

# Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud<sup>1</sup>

---

Celia Almeida<sup>2</sup>

## Resumen

*Este texto discute la agenda de la reforma del Estado, evaluando sus ejes centrales y dificultades de implementación: Identifica las traducciones que adquiere en los modelos que han sido implementados en el área de salud y analiza las reformas de algunos*

## Palabras clave:

Reforma del Estado. Reforma Sanitaria. Modelos de reforma de salud. América Latina.

## Key words:

State reform and Health sector reform; Models of health sector reform; Latin America.

1. Este texto es una versión ligeramente acotada y reestructurada del artículo "Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança", publicado en la Revista de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva ABRASCO, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 4, número 2, 1999.

2. MD, MPH, PhD, investigadora y docente del Departamento de Administración y Planificación en Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

## Introducción

Este texto pretende discutir la agenda de la reforma del Estado con el objeto de evaluar sus ejes centrales y dificultades de implementación: identificar las adaptaciones que adquiere en los modelos que se han implementado en el área de salud y analizar sus resultados en algunos países. Se señalarán, además, las perspectivas que se perfilan como tendencias de reforma en los países de Latinoamérica, en relación con las experiencias internacionales.

La premisa central es que a partir de los años 80, en todo el mundo, los diferentes países se comprometieron en un profundo proceso de reformas, pautadas por el recurso a la tecnología institucional defendida por la perspectiva neoliberal, hegemónica en

países centrales (EE.UU. y Reino Unido) por ser paradigmáticos para la difusión de ideas y propuestas. Señala también las perspectivas que se diseñan como tendencias de la reforma sectorial en América Latina, en relación con la experiencia internacional, discutiendo aquella que se caracteriza como más cercana al modelo teórico de la competencia administrada, la reforma del sistema de seguridad social en Colombia y la que es identificada como opuesta a ese modelo, la "reforma sanitaria" de Brasil. Discute también los mecanismos reformadores propuestos en términos de eficiencia y eficacia y de la capacidad reguladora del Estado. Se concluye que la idea de separación de funciones de financiamiento y ejecución ha prosperado, mientras la introducción de mecanismos de competencia en la asignación de recursos financieros ha sido objeto de diferentes críticas. Los países latinoamericanos y la periferia en general, han sido más radicales en sus procesos de reforma que los centrales, incluso partiendo de condiciones muy precarias y estando sometidos a limitaciones financieras e importante subfinanciamiento sectorial. Se señala, como tendencia en América Latina, las posibilidades de desarticulación de los sistemas anteriores, sin garantía de mejoras sustantivas en la cobertura y en la equidad, sea por la radicalidad del proceso, sea por el alto grado de experimentación con que las reformas están siendo implementadas.

## Abstract

*This text discusses the agenda for reform of the State, assessing the central themes and the difficulties facing implementation; it identifies the forms it takes in models being implemented in the area of health care and analyzes some central countries' reforms (USA and United Kingdom), as paradigmatic models for diffusion of ideas and proposals. It also points to approaches emerging as trends in proposals for health sector reform in Latin America, VIS A VIS the international experience, discussing the reform that has been the most close to the theoretical model of the managed competition, the Colombian health sector reform, and the Brazilian "REFORMA SANITARIA" as the most different one. It discusses also the health sector reform mechanisms in terms of efficiency and effectivity and regulatory capacity of the State. It concludes that the idea of split between financing and provision functions has been flourished, and that introducing competition mechanisms into resource allocation has been hardly criticized. Although beginning from far more precarious conditions, Latin American reforms have been more radical and*

ese momento. Así, la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables se centró en los esfuerzos para disminuir el tamaño del sector público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales, y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a presiones políticas. Esto significó la disminución de las actividades tradicionalmente asignadas al sector público, limitando su actuación a aquellas acciones que le son "propias"; con la expectativa de, por ese camino, aumentar su eficiencia.

La elaboración de esas propuestas de reforma centró su crítica en la lado de la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en aquellos vinculados a la protección social, es decir, al cuestionamiento del Estado "proveedor" o del Estado de Bienestar keynesiano. Las premisas centrales que fundamentaron esa perspectiva se refieren, por un lado, a la sobrecarga estatal frente a las demandas exacerbadas por la crisis económica y la presión de los grupos de interés, derivando de allí la evaluación de los efectos dañosos para las economías nacionales de una excesiva intervención del Estado en los negocios privados, y de los altos impuestos necesarios para sustentar la política social. Por otro lado se subrayaba que, en términos generales, las decisiones del Estado reflejan las preferencias de políticos y burócratas, movidos fundamentalmente por objetivos particulares, orientados a la obtención o mantenimiento del poder. Muchos de los enfoques que han resultado privilegiados por ese camino, derivan de la perspectiva institucionalista de la elección racional y algunos de los conceptos clave están centrados en la relación "principal agente" y en los problemas derivados de los costos de transacción de las negociaciones económicas y políticas (Kaufman, 1995; Przeworski, 1995).

Aunque el empeño para hacer que

*accompanied by extreme financial constraints, with substantial under-funding of the sector. One trend in the region is towards the increasing likelihood of previous systems being dismantled with no guarantee of substantive improvements in coverage or equity, either because of the radicalism of the processes, or because of the high degree of experimentation with which reforms are being implemented.*

el Estado funcione mejor no sea nuevo en la historia moderna, nunca un movimiento de reforma tuvo una agenda tan homogénea, fue tan amplio y se difundió con tanta rapidez. En una visión optimista, ese proceso busca nuevas formas de asegurar la *res pública*, es decir, el uso del Estado para promover el interés público.

En esa perspectiva, la onda generalizada de reformas contemporáneas toma, según Kettl (1996), características de una “revolución global” (de ideas y de políticas). Su novedad no está solamente en la generalización a nivel mundial de una misma agenda de reforma, sino también en el foco central puesto en el “gerencialismo”; alegando que las estructuras burocráticas jerárquicas tradicionales, con sus procedimientos normativos y rigidez inherentes, son perjudiciales a los intereses públicos, ineficientes e inefectivas. Los reformistas construyen su “revolución” sobre la afirmación de la erosión de las teorías de la autoridad jerárquica burocrática, que fueron la base de sustentación del gerenciamiento del Estado moderno por más de un siglo. Parten del presupuesto que, como cualquier monopolio, las agencias estatales son inherentemente ineficientes, tienden a crecer indefinidamente, y tienen como resultado un mal desempeño. El foco de atención se traslada desde las actividades o “productos” de las agencias gubernamentales (*output*) para los resultados de esas actividades (*outcomes*) (Kettl, 1996: 38-41).

A despecho de esa apelación y dinámica universales, dos dilemas permanecen en el centro del debate: el primero se refiere la construcción de administraciones gubernamentales que funcionen mejor y con menos recursos (es decir, más eficientes), el segundo se vincula a cuáles serían las funciones propias del Estado, o sea, se refiere a una necesaria “refundación” de las responsabilidades estatales con la respectiva reestructuración organizativa.

Es necesario separar, sin embargo, dos momentos distintos de ese proce-

so reformador: el primero es la época de la hegemonía neoliberal de los años 80, donde el discurso ideológico predicaba la quiebra del *welfare state* y donde predominaban las políticas centradas en la contención de costos y control de gastos, que intentaban restar consideración a la cuestión social a través del estrés fiscal (France, 1993), del subfinanciamiento y de la exaltación del individuo en oposición a su “dilución” en el colectivo; y el segundo período, más reciente, cuando se formulan propuestas de reforma, analítica y técnicamente fundamentadas, con la intención de retirar la responsabilidad *única* del Estado de alguna de las actividades que hasta ese momento habían conformado la red de seguridad social construida bajo la perspectiva keynesiana.

Los modelos de reforma que emergen en los años 90 suavizan el discurso ideológico, exacerbado en los 80, partiendo incluso de la crítica de las propuestas neoliberales, sin por ello significar un retorno a las premisas del Estado Providencia anterior. En realidad las reformas en curso intentan hacerse cargo de los “nuevos” problemas que fueron maximizados por las políticas restrictivas de la década anterior, recuperando, bajo nuevas bases, la perspectiva del Estado minimalista. Las principales características de esa agenda son la centralidad de la perspectiva económica, la difusión de las mismas premisas para todos los sectores y el desplazamiento del foco para la operacionalización de las políticas, retirándolo de los principios que dan base a su formulación.

En América Latina y el Caribe los ajustes macroeconómicos de los años 80 indujeron efectos graves y perturbadores de largo plazo en la estructura y financiamiento del sector público. Además los reformadores dedicaron poca atención a la reestructuración administrativa y nada hicieron contra el deterioro de los recursos del sector público (Fanelli, Frenkel y Rozenwurcel, 1992: 48). Por consiguiente la cuestión central de la agenda pública para

la región en los años 90 fue cómo reconstruir la capacidad del Estado, al mismo tiempo que se lo reestructura (Fiori, 1993), para implementar las políticas de reforma necesarias para enfrentar los problemas exacerbados desde la última década. Se sobreponen en ese proceso, las dos problemáticas —construcción y reestructuración— que, más allá de las dificultades inherentes, requieren también un aumento de la inversión.

La agenda de las reformas institucionales para América Latina ha sido fuertemente influenciada por cinco amplios temas, que recorren el mundo hace más de una década, desarrollados por el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales que participan en ese proceso (Kaufman, 1995:5):

1. la centralización y el aislamiento político del control de la política macroeconómica, particularmente en lo que concierne a las decisiones referidas al gasto público y la política monetaria, con subordinación de las políticas sociales a esos dictámenes;
2. la descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales;
3. la introducción de competencia entre proveedores de bienes y servicios (públicos y privados) como forma de aumentar la eficiencia y, supelementalmente, la calidad;
4. la delegación de funciones reguladoras a agencias independientes, encargadas de monitorear los proveedores de servicios y de manejar las externalidades asociadas a la privatización, flexibilización, desregulación y otras reformas orientadas al mercado; y
5. la creación de un número limitado de funcionarios públicos “esenciales”, más capaces, con considerable poder operacional, que serían reclutados a través de criterios meritocráticos y evaluados según específicos estándares de desempeño.

Asumo en ese punto la pregunta formulada por Kaufman (1995): ¿bajo qué condiciones tales reformas institu-

cionales pueden ser implementadas y cuál es la posibilidad de alcanzar los resultados esperados?

En la primera parte de este artículo se analiza la agenda hegemónica de la reforma administrativa del Estado, con especial énfasis en la línea de reforma orientada hacia el mercado. En la segunda se hace un balance de la agenda reformadora del sector salud, y las adaptaciones que adquiere en los modelos paradigmáticos implementados en algunos países centrales (EE.UU. y Reino Unido). En la tercera, se discute críticamente la incorporación de esas tendencias al proceso de reforma sectorial en América Latina, y se discuten dos procesos distintos de reforma, Colombia y Brasil.

Se concluye que la idea de separación de funciones de financiamiento y ejecución ha prosperado en las reformas sectoriales de los países europeos, en tanto la introducción de mecanismos competitivos en la asignación de recursos financieros ha sido objeto de diferentes críticas, sobre todo en los países europeos, dado que puede no conducir a la obtención de mayor eficiencia, efectividad o mejora de la calidad, como se alega, además de que supone una gran capacidad reguladora por parte del Estado y puede exacerbar las desigualdades sectoriales. Aun partiendo de condiciones mucho más precarias, las reformas latinoamericanas han incorporado la misma agenda y han sido más radicales y consecuentes con limitaciones financieras extremas, con importante subfinanciamiento sectorial. Aunque considerada peculiar y formulada a partir de la dinámica política de la transición democrática, la reforma sanitaria brasileña también se ajustó a la agenda internacional. Se apunta como tendencia general en la región mayores posibilidades de desarticulación de los sistemas anteriores, sin garantía de mejoras sustantivas en la cobertura y en la equidad, en razón del alto grado de experimentación con que están siendo implementadas estas reformas.

## La agenda de reforma del Estado

Pese a la “revolución gerencial” que recorre el mundo, es difícil evaluar sus resultados y más problemático aún prescribir qué funciona mejor, en parte por el poco tiempo de implementación de las reformas, pero principalmente porque el mismo entusiasmo con que la agenda ha sido asumida políticamente e implementada no ha estado acompañado de un esfuerzo equivalente para diseñar su operacionalización, su monitoreo y evaluación. Por otro lado, aunque muchas de las ideas que la fundamentaron sean bastante atractivas en el papel, frecuentemente la implementación de los nuevos modelos ha suscitado grandes problemas, muchas veces no esperados por los formuladores, tanto por el pragmatismo de las reformas como por la colisión que provocan con las prácticas existentes. Veamos los principales cambios en el actual enfoque reformador y algunas de las cuestiones cruciales a enfrentar.

Algunos consensos son evidentes, conformando la llamada línea de “reforma orientada hacia el mercado”, que propone:

- 1) flexibilidad gerencial, promovida a través de diferentes formas, pero centrada fundamentalmente en la quiebra de los monopolios estatales y la disminución del cuadro de funcionarios públicos;

- 2) remoción de las “barreras burocráticas”, privilegiando la idea de “gerenciamiento de calidad total” en oposición al “control burocrático jerarquizado”;

- 3) atención de las demandas del “consumidor”, en oposición a las “conveniencias de burócratas y políticos”;

- 4) introducción de mecanismos de competencia de mercado como “verdaderos” incentivos para alcanzar mayor eficiencia;

- 5) foco en la evaluación de desempeño;

- 6) inversiones en nuevas tecnologías de información.

