

**Banco Interamericano de Desarrollo
Oficina del Economista Jefe
Documento de Trabajo 353**

Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina

Juan-Luis Londoño

y

Julio Frenk¹

¹ Los autores son Investigadores de la Oficina del Economista Jefe del Banco Interamericano de Desarrollo y Vicepresidente de la Fundación Mexicana para la Salud. Muchas personas han colaborado con comentarios y sugerencias en este proyecto, que comenzó algunos años atrás en el Departamento Técnico de América Latina del Banco Mundial. Se agradece especialmente a José Luis Bobadilla, Alan Enthoven y Phil Musgrove. La versión en inglés ha sido aceptada para publicación por Health Policy en 1997.

E-Mail:

JuanLuisL@iadb.org

Jfrenk@funsalud.org.mx

Índice

El carácter dual de los retos	3	
Retos para la población	4	
Retos institucionales	5	
Componentes y funciones de los sistemas de salud	6	
Modelos actuales de sistemas de salud	9	
El modelo público unificado	10	
El modelo privado atomizado	13	
El modelo del contrato público	13	
El modelo segmentado	14	
La búsqueda de nuevas opciones	15	
Pluralismo estructurado: un nuevo modelo		16
Modulación: la función descuidada	17	
Articulación: la función innovadora	21	
Hacia la convergencia institucional en América Latina	22	
Una respuesta a la heterogeneidad de la población		24
Hacia la implementación: instrumentos y estrategias	26	
Dimensión técnica: los instrumentos y estrategias		26
Dimensión política: estrategias de viabilidad	28	
Conclusiones	30	
Referencias	32	

Abstracto

Los sistemas de salud se encuentran en una encrucijada. En el mundo entero se está dando una búsqueda por mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud. Existe un sentido de innovación inminente, por el cual una diversidad de países de todos los niveles de desarrollo económico y con todos los tipos de sistemas políticos se han embarcado en procesos de reforma. Si bien el resultado final es todavía incierto, es muy posible que esta búsqueda conduzca a nuevos modelos conceptuales y prácticos para los sistemas de salud.

El presente documento busca desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud. En particular, intenta examinar las deficiencias de los modelos actuales y ofrecer una alternativa. Nuestro enfoque es **sistemático**, en cuanto a que analiza cada elemento dentro de un marco coherente, así como **sistémico**, en el sentido de que considera todo el sistema de salud, otorgando un énfasis particular a las relaciones entre sus principales componentes. En el complejo entorno actual, la mayor parte de los problemas tienden a estar interrelacionados. En consecuencia, las soluciones no pueden examinarse desde un solo ángulo del sistema de salud, ignorando todos los demás. Por ejemplo, si las reformas se limitan a la descentralización de servicios sin modificar los mecanismos de financiamiento, los incentivos o los criterios para establecer prioridades, es muy probable que lo único que se consiga sea multiplicar los problemas del sistema previamente centralizado. Los problemas de esta naturaleza requieren enfoques cabales para abordar el sistema de salud en su conjunto. Dado que las fallas actuales son sistémicas, la respuesta de la reforma debe también ser sistémica.

Si bien los tópicos que aquí se abordan son de interés potencial para la mayoría de los países del mundo, nos referiremos básicamente a América Latina. Estamos conscientes de que las generalizaciones pierden su fuerza ante la enorme heterogeneidad de los países que conforman esta región. De hecho, nuestro análisis pondrá especial énfasis en la necesidad de desarrollar políticas que tomen en cuenta las diversas condiciones que coexisten ahí. En gran medida, la desigualdad social y económica explica el multifacético panorama de los retos que enfrenta la salud en América Latina, en donde los problemas de países ricos y pobres se encuentran yuxtapuestos. Esta desigualdad se ve reflejada y reproducida por la heterogeneidad de las instituciones de atención a la salud, las cuales han respondido a las necesidades de los diferentes grupos sociales de manera fragmentada.

El documento inicia con un breve análisis de los principales retos que enfrentan la población y las instituciones de atención a la salud en América Latina. A continuación se propone una conceptualización del sistema de salud basada en una serie de relaciones y funciones clave. Este marco de referencia servirá para identificar y comparar los principales modelos de organización del sistema de salud existentes, así como las opciones para reformarlos. Una vez que se hayan analizado las limitaciones de las alternativas extremas se procederá a desarrollar un modelo de pluralismo estructurado como un enfoque equilibrado para la reforma de los sistemas de salud. Se examinará también lo que parece ser una convergencia hacia este modelo. A fin de abordar algunas cuestiones relacionadas con la puesta en práctica, el documento analizará los principales instrumentos de política disponibles para llevar a cabo el proceso de reforma. Por último, se revisarán las estrategias para lograr aumentar la viabilidad política de las reformas.

El carácter dual de los retos

La mayoría de los países latinoamericanos tienen frente a sí múltiples oportunidades como resultado de los avances en la reforma económica y la democratización. Al mismo tiempo, sin embargo, estas sociedades tienen que contender con una serie de retos muy complejos, mismos que, en gran medida, derivan de las rápidas transformaciones que han caracterizado la segunda mitad de este siglo. Durante este periodo, muchos países latinoamericanos han experimentado cambios que en los países desarrollados ocurrieron a lo largo de siglos. El ritmo de esta modernización ha sido muy diferente en los diversos segmentos de la sociedad, lo que ha agudizado la desigualdad entre los mismos (Morley, 1995; Londoño, 1995a; Altimir, 1996; Deininger y Squire, 1996).

La combinación de un cambio rápido y desigual en muchos países latinoamericanos los ha colocado frente a una serie de problemas nuevos -característicos de las sociedades desarrolladas, sin que hayan logrado resolver por completo los viejos problemas asociados con las sociedades más pobres. Así, el pasado y el futuro chocan en un presente que se torna complejo. Esto se refleja en la yuxtaposición de rezagos acumulados y problemas emergentes. Debido a la desigualdad, cada conjunto de retos afecta de manera diferente los diversos grupos sociales y áreas geográficas.

En el campo de la salud, esta dualidad se manifiesta con claridad. Como se explicará en la siguiente sección, cualquier análisis de la situación de la salud debe considerar dos elementos clave, a saber, las poblaciones y las instituciones. Al respecto, la figura 1 enumera los tipos de retos que se observan en cada caso. La documentación empírica de cada reto rebasa los alcances de este capítulo. Aun así, es conveniente señalar algunos de sus aspectos clave.

Figura 1
Retos para los sistemas de salud en América Latina

COMPONENTE	TIPO DE RETO	
	Acumulado	Emergente
Población	<ul style="list-style-type: none"> - Rezago epidemiológico <ul style="list-style-type: none"> * Infecciones comunes * Desnutrición * Problemas de salud reproductiva - Brecha en salud - Inequidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevas presiones <ul style="list-style-type: none"> * Enfermedades no transmisibles * Lesiones * Infecciones emergentes - Cambios en la demanda - Presiones políticas
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura insuficiente - Calidad técnica pobre - Ineficiencia en la asignación de recursos - Inadecuados procesos de referencia de pacientes - Baja capacidad resolutive - Administración deficiente de las instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalada de costos - Incentivos inadecuados - Inseguridad financiera - Insatisfacción de los consumidores - Expansión tecnológica - Gerencia deficiente del sistema

Retos para la población

Los retos que afectan a la población son un reflejo de la dinámica demográfica y epidemiológica de la región. Varios trabajos previos han examinado ya estos patrones de transición (Frenk, Bobadilla y Lozano, 1996), y existen también nuevas proyecciones sobre el peso de la enfermedad (Murray y Lozano, 1996). A juzgar por la evidencia empírica, resulta claro que América Latina sigue padeciendo un importante rezago epidemiológico que se manifiesta en la presencia de enfermedades infecciosas comunes, desnutrición y problemas de salud reproductiva.

La persistencia de estos problemas refleja la brecha entre los logros que serían potencialmente *alcanzables* si los sistemas de salud funcionaran bien y los logros que tales sistemas de hecho *alcanzan*. Una forma de medir esta brecha consiste en calcular los niveles de salud que cabría esperar en una región determinada, dado su nivel de desarrollo, y comparar dichos niveles esperados con los observados. Un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (Inter-American Development Bank, 1996) ofrece una amplia documentación empírica sobre la existencia de esas brechas en diferentes ámbitos de la política social, incluyendo la salud. El cuadro 1 resume tal evidencia. Para cuatro indicadores se comparan los niveles observados en América Latina y el Caribe alrededor de 1995 con los niveles que cabría esperar en función del ingreso per cápita de la región. Estos niveles esperados se calculan analizando la relación entre los indicadores de salud y el ingreso per cápita en todo el mundo. Como puede verse, América Latina y el Caribe presentan una situación de salud peor de la que podría esperarse. El tono triunfalista de muchos informes oficiales debe matizarse ante la persistencia de esta brecha.

Cuadro 1
La brecha social de la salud en América Latina y el Caribe, 1995

Indicador	Nivel observado	Nivel esperado	Brecha
Cobertura de los servicios de salud (% de la población)	78%	89%	14%
Mortalidad de menores de 5 años (por 1,000 nacidos vivos)	47	39	17%
Eperanza de vida al nacer (años)	69.5	72	4%
Peso de la enfermedad (años de vida saludables perdidos por 1,000 habitantes)	231.6	200.1	14%

Fuente: Inter-American Development Bank (1996: 242-243)

Sin haber resuelto los retos acumulados, la población de América Latina enfrenta ya una serie de presiones emergentes (figura 1). El envejecimiento demográfico provocado por la disminución de la fecundidad, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables son responsables de un peso cada vez mayor ocasionado por enfermedades no transmisibles y lesiones. Además, los sistemas de salud se han visto en la necesidad de confrontar los retos de nuevas infecciones, tales como el SIDA, o de enfermedades que están resurgiendo pese a haberse mantenido bajo control por mucho tiempo, tales como la malaria, el dengue, el cólera y la tuberculosis.

Para complicar aún más el panorama, los sistemas de salud se han visto cada vez más en la necesidad de hacerse cargo de las consecuencias de diversas formas de desintegración social, incluyendo la guerra, el desplazamiento de las poblaciones y el creciente tráfico de drogas (Desjarlais *et al.*, 1995). Quizá como un reflejo de estos procesos, América Latina está experimentando un rápido crecimiento en padecimientos neuropsiquiátricos, cuya prevalencia ha llegado a ser de 10.18 por cada 100 000 personas, nivel que es 56% superior al promedio mundial de 6.53 por 100 000. El lugar predominante que ocupan los padecimientos neuropsiquiátricos es un rasgo distintivo de la transición epidemiológica en la región. Este problema se ve agudizado por una tasa de violencia desproporcionalmente alta. América Latina es la región que padece el peso de homicidios más alto; la tasa correspondiente es de 7.7 homicidios por 1 000 personas, lo cual es más de dos veces mayor que el promedio mundial de 3.5 por 1 000. Algunas estimaciones recientes indican que el número de homicidios por año es mayor a 100 000, en contraste con los 30 000 que se registran en todos los países industrializados (Londoño y Moser, 1996).

