

1ER. CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE MEDICINA Y SALUD
HACIA UNA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
SEMINARIO DE MEDICINA Y SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



SEMINARIO DE MEDICINA Y SALUD

1er. CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE MEDICINA Y SALUD

HACIA UNA COBERTURA

UNIVERSAL EN SALUD

22-24 DE ABRIL 2009

MEMORIA

México

Primera edición: 2009

D.R.© Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510 México, D.F.
Facultad de Medicina

ISBN 978-607-02-0972-7

Prohibida la reproducción total o parcial
por cualquier medio sin la autorización escrita
del titular de los derechos patrimoniales

Impreso y hecho en México
Printed and Made in Mexico

CONTENIDO

COLABORADORES	11
---------------------	----

PRESENTACIÓN

<i>Philippe Lamy</i>	13
----------------------------	----

CEREMONIA INAUGURAL

José Narro Robles

Rector Universidad Nacional Autónoma de México	17
--	----

CONFERENCIA INAUGURAL

José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud-México	21
----------------------------------	----

CONFERENCIA INAUGURAL

Octavio Rivero Serrano

Director del Congreso-México	41
------------------------------------	----

UNIVERSAL HEALTH CARE INSURANCE IN CANADA: ACHIEVEMENTS, LIMITS, STRESSES, THREATS, AND SCOPE FOR IMPROVEMENT

Robert G. Evans

Universidad British Columbia-Canada	51
---	----

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA <i>Juan Antonio Pagán Lozano</i> Ministerio de Salud.	83
EL SISTEMA DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL Y GRATUITO EN CUBA <i>Francisco Rojas Ochoa, Cuba</i>	93
THE UNION KINGDOM (UK) NATIONAL HEALTH SERVICE: CHALLENGES IN A UNIVERSAL HEALTH SYSTEM <i>Stephen Peckham, Inglaterra</i>	117
SISTEMA DE SALUD CON COBERTURA UNIVERSAL <i>Alberto Beltrame, Brasil</i>	149
SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COSTA RICA: HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD <i>Rossana García González, Costa Rica</i>	161
UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD EN SALUD. DESAÍOS PARA AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI <i>Julio Manuel Suárez, OPS</i>	197
AMERICAN HEALTH POLITICS OVER RECENT DECADES: MANAGED CARE AND OTHER FASHIONS <i>Theodore R. Marmor, Universidad de Yale, EUA</i>	219
PRIVATIZATION OF PUBLICLY-FUNDED HEALTH CARE SYSTEMS VIA HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS AND INVESTOR-ACQUISITION OF HOSPITALS AND OTHER FACILITIES <i>David U. Himmelstein</i> <i>Steffie Woolhandler, Universidad de Harvard, EUA</i>	243

LA MEDICINA ADMINISTRADA EN COLOMBIA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO <i>José Félix Patiño Restrepo</i> , Colombia	265
THE METAMORPHOSIS OF MANAGED CARE <i>Marc A. Rodwin</i> , Universidad de Sulffolk, EUA	277
CHRONIC DISEASE IN EUROPE: WHAT CHALLENGES FOR THE HEALTH SYSTEMS? <i>Dina Balabanova</i> , Inglaterra	315
LA RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD <i>Paulina Rivero Weber</i> , México	341
LA SALUD EN MÉXICO ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS <i>Rubén Argüero Sánchez</i> , México	355
MEXICO'S HEALTH SECTOR REFORM, ARE WE GOING IN THE RIGHT DIRECTION? <i>Sebastián García Saisó</i> , Inglaterra	375
FINANCIAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA VISIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO <i>Luis Durán Arenas</i> , México	407
EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD <i>José Narro Robles</i>	439

COLABORADORES

Rubén Argüero Sánchez

Doctor

Cirujano Cardiorácico

Maestro en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, UNAM-México

Dina Balabanova

Doctora

Profesora de los Sistemas de Salud

Escuela de Higiene y Medicina Tropical, Londres-Inglaterra

Alberto Beltrame

Doctor

Secretario Ministerio de Salud-Brasil

José Ángel Córdova Villalobos

Doctor

Secretario de Salud-México

Luis Durán Arenas

Doctor

Jefe de la Subdivisión de Maestrías y Doctorados, Facultad de Medicina, UNAM-México

Robert G. Evans

Doctor

Director del Programa de Salud, Universidad British Columbia-Canadá

Rossana García González

Doctora

Directora General de Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Sebastián García Saisó

Doctor

Miembro asesor del comité de examinadores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical Londres-Inglaterra

Ma. del Rosario Gutiérrez Razo

Licenciada

Coordinadora Técnica del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM-México