Esos elementos han integrado los nuevos modelos de reforma en diferentes países, concebidos de manera profundamente pragmática, constituyendo el llamado “nuevo gerenciamiento público” (*new public management*). Se dedica energía sustantiva a la definición de los instrumentos adecuados para implementarlo, invirtiéndose pesadamente, desde mediados de los 80, en el desarrollo de métodos y medidas de desempeño y de resultados de los sistemas de servicios, en la perspectiva de evaluar la atención de la demanda del consumidor. Dado que los servicios deben estar “orientados hacia el consumidor” (que, a su vez, debe tener suficiente información para hacer elecciones “inteligentes”, léase, conscientes en relación a sus costos), la evaluación del desempeño de los gerentes y servicios, como guía para las decisiones políticas, pasa a ser el fundamento sobre el cual se construyen los modelos de reforma, y el principal problema técnico a ser solucionado.

En lo que concierne a la primera parte de esa ecuación, la evaluación del desempeño, ello supone enfrentar el primer desafío: la complejidad que envuelve la creación de un sistema de evaluación de desempeño es sustancial. Hay aquí también un falso dilema, como recuerda Kettl (1996): se debe trabajar sobre una serie de etapas, involucrando la medición, ya sea los “productos” (*outputs*) ya los resultados (*outcomes*) y aunque la evaluación del desempeño camina inexorablemente hacia lo segundo, que es un tema extremadamente crítico, incluye muchos factores que no están bajo el control de las agencias, lo que apunta a la evaluación de lo que las agencias pueden controlar, es decir, sus “productos”. En suma, debido a las dificultades inherentes a las sofisticadas evaluaciones de resultados, la evaluación de la satisfacción del consumidor ha funcionado como *proxy* de evaluación de desempeño.

Llegamos así a la segunda parte de la cuestión —focalizar los servicios

en el consumidor— que es un elemento crucial en la transformación gerencial orientada hacia el mercado. La lógica subyacente es la de quebrar el monopolio estatal, que limita la libre elección del ciudadano. De manera general, se defiende que no es la privatización *per se* la que introduce la eficiencia, pero sí la competencia por los consumidores, que proporciona los incentivos adecuados a los prestadores para funcionar mejor, ya sean públicos o privados. Obviamente, se presume que el consumidor esté claramente identificado, cuando en realidad se constatan diferentes enfoques para el consumidor en las propuestas de reforma que, a su vez, presuponen diferentes perspectivas de formulación de políticas y de gerenciamiento y encubren diferentes conflictos, presentes en cada estrategia (Kettl, 1996: 51-2): el “consumidor” como quien recibe los servicios (cliente/usuario/contribuyente/ciudadano), y racionalmente desea pagar menos y recibir más; el “consumidor” como el gerente, la autoridad o agencia que compra servicios en nombre del paciente (como en la propuesta de separación entre financiamiento y provisión), sometido al estrés fiscal, a la contención y a los cortes presupuestarios; el “consumidor” como liderazgos electivos, que actúan como “supervisores” del desempeño gubernamental y de los *policy makers*, respaldados por los votos del electorado.

En síntesis, a despecho del gran entusiasmo por la evaluación del desempeño y por la satisfacción del consumidor esta perspectiva crea tensiones, pues al mismo tiempo que estrecha las relaciones entre burócratas, políticos, *policy makers* y ciudadanos, puede subordinar las relaciones legales, políticas y normativas “a las exigencias del consumidor” que, independientemente de la concepción en que se base, no siempre significa mejores resultados. De cualquier forma, los autores alertan hacia la complejidad de las relaciones inherentes a estos cambios y,

principalmente, hacia las dificultades operativas que suscitan.

## La agenda reformadora en salud y sus modelos: un balance

En el área de la salud ese proceso se ha traducido en la formulación de una agenda post *welfare state* también para el sector salud, bastante sintonizada con el amplio movimiento mundial de reforma del Estado, provocando un cambio significativo en la arena política sectorial y cuestionando fuertemente la forma como hasta ese momento los sistemas de salud venían siendo organizados y desempeñaban sus funciones (Almeida, 1995). En ese proceso, la permanencia de la atención médica entre los beneficios que componen la red de seguridad de la política social ha sido cuestionada (Almeida, 1996 a y b; 1997).

En términos bastante sintéticos, puede decirse que dos ejes centrales han orientado las perspectivas reformistas sectoriales: la contención de los costos de la atención médica, traducida en la búsqueda de mayor eficiencia, y la reestructuración del *mix* público-privado, a partir de la descentralización de actividades y responsabilidades (operacionales y de financiamiento), tanto para los niveles sub-nacionales de gobierno como para el sector privado, y del aumento de la participación financiera del usuario en el pago de los servicios que utiliza (sean públicos o privados).

La faz conservadora de esa agenda de reforma se limita a la cuestión de la atención médica individual, núcleo central de estructuración de los sistemas de salud en este siglo, en todo el mundo, centrado en el desarrollo tecnológico y en el hospital como *locus* privilegiado de distribución de esa tecnología. El objetivo primordial es restringir el gasto en este subsector, que consume gran parte de los recursos en todos los sistemas, reforzar el poder monopsonico de los compradores de

servicios por la vía gerencial y debilitar el poder monopólico de los prestadores (sobre todo médicos), socavando la autonomía técnico profesional. En el plano ideológico, el impulso principal es despolitizar la arena sectorial, privilegiar la actuación de los gerentes, desplazando al médico como principal agente de gasto (inductor de demanda) y rescatar una organización empresaria en los arreglos institucionales que, según se cree, sea más eficiente.

El movimiento de las reformas sanitarias que a partir de los años 80 se generalizó por el mundo, produjo algunos modelos difundidos como nuevos paradigmas para la reestructuración de los sistemas de servicios de salud. Algunos consensos fueron contruidos en ese recorrido y son evidentes también determinadas prácticas que vienen siendo defendidas como estrategias de cambio, entre las cuales destacamos:

1. La introducción de diferentes medidas racionalizadoras de la atención médica, en una tentativa de disminuir el énfasis en el gasto hospitalario y redireccionarlo hacia las prácticas no hospitalarias (atención ambulatoria, atención domiciliaria, privilegiamiento de la atención primaria o de atención básica) y de salud pública (prevención).

2. Separación entre provisión y financiamiento de servicios (o entre compradores y proveedores) con fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado.

3. Construcción de “mercados regulados o gerenciados” con la introducción de mecanismos competitivos (atención gerenciada —*managed care*—, competencia administrada —*managed competition*— mercado interno, competencia pública). Y

4. Utilización de los subsidios e incentivos más diversos (tanto por el lado de la oferta como de la demanda) procurando la reestructuración del *mix* público y privado con la quiebra del “monopolio” estatal.

Esas ideas han sido reinterpretadas

en las propuestas reformadoras de los diferentes países. En Europa, donde los sistemas de salud son mayoritariamente públicos, en general los diferentes países han implementado cambios en la forma de asignación de recursos en el área de atención médica y flexibilizado la gestión, con la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios. El núcleo del cambio es la pérdida del traspaso automático del recurso presupuestario público y su vinculación a la definición del paquete de servicios “necesarios” a ser comprado y al cumplimiento de indicadores de desempeño definidos en contratos. Como consecuencia, la supervivencia de la organización estaría subordinada a su capacidad de atender a la “demanda del consumidor” (en los casos inglés y sueco la autoridad estatal, en el caso de las *Health Maintenance Organizations-HMOs* estadounidenses los empleadores que compran planes de salud para su personal). Esos procesos han resultado en profundas revisiones de los fundamentos básicos que estructuran los sistemas de servicios de salud, en el aumento o fortalecimiento de la intervención reguladora del Estado, en pesados controles para la contención de costos, en general con estabilización o disminución del gasto sanitario total.

En los EE.UU., donde el sistema es mayoritariamente privado, ha significado también aumento de la regulación pública y privada (a través de los *Diagnostic Related Groups —DRGs—*, para el pago de la atención hospitalaria, atención administrada o *managed care* en los seguros privados, competencia administrada o *managed competition* en los sistemas de California y Oregon entre otros) con importante interferencia en la autonomía técnica profesional. Sin embargo, el gasto sanitario continúa subiendo, aunque la velocidad de crecimiento haya disminuido en los últimos años, permaneciendo como el país que ostenta el sistema más caro del mundo y con menor cobertura, en relación a sus “pares” con el mismo nivel de desarrollo.

En síntesis, a pesar de la subyacente falsa polarización entre regulación y competencia, el resultado más evidente de esas reformas, hasta el momento, es un Estado más intervencionista y regulador. Por otro lado, en los países europeos, hasta el momento se preservaron los principios de universalización y los mecanismos originales de financiamiento de los sistemas de servicios de salud, no como revalorización de la solidaridad, sino como una dimensión crucial de la regulación estatal, que aseguraría tanto la contención de costos como los estándares redistributivos mínimos. Los modelos que incorporan la separación de funciones de financiamiento y provisión han prosperado en las diferentes reformas y la introducción de mecanismos competitivos ha sido muy criticada.

Vale la pena hacer una rápida revisión de algunos modelos y procesos de reforma en curso en algunos países seleccionados, actualizando resultados disponibles en la literatura, en la perspectiva de detectar algunos problemas implícitos que pueden impedir el logro de los objetivos y metas que se propone. Revisaremos por lo tanto los dos principales modelos aquí mencionados —la atención gerenciada y la competencia administrada norteamericana y el mercado interno de la reforma inglesa—.

## **Atención gerenciada**

### **(*managed care*)**

### **y competencia administrada**

### **(*managed competition*)**

Existe una cierta controversia sobre la autoría del término “competencia administrada” (*managed competition*) que según algunos habría sido forjado por McNamara, cuando era presidente de la Ford Motor Company, y utilizado para describir la estrategia armamentista del gobierno norteamericano. De una manera general la literatura refiere que el economista Alain Enthoven ha sido el creador de la expresión, en los años 60, cuando trabajaba en el

Departamento de Defensa de los EE.UU., donde habría formulado el modelo de *managed competition*, con el objetivo de analizar el costo-beneficio del sistema bélico de aquel país (Yamin & Dreifuss, 1997; Waitzkin, 1997). Ya en los años 80, utilizó el mismo concepto para designar el modelo de sistema de salud que él proponía. Eso ha sido confirmado por el mismo Enthoven y los antecedentes de esa formulación para el sector salud remontarían al final de los años 70, cuando él preparó como asesor del gobierno un documento para una reunión promovida por la *Federal Trade Commission*, en 1977, en Washington, cuya temática fue discutir la introducción de mecanismos competitivos en los sistemas de salud (Enthoven, 1978 a, b).

A mediados de los 80 el modelo fue reelaborado en una propuesta de reforma del sistema de salud norteamericano. En realidad, en el campo sanitario, la competencia administrada se nutre de la experiencia acumulada con los cambios gerenciales conocidos por el nombre de atención gerenciada, que ha alterado la dinámica y el comportamiento del mercado de seguros privados en los EE.UU., y gana impulso con las propuestas de reforma del sistema de salud norteamericano. Se propone utilizar el instrumental disponible en los mismos esquemas de prepago, para promover la competencia entre compradores y vendedores de servicios, gerenciar precios y administrar costos, al mismo tiempo que ampliar la cobertura para diferentes clientelas, alcanzando mayor eficiencia y equidad (Enthoven, 1978 a y b; 1985; Enthoven y Kronick, 1989).

La atención gerenciada precursora de la competencia administrada tiene un largo recorrido histórico en los EE.UU. Originada en el período entre guerras, a través de iniciativas empresarias, de las cuales la experiencia de Kaiser es la más expresiva, fue reactualizada en los años 70 cuando el gobierno de Nixon institucionalizó el *managed care* como política gubernamen-

tal a través de la *Health Maintenance Organizations Act* (1973). Esa ley fue aprobada como una alternativa política que a un mismo tiempo preservaría la asistencia médica empresaria y posibilitaría la disminución de la tasa de crecimiento del gasto sanitario. Enthoven y su equipo colaboró con la elaboración de la propuesta de las *HMOs*, trabajando conjuntamente con ejecutivos de grandes empresas empleadoras y aseguradoras (Miller & Luft, 1991; Imershein, Rond & Mathis, 1992; Iglehart 1992 a y b; Almeida, 1995).

Mientras tanto, el *managed care* se desarrolló en forma espectacular solo en los años 80, cuando el seguro de salud prepago y el mismo gobierno, presionados por los altos costos de la atención médica y por la persistencia de la inflación sectorial, siempre por encima de la inflación general, institucionalizaron los planes de atención gerenciada como alternativa que produciría mayor posibilidad de control y contención de costos (Almeida, 1996a: 80-1).

La propuesta de competencia administrada en el área de salud recibió gran apoyo del sector empresarial y de las grandes aseguradoras en los EE.UU., como un método potencialmente capaz de reducir los altos costos de cobertura de los seguros privados, mayoritariamente pagados por los empleadores, al mismo tiempo que preservara el "libre mercado" en el sector. (Imershein, Rond & Mathis, 1992; Almeida, 1995, 1996a; Waitzkin, 1997). Se formó una gran coalición de apoyo a la propuesta, con participación de grandes empresarios (empleadores y aseguradoras), habiendo sido incorporada en la primera campaña electoral de Bill Clinton como el modelo a ser utilizado en la creación de un programa nacional de salud.