La dinámica epidemiológica de la región está teniendo efectos muy complejos en la demanda por servicios de salud. El descenso en la fertilidad se reflejará en una reducción relativa de la demanda por servicios materno-infantiles, si bien este efecto tomará algunos años para desarrollarse plenamente en razón del fenómeno de "inercia demográfica", por el cual el descenso en el **número** absoluto de nacimientos sufre un retraso respecto de la reducción en la **tasa** de fecundidad, ya que hay un gran número de mujeres en edad fértil que nacieron en las condiciones previas de alta fecundidad (Bobadilla *et al.*, 1993). De manera similar, el incremento en la demanda debido al envejecimiento de la población tomará algún tiempo para expresarse plenamente. Lo que parece definitivo es que, en la próxima década, la región experimentará un incremento generalizado de la demanda de servicios de salud, si bien este proceso estará marcado por la profunda heterogeneidad existente al interior de los países y entre ellos mismos.

Otra presión emergente para la población es la expansión de la democracia en todo el continente, misma que probablemente conducirá a crecientes presiones políticas por mejores y más diversificados servicios (Londoño, 1995) en la medida en que las sociedades incorporen la atención a la salud como parte de sus derechos básicos de ciudadanos (Fuenzalida-Puelma y Scholle-Connor, 1989).

Retos institucionales

Como puede apreciarse, América Latina experimenta una alineación de fuerzas, todas las cuales apuntan al surgimiento de presiones crecientes sobre los sistemas de salud. A su vez, las instituciones que conforman dichos sistemas también se encuentran sujetas a la dualidad de retos acumulados y emergentes. De este modo, la mayoría de los países en la región no han terminado de resolver los viejos problemas característicos de los sistemas menos desarrollados, tales como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutoria y administración deficiente de organizaciones específicas.

Al mismo tiempo, América Latina enfrenta ya muchos de los problemas que descontrolan a los sistemas más desarrollados, tales como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y, en general, los muchos problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto por encima de sus organizaciones específicas, incluyendo los retos que plantea el pluralismo creciente, que exigiría una mejor estructuración mediante la integración de redes de proveedores y la definición de reglas claras.

La fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio resultante en los gastos, está provocando una carga financiera excesiva en toda la población y, en especial, en los grupos más pobres. En efecto, como porcentaje del ingreso familiar, los hogares pobres incurren en mayores gastos directos que los ricos. Por ejemplo, en 1992 el 10% más pobre de las familias mexicanas urbanas destinó 5.2% de su ingreso a la atención de la salud, mientras que el 10% más rico asignó sólo 2.8% (Frenk, Lozano y González-Block, 1994). Colombia y Ecuador son dos casos extremos. En 1994, el desembolso personal en atención a la salud entre la población ubicada en el decil más pobre de la distribución del ingreso alcanzó el 12% del ingreso por hogar en Colombia, y 17% en Ecuador.

Las causas de esta yuxtaposición de retos en los sistemas de salud en América Latina son diversas. Sus raíces pueden localizarse en los procesos históricos particulares por los que las fuerzas económicas, políticas y culturales han dado forma a las instituciones actuales. La revisión detallada de tales factores históricos rebasa los propósitos de este artículo, pero puede afirmarse que el resultado neto ha sido la coexistencia en la región de diversos modelos de organización para el financiamiento y la prestación de servicios de salud, todos los cuales enfrentan serios obstáculos para su desempeño óptimo. Estos modelos se describirán y compararán más adelante.

De hecho, los retos a los que se enfrentan la población y las instituciones acentúan las limitaciones de los arreglos actuales para otorgar atención a la salud. En la mayoría de los países, tales arreglos han regido por varias décadas. Si bien es posible que en su momento hayan sido una respuesta a las condiciones prevalecientes entonces, lo cierto es que los sistemas de salud no han mantenido el ritmo que hubiera requerido la rápida transformación del contexto epidemiológico, demográfico, económico, político, tecnológico y cultural. Es tiempo de visualizar y poner a prueba nuevos modelos para reformar los sistemas de salud.

Componentes y funciones de los sistemas de salud

El primer paso para comparar los arreglos actuales y diseñar opciones para la reforma es tener una conceptualización clara del sistema de salud. Con demasiada frecuencia, los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones. En lugar de ello, proponemos una visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones. No especificaremos aquí las diversas dimensiones de cada uno de estos componentes.² Para los propósitos de este artículo, la noción importante es que los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales, a su vez, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, mismas que las instituciones tienen que desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. Esta noción se esquematiza en la figura 2.

Al especificar las funciones del sistema de salud, resulta útil tener en mente la distinción convencional entre servicios de salud personales y públicos. Gran parte del análisis que sigue se concentrará en los servicios de salud personales, esto es, el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos.

Este énfasis se justifica por el hecho de que los servicios de salud personales absorben la gran mayoría de los recursos, y casi todos los debates en torno a la reforma del sistema de salud se refieren de manera central a ellos.

Sin embargo, un análisis global debe incluir también los servicios de salud pública. En un sentido convencional, éstos se refieren a las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades (*i.e.*, educación masiva en salud), o a los componentes no humanos del ambiente (*i.e.*, saneamiento básico). En su concepción moderna (Ashton y Seymour, 1988; Frenk, 1993), la salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones. Esta interacción es una función crucial de todo sistema de salud.

La figura 2 muestra otra función clave, la producción o generación de recursos (Roemer, 1991:79). Los sistemas de salud modernos no se limitan a un conjunto de instituciones que proporcionan servicios, sino que abarcan un grupo diversificado de organizaciones que producen los insumos necesarios para esos servicios. Entre éstos sobresalen las universidades e instituciones similares, que suelen tener el doble papel de

² Aunque algunas partes del análisis que sigue atañen a la salud pública y a la generación de recursos, la mayor parte del artículo se centrará, como ya se mencionó, en los servicios de salud personales. En este terreno, hay cuatro funciones que son cruciales, a saber, la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación. Estrictamente hablando, estas cuatro funciones aplican también a la producción de los servicios de salud pública y a la generación de recursos, pero nuestro análisis se centrará en sus implicaciones para la producción de servicios de salud personales.

desarrollar recursos humanos y suministrar servicios de salud. Otros generadores de recursos de gran importancia son los centros de investigación que producen conocimientos y desarrollan nuevas tecnologías, así como el extenso grupo de empresas que forman el complejo médico-industrial, tales como las compañías farmacéuticas y de equipo médico.

Las funciones de financiamiento y prestación son las mejor conocidas. En un sentido estricto, el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales (por ejemplo, fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares), que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios. A su vez, la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, la cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (*i.e.*, servicios de salud) que generan un resultado (*i.e.*, cambios en el estado de salud del usuario). Como se examinará más adelante, es posible concebir un “proceso de financiamiento-prestación” integrado por una serie de pasos o subfunciones. Uno de los aspectos importantes del diseño de las opciones de reforma es la distribución de responsabilidades por cada componente de dicho proceso.

Al lado de estas dos funciones tradicionales, todo sistema de salud tiene que desempeñar una serie de funciones cruciales que pueden agruparse bajo el término “modulación”.³ Este es un concepto más amplio que el de regulación. Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores. Con demasiada frecuencia, esta función se ha descuidado, particularmente en aquellos sistemas de salud en los que el ministerio de salud dedica la mayor parte de sus recursos humanos, financieros y políticos a la prestación directa de servicios. Más adelante, cuando se proponga un nuevo modelo para los sistemas de salud, se verá que la modulación puede de hecho fortalecerse. En ese momento se analizarán con mayor detalle los diversos elementos de esta función clave.

La última función del sistema de salud, como se muestra en la figura 2, puede denominarse “articulación”. Esta función se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. En la mayor parte de los sistemas de salud actuales, ésta ha sido absorbida por cualquiera de las otras dos funciones, por lo que se ha mantenido como una función implícita. Una de las innovaciones importantes en muchas de las propuestas de reforma ha sido la de explicitarla y asignar la responsabilidad de llevarla a cabo a entidades diferenciadas. Así, “articulación” corresponde a lo que Chernichovsky (1995) llama “organización y gerencia del consumo de la atención”. Esta función abarca también las funciones de agregación de demanda y representación de consumidores que se asignan a lo que se conoce como el “patrocinador” en los modelos de competencia administrada (Enthoven, 1988; Starr, 1994).

Lo que se quiere significar con el término “articulación” es la noción de que esta función reúne y da coherencia a diversos componentes de la atención a la salud. Al igual que la modulación, la articulación se explicará con

señalar la producción de grupos organizados por parte del consumidor la gestión de

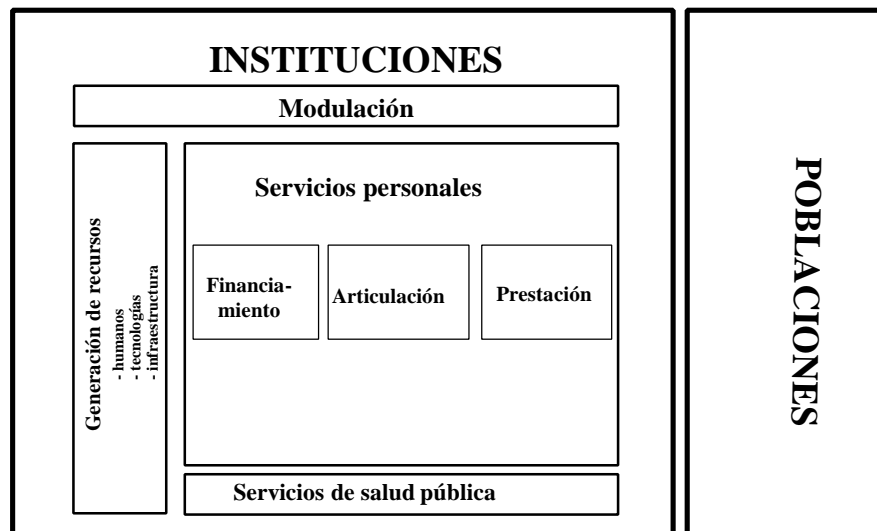
La financiación institucional de manera que las funciones comunes en

³ Agradecemos a

momento basten los flujos a la afiliación intervenciones, la por parte del mos de pago y

l-modulación, tales modelos estar asignadas que algunas de trarse ausentes particularmente in del artículo.

Figura 2
Componentes de los sistemas de salud



Aun la naturaleza implícita o la ausencia franca de una función revela importantes aspectos del carácter de un sistema de salud. Mientras que en todo sistema de salud es bastante claro quién es responsable de financiar y de prestar los servicios, a menudo no existen instancias responsables por la modulación y la articulación. Ello sugiere que las reformas deben prestar especial atención a estas dos funciones hasta ahora descuidadas.

Con base en la concepción del sistema de salud como la interacción entre poblaciones e instituciones, la siguiente sección identificará los principales modelos que existen actualmente en América Latina. Al comparar sus limitaciones será posible examinar las opciones para reformar los sistemas de salud.

Modelos actuales de sistemas de salud

En función de toda una compleja red de fuerzas económicas, políticas y culturales, cada uno de los países latinoamericanos ha ido desarrollando su propio sistema de salud. Sin pretender negar esta especificidad, resulta válido tratar de identificar los patrones comunes que se observan en el conjunto de los países. Un ejercicio así sólo puede llevarse a cabo si se centra en los componentes esenciales de los sistemas de salud, sustrayéndose de la infinidad de detalles que convierten cada situación nacional en algo único.

Como resultado del proceso histórico de la mayor parte de los países latinoamericanos, el aspecto crucial que los sistemas de salud han tenido que resolver es la cuestión de la integración. Tanto en la literatura académica como en los documentos oficiales, este término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado. De acuerdo con nuestro marco conceptual, la integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, es decir, poblaciones e instituciones. Con base en estas dos dimensiones de la integración, la figura 3 presenta una tipología de los principales modelos de sistemas de salud en América Latina.

