las cotizaciones.
- Libertad para elegir el asegurador al eliminarse las variaciones en las primas según la edad del afiliado.
- Mejoramiento en la contención de los costos.
- Cobertura universal (aunque es accesoria, pues en la actualidad alcanza al 99%).

Método

- Subvenciones a fondos con miembros de edad avanzada.
- Las primas sólo variarán en función del costo, la eficiencia, los niveles de las tarifas a los usuarios y los límites de elección permitidos.
- Rebaja en las cotizaciones para personas con bajos ingresos.
- Facultad para imponer presupuestos a los hospitales.

Experimentos con:

- Organizaciones para el Cuidado de la Salud (OCS).
- Organizaciones Proveedoras Escogidas (OPE).
- Bonificaciones para aquellos que no utilizan el seguro.