La atención gerenciada consiste en una reactualización de los planes de salud de prepago, que proponen proporcionar atención médica a grupos específicos a través de la negociación previa de pagos y paquetes asistenciales. Es una forma de administración

de la atención médica dirigida fundamentalmente al control de la utilización de servicios, que comprende tanto el lado de la oferta como el de la demanda, y pretende articular provisión y financiamiento al mismo tiempo que contener costos a través de medidas reguladoras de la relación médico-paciente. Privilegia la atención básica, la “puerta de entrada” a través de la obligatoriedad del paso por un médico generalista, disminuye el acceso a la atención especializada y hospitalaria y controla rígidamente la actuación profesional según parámetros de práctica médica definidos por la empresa, básicamente centrados en los costos de los procedimientos. Siendo así, esa agenda reformadora se vincula bastante bien, por lo menos en tesis, a una serie de otras agendas, tales como el énfasis en la medicina preventiva, en la atención primaria, en la atención extrahospitalaria, además de ser efectiva en el control de costos, exactamente por contener la demanda de procedimientos más caros. De ahí el enorme atractivo que ha ejercido a nivel mundial.

La innovación propuesta por el modelo de competencia administrada (*managed competition*) es introducir la idea de mercado trilateral, compuesto por consumidores (no necesariamente los usuarios de los servicios) planes de salud y *sponsors* (responsables) en contraposición al mercado bilateral (oferta y demanda). Los “responsables” son los “terceros pagadores” definidos como activos agentes colectivos del lado de la demanda, que contratan planes competitivos y continuamente estructuran y ajustan el mercado privado para superar sus tendencias naturales hacia la inequidad y la ineficiencia. Podrían ser (en los EE.UU.) los empleadores, las organizaciones administrativas de servicios de salud (por ej. *HMOs*) las agencias gubernamentales o los gobiernos estatales.

El modelo presupone la habilitación de esos “responsables” en la utilización de la competencia para superar los problemas causados por las estrategias de

lucro de los seguros privados. La creencia es que un sistema privado puede ser modelado y organizado de manera a motivar a los prestadores a procurar eficiencia asignativa y a los consumidores a hacer elecciones conscientes en cuanto al costo, al mismo tiempo que recibir plena atención en sus necesidades (Almeida 1996 a y b; 1997).

En términos operativos, la competencia administrada es una “función de organización del mercado” (*market making function*) que debe ser desempeñada por grandes grupos de compradores de seguros privados (Enthoven 1997: 205). Las organizaciones de atención gerenciada (*managed care*) serían los actores de ese “nuevo” mercado y la competencia administrada (*managed competition*) se refiere a las “reglas de juego” que organizan y determinan su funcionamiento (Enthoven, 1997: 198). En realidad, la concepción del modelo de competencia administrada tiene como premisa contraponer el poder monopólico de los prestadores de asistencia médica (vendedores) con la organización de poderosos compradores monopsónicos que “representan” grandes grupos de pacientes (Hsiao, 1995: 135).

En síntesis, cuatro aspectos son esenciales en la competencia administrada que viene siendo parcialmente implementada en los EE.UU.:

1. Integración de aseguradoras y prestadores de servicios en grandes organizaciones para la venta de planes de salud, con reducción del pago por unidad de servicio y gerenciamiento estricto de la práctica médica, con la finalidad de controlar costos y enfrentar los intereses organizados de médicos y hospitales.

2. Emergencia de grandes organizaciones compradoras de seguros, como “responsables organizacionales” que comprarían como “compradores inteligentes”, tomando decisiones sobre el precio y calidad de los servicios.

3. Uniformización de los beneficios, es decir, provisión de un paquete de cobertura básica, definido por los

decisores, en parte basado en resultados y efectividad de los servicios.

4. Reducción de las deducciones del impuesto a las ganancias (sea de las empresas o de los individuos) para gastos de atención médica que sobrepasen aquellos previstos en el paquete negociado, de manera de inducir la disminución del consumo.

Se argumenta que ese arreglo organizacional posibilitaría agregar la demanda; superar los problemas de asimetría de información; organizar la oferta (concentrando el mercado en situaciones monopsónicas; y desenvolver la conciencia de costos en los usuarios y en los prestadores (Almeida, 1996b: 82-83).

El modelo de competencia administrada ha sido objeto de mucha polémica en los EE.UU. y de hecho hasta el momento no encontró campo fértil para su pleno desarrollo, aunque haya sido la base de formulación de la fracasada reforma sectorial del gobierno Clinton en 1992 y venga siendo implementado en algunos Estados, como California y Oregon (Wiener, 1995).

Sin embargo, las ideas que preconizan tuvieron gran aceptación en las reformas europeas (Almeida, 1995), lo que otorga veracidad a la afirmación de Enthoven (1997: 201) de que, en principio, la atención gerenciada, y por extensión, la competencia administrada puede ser aplicada en modelos de atención que no contengan un sector importante de seguro privado. Esto es evidente en las traducciones europeas del modelo, por ejemplo, el "Mercado interno" (analizado a continuación), cuya vanguardia es inglesa y tiene sus principios ampliamente difundidos y utilizados en innumerables innovaciones gerenciales en las reformas de diferentes sistemas de salud mayoritariamente públicos.

La razón de esta difusión tiene por lo menos dos explicaciones interrelacionadas: la primera es que la propuesta de competencia administrada, además de ser ampliamente compatible con fuertes políticas reguladoras, requiere, para su funcionamiento, gran

capacidad pública de regulación, que es la tónica en los sistemas de salud europeos (Almeida 1995: 169) y la segunda es que el mercado debe operar en una coyuntura de contención de costos, es decir, la asignación de recursos en ese mercado tiene un límite bien establecido, no permitiéndose que la dinámica del mercado lleve a un flujo mayor de recursos en su interior (como normalmente se observaría en un mercado tradicional) (White, 1995: 137). La diferencia en las formas de implementación del modelo está en la especificidad de los problemas que son enfrentados en cada sistema.

De cualquier manera, el énfasis restrictivo colocado en la contención de costos, en la disminución de la libre elección y en la abolición de los pagos por unidad de servicios y reembolsos puede atraer mucha insatisfacción por parte de la clientela, además de ser políticamente inviable de ser implementada en muchos países, que por otro lado, tienen mecanismos más efectivos de control y contención de costos y gastos.

En realidad el término competencia administrada tiene diferentes significados en distintos países y para diversos actores, pero en esencia el modelo busca cambiar las bases de la competencia entre compradores y prestadores de servicios. Las experiencias en curso han demostrado el aumento de los costos administrativos y de transacción (Hsiao, 1995) y la necesidad de desarrollos tecnológicos que requieren inversiones considerables (contratos, indicadores de desempeño) (Ham, 1996), además de que muchas de las ventajas que son alegadas en el modelo teórico no se confirman empíricamente (White, 1995; Wiener, 1995).

Los autores son cautelosos en cuanto a la viabilidad de la implementación plena de la competencia administrada, admitiendo las dificultades inherentes al modelo y la inversión requerida para la obtención de resultados satisfactorios, además del alto potencial de conflictos que supone, por los podero-

sos intereses involucrados en el proceso (Hsiao 1995; Enthoven, 1997). Incluso así, la propuesta de un modelo de reforma para América Latina, centrado en la *managed competition* (o el “pluralismo estructurado” que discutiremos más adelante), está justificada tanto por la necesidad de contener costos como de garantizar un “paquete básico” universal de servicios que, supuestamente, permitiría mayor equidad en la distribución de servicios.

### El Mercado Interno inglés

El tiempo de implementación de la reforma del *National Health Service (NHS)* inglés permite discutir algunos resultados que ya son mencionados en la literatura. Como ya analizamos con mayor detalle en otros trabajos (Almeida 1995, 1996a, 1997) la reforma propuesta por el documento denominado *Working for Patients* (1989) fue gestada en la década de 1980 e implementada a partir del comienzo de los 90, bajo el signo del “Thatcherismo”, es decir, en un ambiente político e ideológico que exacerbaba la premisa de la generalizada ineficiencia organizativa del sector público, debida fundamentalmente a la dominancia de los grupos corporativos en la arena sectorial; priorizaba el sector privado como *locus* más adecuado para la ejecución de políticas; defendía el predominio de los principios económicos, en detrimento de la protección social y del mercado versus la jerarquía burocrática (Bulter, 1994; Ham, 1996).

Inicialmente la reforma fue pensada para alterar los mecanismos de financiamiento del sistema (proponiéndose un cambio desde los impuestos generales hacia el seguro social), pues, en la época, el *National Health Service (NHS)* estaba pesadamente subfinanciado, con serios problemas en la atención de la población, bajo la fuerte sensación de “crisis” e innúmeros conflictos en la arena sectorial (Day & Klein, 1991; Mishra, 1990; Holland & Graham, 1994; Almeida, 1995). Esta situación resultó ampliamente cubierta por la prensa y acompañada de una

intensa movilización de las asociaciones profesionales. El objetivo de la reforma, por lo tanto, no fue controlar los gastos sectoriales, pues históricamente el gobierno inglés siempre lo hizo, manteniéndolo alrededor del 6% del PB, y, en los años 80, los recursos para el NHS habían disminuido en forma significativa (Mishra, 1990; Day & Klein, 1991; Glennester & Matsaganis, 1994, Almeida, 1995).

La agenda cambió, sin embargo, en el curso del proceso de formulación de la reforma, reiterándose los principios de integralidad, garantía de acceso, gratuidad y mantenimiento de la base de financiamiento, enfatizándose la eficiencia en el uso de los recursos públicos, con una clara línea de fortalecimiento del comando gerencial, de implementación de cambios en las formas de asignación de recursos (creación de los *Hospital trust* y de los *General Practitioners-GPs fund-holders*) y fortalecimiento del poder regulador del Estado. En realidad se pretendía, con esas medidas aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y, se alegaba, asegurar la disponibilidad de los servicios para los pacientes (Maynard, 1994; Glennester y Matsaganis, 1994).

La explicación de ese cambio reside tanto en el valor político y cultural que el *NHS* materializa, cuanto en la constatación de la importancia de la centralización financiera y asignativa para mantener la historia de contención de costos del sistema: por otro lado, también pesó de manera significativa la paradoja que significó la implementación de mecanismos desreguladores que necesitaban mayor regulación (Maynard, 1994).

Algunas otras dimensiones tampoco pueden ser desdeñadas. Aunque la implementación de la reforma del *NHS* se haya dado de manera acotada, con la marca del estilo oportunista y pragmático de la Primer Ministro Margaret Thatcher (Hunter & Stanckford, 1997), se benefició con la histórica centralización del sistema político y gubernamental, así como de algunos

desarrollos que, durante todos los años 80, funcionaron como “precursores” de un cambio cultural importante en el sobrio *NHS*, tornándolo más “empresarial”: el crecimiento del “gerencialismo”, la política de terciarización (sobre todo de los servicios de hotelería y soporte hospitalario), la introducción de esquemas de generación de ingreso adicional en los servicios (cobro por estacionamiento, por ejemplo, o incluso de tasas específicas de utilización pagadas directamente del paciente, en algunos casos. Butler, 1994). Esa orientación empresarial fue cuidadosamente elaborada como sinónimo de probidad en el uso de los recursos públicos.

Los beneficios financieros de esas medidas fueron mínimos, incluso desdénables frente a los “nuevos principios” que introducían: la responsabilidad central de las autoridades públicas no era proveer y gerenciar servicios de salud, sino garantizar que estuvieran disponibles cuando fueran necesarios, al menor precio posible. De allí que el principio orientador de la reforma del *Working for Patients* es el de la separación entre provisión y financiamiento de servicios, con redefinición del papel del Estado, que deja de ser proveedor, pero continúa financiando, coordinando y regulando. La estrategia elegida para implementarlo fue la concretada en la expresión “el dinero sigue al paciente”, es decir, la asignación de los recursos debe ser realizada a través de mecanismos que garanticen que los servicios prestados atiendan la demanda del “consumidor”.

Todos estos cambios, justificados por el gobierno como una “modernización sin alteración de los principios”, alteraron paulatinamente el *ethos* y los valores del *NHS*, que fue progresivamente redefinido y pasó gradualmente de una organización proveedora considerada “monolítica” (Klein, 1983), a una estructura “aseguradora” (Butler, 1994; Ham, 1996) que, según sus formuladores, garantiza el acceso a la atención médica, siendo que es secundario quién presta

el servicio. Entretanto, el sector privado continúa siendo complementario y el seguro privado voluntario con mayor concentración en Londres, correspondiendo a 15% del gasto sanitario total y actuando fundamentalmente en la atención electiva (no urgente) —cerca de un 16% de los procedimientos quirúrgicos comunes— (Almeida, 1995; Ham, 1996).

La cuestión central que emerge en las evaluaciones presentes en la literatura se refiere al impacto que la separación entre financiamiento y provisión ha ejercido en el poder de los diferentes actores en el sistema (Ham, 1996). La reforma desencadenó diferentes mecanismos de asignación de recursos, para los hospitales y para la atención básica de instituirían dos tipos de compradores (las *District Health Authorities* —*DHAs*— y los *GPs*), y dos tipos de prestadores (*NHS trusts* —los hospitales transformados en “empresas”— y los mismos *GPs*, que pasaron a gerenciar recursos financieros para organizar la atención a los clientes de sus respectivas listas). Además de eso, existe una distinción técnica y crucial entre las dos formas de “compra” de servicios; en el caso de las *DHAs* estaría centrada en las necesidades de la población y en el caso de los *GPs* en las del paciente.