Figura 3
Tipología de los modelos de sistemas de salud en América Latina

INTEGRACION DE POBLACIONES	INTEGRACION DE FUNCIONES INSTITUCIONALES	
	Integración vertical	Separación
Integración horizontal	Modelo público unificado (e.g., Cuba, Costa Rica)	Modelo de contrato público (e.g., Brasil)
Segregación	Modelo segmentado (la mayoría de los países latinoamericanos)	Modelo privado atomizado (e.g., Argentina, Paraguay)

Respecto de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud. Si bien dicho acceso constituye una variable continua, resulta útil establecer una dicotomía. Uno de los extremos de la dicotomía es la segregación. Como

reflejo de las profundas desigualdades que afectan a la región, los sistemas de salud de muchos países segregan a los diferentes segmentos de la población en diferentes instituciones de atención a la salud. Por lo general, las posibilidades financieras e incluso legales de moverse de un segmento a otro son limitadas.⁴ El otro extremo de la dicotomía es lo que podría llamarse “integración horizontal”,⁵ en la que todos los grupos de la población tienen acceso a las mismas instituciones. Esta situación puede presentarse en uno de dos escenarios opuestos: o bien porque existe libertad de elección, o porque existe una única institución en el país.

Respecto de las instituciones, la integración se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones descritas en la sección previa de este artículo. Dada la debilidad tradicional de la modulación y la articulación, el análisis del grado de integración sólo considera a las funciones de financiamiento y de prestación. Una vez más, el establecimiento de una dicotomía facilita las cosas. En uno de los extremos se encuentra la “integración vertical”, lo que significa que la misma institución desempeña diferentes funciones. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones.

Como se muestra en la figura 4, cuando se relacionan las dos dimensiones de la integración se produce una tipología de los principales modelos de sistemas de salud que han prevalecido en América Latina hasta antes de la más reciente oleada de reformas. Cabe señalar que no hay país que constituya una expresión pura de cualquiera de estos modelos. Los modelos representan tipos ideales que sirven para comparar las principales soluciones organizacionales existentes hasta ahora. Dicha comparación pondrá de manifiesto las limitaciones de los arreglos actuales, permitiendo así la visualización de nuevas opciones.

Para fines analíticos, examinaremos primero los casos polares representados por el modelo público unificado y el modelo privado atomizado.

El modelo público unificado

En este caso, el estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En su variante extrema, que actualmente se presenta solamente en Cuba, este modelo logra la integración horizontal de la población a costa de la libertad de elección, pues resulta ilegal ofrecer servicios fuera del monopolio gubernamental. De acuerdo con la tradición burocrática latinoamericana, este modelo excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor, y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios. Así, los usuarios no pueden elegir porque, en la conocida formulación de Hirschman (1970), no tienen ni voz ni opciones de salida. A su vez, los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles.

Una variante menos extrema de este modelo se da en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal, pero no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio. En este tipo de casos, el virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios (Musgrove, 1996). En efecto, como el estado no financia a otros proveedores, éstos deben cobrar lo que los servicios cuestan, o bien obtener algún subsidio privado. En cambio, los servicios públicos rara vez cobran a los usuarios el costo real. Esta ausencia de subsidio público a los servicios privados distingue al modelo público unificado del modelo de contrato público. Por su parte, la diferencia con el modelo segmentado radica en el hecho de que existe un solo presupuesto público, en vez de que se le divida entre el ministerio de salud y la seguridad social. En cualquiera de las variantes del modelo público unificado, la función de la modulación con

⁴ Estrictamente hablando, la segregación siempre es parcial, pues en todos los países los servicios del ministerio de salud se encuentran, en principio, abiertos a la población entera y las barreras financieras suelen ser las más bajas del sistema. En contraste, otros segmentos del sistema de salud sí excluyen a ciertos grupos de la población en función ya sea de disposiciones legales –como en muchas instituciones de seguridad social– o de barreras financieras como en el sector privado. En consecuencia, el grado de segregación depende de qué tan importante sea el ministerio de salud como prestador de servicios.

⁵ Estamos conscientes del hecho de que otros autores usan el término “integración horizontal” para significar la consolidación, dentro de una organización, de unidades que tienen el mismo nivel de complejidad o desempeñan las mismas funciones. De acuerdo con nuestro uso, “integración horizontal” no es un proceso que ocurra en el lado de la oferta (o institucional) del sistema de salud, sino en el lado de la demanda (o población).

frecuencia se ve limitada por conflictos de interés o porque el monopolio público simplemente no ve la necesidad de esta función. Por ejemplo, cuando el ministerio de salud participa de manera directa en la prestación de servicios, puede desarrollar una renuencia a promover la acreditación de hospitales por temor a que sus propios servicios e instalaciones resulten deficientes. Sea como fuere, la modulación se ejerce a través de formas de operación autoritarias, las cuales evitan los incentivos para el buen desempeño por parte de los proveedores. Además, la función de articulación se encuentra implícita, ya que la integración vertical y la ausencia de competencia hacen innecesaria la creación de instancias explícitas que medien entre las agencias de financiamiento, los prestadores de servicios y los consumidores.

Figura 4a
Diseño actual del modelo segmentado

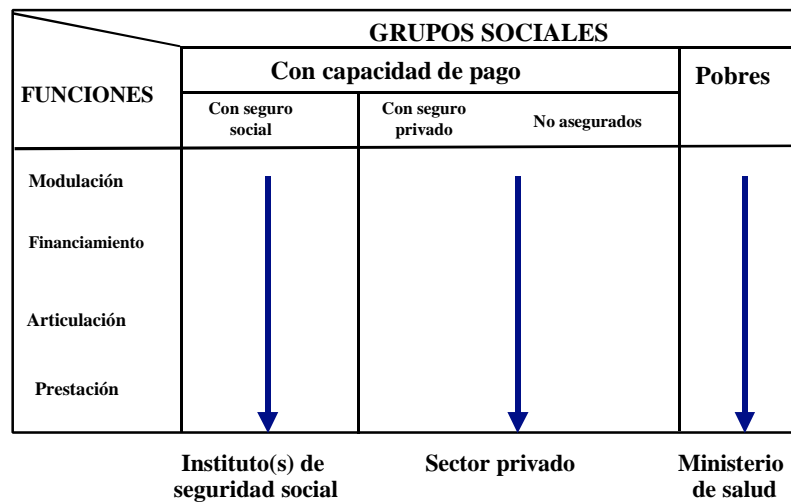


Figura 4b
Diseño propuesto de pluralismo estructurado

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES			
	Con capacidad de pago		Pobres	
	Con seguro social	Con seguro privado		
Modulación	→			Ministerio de salud
Financiamiento	→			Seguridad social (ampliada)
Articulación	→			Competencia estructurada
Prestación	→			Pluralismo

El modelo privado atomizado

En este modelo, la función de financiamiento se lleva a cabo ya sea mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de múltiples agencias de seguros privados, las cuales reembolsan a los diversos prestadores de servicios sin que exista una integración vertical de estas dos funciones. Si bien ningún país latinoamericano presenta este modelo extremo en su forma pura, existen dos variantes importantes que se acercan al mismo.

La primera es una modalidad de mercado libre, que se observa en países en los que la abrumadora mayoría del gasto es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado con niveles muy bajos de aseguramiento o prepago. Un ejemplo de ello es Paraguay, en donde 87.5% del gasto en salud es privado (Govindaraj, Murray y Chellaraj, 1994). Aunque formalmente existe libertad de elección, las enormes diferencias en los grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la población de su nivel superior. Al igual que en el modelo público unificado, en esta variante la función de articulación es inexistente. A la luz de las conocidas imperfecciones del mercado de servicios de salud, la diversidad de financiamiento y de entidades de prestación no necesariamente se traduce en competencia. De hecho, la ausencia de una función explícita de articulación significa que no hay un mecanismo disponible para agregar la demanda, de forma que los consumidores pueden quedar desprotegidos por las asimetrías en la información. Aun cuando exista la competencia, con frecuencia ésta tiene lugar a través de la selección de riesgos más que de los precios. En suma, al excluir a grandes grupos de personas en necesidad y al segmentar la prestación de servicios, este modelo magnifica las fallas de mercado, que generan ineficiencias globales en el sistema de salud.

La segunda variante del modelo privado atomizado puede denominarse modalidad “corporatista”.⁶ Esta se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Aunque en ocasiones algunos fondos cuentan con sus propias instalaciones para la prestación de servicios, el arreglo más común implica una separación entre el financiamiento y la prestación, de forma que el fondo de enfermedad cubre la atención que se recibe en instituciones públicas o privadas. Esta variante es muy poco frecuente en América Latina, si bien ha llegado a desarrollarse en el Cono Sur. El caso más ilustrativo lo representa el sistema de “obras sociales” en Argentina. En contraste con la experiencia de casi todos los países restantes de América Latina, estos fondos atomizados no han llegado a unirse en un instituto único de seguridad social. Asimismo, a pesar de que existen en gran número, no existe competencia entre ellos, ya que la afiliación es obligatoria en función, casi siempre, de criterios ocupacionales. El punto interesante es que estas organizaciones empiezan ya a desempeñar un papel de articulación, pues agregan las demandas de sus afiliados y actúan como compradoras colectivas de servicios.

El modelo de contrato público

En algunos cuantos casos, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones se consigue mediante la contratación de servicios. Cuando el financiamiento público tiene una cobertura universal, entonces se habla de una integración horizontal de la población. En contraste con los modelos polares, la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. A menudo existe un presupuesto público global, igual que en el modelo público unificado. Pero a diferencia de éste, dicho presupuesto no se asigna por adelantado a prestadores públicos, independientemente de su desempeño, sino que se dirige a un conjunto plural de prestadores en función de ciertos criterios de productividad y, en el mejor de los casos, también de calidad.

A pesar de las anteriores ventajas, uno de los problemas más serios es la falta de una función de articulación explícita, que con frecuencia queda sometida a la función de financiamiento. Esta deficiencia conduce a la fragmentación de la prestación, y complica enormemente el control de la calidad y los costos. La

⁶ Recogemos este término de las ciencias políticas, en las que el corporatismo se define como un sistema de representación de intereses caracterizado por asociaciones ocupacionales jerárquicas y no competitivas, mismas que representan los intereses de sus miembros mediante negociaciones directas con el estado. Para un tratamiento clásico de este tema, véase Schmitter (1979).

tradicional debilidad de la función de modulación contribuye aún más a la fragmentación de la prestación. Aunque este modelo se asemeja a la experiencia canadiense, lo cierto es que no ha logrado desarrollar su acción moduladora, que en Canadá se ve enormemente fortalecida por la auto-regulación profesional. Por lo tanto, a la versión latinoamericana le ha resultado imposible alcanzar los niveles de igualdad y eficiencia del sistema de salud canadiense. En el caso de América Latina, Brasil ha sido ejemplo de este modelo en la última década.

El modelo segmentado

Este es el modelo más común en América Latina. Su estructura puede describirse de manera simplificada mediante la matriz que se muestra en la figura 4a. Esta matriz relaciona las funciones del sistema de salud antes descritas con los diferentes grupos sociales (Frenk *et al.*, 1994). En forma característica, los sistemas de salud de América Latina se han dividido en tres grandes segmentos que corresponden a otros tantos grupos sociales. Así, se ha hecho una distinción fundamental entre los pobres y la población con capacidad de pago. A su vez, esta última abarca a dos grupos. El primero está formado por todos aquellos que trabajan en el sector formal de la economía (y con frecuencia sus familiares también), mismos que quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social. El segundo grupo está constituido por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, que no están cubiertas por la seguridad social.⁷ Las necesidades de salud de este grupo casi siempre son atendidas por el sector privado, mediante un financiamiento que proviene fundamentalmente de desembolsos del propio bolsillo. Cada vez más, algunas familias de este grupo empiezan a cubrirse mediante la contratación de seguros o planes de prepago privados, ya sean comprados directamente u ofrecidos por los empleadores. Si bien se trata de una opción minoritaria en el panorama global de la región, en muchos países registra ya un rápido crecimiento. De cualquier manera, las diversas formas de aseguramiento privado se ajustan al modelo general como una modalidad más de participación privada. Finalmente, se encuentran los pobres, tanto rurales como urbanos, los cuales quedan excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados. En el diseño del modelo segmentado, los ministerios de salud se encargan de suministrar servicios personales a los pobres (además, por supuesto, de realizar programas de salud pública que benefician a toda la población). En promedio, aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado.⁸

Como se aprecia en la figura 4a, el modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional –el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado– desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico.

Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos (Musgrove, 1996). Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos. Así, el ministerio de salud integrado presenta todas las desventajas del modelo público unificado, pero sin las ventajas de la cobertura universal. De manera similar, cada institución de seguridad social ejerce un monopolio sobre su clientela respectiva. Y el sector privado presenta las limitaciones que se examinaron antes en el caso del modelo privado atomizado.

El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada

⁷ Estrictamente hablando, muchos miembros de estas clases, en especial aquéllos con ingresos elevados, pagan contribuciones a la seguridad social, pero nunca utilizan sus servicios. En la práctica, ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento.

⁸ Estos redondeos derivan de estimaciones a nivel nacional elaboradas por la Organización Panamericana para la Salud (1994).

proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrece el sector privado o el ministerio de salud (González-Block, 1988). El problema es que la carga de tal decisión recae sobre el consumidor, ya que se ve obligado a pagar por la atención que recibe en otra parte, a pesar de que ya antes pagó una prima de aseguramiento. Esto conduce a una importante fuente de desigualdad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas una carga financiera desproporcionada.

Otra fuente de desigualdad es que el traslape de la demanda es unilateral, ya que las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social (excepto en casos de urgencias y de algunos cuantos servicios de alta prioridad). Más aún, muchos ministerios de salud han fracasado en el intento de focalizar sus servicios en los pobres. La noción de que los servicios privados están reservados para las clases medias y altas, liberando así recursos públicos para la atención de los pobres, no se ve respaldada por los datos existentes sobre utilización de servicios. En la mayoría de los países que cuentan con tales datos, lo cierto es que el sector privado es una fuente importante de atención para los hogares pobres, mismos que, como ya se vio, destinan una proporción mucho mayor de sus ingresos en pagos directos para la salud que los hogares de mayores ingresos.

La búsqueda de nuevas opciones

Las deficiencias de los cuatro modelos analizados hasta ahora han suscitado una búsqueda intensiva de otras soluciones que ha inspirado al movimiento de reforma del sistema de salud en América Latina y en otras partes del mundo.

En particular, el modelo segmentado, el arreglo actual más común, ha sido objeto de un escrutinio creciente. Dado que este modelo segrega a los grupos de población en función de su capacidad de pago y organización social, su sustentabilidad depende de la dualidad de los mercados de trabajo y de la existencia de políticas estatales de exclusión. La modernización económica y la expansión de la democracia han provocado que cada vez resulte más difícil sostener los privilegios que este modelo acarrea para grupos relativamente pequeños. Por lo tanto, son varios los esfuerzos que se han realizado para corregir las fallas de los sistemas segmentados. Hasta ahora, dichos esfuerzos se han orientado en dos direcciones; lo interesante es que ambas apuntan hacia los modelos polares.

Algunos países han intentado romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único. Esta fue probablemente la estrategia de reforma más popular hasta la década de los ochenta, y aún cuenta con muchos defensores. La búsqueda de equidad al amparo de esta estrategia ha dado pruebas de ser incompatible con los requerimientos de eficiencia y de una respuesta sensible frente a las necesidades y preferencias de las poblaciones.

Ya sea por cuestiones de preferencias ideológicas o por restricciones en el financiamiento público, algunos otros países han buscado entregar la organización de los servicios de salud a instancias diferentes del gobierno central. En América Latina se han desarrollado dos variantes de este tipo de reforma. La primera ha sido la estrategia de privatización, en particular respecto de la seguridad social. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) chilenas constituyen el mejor ejemplo de esta estrategia. La segunda variante ha sido la estrategia de descentralización, con la devolución de responsabilidades previamente centralizadas a las autoridades locales. En este caso, Brasil y Bolivia son ejemplos que cabe destacar. Uno de los principales problemas que han presentado ambas variantes ha sido la debilidad del esfuerzo modulatorio requerido para establecer reglas del juego claras en la transferencia de responsabilidades. En lugar de ello, los tomadores de decisiones centrales han actuado bajo la suposición implícita de que la iniciativa local o privada sabrá resolver de alguna manera las limitaciones importantes en la atención a la salud. En estas condiciones, muchas iniciativas de privatización y de descentralización han resultado ser incompatibles con los requerimientos de equidad y, paradójicamente, tampoco han podido producir las ganancias esperadas en términos de eficiencia.

Como puede apreciarse, las estrategias de reforma que simplemente se han movido dentro de las opciones limitadas que ofrecen los cuatro modelos convencionales siguen presentando serias deficiencias. En

razón de ello, un creciente número de países ha comenzado a buscar alternativas realmente innovadoras. En este contexto de innovación, son varias las iniciativas de reforma que se han propuesto o se han llevado a la práctica como una opción que busca minimizar las desventajas y optimizar las ventajas de los otros modelos, de forma que se alcance un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad. Si bien las propuestas y experiencias en marcha presentan diferencias importantes entre sí, el término “pluralismo estructurado” capta muy bien el espíritu de este modelo emergente. A continuación se describirá esta prometedora alternativa.

Pluralismo estructurado: un nuevo modelo

El concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. Por ejemplo, la subordinación de los consumidores es un resultado común tanto del modelo público unificado –a través de la ausencia de elección– como del modelo privado atomizado –a través de la asimetría de la información. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores. Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares.

Así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, de la misma manera el pluralismo estructurado las compensa. Esta solución puede visualizarse remitiéndonos a la matriz de funciones y grupos sociales. Como lo muestra la figura 4b, la propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk *et al.*, 1994). De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud.

En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del ministerio de salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil–, el ministerio de salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Como se verá más adelante, este énfasis en la modulación no conduce a la concentración burocrática de poder. Por el contrario, al establecer reglas del juego transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones modulatorias a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El manejo de ese pago se convertiría en un elemento clave de la función de articulación, que ahora sí se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas. Éstas podrían recibir el nombre genérico de “organizaciones para la articulación de servicios de salud” (OASS). Como se explicará más adelante, existen varias opciones para el desarrollo específico de estas organizaciones dependiendo de las condiciones de cada país.

Por último, la prestación directa de servicios quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas. En la áreas urbanas existiría competencia entre los proveedores.

En las áreas rurales, en las que rara vez se reúnen las condiciones para tal competencia, existirían otras innovaciones para fomentar el pluralismo, tales como las cooperativas organizadas en Colombia bajo la designación de “empresas solidarias de salud”, el tipo de franquicias propuesto para México y la gerencia mixta de los centros de salud en Perú, en la que participan tanto el gobierno como la comunidad.

En suma, el reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas.

En términos de nuestra tipología original de los modelos de sistemas de salud en América Latina, el pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público, al tiempo que supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad de la población mediante la integración horizontal, así como la separación de funciones. La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter “estructurado” a este tipo de pluralismo.

Dado el papel central de estas dos funciones, será necesario explicarlas con mayor detalle.

Modulación: la función descuidada

Existe una conciencia creciente de que la función de modulación no ha sido suficientemente especificada e instrumentada en la mayoría de los sistemas de salud. En la medida en que estos sistemas se vuelvan más abiertos y diversificados a través de la descentralización y la competencia creciente, la modulación tendrá que irse fortaleciendo. Este es un rasgo clave para las reformas presentes y futuras.

De manera creciente, la discusión acerca de las opciones de reforma se centra en la necesidad de establecer reglas del juego justas y transparentes con el fin de impulsar un desarrollo armónico del sistema. Tales reglas son la esencia misma de las instituciones, ya que disminuyen la incertidumbre al proporcionar estabilidad a las interacciones (North, 1990). Se trata de una función especializada que debe diferenciarse del financiamiento y la prestación, de forma que se eviten los conflictos de intereses y se asegure la transparencia en el gran número de transacciones que tienen lugar en los sistemas de salud modernos. Por lo tanto, la modulación debe estar a cargo de instancias neutrales que se encuentren por encima de cualquier interés particular.

Si bien es mucho lo que debe discutirse y decidirse todavía en relación con los detalles específicos de la modulación, esta función es una responsabilidad pública prácticamente en todos los sistemas de salud. Esto no significa que el gobierno deba encargarse de la **operación** de todas las funciones moduladoras. De hecho, los diferentes países varían en el grado en el que otros actores participan en la operación de algunas de esas funciones (como la certificación y la acreditación). Sin embargo, existe un amplio consenso en el sentido de que la **responsabilidad** última es pública, lo que significa que un agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuentas claras sobre su actuación. Como se verá más adelante, en casi todos los países la modulación abarca un núcleo irreductible de funciones públicas.

En contraste, existe una amplia variación en el grado de intervención estatal concerniente a las otras tres funciones del sistema de salud, *i.e.*, financiamiento, articulación y prestación. El debate real ha dejado de girar en torno a una elección maniquea entre estatización y privatización, para concentrarse ahora en la búsqueda de la mejor distribución posible de funciones entre las instituciones públicas y privadas, de forma que ello redunde en el bienestar de la población. En esta mezcla público-privada, la importancia de la modulación como una responsabilidad pública esencial queda subrayada precisamente por el creciente pluralismo en las otras funciones.

En efecto, el énfasis en la modulación representa un cambio en la concepción de la misión central de los ministerios de salud. Por lo tanto, forma parte del tema más amplio sobre la reforma del estado que ha

estado debatiéndose en América Latina. Esta reforma ha propuesto que las organizaciones públicas dejen de ser productoras de bienes y servicios. En lugar de ello, los gobiernos deben canalizar su energía al cuidado del interés público proponiendo direcciones estratégicas, proporcionando una seguridad integral, movilizando recursos, estableciendo normas, catalizando la actividad privada, confiriendo transparencia a los mercados, protegiendo al consumidor, evaluando desempeños y asegurando justicia.

Al traducirla al ámbito específico de la atención a la salud, la reforma del estado significa que los ministerios de salud deberían apartarse gradualmente de la prestación directa de servicios para encargarse de la modulación estratégica del sistema. Por supuesto, el gobierno retiene la responsabilidad directa del financiamiento y la prestación de aquellos servicios de salud que están caracterizados como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica y la sanidad ambiental. Sin embargo, aun en este caso, existen muchas innovaciones posibles para que los gobiernos cumplan con su responsabilidad mediante formas de organización eficientes, sensibles, participativas y autónomas.