Los objetivos finales de la reforma no eran claros y no se detalló su operacionalización antes del comienzo de la implementación, lo que ha llevado a un aumento de los recursos destinados a su implementación y a una serie de correcciones en su transcurso (Maynard, 1994; Ham, 1996). Aunque el impacto en términos de asignación de recursos pueda ser limitado es posible detectar algunos problemas que no son desdénables.

El establecimiento de “ciclos anuales de contratación”, entre prestadores y compradores, significa que las *DHAs* dedican considerable tiempo a negociar y monitorear contratos, postergando las demás actividades previstas de relevamiento de las necesidades, definición de prioridades, tipos de

atención, etc. Por otro lado, encuestas sobre esos “procesos de compra” demostraron que el cambio ha sido incremental, pues las *DHAs* dudan en desafiar a los poderes establecidos y, de una manera general, las decisiones son fuertemente influenciadas por la experiencia histórica de cada servicio. La constatación de la existencia de cuasi monopolios de prestadores llevó al desarrollo de asociaciones y “relaciones preferenciales” con prestadores y los gerentes han recurrido a equipos multidisciplinarios para desempeñar sus nuevas tareas, han adquirido *expertise* y desarrollado nuevos instrumentos en el desempeño de su función. En síntesis, el dinero *no* sigue al paciente, es decir, los contratos en bloque son los más comunes, lo que significa que son insensibles a los cambios en el perfil de la demanda, evidenciando la falla, por lo tanto, de los incentivos preconizados por la competencia.

Además de eso, el cambio en la forma de asignación de recursos para los *GPs* de volumen de servicios hacia capitación puede inducir a una mayor selección de riesgos. Por otro lado la utilización de los “saldos” de los presupuestos de los *GPs* para mejorar la capacidad instalada de sus consultorios ha significado la valorización financiera de clínicas privadas, lo que revierte en lucro individual cuando son vendidas (Ham, 1996).

Los costos administrativos del sistema, derivados de las negociaciones y la elaboración de los contratos parecen ser altos (Maynard, 1994; Glennester & Matsaganis, 1994; Ham, 1996; Hunter & Stanckford, 1997), como también los gastos, aunque no haya consenso en la literatura sobre la cuestión.<sup>3</sup> El riesgo de fragmentación (del sistema o de las instituciones) es grande, además de que no existe ninguna garantía de que la suma de múltiples contratos llevará a un estándar de excelencia y mejor calidad que atienda a las necesidades de la población (France, 1993; Maynard, 1994; Ham, 1996). Ese aumento de costos llevó a la adop-

ción por parte del gobierno de políticas más restrictivas —reducción del número de funcionarios públicos; reducción del número de *DHAs* y controles más rígidos (costos y gastos)— así como al aumento de las reglas definidas en forma centralizada, como forma de enfrentar los peligros de la competencia no regulada (Ham, 1996).

De manera general, la inversión en investigación y desarrollo tecnológico aumentó considerablemente (por lo menos fueron creados dos nuevos centros de investigación —UK Cochrane Centre, en Oxford y NHS Centre For Reviews and Dissemination en York—) lo que llevó al aumento de las restricciones en otras áreas (personal, contención de gastos, inversiones, etc.). Y, en 1994, se lanzó una estrategia con dos componentes principales: privilegiamiento de la atención primaria (*primary-care-led NHS*) e implementación del programa de investigación y desarrollo del *NHS*, básicamente centrado en la evaluación tecnológica y en promoción de la “medicina basada en evidencia”. El objetivo fue crear una “cultura” donde los médicos de los *NHS trusts* decidieran sus conductas con los presupuestos disponibles (Ham, 1996).

En realidad el impacto de esos mecanismos gerenciales en la asignación de recursos parece ser limitado, pero los autores refieren que es posible detectar un cambio del comportamiento de los diferentes “agentes” en el sistema. Por otro lado, los riesgos que vinieron con los mecanismos de competencia han llevado al aumento de las reglas definidas centralizadamente.

Las evaluaciones que se realizan apuntan a que se modificaron substancialmente las aspiraciones de los arquitectos originales de la reforma y, como tendencia, se puede afirmar que los “méritos” del mercado han sido minimizados y se ha dado prioridad al desarrollo de mecanismos de cooperación entre los diferentes “compradores” (*DHAs* y *GPs*), lo que puede ser considerado como una novedad, dada la histórica separación entre esos dos

3. En el período entre 1978-79 y 1991-92 el gasto en salud aumentó 22% en términos reales, aumento caracterizado por fluctuaciones en la media anual de incremento (cerca de 1,5% al año) *pari passu* al ciclo político-electoral (Maynard, 1994: 1324) es decir, la inversión varió según los años electorales (1983, 1987 y 1993). Y, en la última elección, reflejó tal vez la necesidad de garantizar la continuidad de los Conservadores en el poder, pese a la partida de la Primer Ministro Thatcher, asegurando su permanencia por más de diez años. Los datos son reveladores: 1989-90 (anuncio de la reforma) aumento del 2% en el gasto; 1990-1991 (año de preparación de la reforma) 4,5% de aumento; 1991-1992 (comienzo de la reforma, año pre-electoral) 3,9% de aumento; 1992-1993 (segundo año de la reforma, año electoral) aumento del 5,1%; 1993-94 (tercer año de la reforma, año post-electoral) aumento del 1%. (Almeida, 1995: 247, sobre datos de Glennester & Matsaganis, 1994 y Maynard, 1994).

principales actores del NHS. Se visualiza, así, la perspectiva de una nueva “adecuación consensuada”, tradición histórica que concretó y mantuvo el éxito del *NHS* por décadas.

## **La agenda reformadora en salud en América Latina: la asimilación de los nuevos modelos**

Para América Latina y la periferia en general, la referencia internacional de las reformas de los sistemas de salud ha sido bastante importante, aunque los procesos de cambio sectorial, en la mayoría de los casos, no hayan sido desencadenados por exceso de gasto, sino por la exacerbación de las desigualdades, que se refieren distribución del ingreso como de los servicios y beneficios, con marcado deterioro de las condiciones de vida de las grandes mayorías nacionales y de la pauperización de extensas franjas de población (CEPAL, 1990, 1993; OPS/CEPAL, 1994; Bustelo, 1994; Hoeven & Stewart, 1993; Borón, 1995). Esa profundización de problemas ha sido inducida, o sea que se produjo en función de políticas macroeconómicas implementadas que excluyeron las políticas sociales, excepto como parte de la asignación de gastos de las políticas fiscales, disminuyendo de manera importante la inversión pública con el consiguiente deterioro de la infraestructura, de los servicios y de la capacidad gerencial (Hoeven & Stewart, 1993: 13). Por otro lado, son concomitantes la consolidación de los regímenes democráticos, restaurados a través de complicadas transiciones políticas.

Siendo así, la inclusión del tema de la reforma sectorial en la agenda política en nuestra región se da en forma bastante compleja: por la exacerbación de los alarmantes índices de pobreza y el agravamiento de la situación de salud de las poblaciones, por la disminución de la inversión pública en el área, por la emergencia o visualización de nuevos actores que expresan

demandas sociales, por las condiciones de la reestructuración económica y de los acreedores internacionales; y por la necesidad de reforma del Estado, donde la reforma sectorial figura como prioritaria. Los mismos modelos han sido difundidos y preconizados para América Latina por los organismos internacionales, sobre todo el Banco Mundial, y están vinculados a los planes macroeconómicos de estabilización y ajuste, principalmente en lo que se refiere al debilitamiento del compromiso del Estado con la prestación de atención médica a la población, con la reestructuración del *mix* público y privado, y la focalización de la acción pública en los pobres y más necesitados (paquetes básicos, subsidios, etc.) (Melo & Costa, 1994; Almeida, 1995, 1997a).

El diagnóstico de la crisis sectorial, formulado en los países centrales, va a servir para cuestionar si los modelos de sistemas de salud por ellos desarrollados (considerados caros, inflacionarios, ineficientes y viabilizados a través de fuerte inversión pública, sobretudo en Europa) serían pertinentes o adecuados para enfrentar el marco de carencias e inequidades existentes en la región.

Se puede decir que, paulatinamente, esa agenda ha sido reelaborada a nivel regional, tanto por los *policy makers* de los diferentes países como por las agencias internacionales, por la intelectualidad y los formadores de opinión, lo que puede ser constatado en las mismas reformas que vienen siendo implementadas o propuestas en los países de la región (Banco Mundial, 1989, 1993; Musgrove 1995, 1996; OPS/CEPAL, 1994; OPS, 1995; Frenk y Londoño, 1995, Frenk et al., 1994).

En ese proceso la idea del seguro nacional de salud ha ganado fuerza, articulada con una propuesta de competencia administrada, retraducida para la región bajo el nombre de “pluralismo estructurado” (Londoño & Frenk, 1995), o la “versión tropical” de la competencia administrada norteamericana (Londoño, 1996), a pesar

de las críticas del modelo ya presentes en la literatura. En realidad esa es la primera propuesta de reforma sectorial para la región que intenta articular, en un modelo específico, las principales ideas difundidas internacionalmente y que integran las agendas reformadoras en diferentes países, y ya ha sido implementada en Colombia a partir de 1993.

### **El Pluralismo Estructurado de la reforma colombiana**

Según sus formuladores, el pluralismo estructurado se inserta en la búsqueda de un medio término entre los arreglos extremos que fueron muy perniciosos al desempeño de los sistemas de salud (Londoño & Frenk, 1995: 18), es decir, por un lado, el monopolio del sector público, la atomización del sector privado y los procedimientos de conducción centralizada y autoritaria (de allí la utilización del nombre *pluralismo*, que define la primera dimensión del concepto); y, por el otro, la ausencia de reglas de juego que eviten o compensen las falencias de mercado (de ahí la denominación de *estructurado*, la segunda dimensión del concepto). Se parte de la premisa que en la estructuración de servicios de salud modelos opuestos llegaron a los mismos resultados deletéreos y que el verdadero dilema no está en la propiedad pública o privada de los servicios sino entre la supremacía de los proveedores o de los consumidores en la conducción de los sistemas de salud.

El elemento central del modelo de competencia administrada adaptado a la realidad latinoamericana sería el carácter público del financiamiento (recuperando bajo nuevas bases la idea de seguro de salud nacional) que para los pobres tomaría la forma de subsidio y para los demás de contribución obligatoria; y la “especialización de los actores” del sistema, a través de una nueva configuración institucional, creando organizaciones privadas específicas con ese fin (los *sponsors*). De hecho, el financiamiento público es lo

que diferencia este modelo de aquellos centrados en la recuperación de costos o en la competencia administrada norteamericana.

El *desafío* del pluralismo estructurado, para su mentores, tendría dos dimensiones centrales: aumentar las opciones tanto para los prestadores como para los consumidores, al mismo tiempo que estructurar explícitas reglas de juego que evitarían los conflictos potenciales entre eficiencia y equidad. En el caso del consumidor, se defiende la extensión del prepago en un contexto de financiamiento público, asegurándose la redistribución de recursos; en el caso de los prestadores, se propone la integración en redes eficientes de servicios, claramente articuladas y moduladas.

En otras palabras, se cuestiona la provisión directa de servicios de salud por el Estado (ya que se la considera impropia e ineficiente) y se propone “aliviarlo” a través de la reestructuración del *mix* público y privado y de la separación de las funciones de financiamiento y provisión. Son definidas entonces “nuevas” funciones: “modulación” y “articulación”.<sup>4</sup> La función de “modulación” es enfatizada como la responsabilidad pública esencial de la autoridad gubernamental. Se afirma explícitamente que el desgaste provocado por el involucramiento del Estado en la operatoria de los servicios de atención médica es extremadamente debilitador de la autoridad gubernamental, cuya energía debería ser canalizada hacia el direccionamiento estratégico de manera *catalizadora*, es decir, para movilizar la sociedad en torno de la construcción del consenso necesario a la implementación de la reforma y del monitoreo de su implementación. En ese sentido la “modulación” se diferenciaría de la regulación tradicional.

En cuanto a la *articulación*, es concebida como un *continuum* de actividades en el proceso de financiamiento y provisión de servicios. La primera etapa es la recaudación de recursos a través de agencias financieras y su acumulación en fondos. La fuente

4. Los términos “modulación” y “articulación” han sido creados por Frenk y Londoño (1995) para conceptualizar la separación de funciones en el modelo teórico del Pluralismo Estructurado.

principal es la misma población, que contribuye a esos fondos, sea a través de impuestos generales o descuentos en la nómina salarial, sea por contribuciones específicas o primas de seguro. Para la operacionalización de esa función se propone la creación de *Organizaciones para la articulación de servicios de salud —OAS— (Organizations for health services articulation —OHSAs—)*, empresas muy semejantes a las *HMOs* norteamericanas, con personería jurídica privada. La creencia es que a través de esas organizaciones se interrelacionan de forma efectiva y eficiente los principales componentes del proceso de producción de servicios de atención médica: financiamiento, redes de prestadores y usuarios del sistema. Además de eso, se argumenta, se estimula la simplificación de las tareas públicas, substituyendo el control burocrático por la interrelación directa entre los actores, mediada por incentivos apropiados (Londoño y Frenk, 1995: 23-5).