El cambio de su misión central hacia la modulación de hecho fortalecería a los ministerios de salud. Es precisamente la preocupación por los detalles de la operación directa de los servicios lo que los debilita. Su verdadera fuerza radica en su capacidad de movilizar la energía social para un propósito común. Este papel catalítico constituye la esencia de la modulación. Para poder desempeñarlo, la modulación incluye cinco funciones más específicas:

1. *Desarrollo del sistema.* A su vez, ésta incluye los siguientes elementos:

- Formulación de políticas
- Planeación estratégica
- Establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, incluyendo el proceso de obtención de consensos en torno a estas prioridades
- Acción intersectorial, de forma que se promuevan “políticas saludables” que influyan en los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que son determinantes del estado de salud
- Movilización social para la salud, incluyendo la participación comunitaria
- Desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales
- Fortalecimiento de la capacidad del sistema, a través del fomento de inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas de información.

2. *Coordinación.* En la atención a la salud, son muchas las situaciones que requieren una acción concertada que permita la consecución eficiente de los objetivos. Este es el caso, por ejemplo, de las tecnologías complejas y costosas de tercer nivel, donde se vuelve necesario limitar el número de prestadores a fin de lograr economías de escala. Otro caso queda ilustrado con las campañas masivas de salud pública, que comúnmente exigen la colaboración de muchas organizaciones. En general, la coordinación puede requerirse entre unidades territoriales, niveles de gobierno u organizaciones públicas y privadas. Es necesario entonces que exista una instancia en el sistema de salud que tenga la autoridad para convocar a todos estos actores múltiples en la consecución de objetivos comunes.

Lo anterior no significa, sin embargo, que la coordinación deba de imponerse de manera autoritaria. Por el contrario, uno de los retos a los que se enfrenta el nuevo desarrollo institucional a la luz del pluralismo estructurado se refiere al fomento de modalidades eficientes y equitativas de transacción entre los agentes públicos y privados. La coordinación se convierte entonces en una tarea de diseño estratégico que confiere transparencia y consistencia a dichas transacciones. Por lo tanto, la coordinación no debe ejercerse a través de intervenciones discrecionales de las burocracias, sino a través de reglas del juego claras que faciliten la interacción en un entorno pluralista. Como se verá más adelante, una vez que dichas reglas se establecen como parte de la modulación, entonces resulta posible llevar a cabo las actividades concretas que conducen a la coordinación de la atención a la salud como parte de la función de articulación. Por ejemplo, los contratos y la información representan valiosas herramientas para lograr una coordinación transparente en la atención a la salud. Un sistema que se base en contratos explícitos para el desempeño de funciones puede producir un control sobre el cumplimiento más eficiente y menos autoritario. Otro elemento esencial de este nuevo desarrollo institucional es el suministro de información, de forma que los actores puedan tomar decisiones racionales y los demás puedan conocerlas.

3. *Diseño financiero.* Con el fin de incrementar la cobertura y la calidad, los sistemas de salud modernos deben hacer frente a dos retos financieros clave, a saber, la movilización de los recursos requeridos y la contención de costos. Con frecuencia, el avance en uno de estos frentes representa un freno para el avance del otro. Por lo tanto, es necesario encontrar un equilibrio entre ambos. Tal equilibrio sólo puede alcanzarse mediante un diseño cuidadoso del esquema financiero. El diseño del financiamiento, como algo diferenciado de su operación, es una parte importante de la modulación. Sin un diseño cuidadoso, el sistema puede experimentar una escasez de recursos, o bien, una explosión de costos. El establecimiento claro de las reglas financieras es esencial para lograr una reforma sustentable. En particular, esta parte de la modulación busca proporcionar una consistencia global a los recursos en el sistema— algo que ha estado ausente en los modelos segmentado, atomizado y de contrato público. No puede haber racionalidad si no se cuenta con dicha consistencia financiera.

La función del diseño financiero involucra varias decisiones clave que determinan la estructura de los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios (especialmente si son por mandato de ley); los montos de los pagos por capitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos

entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población.

4. *Regulación propiamente dicha.* Ésta incluye dos tipos básicos: la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención a la salud. La primera se refiere a los esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía, en particular aquellos que los seres humanos consumen en forma directa, tales como los productos alimenticios.

El segundo tipo de regulación es aún más crucial para el análisis que aquí se realiza, y es el que se aplica a sectores específicos de la economía relacionados de manera directa con la atención a la salud. Así, este tipo de regulación consiste en el establecimiento de reglas para los siguientes componentes del sistema de salud:

- Prestadores individuales, mediante el licenciamiento y la certificación
- Prestadores institucionales, mediante la acreditación
- Mecanismos financieros, mediante reglas para los fondos de aseguramiento e instrumentos similares
- Organizaciones a cargo de la función de articulación, mediante la acreditación y la supervisión, de forma que se garantice su actuación confiable frente a los consumidores, como se verá más adelante
- Instituciones educativas, mediante la acreditación
- Medicamentos, equipo y aparatos, mediante la evaluación tecnológica
- Inversiones de capital, mediante planes

Estas actividades regulatorias pueden llevarse a cabo de forma descentralizada y con la participación activa de todos los actores. En efecto, la operación de muchos procedimientos regulatorios puede delegarse a organizaciones de la sociedad civil, siempre y cuando se cuente con dispositivos adecuados que impidan que el proceso regulatorio sea capturado por intereses particulares. La meta final debe ser la creación de condiciones estructurales para mejorar la calidad de la atención a la salud.

5. *Protección al consumidor.* La importante asimetría que existe en la información, característica del mercado de la atención a la salud, hace necesaria la formulación de una estrategia explícita para la protección del consumidor. En este sentido, un primer instrumento consiste en ofrecer información pública acerca del desempeño de los aseguradores y los prestadores de servicios. Poner este tipo de información a la disposición de los consumidores y las OASS (como agentes en la compra de servicios de salud) servirá para impulsar una competencia efectiva.

Por supuesto, la mera difusión de la información no basta para corregir por completo el desequilibrio de poder que existe entre aseguradores, prestadores y consumidores. También se requiere desarrollar un esfuerzo deliberado –hasta ahora bastante incipiente– encaminado a la protección de los derechos humanos y la mediación de conflictos.

En suma, el tipo de modulación que requiere el pluralismo no coloca obstáculos al mercado de los servicios de salud, sino que representa una condición necesaria para que éste funcione de manera transparente y eficiente. Para tal propósito, la función de articulación también resulta crucial.

Articulación: la función innovadora

Para entender mejor este concepto, resulta útil pensar en términos de un “proceso de financiamiento-prestación”, es decir, un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud. El primer paso en este proceso es la captación de dinero por parte de las agencias financieras, así como la acumulación de ese dinero en fondos. La población, organizada en hogares y empresas, representa la fuente última de financiamiento a través del pago de impuestos generales, impuestos a la nómina, contribuciones especiales y primas de seguro. Una vez que los integrantes de una población han transferido recursos a las agencias financieras, es necesario articular en paralelo dos importantes interfaces: por un lado, entre las poblaciones y los prestadores de servicios; por el otro, entre las agencias financieras y los prestadores.

Articulación entre poblaciones y prestadores. Esta parte de la articulación incluye por lo menos tres importantes subfunciones, a saber, la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación.

La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores. Las organizaciones para la articulación de servicios de salud (OASS) reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos. A fin de fijar un tope a los gastos y de crear al mismo tiempo un incentivo equitativo contra la competencia basada en la selección de riesgos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo.

Sin embargo, la articulación va más allá de la función tradicional de aseguramiento, ya que abarca también la administración del acceso. Esta subfunción operacionaliza varios aspectos cruciales de la interacción entre las poblaciones y los prestadores, incluyendo los procedimientos para el ingreso y la salida de los clientes en el sistema de salud; el conjunto de contingencias que deben ser cubiertas, definido mediante un paquete explícito de beneficios o de intervenciones (con frecuencia por mandato público), y el acotamiento de las opciones disponibles para los consumidores, mediante la organización de redes integrales de proveedores.

Por último, la organización articuladora actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados (así como aquéllos de la agencia financiera), operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre.

Estas tres subfunciones permiten conciliar las heterogéneas demandas de los consumidores con las capacidades complejas y especializadas de los prestadores, de tal forma que se asegure un uso costo-efectivo de los recursos, una buena calidad técnica y la satisfacción del usuario. Esta articulación explícita de recursos, prestadores y consumidores constituye una de las innovaciones que propone el pluralismo estructurado.

Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios. La articulación actúa como mediadora entre las agencias de financiamiento y los prestadores de servicios mediante la canalización selectiva de los recursos de las primeras a los segundos. Esta mediación se lleva a cabo a través de tres subfunciones, a saber, el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad.

El aspecto clave del diseño de incentivos es el mecanismo de pago. Si éste se encuentra estructurado de manera adecuada, la forma en que los prestadores reciban el pago puede impulsar su eficiencia y su respuesta sensible frente a los consumidores. Otro aspecto crucial del diseño del sistema se refiere al paquete de beneficios o intervenciones (Jamison *et al.*, 1993). A través de un diseño de beneficios adecuado, la agencia financiera puede estar segura de que sus recursos se están aplicando de la manera más costo-efectiva posible, de tal manera que la inversión en salud produzca los mejores rendimientos. Finalmente, las organizaciones articuladoras pueden desempeñar importantes funciones para la gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor.

Como puede apreciarse, la función de articulación permite una conexión transparente entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación. La búsqueda de transparencia ha sido un

rasgo común de varias iniciativas de reforma. En muchas de las propuestas europeas recientes, una forma de articulación de dichos componentes ha consistido en la celebración de contratos entre las agencias de financiamiento, los prestadores de servicios y los consumidores. Las OASS representan una modalidad similar, si bien más estructurada, que vincula a los usuarios con el financiamiento global, al tiempo que organiza redes integrales de proveedores. Una de las principales ventajas de esta propuesta es que fomenta la simplificación de las tareas públicas, ya que reemplaza el control burocrático por una relación directa entre los actores basada en incentivos adecuados.

De esta manera se desarrollan nuevas formas de vinculación, las cuales van más allá de la simple separación entre el financiamiento y la prestación, tan popular en la literatura sobre el tema. Desde el punto de vista funcional, la separación entre el financiamiento y la prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud. Desde el punto de vista organizacional, las entidades articuladoras pueden desempeñar varias de las funciones del proceso de financiamiento-prestación, ya que buscan las formas de integración más eficientes. Como se mencionó antes, las OASS pueden así rebasar la función clásica del aseguramiento y desempeñar un papel más activo en el mercado de la atención a la salud como agentes de compra a nombre de los consumidores. En vez de ser **pagadores** pasivos, como las compañías tradicionales de seguros, se vuelven **compradores** activos de servicios. De esta forma, las OASS pueden garantizar el acceso a un paquete de intervenciones para una población predefinida. Para lograrlo, organizan diferentes tipos de proveedores con base en los incentivos diseñados para mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta frente a los clientes. Al mismo tiempo, las OASS actúan en beneficio de los consumidores, de forma que éstos puedan ejercer una mayor libertad de elección en la búsqueda de continuidad y calidad en la atención.

En América Latina existe una presencia creciente de organizaciones que llevan a cabo uno o varios de los aspectos de la articulación. Entre ellas se cuentan las empresas promotoras de salud (EPS) en Colombia, las instituciones de atención médica colectiva (IAMC) en Uruguay, las obras sociales en Argentina, algunas de las prepagas en Brasil, las igualas en la República Dominicana, varias de las instituciones de salud previsual (ISAPRES) en Chile, y las organizaciones propuestas para la protección de la salud (PROSALUD) en México. La magnitud de este fenómeno emergente es considerable. Estimamos que estas organizaciones cubren actualmente más de 60 millones de latinoamericanos.