Londoño y Frenk afirman que la teorización del modelo del pluralismo estructurado se apoya en las diferentes experiencias innovadoras en curso en América Latina que, en mayor o menor medida, incluyen elementos del modelo por ellos propuesto, tales como las *empresas promotoras de salud (EPS)* de Colombia (la traducción más fiel del modelo), las *instituciones de atención médica colectiva (IAMCs)* de Uruguay; las *obras sociales* de Argentina; los *sistemas de prepago* en Brasil; las *iguales* en la República Dominicana; las *Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)* de Chile y las *Organizaciones para la protección de la Salud (PROSALUD)*, propuestas en México. Estiman, inclusive, que la atención prestada a través de esas organizaciones en la región cubre hoy cerca de 60 millones de personas (Londoño y Frenk, 1995: 26).

En mi percepción, lejos de significar un vigoroso proceso de innovación, como afirman los autores, esta “tendencia” refleja, sobre todo, una vigorosa difusión de ideas y el poder de

*enforcement* de los organismos internacionales de la región. Aunque puedan estimular el debate y aportar cuestiones importantes para la reflexión, las afirmaciones sobre las ventajas del modelo carecen de sustentación empírica.

La reforma colombiana es el “laboratorio” donde se está poniendo a prueba este modelo y su formulación se inserta en el proceso de reforma del Estado, en la perspectiva de superar las enormes desigualdades y segmentaciones históricas en salud: Cuando se elaboró la nueva constitución de ese país, en 1991, se incluyeron en el texto legal los principios que debían regir el sistema de salud: universalidad, solidaridad y eficiencia, a través de la búsqueda de medios de sustentación financiera y pluralidad de agentes públicos y privados, para asegurar la provisión de servicios; y en 1993 fueron promulgadas las leyes de la reforma propiamente dicha (Londoño, 1996: 37-9).

Según Londoño (1996: 57), uno de los artífices de la reforma, toda vez que era el Ministro de Salud de Colombia cuando la reforma fue formulada entre 1991 y 1993, por un grupo de técnicos incorporados con ese fin al aparato del Estado y aprobada por el Parlamento, lo que sería peculiar en ella es la forma de implementación de algunos principios considerados “más polémicos” en el debate sectorial y que siguen las premisas del pluralismo estructurado presentado anteriormente, tales como:

1. Asegurar el *financiamiento público* (creación de un Fondo) y la búsqueda de *equidad*, a través de una combinación entre afiliación obligatoria (para los que pueden pagar) a través del pago de contribución según ingreso a un sistema de prepago, y subsidio (para los pobres), con garantía de acceso a un paquete básico y universal de servicios, diferenciado para estas dos “categorías” de ciudadanos;

2. Promoción de *competencia* en la *provisión integrada* de paquetes de servicios de salud por proveedores

autónomos articulados por las *nuevas entidades* y mecanismos de asignación de recursos públicos que controlen el gasto global; y

3. Respeto al consumidor, con la institucionalización de la “*libre elección*” de esas entidades proveedoras.

El sistema institucionaliza dos formas de inserción de la población: una a través de un régimen universal, que asegura el acceso a un paquete de intervenciones médicas, y un régimen subsidiado, transitorio, para la población bajo la línea de pobreza, que asegura el acceso a un paquete básico de atención que puede ser gradualmente expandido. Las personas pobres no afiliadas al sistema reciben el nombre de “vinculados” y continúan siendo atendidas en el sector público tradicional.

El sistema es operacionalizado a través del traspaso de recursos del Fondo de Salud para las llamadas “organizaciones articuladoras” (OAS). En el primer régimen, según una fórmula de capitación ajustada por riesgo (sexo, edad y densidad poblacional del área de actuación de la OAS) con valor, en 1994, de u\$s120 por persona, por año; y en el Régimen Subsidiado las OAS deben destinar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación, totalizando un valor que varía anualmente, siendo al comienzo de cerca de 74 dólares por persona por año y en 1999 equivalente a cerca de 34 dólares por persona por año (Jaramillo, 2000), pagado a través de un Fondo de Redistribución (constituido por 1% de las contribuciones obligatorias), de los Fondos Regionales y Fondos de Solidaridad, constituidos por recursos fiscales (un porcentaje fijo transferido por el gobierno central a los municipios). La estrategia de transición hacia el régimen subsidiado está centrada en:

1. subsidios a la demanda, es decir, se pagan *vouchers* directamente a los usuarios para que se afilien al sistema, además de subsidio a la oferta, a través del cofinanciamiento (federal y municipal) a los servicios que atienden a los más pobres, recibido por capitación.

2. cambio del financiamiento de nivel de atención para paquetes de intervención; y

3. creación de entidades articuladoras especiales para acelerar la configuración del sistema para la población más pobre (tales como cooperativas y/o Empresas Solidarias de Salud).

Según sus formuladores, los incentivos globales resultantes de esa forma de implementación están centrados en algunas premisas:

1. estructuran modalidades de competencia concentradas en el ámbito donde los mercados de salud pueden tener menos fallas, es decir, en la provisión de servicios;

2. minimizan la competencia en el financiamiento, fortaleciendo su carácter público.

3. minimizan la atomización de los servicios de salud o la segmentación de los mercados integrando los servicios (a través de organizaciones articuladoras) y considerando la familia como objeto central de intervención.

La organización del sistema es de gran complejidad y algunos problemas técnicos emergieron rápidamente con la implementación, principalmente en lo relacionado con la definición de los paquetes de beneficios, la capitación ajustada por riesgo, la definición del tamaño y funciones de las empresas articuladoras, los ajustes en función del sector público y la identificación de la población subsidiada, o sea, en todas las etapas de la reforma. Pueden sintetizarse de la siguiente manera:

1. *Definición de los paquetes de beneficios*: en el caso del plan universal se haría sobre la base de intervenciones costo efectivas y, en el plan básico, según *DALY —Disability Adjusted Life Years—*, utilizado para el cálculo de la carga de enfermedad. Según Londoño (1995) en el primer caso —el plan universal— la metodología demostró ser poco útil para la toma de decisiones, una vez que los criterios técnicos no consideraban elementos tales como: los impedimentos legales

para la exclusión de determinados procedimientos, dada la universalidad instituida en la Constitución; las dificultades para establecer una estandarización de las intervenciones, que implican arduas negociaciones con los profesionales; las variaciones de costo de los procedimientos entre diferentes servicios, etc. En el segundo caso, el plan básico, la metodología permitió establecer parámetros de efectividad internacionalmente aceptables y se obtuvieron datos empíricos de costo bastante razonables. Vale la pena subrayar, sin embargo, el exiguo contenido de los paquetes.

2. *Definición del valor de capitación*: falta de información adecuada tanto para el cálculo de los riesgos y definición del valor del pago por capitación, cuanto para la estimación del costo de los paquetes y predicción del ingreso de los consumidores, siendo necesaria la generación de un sistema específico de información para esos procedimientos, lo que significó considerable inversión.

3. *Definición de las organizaciones articuladoras*: hubo dificultades de consenso sobre el papel de las organizaciones articuladoras, fundamentalmente en lo que se refiere al alcance de la función de articulación y la necesaria estabilidad empresarial de las organizaciones para disminuir el riesgo de los afiliados: las formas de regulación para impedir la selección adversa y todos los problemas ya vivenciados por las *HMOs* norteamericanas en lo que atañe a la contención-control de costos.

4. *Identificación de la población subsidiada*: en la perspectiva de la focalización fue creado un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SIS-BEN) a través de encuestas domiciliarias, para evaluar la intensidad e incidencia de la pobreza.<sup>5</sup>

En cuanto a los problemas políticos, el autor nos informa que la reforma ha enfrentado muchas resistencias y para superarlas fue necesaria una decisión estratégica; desarrollar al máximo, lo más rápidamente posible des-

pués de la promulgación de la ley marco de la reforma, todas las reglamentaciones fundamentales, pues quedaban solo 8 meses de gobierno y los entonces dirigentes no consiguieron permanecer en el poder después de las elecciones de 1994. Así, se implementaron los nuevos mecanismos de asignación de recursos y se promovió la formación de nuevos "agentes" del sistema, garantizando el carácter irreversible de la reforma por la presión política que pasaron a ejercer (Londoño, 1996: 51). Para evitar los conflictos corporativos, aun teniendo en cuenta que el grado de organización es precario en el país, todos los representantes reconocidos por los principales actores de la arena sectorial tuvieron un lugar garantizado en el Consejo Nacional de Salud, con un mandato de tres años, configurando la única institución "estable" en la histórica inestabilidad institucional en el sector.

Para "contraer" la inestabilidad doméstica, fueron asignados tres créditos con los bancos internacionales (Banco Mundial y BID), lo que generó compromiso con la reforma, además de que se contrató la asesoría de un grupo de expertos de Harvard, liderado por William Hsiao, para elaborar el plan de implementación y monitorearlo. Las visitas periódicas de ese grupo técnico de la "Misión de Harvard" posibilitaron una "voz crítica independiente" que fue un factor considerado positivo en la consolidación de la reforma, por el respeto que conquistaron entre los actores del sistema (Londoño, 1996: 52-3).

Sin sombra de duda, el cambio fue de gran importancia y algunos de los resultados de los primeros años de implementación de la reforma son analizados como positivos, como por ejemplo el aumento de la cobertura (cerca del 47% de la población en 1997, en ambos regímenes), sobre todo en el régimen contributivo (cerca del 29% de la población), gracias a la ampliación del beneficio a todo el grupo familiar; el Instituto de Seguridad Social continúa siendo la piedra angular del siste-

5. Para la elaboración de esas encuestas se construyeron 15 indicadores y se condicionó el traspaso de cualquier recurso federal a los municipios a la realización de la encuesta, lo que resultó en gran número de respuestas. Se gastaron cerca de tres millones de dólares estadounidenses en ese relevamiento (Londoño, 1996: 51).

ma, aunque con déficits enormes y mucha dificultad para adaptarse a las nuevas condiciones (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998: 9-16). El sector privado se reestructuró y las EPS desplazaron en su posición de mercado a los planes de prepago. Todas las EPS están implementando medidas de contención de costos y no se verifican mejoras significativas en la calidad de la atención y en los indicadores de salud, señalándose por el contrario el deterioro de los indicadores de morbimortalidad infantil en el período 1990-95 (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998: 16). El gasto sanitario como porcentaje del PBI aumentó considerablemente: durante los años 80 se ha destinado a salud, en promedio, entre un 7,4% y un 8,7% de PBI, dependiendo de la definición del sector salud que se quiera utilizar (Yepes, 1990: 87). En los años 90 ese gasto estuvo alrededor del 11%.<sup>6</sup>

En lo que se refiere al régimen subsidiado, su implementación fue postergada, sobretodo por las crisis políticas, falta de recursos y tentativas de “contrarreforma”. Durante los dos primeros años de la reforma las Secretarías Departamentales de Salud fueron autorizadas a funcionar como EPSs transitorias, de manera monopólica, para poder captar recursos del FOSYGA —Fondo de Seguridad y Garantía— y de los municipios, y no se han cumplido las determinaciones legales (leyes 60 y 100, de 1993), que preveían la asignación de recursos específicos para ese régimen. En 1995, por concurso, fueron habilitadas más de 222 entidades que deberían cubrir cerca de 5 millones de pobres. Solo en 1996 (con la ley 344/1996) fue de hecho implementado el régimen subsidiado según las reglas de competencia previstas. Se registra que 37 de las 67 Cajas de Compensación familiares se vinculan al régimen contributivo, y 50 al régimen subsidiado. Sin embargo, se señala que están lejos de actuar según los respectivos roles que se les asigna en el modelo, y son muchos los problemas que ha debido enfrentar la

reforma en ese ámbito. Aunque la “contrarreforma” no haya prosperado, la ley 344/1996, de Racionalización de Gastos Públicos, limitó de manera importante la participación de los recursos públicos en el componente de solidaridad del sistema, reduciéndolo a solo 1/4 de lo programado. (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998: 17-21).

Se señala que los funcionarios del sector público vieron triplicados sus salarios entre 1987-97, en tanto los prestadores independientes vinculados a las EPS observan con gran aprensión e incertidumbre el desarrollo del nuevo mercado en salud. El mercado de trabajo se amplió para los médicos generalistas, sobre todo los más jóvenes, y los especialistas tienden a agruparse corporativamente para la defensa de sus intereses. Por otro lado, el aumento del reaseguro para riesgos catastróficos abre nuevas posibilidades de ampliación del mercado privado de seguros, obviamente con costos adicionales para el consumidor (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998).

Cerca del 95% de los hospitales públicos secundarios y terciarios y aproximadamente 1/3 de los hospitales generales se transformaron en Empresas Sociales del Estado (ESE), pero las demoras en la implementación del régimen subsidiado y en los traspasos financieros a los hospitales privados hacen que la crisis en el sector hospitalario se perpetúe (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998).

Esos mismos autores apuntan también al retorno a la forma de pago de los prestadores a partir de procedimientos, no uniformización de las tablas de remuneración, evasión de contribuciones, falta de información adecuada a la población, exclusión de grupos importantes, debidos a las reglamentaciones transitorias antagónicas y multiplicación de planes (obligatorios y complementarios). Aparentemente, el nuevo mercado estaría incorporando rápidamente muchos de los problemas de los mercados privados desregulados, precisamente por fallas en la acción reguladora del Estado y por las

6. Dato mencionado en la conferencia pronunciada por Luis Eliseo Velásquez, en el seminario de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Cur, realizado en Manizales, Colombia, los días 25 y 26 de marzo de 1999.

marchas y contramarchas del proceso de implementación de la reforma (Jaramillo, Olano & Yepes, 1998).