El desempeño de estos diferentes tipos de organizaciones varía mucho. Algunas de ellas siguen funcionando simplemente como aseguradoras tradicionales. Otras se acercan al ideal de una OASS plenamente desarrollada. El desempeño parece ser menos efectivo cuando estas organizaciones funcionan bajo una de dos condiciones extremas: la competencia no regulada o la ausencia de competencia. El hecho de estructurar la competencia mediante la modulación y la articulación ofrece un punto intermedio equilibrado entre esos dos extremos, con el potencial de una gran mejora en el desempeño de los sistemas de salud.

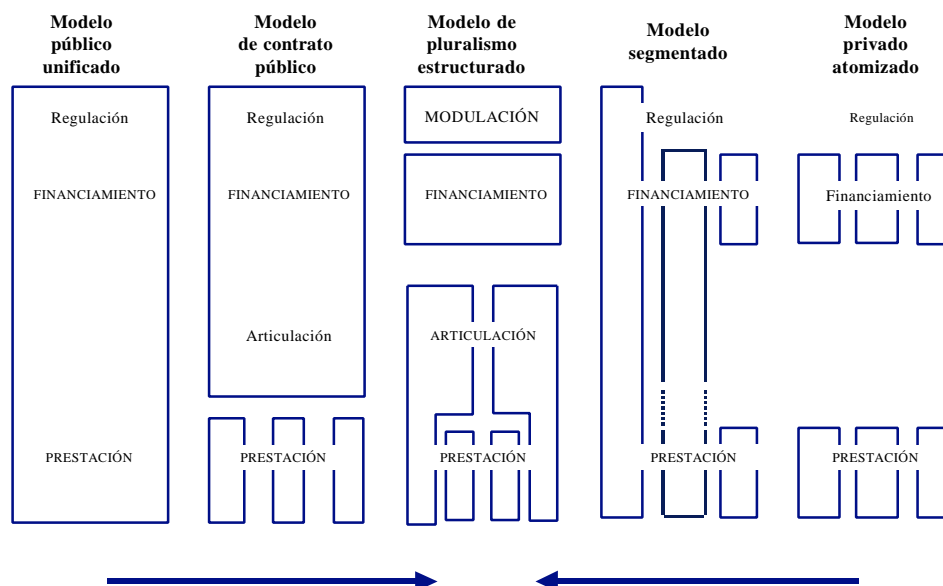
Hacia la convergencia institucional en América Latina

La expansión de experiencias innovadoras en América Latina empieza a colocar algunos de los cimientos del pluralismo estructurado. Más aún, muchas de las propuestas actuales de reforma apuntan en la misma dirección. Una característica interesante del pluralismo estructurado es que resulta posible llegar a él por diferentes rutas. Para ilustrar esta noción, la figura 5 presenta los modelos de sistemas de salud en términos de la forma en que han solucionado la vinculación entre modulación, financiamiento, articulación y prestación. Las barras múltiples en los modelos segmentado y privado atomizado representan el hecho de que hay diferentes grupos de población que se encuentran segregados en diferentes arreglos institucionales.

En el caso del modelo público unificado, sería necesario convertir a la regulación burocrática en auténtica modulación, separar el financiamiento de la prestación y volver explícita la función de articulación. En el otro modelo polar (*i.e.*, privado atomizado), también sería necesario modular la operación de los mercados de seguros y servicios, así como establecer entidades articuladoras, las cuales competirían a fin de que la libertad de elección fuera una realidad para toda la población. El aumento de la movilidad de la población también sería una prioridad en el modelo segmentado, y ello podría lograrse separando funciones y abriendo cada segmento de manera competitiva. El modelo de contrato público requeriría que la función de

articulación se hiciera explícita y competitiva mediante su separación del financiamiento. Además, como se dijo antes, todos los modelos existentes requerirían un fortalecimiento de la modulación.

Figura 5
Convergencia entre los modelos de sistemas de salud



El mensaje clave es que el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma. Lo que ofrece es una opción “centrista” que evita los extremos y, al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema. Así, las OASS tienen que alcanzar un delicado balance entre los incentivos para la contención de costos, implícito en los pagos por capitación, y el imperativo de satisfacer a los consumidores, alentado por la libertad de elección. La equidad se practica aplicando los principios de finanzas públicas, eliminando las barreras de segregación y desalentando la competencia con base en la selección de riesgos. Al mismo tiempo, la justicia en la remuneración se promueve mediante el ajuste por riesgo en los pagos capitados y el reconocimiento del buen desempeño. Es precisamente esta búsqueda equilibrada de equidad, calidad y eficiencia la que no se ha logrado en los modelos existentes, y la que el pluralismo estructurado intenta alcanzar en forma explícita.

Las experiencias innovadoras en marcha y los elementos convergentes presentes en la mayoría de las propuestas de reforma proporcionan tierra firme para avanzar con optimismo. Aun así, a excepción del caso notable de la reforma reciente en Colombia, que está desarrollando un enfoque integral y universal hacia el pluralismo estructurado, y de los interesantes esfuerzos en Argentina y Brasil, la mayor parte de las acciones innovadoras en América Latina se han restringido a grupos particulares de la población, especialmente a las clases medias urbanas.

Con ellos corren el riesgo de convertirse en un segmento más del sistema de salud. Aun cuando muchas de sus piezas se encuentran ya colocadas, es mucho lo que queda todavía por hacerse para que el pluralismo estructurado arraigue como un modelo integral. Para que esto suceda, las iniciativas de reforma deben sacar al pluralismo estructurado del mero ámbito de las innovaciones limitadas para convertirlo en una pieza central de la política pública. Esto implicaría la adopción de una estrategia para que este modelo se extendiera gradualmente a toda la población. Para lograrlo será necesario tomar en cuenta la heterogeneidad de las poblaciones en cada uno de los países de América Latina.

Una respuesta a la heterogeneidad de la población

Así como el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para los diferentes países, de igual manera tampoco presenta un enfoque único para los diversos grupos de población en cada país. Por el contrario, este modelo es sensible a las enormes diferencias sociales existentes en la mayoría de los países latinoamericanos. Lo que el pluralismo estructurado propone no es una solución única, sino más bien un **continuo** de soluciones, que dependerán, en cada caso, de la situación general de desarrollo.

El reto consiste en ofrecer soluciones que resulten adecuadas para cada grupo, sin que por ello se caiga de nueva cuenta en la segregación del modelo segmentado. El pluralismo estructurado resuelve este reto en dos formas. Primero, aplica los mismos valores y principios a todos los grupos de población, por ejemplo, la búsqueda de respuestas equilibradas que eviten los extremos, el énfasis simultáneo en la equidad, la eficiencia y la calidad, la elaboración de reglas del juego transparentes con base en una modulación justa, el carácter explícito de la articulación, la importancia de la información, la pluralidad de opciones, la búsqueda del mayor grado de libertad posible en cada circunstancia, el equilibrio de poder entre los actores y el enfoque sistémico. Segundo, el pluralismo estructurado evita la segregación fortaleciendo deliberadamente la movilidad de todos los grupos sociales entre las diversas soluciones institucionales.

Con el fin de entender la forma específica en que el modelo pluralista responde a las necesidades de las diferentes poblaciones, resulta útil considerar que existen tres grupos sociales básicos en América Latina: a) el núcleo de extrema pobreza, ubicado en su mayoría en áreas rurales dispersas y zonas periurbanas marginadas; b) los sectores informales que viven en la pobreza y que se ubican principalmente en áreas urbanas y periurbanas; c) los sectores formales, concentrados en las áreas urbanas. La proporción de estos grupos varía enormemente entre los diferentes países latinoamericanos. Por lo tanto, cada país tendrá que adoptar las prescripciones de política que mejor se ajusten a sus niveles de heterogeneidad. Consideremos brevemente las respuestas clave que ofrece el pluralismo estructurado a cada una de estos tres grupos de población.

En el caso del grupo en extrema pobreza, el acceso actual a los servicios de salud formales es inexistente o mínimo (con frecuencia limitado a campañas esporádicas de salud pública). Para corregir esta situación se requiere la formulación de un paquete de intervenciones **esenciales** como un instrumento de política central. La palabra “esenciales” es clave, y debe diferenciarse en forma tajante de los adjetivos “mínimas” o “básicas”. El paquete esencial no se basa en el principio de “lo indispensable para los pobres”, sino más bien en el de “lo mejor para todos”. De hecho, este paquete está integrado por aquellas intervenciones que los análisis de costo-efectividad han destacado como la mejor inversión para la salud. Por lo tanto, constituyen el núcleo de la universalidad, es decir, el conjunto de intervenciones a las que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral. Este nuevo tipo de universalidad, orientada por análisis explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social, evita las trampas de la universalidad clásica, cuya promesa de “todo para todos” ha dado pruebas de ser insostenible incluso en los países más ricos. En este sentido, el análisis de costo-efectividad es mucho más que una herramienta tecnocrática, ya que representa un medio, científicamente fundamentado, éticamente sólido y socialmente aceptado, de lograr la asignación óptima de los recursos para la salud. Por lo tanto, un paquete esencial promueve la equidad tanto como la eficiencia de asignación de recursos. Dado que representa un compromiso social basado en los principios de ciudadanía, el financiamiento debe ser fundamentalmente público. Como se señaló antes, el pluralismo estructurado convierte la definición de paquete esencial en un elemento clave de la modulación participativa. Al mismo tiempo, introduce innovaciones organizacionales que permiten que la función de articulación pueda desempeñarse dentro de un marco pluralista que incorpore la participación activa de la comunidad.

El segundo grupo social está integrado por aquellas personas que tienen ya un acceso parcial a los servicios de salud, pero que no cuentan con una protección financiera porque pertenecen al sector informal de la economía y han quedado, por lo tanto, excluidos de la seguridad social. Así, la prescripción de política fundamental, en este caso, sería la ampliación de la seguridad social con un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepago y subsidios orientados a la demanda según el ingreso de los hogares. Con el fin de evitar los escollos del aseguramiento social tradicional, el pluralismo estructurado propone que, desde un principio, este tipo de programa se base en una modulación clara, una

articulación explícita y la libertad de elección de los proveedores de primer nivel, de forma que las fuerzas competitivas empiecen a estimularse.

El tercer grupo está integrado por la población ubicada en la economía formal, que tiene acceso a servicios integrales con una protección financiera (en su mayoría a través de la seguridad social), si bien con todos los problemas de equidad, eficiencia y calidad que ya antes se examinaron. En este caso, el análisis de costo-efectividad entra en escena como una herramienta de evaluación tecnológica que permitiría identificar las fuentes potenciales de desperdicio y restringirlas mediante la acción moduladora y el diseño de incentivos. Además de esta preocupación por la eficiencia en la asignación, las políticas deben encargarse también de los aspectos de equidad, eficiencia técnica y calidad (incluyendo la satisfacción del paciente). En este grupo de población, las condiciones son ya propicias para poder instrumentar de lleno la competencia estructurada. Esta es la variante más desarrollada de pluralismo estructurado; en ella sería posible alcanzar una especialización plena de funciones entre los agentes, y las poblaciones integradas horizontalmente podrían guiar la competencia entre las entidades articuladoras y los proveedores a base de ejercer su libertad de elección. Las condiciones para el avance de esta forma de competencia se reúnen ya en la mayoría de las ciudades latinoamericanas, donde la oferta de proveedores es abundante, hay una presencia de consumidores relativamente bien informados y existen los niveles necesarios de desarrollo institucional.