Se señala además como nuevos problemas: la segmentación exagerada de la población; insuficientes recursos para subsidios; alto número de no afiliados (los vinculados), no necesariamente pobres, que continuaban siendo atendidos por el sector público tradicional; fragmentación de la red de servicios; desarrollo desordenado de la oferta, incremento de los costos administrativos; comportamiento “económico” de los agentes, falta de compromiso con la salud de la población, demoras en el flujo de recursos; y mayor riesgo de evasión y corrupción en el sistema.

Se esperan tiempos difíciles en el mediano plazo, en un proceso doloroso de aprendizaje tanto de los agentes como de la población, que incluye la readaptación técnica y profesional, la posible exclusión del sistema de sectores importantes de la población, el agotamiento de la capacidad de movilizar nuevos recursos, el aumento de las necesidades que no podrán ser atendidas, el aumento del gasto privado de las familias, etc.

Incluso así, se aconseja la difusión del modelo hacia los países en desarrollo como una alternativa que al mismo tiempo posibilita la ampliación de cobertura con mayor equidad y atención de mejor calidad, particularmente para la población más carenciada. La propuesta del pluralismo estructurado ha sido presentada por Londoño en la reunión conocida como *Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribbean on Health Sector Reform*, realizada en Washington en 1995, y promovida por los principales organismos internacionales.<sup>7</sup>

### La reforma sanitaria en Brasil

La “reforma sanitaria”, como es llamada en Brasil, tiene peculiaridades que la distinguen de otros procesos de la región.

La construcción de un proyecto de reforma del sistema de salud en Brasil tiene antecedentes en los años setenta,

aún en la época de la dictadura militar, cuando inmerso en una crisis económica, política e institucional, el gobierno del General Ernesto Geisel (1974-79) inició un proceso de “apertura política lenta, gradual y segura”. Es concomitante también con la intensa transformación de la sociedad brasileña, sobre todo durante los años ochenta, cuando el modelo de relaciones entre el Estado y la sociedad comenzó a ser duramente criticado, sobre todo en el área social. Fueron los años de la transición política hacia la democracia, cuando la enorme deuda social acumulada durante el régimen militar comenzó a ser saldada. La reforma fue impulsada por el “Movimiento por la Reforma Sanitaria”, conformado por la militancia profesional de oposición en el sector, y alimentado tanto por las luchas corporativas profesionales como por la reactivación de las instituciones políticas y de los movimientos sociales, comprometidos con el proceso de democratización de la sociedad y con la mejora de las condiciones de vida y salud de los diversos grupos sociales.

Las condiciones políticas para la concreción de la reforma fueron dadas por la Nueva República (1985-89) cuando los reformistas, a cargo de las principales instituciones del sector, procuraron poner en práctica algunas propuestas desarrolladas dentro del ideario reformador. La nueva Constitución brasileña (1989) aprobó un *Welfare State* en los moldes europeos. Los beneficios se tornaron universales, de manera independiente del vínculo contributivo del ciudadano. Se unificaron y ampliaron las fuentes de recursos federales y se creó el Presupuesto de la Seguridad Social (OSS), destinado al financiamiento de la salud, seguridad y asistencia social. Por último, se inscribió el derecho de acceso universal a cualquier servicio de salud financiado con recursos públicos, reorganizados en el Sistema Único de Salud (SUS). El proceso de negociación que precedió a las etapas finales de la Constituyente y los acuer-

7. Esas organizaciones fueron: OPS, Banco Mundial, BID, CEPAL, OEA, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities y AID.

dos efectuados acabaron por introducir innumerables inconsistencias y ambigüedades en la nueva Constitución, que fueron remitidas a las subsiguientes etapas de reglamentación jurídica. El debate siguió en el campo legislativo, tanto a nivel federal, donde se dio la reglamentación de la Ley Orgánica de Salud, aprobada a fines de 1989, como en el estadual y municipal, con la promulgación de las constituciones de los Estados y las Leyes orgánicas de Municipalidades. Paralelamente y de manera independiente de la discusión en la Constituyente, se verificó un movimiento real de privatización del sistema de atención y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta. Si bien los gobiernos de la “Nueva República” no lo promovieron en forma directa, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud, totalmente desregulado, como una alternativa a la crisis y a su propia bancarrota.

El proceso de descentralización implementado por el Ministerio de Salud desde 1991 a través de Normas Operacionales Básicas (NOBs) se convirtió en el eje en torno del cual se reorganizó el sistema de salud en el SUS. De hecho, las NOBs han sido institucionalizadas para definir la asignación de recursos en el proceso de descentralización, pero han sido también profundamente inductoras, por una lado, de una específica institucionalización de la arena decisoria sectorial y de las articulaciones entre niveles de gobierno; y, por el otro, de un cambio sustantivo en la agenda reformadora frente a la perspectiva inicial de la reforma, como veremos más adelante. La toma de decisiones se hizo más compleja, en los distintos niveles del gobierno, ya que los Consejos de Salud —nacional, estatales y municipales— compuestos por representantes de la sociedad civil y las Comisiones Inter-gestores —estatales y federal— compuestas por la tecno-burocracia, se transformaron en instancias importantes de representación y lucha de los distintos actores,

en las cuales los representantes de los secretarios municipales y estatales de salud pasaron a jugar un papel importante. Se configuró una nueva dinámica de decisión más inclusiva. Además, las Conferencias Nacionales de Salud se realizan regularmente desde la promulgación de la nueva Constitución. El proceso de descentralización avanzó y sigue como el eje central de la construcción del SUS, pero manteniendo una fuerte presencia del nivel federal.

El *mix* público y privado en el sistema de salud brasileño es bastante peculiar, caracterizándose por pluralismo de servicios e instituciones que componen una red desarticulada y no jerarquizada que atiende de manera diferenciada a los distintos grupos poblacionales. El sector de atención médica suplementaria (seguros privados de salud) es fuerte y bien articulado, cubriendo alrededor del 22% de la población (cerca de 30 millones de personas) y desigualmente distribuido en los diferentes Estados. Es importante observar también que la segmentación de la clientela en el seguro privado de salud no es absoluta, siendo que la mayor parte de sus afiliados, en algún momento recurre al SUS, por lo menos en los casos de procedimientos de alto costo, no cubiertos en los contratos o que resultan accesibles por canales privilegiados. En contrapartida, se puede afirmar que los cerca de 130 millones de personas “SUS dependientes” componen su canasta de consumo de servicios médicos de acuerdo con la respectiva voluntad y capacidad de pagar, utilizando, en determinadas circunstancias, servicios privados pagados *out of pocket*. Por otro lado, los subsidios e incentivos presentes en el sistema de seguros privados profundizan el cuadro de desigualdades del sector salud, sea a través de las deducciones fiscales o traspasos hacia el precio de los productos en general, pagados por toda la población, sobre todo en los planes de salud pagados parcialmente por las empresas empleadoras. Esas características no solo con-

fieren peculiaridad al *mix* público y privado de servicios de atención médica en Brasil, sino que indican una interrelación perversa entre los dos subsectores.

En realidad, si el comienzo de la reforma del sistema de salud en Brasil no fue provocado por las necesidades de los ajustes macroeconómicos, como en la mayoría de los países de la región, en un segundo momento ese imperativo se manifestó e interfirió con la implementación de la reforma. El OSS no ha sido respetado y la lógica de la racionalidad económica pasó a orientar la reforma sectorial en los 90, lo que ha provocado fuertes tensiones, sea en el mismo gobierno federal, sea entre el nivel central y los subnacionales y los defensores de la “reforma sanitaria ciudadana”, muchos de ellos diputados y senadores, o asesores en el Congreso, y secretarios de salud estatales y municipales de los principales partidos de oposición. Los problemas financieros fueron frecuentes en el SUS, con grandes oscilaciones presupuestarias. El subfinanciamiento y las dificultades financieras derivadas llevaron a un importante estrés fiscal en el sector, lo que intensificó la lucha por una fuente de recursos específica para el sistema de salud (liderada principalmente por el entonces Ministro de la Salud, Adib Jatene). Eso permitió la reintroducción de un impuesto, la Contribución Temporaria sobre Movimientos Financieros (CPMF). Esa nueva fuente de recursos fue aprobada como un impuesto provisional en agosto de 1996, y renovada anualmente hasta 2000, al mismo tiempo que se discutía su transformación en impuesto permanente, como actualmente en 2001. Pero esos recursos no fueron destinados exclusivamente a salud, como estaba previsto.

Paralelamente, en diciembre de 1995, en el inicio del primer gobierno de Fernando Henrique Cardoso, fue creado el Ministerio de la Reforma Administrativa del Estado (MARE) para conducir un proyecto de reforma general del aparato gubernamental. En

función de eso, el debate en la segunda mitad de la década de los 90 estuvo centrado en la reforma administrativa del Estado, claramente alineada con la agenda internacional, incluyendo tanto la privatización como la terciarización y el énfasis en la contratación de servicios. Se enfatizó el gerencialismo y las reformas orientadas hacia el mercado y se introdujeron mecanismos competitivos para estimular el mejor desempeño del sistema de salud. Mientras tanto, fueron activados diferentes mecanismos para hacer más flexible el gerenciamiento del sistema. Por otra parte, el mismo proceso de descentralización había exacerbado la fragmentación del sistema y debilitado la legitimidad del SUS como institución nacional. Paralelamente, el gobierno y el Congreso entraron en un arduo proceso de regulación del sector de seguros privados en salud, que cuenta con *lobbys* poderosos, bien organizados y fuertemente arraigados en la política sectorial. Esta dinámica conjuntamente con los cuellos de botella colocados por la situación económica, han desafiado la implementación de la reforma tal como estaba planificada en sus comienzos.

La propuesta de reforma administrativa del entonces Ministro Bresser Pereira (1997) partía de las mismas premisas teóricas discutidas anteriormente. Se evidenciaba también la preocupación de registrar e incorporar lo aprendido en la década, es decir, la atenuación ideológica del discurso neoliberal y el cambio en el tiempo del foco de la reforma, aunque persistieran sus rasgos esenciales: redefinición del papel del Estado, alteración del *mix* público y privado, descentralización, gerencialismo y atención a las demandas del “consumidor”. La eficiencia se alcanzaría a partir del énfasis en las “reglas del juego” (la estructura de incentivos para la distribución de los recursos, la evaluación del desempeño —como impulsora de cambios—) y en la nueva arquitectura institucional de los programas de reforma (Melo, 1998). Esas reglas y esa nueva

arquitectura, para ser efectivas, debían incentivar la competencia, a través de la cual se alcanzaría mayor equidad, universalismo y simultánea disminución de los comportamientos predatorios, clientelistas, etc.

En lo que concierne específicamente a las actividades de política social y de salud, se propondría la separación de las funciones de financiamiento y ejecución. Es en esa perspectiva que se formularon las Organizaciones Sociales (OS), modelo jurídico de organizaciones públicas no estatales, entidades de derecho privado, constituidas bajo la forma de fundación o sociedad civil sin fines de lucro, a las cuales se atribuiría la prestación de servicios sociales de naturaleza pública, con autonomía financiera y administrativa, y nuevos instrumentos de control y evaluación de desempeño (MARE, 1996). La relación OS y Estado sería regulada por compromisos mutuos, definidos en contratos (Organizaciones Sociales, Anteproyecto de Ley, Brasilia, abril de 1996; Bresser Pereira, 1998: 29-30).

En lo que se refiere al sector salud, partiendo del presupuesto de escasez de recursos, al mismo tiempo que se reiteran los principios básicos del SUS, se propondría una reforma administrativa dirigida al sistema de atención médico-hospitalaria, explícitamente mencionada como pauta en la reforma inglesa de 1989 (*Working for Patients*) (Bresser Pereira, 1995: 2); a partir de tres estrategias (Bresser Pereira, 1998: 10):

1. Intensificación de la descentralización, flexibilizando los criterios de habilitación de los Estados y municipios y mejor definición de las atribuciones y del poder decisorio en cada nivel.

2. Montaje de un Sistema de Atención de Salud constituido por dos subsistemas: de Entrada y Control (atención básica) y de Referencia Ambulatoria y Hospitalaria (atención especializada y hospitalaria).

3. Montaje de un sistema de información que permitiera generar indicadores para evaluar resultados y ca-

lidad de atención; desempeño de los servicios; costos y gastos; así como para vigilancia epidemiológica.

Aparentemente desconectada del proceso de implementación del proceso de implementación del SUS y enfrentando gran debate y oposición sectorial, la idea de focalización fue adoptada en forma paulatina, evidenciando un posible cambio de la agenda sectorial de reforma, en una perspectiva más restrictiva (Almeida et al. 1999).

Así, la NOB de 1996 fue un punto de inflexión importante en la reforma sectorial, intensamente discutida tanto en el ámbito del aparato del Estado, principalmente a nivel federal, con la participación del MARE, como en los Consejos y Comisiones institucionalizadas en la arena decisoria del SUS, hace explícita la reversión de la orientación municipalista hasta entonces privilegiada, retomando el fortalecimiento del papel de los Estados en la coordinación y conducción de los sistemas estatales de salud, que incluyen los sistemas municipales. Además, privilegia una determinada organización del sistema, centrada en la atención básica y en los programas selectivos que, por la forma como son implementados, tienden a fortalecer la focalización preconizada por los organismos financieros internacionales (Almeida et al. 1999). La reforma de la asignación de recursos financieros fue el principal instrumento inductor de la NOB 96, con la institucionalización del PAB (Piso Asistencial Básico), para la atención básica, y de incentivos financieros específicos para los programas de Salud de la Familia (PSF) y de Agente Comunitario de Salud (PACS), estos dos últimos dirigidos especialmente a las poblaciones más carenciadas.