En el caso de los tres grupos de población, el carácter público del financiamiento constituye un rasgo central del pluralismo estructurado. En el grupo más pobre, éste adopta la forma de subsidios; en los otros dos grupos, adopta la forma de contribuciones obligatorias que anticipan episodios de enfermedad. La aplicación de los principios de finanzas públicas diferencia nuestro modelo de propuestas de reforma simplistas que giran alrededor de la recuperación de costos. Asimismo, introduce una importante diferencia respecto de las propuestas de competencia actuales, ya que en nuestro modelo, el pluralismo está concentrado en las funciones de articulación y prestación, y no en el financiamiento.

En suma, el pluralismo estructurado ofrece una respuesta que puede adaptarse a las diversas condiciones prevalcientes en un país determinado, al tiempo que mantiene la movilidad de todos los grupos a medida que éstos convergen hacia una cobertura integral acompañada de protección financiera y libertad de elección.

Hacia la implementación: instrumentos y estrategias

El progreso en la agenda de reforma no se basa únicamente en el diagnóstico preciso de las deficiencias actuales y el diseño riguroso del modelo para mejorar la situación. También es necesario considerar las cuestiones relacionadas con su implementación, lo cual presenta dos dimensiones: la técnica y la política.

Dimensión técnica: los instrumentos de la reforma

En los últimos años se ha incrementado el número de instrumentos útiles para mejorar la formulación y la implementación de políticas de salud. En efecto, el *armamentario* analítico y gerencial se ha visto enriquecido por diversos enfoques innovadores. Si bien muchos de ellos requieren ajustes y algunos otros aún deben desarrollarse, es mucho lo que el tomador de decisiones puede hacer hoy en día. Por supuesto, sería ingenuo suponer que los tomadores de decisiones basarán siempre sus acciones en la evidencia objetiva que deriva de la aplicación de instrumentos analíticos. Con frecuencia, dicha evidencia ni siquiera se encuentra disponible. Pero aun cuando sí lo esté, el tomador de decisiones, especialmente en el sector público, debe sopesar las recomendaciones técnicas contra la viabilidad política de adoptar el curso de acción deseado.

Si bien resulta claro que la toma de decisiones se basa en muchas otras fuerzas además de la información, también es cierto que la evidencia bien fundamentada puede guiar a aquellos que tienen el poder de decisión hacia un mejor curso de acción. Como mínimo, los instrumentos efectivos ponen límites a la discrecionalidad de los tomadores de decisiones. Pero tales instrumentos pueden también facultar al tomador de decisiones, quien podrá combatir mejor los intereses creados que se oponen a una decisión

inteligente. Él o ella tendrán entonces una mejor disposición a asumir los riesgos de la innovación (Frenk, 1995).

Esta es la razón por la que no se puede subestimar el valor de los buenos instrumentos de análisis y de gerencia para orientar la reforma del sistema de salud. Por lo tanto, su desarrollo debe convertirse en una prioridad. Antes de centrar nuestra atención de manera específica en los instrumentos disponibles para la implementación del pluralismo estructurado, resultará útil considerar que éstos forman parte de un *armamentario* más amplio, que incluye las siguientes categorías:

1. *Instrumentos de promoción.* Éstos hacen posible la vinculación de la agenda de salud con asuntos más amplios de la política económica y social (por ejemplo, análisis de las aportaciones de la salud a la formación de capital humano y al crecimiento económico).

2. *Instrumentos de diagnóstico.* Ayudan a identificar y cuantificar los principales retos que enfrenta el formulador de políticas en dos terrenos: a) las condiciones de salud de la población (*p.ej.*, análisis del peso de la enfermedad) y b) la respuesta de las instituciones (*p.ej.*, análisis organizacional, medición del desempeño, mapeo político).

3. *Instrumentos para la identificación de opciones.* Facilitan el diseño y la elección de cursos alternativos de acción para mejorar el sistema de salud (*p.ej.*, análisis de costo-efectividad de las intervenciones, evaluación tecnológica, análisis comparativo de reformas previas).

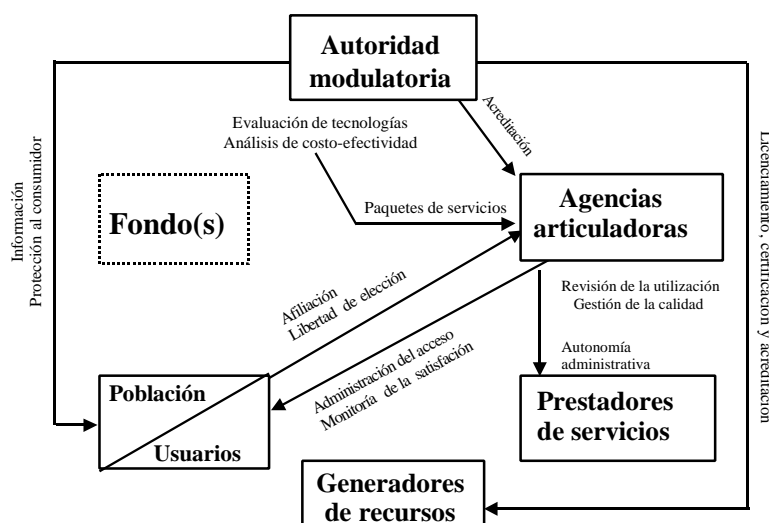
4. *Instrumentos para la implementación de soluciones.* Como se definió antes, nuestro análisis se centrará en aquellos instrumentos que puedan ayudar a alentar la adopción práctica de reformas.

Hasta ahora, la mayor parte de los instrumentos para la implementación de soluciones se han enfocado en el lado de la oferta (los proveedores), y han ignorado la parte de la demanda de la atención a la salud (la población). Un problema adicional es que los instrumentos relacionados con la oferta no han sido sensibles al desempeño. Los instrumentos convencionales incluyen presupuestos históricos, regulaciones, planes de inversión y diversas técnicas de programación. Es necesario desarrollar y utilizar instrumentos que, basados en el desempeño, generen los incentivos adecuados para la parte de la oferta. También es necesario actuar sobre la demanda, de forma que se incorpore el tipo de perspectiva integral por la que pugna el pluralismo estructurado.

En un esfuerzo por promover sistemáticamente esta perspectiva, las figuras 6a y 6b muestran los principales instrumentos disponibles para implantar las iniciativas de reforma basadas en el pluralismo estructurado. Los instrumentos están organizados de acuerdo con nuestro análisis conceptual previo, es decir, tomando en consideración tanto a la población como a las instituciones que desempeñan las diversas funciones. Si bien los títulos de la mayoría de los instrumentos que se muestran en las figuras 6a y 6b se explican por sí mismos, con frecuencia se da una intensa discusión relacionada con las diferentes variantes de cada uno de ellos. Sin embargo, la revisión de dicha discusión rebasa los propósitos de este artículo.

Figura 6a
Principales instrumentos financieros
para la implementación de la reforma del sistema de salud

Figura 6b
Principales instrumentos organizativos
para la implementación de la reforma del sistema de salud

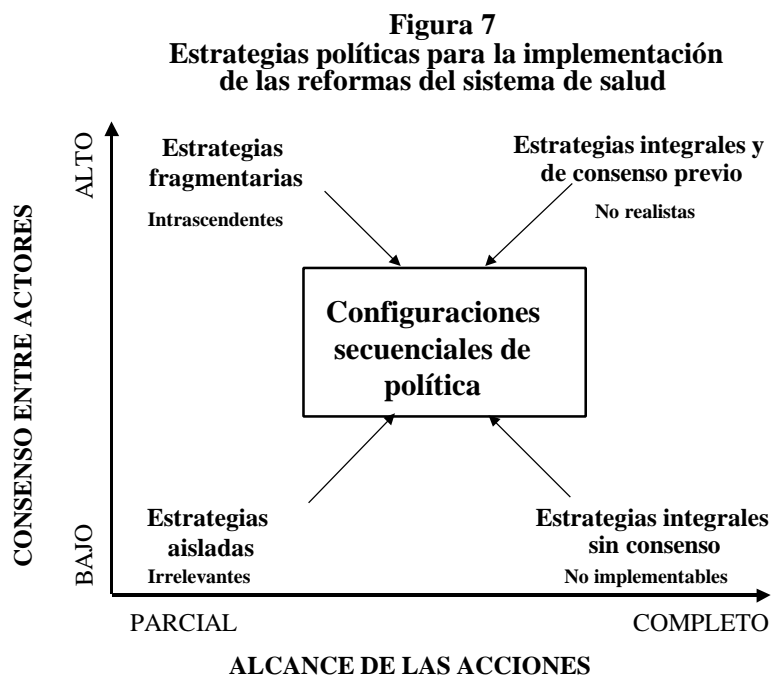


El propósito fundamental de las figuras 6a y 6b es ilustrar la noción de que existe un número creciente de medios técnicos para llevar a la práctica los principios del pluralismo estructurado. Esta dimensión técnica requiere de estrategias políticas como un complemento necesario para incrementar la viabilidad de la reforma.

Dimensión política: estrategias para la viabilidad

Como se ha visto a lo largo de este artículo, los principales problemas de la atención a la salud en América Latina son sistémicos. Los sistemas tienen diversos componentes, los cuales pueden modificarse con intervenciones de política mediante el uso de los instrumentos mencionados en la sección previa. Hay toda una variedad de actores específicos que participan en el diseño y la ejecución de tales intervenciones. La clave para el éxito de cualquier proceso de reforma radica en armonizar de manera efectiva los instrumentos de intervención con los actores que hacen posible su aplicación.

En el largo plazo, las reformas funcionarán si se utilizan los instrumentos necesarios de manera consistente, y si éstos son aceptados por todos los actores en el sistema. Sin embargo, los tomadores de decisiones usualmente se enfrentan a serias limitaciones en términos de tiempo disponible y capacidad para coordinar. Por lo tanto, el diseño de la estrategia política puede ser más o menos ambicioso dependiendo de la combinación de acciones y actores. La figura 7 presenta las posibles estrategias políticas mediante la conjunción de dos dimensiones analíticas. Una de las dimensiones representa el alcance de las acciones, que puede ir desde cambios parciales hasta reformas completas. La otra dimensión califica el grado de consenso sobre las propuestas de reforma. Cada una de las combinaciones resultantes conduce a determinados problemas.



La mayor tentación para confrontar un problema sistémico es intentar generar un conjunto completo de intervenciones de política. Con frecuencia las autoridades, activas y ambiciosas, quieren lograr todo durante el tiempo limitado en el que están en funciones. La decisión de buscar un alcance total en las acciones de política puede, a su vez, combinarse con diferentes grados de consenso entre los actores. En ocasiones lo que se busca es involucrar a la sociedad en su conjunto, particularmente en las sociedades con

una fuerte tradición parlamentaria. En cambio, las sociedades con una tradición más ejecutiva adoptan por lo general políticas integrales sin invertir tanto esfuerzo en la búsqueda de consenso. De manera alternativa, las autoridades pueden centrar su atención en un conjunto más reducido de intervenciones de política, y al hacerlo pueden buscar un mayor o menor consenso entre los actores.

En los últimos años, el continente americano ha tenido diferentes experiencias en relación con diversas estrategias de reforma. En general, las cuatro alternativas extremas que se muestran en la figura 8 presentan importantes limitaciones. La propuesta de reforma de la Administración Clinton es un buen ejemplo de una estrategia basada en un conjunto integral de acciones con el afán de obtener un amplio consenso entre los principales actores en el sistema de salud y en el Congreso. De hecho, cuando todas las partes interesadas pueden expresar abiertamente sus posiciones, resulta más fácil obtener un consenso negativo (sobre lo que no quieren) que uno positivo (Starr, 1994). Por lo tanto, las estrategias integrales y totalmente consensuales corren el riesgo de ser **poco realistas**.