La implementación de la NOB 96 comenzó en febrero de 1998, después de un largo proceso de negociación del piso básico per capita, la flexibilización de las condiciones de gestión y el modelo asistencial a ser privilegiado. El proceso de habilitación acelera-

da de los municipios en la nueva condición de gestores de la atención básica fue desencadenado después del cambio en la conducción ministerial, con la entrada de José Serra (en enero de 1998), el primer economista que asumió ese cargo desde su creación.

En cuanto al establecimiento de la "puerta de entrada" en el sistema, con prioridad para la atención básica, no es una práctica de fácil implementación en Brasil, sea por la generalizada creencia en las especialidades médicas y en los exámenes diagnósticos de punta, muy estimulada por los medios de comunicación de masas; sea por la no valoración del clínico general en la misma formación médica y en el mercado de trabajo; o también por la poca resolutivez de la atención, demostrada por la experiencia histórica acumulada de implementación de programas de ese tipo; así como por el mismo incentivo financiero del gobierno, centrado en los límites presupuestarios y que no prioriza la articulación con los niveles de mayor complejidad. De una manera general, esos programas son implementados y tienen mayor éxito en aquellos municipios o áreas con poca disponibilidad de servicios de mayor complejidad, en comunidades más carenciadas o de bajo nivel de ingreso (Viana & Dal Poz, 1998; Arretche, 1997).

En lo que refiere a descentralización, los autores señalan que varias de las asociaciones positivas entre descentralización, democratización, eficiencia y calidad de servicios, que tuvieron consenso en los años 80, no se sustentan ni desde el punto de vista de la argumentación teórica, ni en los datos empíricos (Almeida, 1995; Arretche, 1997). Aunque el sector salud en Brasil ostente tal vez uno de los más exitosos procesos de descentralización, con elementos extremadamente positivos al institucionalizar una arena decisoria más participativa y posibilitar mayor protagonismo de los niveles subnacionales en la prestación de servicios de salud a la población, la distribución de poder todavía deja que

desea y las dificultades financieras e institucionales del gobierno federal han perjudicado de manera importante la continuidad de ese proceso. Siendo así, la heterogeneidad inherente a cualquier reforma descentralizadora se vuelve fragmentación, con serios riesgos de aumento importante de las desigualdades, pues en aquellas regiones donde los recursos son más escasos, las demandas más intensas y la capacidad técnica y de negociación política está menos desarrollada, el deterioro es evidente y, en las situaciones opuestas ocurren innovaciones y avances significativos.

La nueva sistemática distributiva, a pesar de igualar valores *per capita* para el financiamiento de actividades ambulatorias consideradas básicas, no tiene en cuenta las desigualdades interregionales, tanto en los que se refiere a las necesidades existentes, como a los modelos asistenciales de las diferentes regiones. La implementación del PAB aparentemente corregiría parte de las desigualdades en la asignación de recursos, pero plantea otros problemas tales como: la necesidad de redimensionamiento de la variable poblacional, en el caso de regiones con mayor cobertura de seguros privados; redefinición del valor *per capita* según necesidades, sin establecer un valor único nacional; consideración de una definición clara del "paquete" de atención básica que será ofrecido y de la estricta regulación sobre el sector privado, con exigencia de resarcimiento del gasto; exclusión de las demandas de otros municipios, o creación de un fondo compensatorio de los flujos de demanda observados; implementación de formas de seguimiento que permitan evaluar y evitar las consecuencias no deseadas, como por ejemplo, la disminución de aportes locales, en el caso que el total de los traspasados a través de esta modalidad sea superior a las transferencias anteriores (Almeida et al. 1998a y b).

Por lo tanto la materialización de la reforma sanitaria brasileña ha exigido un gran activismo regulador por parte

del Estado, teniendo en vista la necesidad de conjugar multiplicidad de metas e intereses institucionales, técnicos y sociales en torno del objetivo de la implementación del SUS. Esto ha significado el desarrollo de capacidades reguladoras que comprenden vastos ámbitos de intervención, como las relaciones entre poderes, entre instituciones del Ejecutivo, entre niveles de gobierno y entre actores (públicos y privados); la definición de reglas de financiamiento y de asignación de recursos, de programas y acciones y la fiscalización del subsector privado de atención médica (Almeida et al. 1999). Es necesario tener presente sin embargo que esos cambios en curso, pueden implicar una dilución de la acción del Estado, con la pérdida todavía mayor de su capacidad redistributiva, y consiguiente aumento de las desigualdades en el sector.

Aunque el MARE haya desaparecido en enero de 1998, en una más de las reformas ministeriales del gobierno de Cardoso, y la reforma administrativa tal como fue propuesta por Bresser Pereira, que debió abandonar su cargo, no haya prosperado, las ideas que él estimuló, en sintonía con la agenda de reforma, siguieron su curso.

Los municipios beneficiados con nuevas cuotas de poder acabaron por incorporar algunas de las “innovaciones” gerenciales que resultaron tanto de las experiencias en la administración del sector como de la difusión masiva de los “nuevos modelos de reforma” (terciarización, introducción de mecanismos competitivos, gerencialismo) a cargo, sobre todo, de los organismos internacionales.

Las OS no proliferaron como se preveía, pero las “agencias reguladoras en salud”, instituciones responsables de la regulación de áreas específicas, con un cierto grado de autonomía e independencia, y que no tendrían incentivos para responder a presiones políticas, se consolidaron. La inspiración vendría del modelo de separación entre financiamiento y provisión, con la delegación de funciones regulado-

ras a agencias independientes, para monitorear los prestadores de servicios y manejar las externalidades asociadas a los mercados de salud. La primera agencia creada fue la de regulación de la vigilancia sanitaria (*Agência Nacional de Vigilância Sanitária —ANVS—*); después surgió la agencia reguladora de los planes de salud privados (*Agência Nacional de Saúde Suplementar —ANSS—*), en un proceso extremadamente conflictivo, pero que inauguró la normatización y regulación por el Estado de ese subsector. Otras dos están en discusión (la de vigilancia epidemiológica y la de ciencia y tecnología en salud).

Ese modelo no es original, pero adquiere características particulares en el proceso de reforma sectorial en Brasil, primero porque el Estado no tiene ni tradición ni experiencia reguladora y segundo porque no es muy claro cuál sería la articulación entre esas nuevas organizaciones y las instituciones del SUS, en sus diferentes niveles de gobierno, que históricamente desarrollaron actividades semejantes a las de las agencias. Se teme que esas nuevas estructuras fragmenten aún más la coordinación y la conducción política nacional de salud, reeditando al separación del comando sectorial. Por otro lado, contradictoriamente, las agencias están exigiendo mayor inversión, sea financiera, sea de capacitación.

Actualmente el SUS está en una etapa de contrarrestar procesos de naturaleza macro, que fijan nuevas pautas para viejos atolladeros del sector, como es la incorporación de innovaciones, la regulación y la cuestión financiera. Mientras tanto, recientemente fue aprobado un porcentaje definido de recursos del OSS para la salud, importante punto en la agenda de “reforma ciudadana” desde la Constituyente, que no se había logrado aprobar desde entonces.

Siendo así, es en el interior de las dinámicas racionalizadora y universalista, instrumentalizadas por las diversas fuerzas sociales y políticas en disputa por el control del modelo de de-

sarrollo, que se va implementando el proceso de reforma. Evidentemente, un nuevo sistema de salud está siendo estructurado, y contiene iniciativas originadas en el pensamiento del "Movimiento Sanitario". Siendo así, se puede decir que los objetivos de democratización y de desencadenamiento de un proceso de reforma del sistema de salud fueron alcanzados, aunque su implementación haya ampliado la cobertura, no ha garantizado todavía el logro de mejores niveles de equidad, particularmente en una coyuntura de larga duración que continúa generando pobreza y a la cual no se le ve fin en un futuro cercano.

El interrogante que se mantiene, por lo tanto es: ¿cuáles son los elementos estructurales del sistema de salud en Brasil que han sido alterados con las innovaciones introducidas con la creación del SUS y que deberían ser considerados en un proceso de reforma realmente transformador y que garantizara mayor equidad y calidad de atención?

La redefinición del papel estratégico del Estado tiene como presupuesto un nuevo arreglo federativo, que pasa necesariamente por una distribución desigual de recursos y apoyos federales diferenciados según necesidades, en una perspectiva más equitativa. Y trae como desafío la coordinación del sistema como un todo, en su complejo *mix* público y privado y su fragmentación. Se trata de examinar las condiciones sobre las cuales esa descentralización, inducida a través de la asignación de recursos e incentivos financieros, se viene procesando.

## Comentarios finales

La inspiración de los *policy makers* en modelos implantados fuera de las fronteras nacionales no es nueva en la historia de la estructuración de los servicios de salud en el mundo, lo que puede demostrarse por la difusión tanto del seguro social de enfermedad alemán, a partir de fines del siglo pasado, como de la idea de acceso a los servicios de salud como derecho de

ciudadanía, en este siglo, en la postguerra, donde los ingleses son la vanguardia.

Aunque la importación de ideas de diferentes países ha sido estimulada, es un error pensar que las diferentes perspectivas constituyen un menú de opciones equivalentes, pues en esencia son diferentes estrategias de cambios que están orientadas hacia las especificidades de cada realidad nacional, como alerta Kettl (1996). Mientras tanto, Kaufman (1995: 2) nos recuerda que *reformular el Estado no es simplemente una cuestión de voluntad política* para implementar las estructuras institucionales "correctas". Los esfuerzos para transformar la forma institucional en la cual la política es formulada e implementada serán afectados por la historia de cada sociedad, por las negociaciones y conflictos entre los grupos de interés domésticos e internacionales, políticos y burócratas, muchos con importante sustentación en el *statu quo* institucional.

La redefinición del papel del Estado en el campo sanitario, en los marcos del énfasis en la regulación y en el enfoque selectivo, se inserta en una perspectiva de legitimación de la política económica restrictiva, o sea, es coherente con el cambio de la función distributiva del Estado (privilegiamiento del sector privado, de la diversidad, de la competencia de mercado y de la concentración de la acción estatal en la lucha contra la pobreza); pero busca también el consenso para su implementación al incluir los principales tópicos presentes en el debate crítico sectorial y pactar una acción articulada entre instituciones, sobretudo en el nivel internacional.

La tentativa de reedición de la *beneficencia decimonónica* (López 1992a, según Arellano, 1994: 36), con el privilegiamiento del principio de la pobreza y no de la ciudadanía, se da en un contexto de fortalecimiento internacional de un poderoso sector privado en el campo de la atención médica, de escasez de recursos para la implementación de los llamados bienes pú-

blicos y de limitaciones de la autonomía de los Estados nacionales para formular sus políticas configurando una arena decisoria extremadamente complicada.

La discusión de las implicaciones de las líneas de reforma contemporáneas para la eficiencia, la efectividad y la equidad en los sistemas de salud, evidencia varias contradicciones. Esos *trade-off* son identificables en el análisis más detallado de la misma agenda reformadora: entre el aumento de la eficiencia y la disminución de la equidad en la perspectiva de las reformas orientadas hacia el mercado; entre el aumento de la eficiencia y la disminución del acceso, con las medidas de contención de costos; entre el aumento de la eficiencia y la pérdida de la integralidad de la atención y la disminución del acceso, con posible aumento de las desigualdades, en los modelos de separación entre financiamiento y provisión, competencia administrada, etc.).

En el caso de América Latina las políticas macroeconómicas, los déficits de balanza de pago, los empréstitos internacionales han afectado de manera importante las opciones de reforma de las políticas nacionales, así como los niveles de autonomía de los Estados nacionales frente a un abanico de opciones cada vez más limitado (Kaufman, 1995: 6; Gilpin, 1993). En la perspectiva de aumentar la credibilidad de los compromisos de los gobiernos con las políticas macroeconómicas, los liderazgos nacionales han recibido incentivos muy claros para la priorización e implementación de determinadas agendas.

Esa lógica política se complica, sin embargo, cuando sale del terreno del gerenciamiento macroeconómico y entra en el elenco más amplio de cuestiones como el bienestar social (Kaufman, 1995: 11), donde la salud se inserta. Las reformas en esta área son menos “visibles” para el sector financiero internacional, a no ser como gasto nacional y porcentaje del déficit público; implican mayor coordinación

intersectorial y cooperación entre los diferentes grupos de la sociedad civil, incluyendo los distintos niveles de gobierno. Además de eso, la influencia de los actores internacionales es más limitada fuera de la arena macroeconómica y existe mucha menos claridad sobre cuáles reformas deben ser privilegiadas. Esto no impide, entretanto, que las agendas y las “recetas” sean difundidas, como analizamos.

Se puede afirmar que el paradigma de la competencia administrada, concebida en los EE.UU. en la década de los 70, rediscutida para las democracias industrializadas (Chernichovsky, 1995; Almeida, 1995) y reactualizada para la realidad latinoamericana, ha sido dominante, traduciéndose en diferentes estrategias de reforma. Del mismo modo, el paradigma de la separación de funciones se diseminó, e incluso la reforma sanitaria brasileña, considerada peculiar y formulada a partir de la dinámica política de la transición democrática, también se ajustó a la agenda internacional.