En contraste, la mayor parte de las iniciativas en el continente pueden quedar clasificadas en el cuadrante opuesto. Las propuestas se han centrado en proyectos particulares (un programa vertical, un hospital, una especialidad o una región), sin que exista una necesidad real de consenso. Desde el punto de vista de una reforma sistémica, esta estrategia resulta **irrelevante**.

Las estrategias mixtas son cada vez más frecuentes. Una de ellas privilegia la búsqueda de un elevado consenso aunque ello implique que el alcance de las acciones sea limitado. Cerca de una docena de países en el continente han establecido consejos nacionales de salud como mecanismos para la generación de consenso. Por lo general, el consenso se alcanza cuando se trata de principios básicos (como la universalidad y la solidaridad), pero la obtención de un acuerdo común sobre acciones específicas ha resultado mucho más difícil, ya que aquellos que se ven afectados por una decisión tienen la posibilidad real de bloquear una adopción integral de los cambios. Por lo tanto, muchas de las propuestas que derivan de esta estrategia se vuelven **intrascendentes**.

Por último, también hay situaciones en las que las autoridades intentan aplicar propuestas integrales sin tener un consenso. En forma típica, este ha sido un enfoque tecnocrático, con frecuencia asociado con el liderazgo de un agente externo al sector salud. Varios dictadores en el continente intentaron esta estrategia. Aun cuando las decisiones se tomen, el resultado más común es que las propuestas se mantengan en el nivel de decretos y no sean implementables.

Como puede apreciarse, todas las estrategias extremas presentan serios problemas para la toma de decisiones o para su aplicación. Por lo tanto, son limitadas en cuanto a su capacidad de emprender reformas sistémicas. Al igual que con los modelos de los sistemas de salud examinados antes, los enfoques más equilibrados suelen tener mejores resultados. Los procesos de cambio requieren un consenso en relación con la orientación fundamental y los principios de reforma. Una vez que se alcanza dicho consenso, las autoridades deberán tener un mayor grado de libertad para actuar sobre la aplicación concreta de los lineamientos generales. Más que buscar un consenso total desde un principio o tratar de ejecutar simultáneamente todas las acciones que requiere una reforma sistémica, parecería que las probabilidades de éxito se incrementan en la medida en que se adopten estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema. A su vez, la eficacia de esta estrategia dependerá de la obtención del doble consenso de los beneficiarios y los tomadores de decisiones, de forma que el proceso de cambio pueda contar con el apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes, y las decisiones iniciales puedan inducir mayores cambios para profundizar los alcances de la reforma.

Con el fin de evitar que el combate sistémico contra las fallas de la atención a la salud conduzca a estrategias que no son técnica o políticamente viables, los procesos de reforma más exitosos han identificado configuraciones secuenciales de intervenciones de política con un alto grado de calidad técnica y coherencia interna, que son aplicadas en forma progresiva. La combinación de instrumentos técnicos sólidos con estrategias políticas viables ofrece las mayores probabilidades de éxito en el esfuerzo de reforma.

Conclusiones

Las condiciones actuales de salud en América Latina y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro apuntan todas en una dirección muy clara: la necesidad de una reforma cabal. En este esfuerzo, será importante preservar los elementos de progreso obtenidos en la última mitad de siglo. Al mismo tiempo, será necesario identificar y superar los obstáculos que se oponen a un mayor avance.

La reforma debe ser guiada por un enfoque sistémico que incorpore a las poblaciones e instituciones. De esta forma, estará en mejor posición para abordar el doble reto al que se enfrentan los sistemas de salud en América Latina, a saber, eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones emergentes.

Los arreglos actuales han dado pruebas de ser incapaces de resolver ese doble reto de forma que se fomente la equidad, la calidad y la eficiencia. Por lo tanto, hemos propuesto un nuevo modelo de pluralismo estructurado. Se trata de un enfoque pragmático y “centrista” que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses legítimos de todos los actores. Este modelo busca una integración horizontal progresiva de las poblaciones heterogéneas en un sistema pluralista organizado por funciones. El modelo propone innovaciones específicas para cada una de estas funciones. La modulación se convierte en la responsabilidad pública medular, centrada en el desarrollo de reglas del juego justas. El financiamiento se vuelve la misión central de una seguridad social renovada que se encuentra mejor adaptada a las nuevas condiciones económicas, sociales y políticas de América Latina. La articulación se convierte en una oportunidad para el mejoramiento creativo basado en instrumentos simples para mediar las transacciones. La prestación de servicios pasa a ser un espacio para introducir el pluralismo con los incentivos correctos.

Así, nuestra propuesta se aleja de la actual integración vertical de las funciones en una sola organización y de los conflictos de intereses resultantes. Sin embargo, no proponemos una adopción automática de la noción simple de separación entre financiamiento y prestación, tan común en el debate sobre la reforma. En el pluralismo estructurado, la separación de funciones va más allá de una prescripción simplista e incluye diversas modalidades. Primero, la modulación es diferenciada del financiamiento y la prestación, lo que evita los conflictos de intereses en los ministerios de salud, tradicionalmente integrados de manera vertical. Segundo, existe una distinción entre la compra y la producción de servicios, misma que abre la posibilidad de introducir organizaciones innovadoras para la articulación de los servicios de salud. Tercero, mientras que la separación entre financiamiento y prestación se mantiene en el nivel del sistema de salud, las OASS específicas pueden desarrollar diversas formas para combinar las funciones de aseguramiento con la participación directa en el mercado de servicios de salud.

El aprendizaje cuidadoso de las experiencias en otras partes del mundo puede ayudar a los países latinoamericanos a dar un salto para desarrollar efectivamente el pluralismo estructurado. Resultaría improductivo limitarse a copiar modelos como los contratos públicos europeos, la autonomía de los proveedores canadienses o la competencia gerenciada norteamericana. Todas éstas han probado ser estrategias válidas para sus circunstancias respectivas. El modelo de pluralismo estructurado aprende las lecciones derivadas de esas experiencias, incorporando sus elementos positivos y corrigiendo sus deficiencias, pero sobre todo adaptándose a la situación particular de América Latina. Es claro que cada país tendrá que llevar este proceso de aprendizaje y adaptación a sus propias circunstancias.

En la búsqueda de esta especificidad, destacan varias conclusiones que pueden servir de guías potenciales para hacer avanzar las iniciativas de reforma:

1. El fortalecimiento institucional es una condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones en el sistema de salud.

2. Sin cambios fundamentales en la configuración y la operación de las instituciones, la descentralización simplemente multiplicará las estructuras burocráticas y las prácticas ineficientes. Por lo tanto, las estrategias de descentralización deben reconsiderarse a la luz de un marco pluralista como el que propone este artículo.

3. Al intentar introducir instrumentos para una administración eficiente, los mecanismos de incentivos globales (como el esquema de capitación utilizado en Colombia) parecen ser más efectivos y más

fáciles de aplicarse que los instrumentos que requieren una micro-administración detallada (como la variante de los Grupos Relacionados por Diagnóstico, adoptada en Brasil).

4. El desarrollo de formas de modulación no burocráticas y el fomento de las OASS surgen como dos estrategias fundamentales para el trabajo futuro en la reforma del sistema de salud.

5. A final de cuentas, las reformas deben alcanzar un nuevo equilibrio entre los actores del sistema de salud, que corrija las múltiples formas en que la soberanía de los consumidores ha sido limitada.

Vivimos tiempos de exploración y renovación. La discusión abierta de las ideas y las experiencias se traduce en nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud. Al confrontar los riesgos de la innovación, las sociedades latinoamericanas serán también capaces de inventar un mejor futuro para sí mismas.

Referencias

- Altimir, O. 1996. *Economic Development and Social Equity: A Latin American Perspective*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Ashton, J. y Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Buckingham, Reino Unido: Open University Press.
- Bobadilla, J.L., Frenk, J., Lozano, R., Frejka, T. y Stern, C. 1993. "The Epidemiologic Transition and Health Priorities" . En: Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R. y Bobadilla, J.L., editores. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 51-63. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press for the World Bank.
- Chernichovsky, D. 1995. "Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm". *Milbank Quarterly*. 73:339-372.
- Deininger, K. y Squire, L. 1996. *Measuring Income Inequality: A New Data Base*. Washington, D.C., Estados Unidos: Banco Mundial.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman A. 1995. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Enthoven, A. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North Holland.
- Frenk, J. 1993. "The New Public Health". *Annual Review of Public Health*. 14:469-489.
- Frenk, J. 1994. "Dimensions of Health System Reform". *Health Policy*. 27:19-34.
- Frenk, J. 1995. "Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform". *Health Policy*. 32:257-277.
- Frenk, J., Bobadilla, J.L. y Lozano, R. 1996. "The Epidemiologic Transition in Latin America". En: Timaeus, Y., Chackiel, J. y Ruzicka, L., editores. *Adult Mortality in Latin America*. 123-139. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Frenk, J., Lozano, R. y González-Block, M.A., et al. 1994. *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Fuenzalida-Puelma, H.L. y Scholle-Connor, S., editores. 1989. *The Right to Health in the Americas: A Comparative Constitutional Study*. Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana para la Salud.
- Goindaraj, R., Murray, C.J.L. y Chellaraj, G. 1994. *Health Expenditures in Latin America*. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos.
- González-Block, M.A. 1988. *El traslape de la demanda en el sistema nacional de salud de México: Limitaciones a la integración sectorial*. 30:804-814. Salud Pública de México.
- Hirschman, A.O. 1970. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Inter-American Development Bank. 1996. Special Section on "Making Social Services Work". *Economic and Social Progress in Latin America: 1996 Report*. Washington, D.C., Estados Unidos: Johns Hopkins University for the Inter-American Development Bank.

Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R. y Bobadilla, J.L., editores. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press for the World Bank.

Londoño, J.L. 1995a. *Poverty, inequality and democracy in Latin America*. Documento presentado en la Primera Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Río de Janeiro, Brasil.

Londoño, J.L. 1995b. *La estructuración social hacia el nuevo siglo y el rol del Estado*. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos.

Londoño, J.L. y Moser, C. 1996. *Violencia urbana en América Latina*. Documento presentado en la Segunda Conferencia Anual del Banco Mundial sobre Economía del Desarrollo en América Latina, Bogotá, Colombia.

Morley, S. 1995. *Poverty and Inequality in Latin America*. Baltimore, Maryland, Estados Unidos: The Johns Hopkins University Press.

Murray, C. y Lozano, R. 1996. *The Burden of Disease in Latin America*. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos.

Musgrove, P. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. World Bank Discussion Paper No. 339. Washington, D.C., Estados Unidos: The World Bank.

North DC. 1990. *Institutions and Institutional Development*. Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos: Cambridge University Press.

Organización Panamericana para la Salud. 1994. *Health Conditions in the Americas*. Washington, D.C., Estados Unidos: OPS.

Roemer, M.I. 1991. *National Health Systems of the World, Volume 1: The Countries*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.

Schmitter, P.C. 1979. "Still the Century of Corporatism?" En: Schmitter, P.C. y Lehmbruch, G., editores. *Trends Toward Corporatist Intermediation*. Beverly Hills, California, Estados Unidos y Londres, Reino Unido: SAGE Publications: 7-52.

Starr, P. 1994. *The Logic of Health Care Reform*. Nueva York, Estados Unidos: Whittle Books.