Se constata también que, aunque partiendo de condiciones mucho más precarias (en términos de vida y salud de las poblaciones, de capacidad administrativa y gerencial; y de autonomía del Estado para la decisión sobre políticas económicas y sociales) las reformas latinoamericanas han sido mucho más radicales y se implementan *pari passu* a extremas limitaciones financieras, que redundan en importante subfinanciamiento sectorial. Esa dinámica apunta como tendencia a una perspectiva de mayores posibilidades de “fractura” de sistemas anteriores (como en Chile y Colombia) sin garantía de mejoras sustantivas en la cobertura y en la equidad, por el alto grado de experimentalismo con que están siendo implementadas.

El surgimiento de nuevas formas de gerenciamiento y asignación de recursos para la prestación de servicios, de cambios en el *mix* público privado y el énfasis que se está otorgando al mercado en las propuestas de reforma sanitaria en la región, no están siendo acom-

pañadas de una adecuada evaluación, ni de la viabilidad política de las nuevas propuestas, ni de los impactos que están produciendo, tanto en el gasto sanitario total (eficiencia, costo-efectividad) como en la salud de la población, sobre todo en lo que concierne a equidad y a calidad de la atención.

Las políticas neoliberales introdujeron nuevas tensiones en los dominios de la salud, enfatizando el agotamiento de las políticas pasadas, y las propuestas de reforma contemporáneas no consideran el papel de la política y del conflicto en su formulación e implementación. De la misma forma, desdeñan la importancia de los valores culturales y sociales que median el impacto de la estructuración de los nuevos subsidios e incentivos que han sido introducidos por esas reformas (Ovretveit, 1994).

Los mecanismos de reforma sanitaria que están siendo implementados en los países centrales han incidido sobre todo en la dimensión asignativa, enfatizando el carácter gerencial y regulador de esas medidas; y no sobre la forma de financiamiento, tanto por el control de los recursos disponibles y del gasto sectorial, como por la garantía de los llamados “mínimos necesarios” que posibilita.

Esas experiencias reformadoras recientes demuestran que la introducción de mecanismos competitivos como forma de asignación de recursos puede no ser más eficiente, efectiva o proporcionar atención de mejor calidad, como se pregona, además de presuponer una capacidad reguladora fuerte por parte del Estado. Las tentativas de ampliación de esos instrumentos hacia el ámbito financiero del sistema han sido minoritarias y sin mucho éxito (Saltman, 1995; Ham, 1996; Maynard, 1994).

En síntesis, los autores alertan sobre el hecho que en pocas áreas de la economía las relaciones entre el Estado y el mercado son tan complejas como en el sector salud, donde sustantivas falencias del mercado y externalidades proporcionan innumerables razo-

nes para el mayor compromiso público que en otras actividades (Baar, 1992; Ovretveit, 1994; Musgrove, 1995, 1996), además de que los sistemas de salud son complejos por definición y extremadamente variados, profundamente insertos en la realidad concreta de cada sociedad, y no es fácil delinear conclusiones definitivas y universales, pasibles de transposiciones mecánicas.

En realidad, las evidencias empíricas que convalidan o contestan los resultados propalados por las recetas reformadoras en términos de transparencia en el *policy making* (democratización), eficiencia y equidad, están siendo construidas de manera bastante precaria, *pari passu* con la implementación de las mismas reformas.

La exigencia de inversiones es, por lo tanto, considerable, lo que en principio contraría las tesis de contracción del financiamiento público y de reducción del alcance de actuación del Estado a los aspectos de regulación y de “definición de las reglas de juego”. n

## Bibliografía

Almeida CM, Travassos C, Porto s, Wargas TBF (1999). “A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Equidade”. *Research in Public Health, Technical Report*. Washington: PAHO <www.paho.org>.

Almeida CM (1997). “Crise Econômica, Crise do welfare state e Reforma Sanitária”. In: Gerschman S, Werneck ML. (Eds.), *Democracia, Reforma do Estado e Globalização: Dilemas e Perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ.

Almeida CM (1997a). *Reforma do setor saúde na região da América Latina e Caribe: uma análise crítica de propostas e tendências. Documento propositivo*. Organização Panamericana de Saúde. Escritório Regional Brasil, mimeo.

Almeida CM (1996a). “Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança”. In: Costa, NR & Ribeiro, JM (org.), *Política de Saúde e Inovação Institucional*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: 69-98.

Almeida CM (1996b). “Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica”. *Saúde e Sociedade*, v. 5(2): 3-57.

Almeida CM (1995). *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição? EUA, Reino Unido, Alemanha Ocidental, Suécia, Espanha e Itália*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, mimeo.

Arretche M (1997). "O Mito da Descentralização como Indutor de maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas". In: Gerschman S, Werneck ML (org.), *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

Arellano OL (1994). "La selectividad en la política de salud". In: Laurell AC (coord.), *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: Casa abierta al tiempo / Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

Baar N (1992). "Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation". *Journal of Economic Literature*, XXX (June): 741-803.

Banco Mundial (1989). "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". In: *Economía de la Salud - Perspectivas para la América Latina*, Publicación Científica Nº 517. Washington, DC: OPAS/OMS.

Bresser Pereira LC (1998). "Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil". *Revista do Serviço Público* 49 1 (enero-marzo), Brasília: ENAP.

Bresser Pereira LC (1997). "A Reforma do Estado dos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle". *Cadernos MARE da Reforma do Estado* 1: 7-57. Brasília: D.F. MARE.

Bresser Pereira LC (1997). "Reforma Administrativa do Sistema de Saúde". *Cadernos MARE da Reforma do Estado* 13: 7-37. Brasília: D.F. MARE.

Bresser Pereira LC (1995). "Reforma Administrativa do Sistema de Saúde". Trabajo presentado al *Coloquio Técnico previo a la XXV Reunión del Consejo Directivo del CLAD*, Buenos Aires, octubre de 1995.

Bustello E (1994). "Hood Robin: Ajuste Fiscal e Equidade na América Latina". *Planejamento e Políticas Públicas* 11 (jun/dic): 4-48.

Butler J (1994). "Origins and Early Developments". In: Robinson R, Le Grand J (Eds.), *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund Institute: 12-23.

CEPAL (1990). *Transformación Productiva con Equidad. La tarea prioritaria del desarro-*

*llo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEpal.

CEPAL (1993). *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile.

Chernichovsky D (1995). "Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm". *The Milbank Quarterly* 73 (3): 339-72.

Day P, Klein R (1991). "Britain's Health Care Experiment". *Health Affairs* (Fall, 1991): 39-59.

Enthoven A, Kronick R (1989). "A consumer-choice health plan for the 1990s". *The New England Journal of Medicine*, 320 (1): 29-37.

Enthoven A (1997). "Market-Based Reform of US Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition". In: Schieber G, *Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference*, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper Nº 365. Washington: WB.

Enthoven A (1985). *Reflections on the management of the National Health Service*. London: the Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Enthoven A (1978b). "Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector". *New England Journal of Medicine*, v. 298 (13): 709-20.

Enthoven A (1978a). "Consumer-choice health plan (Parte I) - Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and an Analysis of Proposals for National Health Insurance". *New England Journal of Medicine*, 298 (12): 650-58.

Fanelli JM, Frenkel R, Rozenwurcel G (1992). "Crecimiento y Reforma Estructural en América Latina. La situación actual". In: *A dónde va América Latina*. Buenos Aires: CEDES.

Fiori JL (1993). "Ajuste, Transição e Governabilidade: O Enigma Brasileiro". In: Tavares MC, Fiori JL, *(Des)ajuste Global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

France G (1993). "Mercati interni nel settore ospedaliero". In: Elena Granaglia (a cura di), *Privatizzazione e Servizio Sanitario Nazionale. Alcune Riflessioni a proposito dei mercati interni*, *Politeia* 56: 35-80.

Frenk J et alli (1994). "Dimensions of health system reform". *Health Policy* 27: 19-34.

Gilpin R (1993). "Welfare nazionale e norme economiche internazionali". In: Ferrera M (org.), *Stato Sociale e Mercato Mondiale*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli.

Glennerster H, Matsaganis M (1994). "The english and swedish health reforms". *International Journal of Health Services*, 24 (2): 231-51.

Ham C (1996). "Population-Centered and patient-Focused Purchasing: The U.K. Experience". *The Milbank Quarterly* 74 (2): 191-214.

Hoeven r van der, Stewart F (1993). "Social development during periods of structural adjustment in Latin America". *International Labour Office - Occasional Paper* 18 (mimeo).

Holland WW, Graham C (1994). "Commentary: Recent reforms in the British National Health Service - Lessons for the United States". *American Journal of Public Health*, 84 (2): 186-89.

Hsiao WC (1995). "Abnormal economics in the health sector". *Health Policy*, 32: 125-139.

Hunter DJ, Stanckford D (1997). "Health Care Reform in the United Kingdom". In: Nitarumphong S. (Ed.), *Health Care Reform - At the Frontier of Research and Policy Decisions*. Thailand: Office of Health Care Reform/Ministry of Public Health: 71-99.

Iglehart JK (1992a). "The American health care system - private insurance". *New England Journal of Medicine* 326 (125): 1715-20.

Iglehart JK (1992b). "The American health care system - private insurance". *New England Journal of Medicine* 327 (10): 742-47.

Imershein AW, Rond PC, Mathis M (1992). "Restructuring Patterns of Elite Dominance and the Formation of State Policy in Health Care". *American Journal of Sociology* 4: 970-93.

Jaramillo I (2000). *Modernización de la Administración Pública en Latinoamérica. Evaluación de los cambios recientes en el manejo de los Ministerios y las Agencias Reguladoras. El caso de Colombia: Descentralización del Ministerio de Salud y reforma a la seguridad social en salud*. CLAD- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, mayo 31 de 2000 (mimeo).

Jaramillo I, Olano G, Yepes F (1998). "Ley Cien - Cuatro Años de Implementación". *Informes Técnicos 2*. Bogotá: ASSALUD/Fundación Corona/Fundación FES/Fescol/GTZ.

Kaufman R (1995). *The Politics of State Reform: A Review of the Theoretical Approaches* (mimeo).

Kettl D (1996). "The Global revolution: Re-

forming Government Sector Management". Paper presentado en el *Seminario Internacional A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma administração Pública Gerencial*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado —MARE—, patrocinado por el BID y la ONU. Brasília, 1996 (mimeo).

Klein R (1983). *The Politics of the National Health Service* (segunda edición). London: Longman.

Londoño JL, Frenk J (1995). *Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, DC: BM.

Londoño JL (1995). *Opciones para reformar la organización de los servicios de salud*. Banco Mundial, Departamento Técnico para la América Latina y Caribe, Washington, DC: BM.

Londoño (1996). "Estructurando Pluralismo en los Servicios de salud. La Experiencia Colombiana". *Revista de Análisis Económico* 11 (2): 37-60.

MARE/ Secretaria da Reforma do Estado (1996). *Projeto Organizações Sociais*. Mimeo.

Maynard A (1994). "Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons from the Reform of the U.K. National Health Service". *Social Science Medicine*, 39 (10): 1433-45.

Melo NR, Costa MA (1994). "Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social; As Estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a Atenção à Saúde". *Planejamento e Políticas Públicas*, 11 (Jun/Dic.): 50-108.

Melo MA (1998). "As sete vidas da agenda pública brasileira". In: Rico EM (org.), *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. San Pablo: Cortez Ed.

Miller RH, Luft HS (1991). "Diversity and Transition in Health Insurance Plans". *Health Affairs*, Winter: 37-47.

Mishra R (1990). *The Welfare State in Capitalist Society. Studies in International Social Policy and Welfare*. London: Harvester/Wheatsheaf.

Musgrove P (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing*. Banco Mundial (mimeo).

Musgrove P (1995). "Cost-effectiveness and the socialization of health care". *Health Policy*, 32: 111-123.

OPS (1995). *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*. Washington, DC: OPAS/OMS.

- OPS/CEPAL (1994). *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe*. Serie Documentos Reproducidos N° 41, Washington, DC: OPAS.
- Ovretveit J (1994). "Values in Europe HealthCare markets". *European Journal of Public Health* 4 (4): 294-300.
- Przeworski A (1996). "On the Design of the State: A Principal-Agent Perspective". Paper presentado en el *Seminario Internacional A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma administração Pública Gerencial*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado —MARE—, patrocinado por el BID y la ONU. Brasília, 1996 (mimeo).
- Saltman R (1995). "A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms". *European Journal of Public Health* 4 (4): 287-293.
- Viana AL, Dal Poz MR (1998). *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. Informe final de investigação*. Instituto de Medicina Social Universidade Estadual do Río de Janeiro, mimeo.
- Waitzkin H (1997). "Challenges of Managed Care: Its Role in Health System Reform in latin America". *Informing and Reforming, the Newsletter of the International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives (IHSRI)*, Oct/Dec (4): 2-4.
- White J (1995). "Managing Health Care Costs in the United States". In: Jérôme-Forget M, White J, Wiener JM. *Health Care Reform Through Internal Markets*. Québec: IRPP.
- Wiener JM (1995). "Managed Competition as Financiang Reform: A view from the United States". In: Jérôme-Forget M, White J, Wiener JM. *Health Care Reform Through Internal Markets*. Québec: IRPP.
- Yamin P, Dreyfuss R (1997). "MotherJones MJ93: The godfather of managed competition". En <<http://www.mojones.com/mother>>, 03/12/97.
- Yepes Luján F (1990). *Estudio Sectorial de Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud - DNP. Tomo II (mimeo).