Theodore R. Marmor

Doctor

Profesor Emérito, Universidad de Yale-USA

José Narro Robles

Doctor

Rector Universidad Nacional Autónoma de México

Juan Antonio Pagán Lozano

Doctor

Asesor del Instituto de Salud Carlos III-España

José Félix Patiño Restrepo

Doctor

Academia Nacional de Medicina-Colombia

Stephen Peckham

Doctor

Director Escuela de Higiene y Medicina Tropical, Londres-Inglaterra

Octavio Rivero Serrano

Doctor

Presidente del Congreso-México

Director del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM-México

Paulina Rivero Weber

Doctora en Filosofía

Profesora de Carrera de Tiempo Completo de la Facultad de Filosofía, UNAM-México

Marc A. Rodwin

Doctor

Profesor Universidad de Suffolk-USA

Francisco Rojas Ochoa

Doctor

Consultor OPS/OMS en Cuba

Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

Horacio Rubio Monteverde

Doctor

Coordinador del Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM-México

Julio Manuel Suárez

Doctor

Asesor en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS-México

Consultor OPS/OMS

Steffie Woolhandler

Doctora

Directora Departamento de Medicina, Universidad de Harvard-USA

PRESENTACIÓN

Doctor Philippe Lamy
Representante de OPS/OMS en México

El objetivo de alcanzar, en salud, la universalidad con equidad responde a uno de los principios esenciales refrendado, entre otros, en la Declaración de *Alma-Ata* (1978) sobre Atención Primaria en Salud. Treinta años después, dista aún de ser una realidad en muchos países. Más allá de declaraciones, la obra real de construir sistemas universales de salud enfrenta desafíos significativos, en muchos casos difíciles de superar: los ejemplos abundan en todos los continentes, inclusive en países desarrollados. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, educación, sexo, edad, nacionalidad u otras condiciones sociales es requisito para una vida colectiva digna.

Estos valores están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por múltiples resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” como estrategia para reducir las inequidades en salud reafirma valores centrales sin los cuales no se lograra este objetivo: el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. Este enfoque es el que permitirá cumplir con los objetivos internacionales mencionados, incluido los acordados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Estos valores son

también subyacentes a la definición incluida en la Constitución de la OMS, calificando a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

La realización del Congreso Internacional sobre Medicina y Salud “Hacia una Cobertura Universal en Salud”, organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la colaboración de nuestra Organización, ha permitido colocar el tema en el debate nacional e internacional y abogar por avanzar en realizaciones concretas en pro del ideal de universalidad con equidad.

La memoria que ahora presentamos recoge las conferencias de profesionales de alto nivel provenientes de nueve países de América, Europa, y México, así como de la Organización Panamericana de la Salud.

El rector de la UNAM, doctor José Narro Robles, coloca en el centro de su conferencia la equidad y justicia en salud. Expresa que una sociedad que quiera construir un futuro mejor para su pueblo, fortalecer su libertad y el desarrollo humano, debe cultivar la salud como valor colectivo y responsabilidad del Estado. Entre otras conclusiones y propuestas resalta la desigualdad social como un problema grave en México incluyendo la desigualdad en salud y la importancia de contar con un sistema de salud único, público y universal como condición imprescindible para avanzar en la equidad y el desarrollo humano con equidad.

El secretario de Salud, doctor José Ángel Córdova Villalobos, define la posición de México para lograr universalidad con equidad a través de la integración del sector salud en un solo sistema, los desafíos que este objetivo enfrenta y los esfuerzos que lleva adelante el país en ese sentido. Hace un recuento de los principales problemas y retos para construir un sistema universal y equitativo de salud, lo que cuenta con el consenso nacional y la voluntad política expresa de las máximas autoridades, y describe los avances alcanzados hasta la fecha.

Por su parte, el doctor Octavio Rivero, presidente del Congreso y director del Seminario sobre Medicina y Salud de la UNAM, enfatiza la dimensión ética del acceso universal a la salud, los retos que esto entraña para México y para los países de las Américas, así como la importancia de generar espacios de debate e intercambio de experiencias. Define los objetivos a alcanzar como contribución a los esfuerzos de los países para alcanzar universalidad con equidad en salud.

Las ponencias de los invitados internacionales reflejan, con datos y argumentos sólidos, los logros y desafíos para alcanzar y sostener sistemas universales de salud en diferentes contextos políticos sociales y económicos, siempre sobre la base de la defensa de los valores que orientaron el Congreso.

Me es altamente gratificante presentar esta memoria, esperando que sea una contribución útil para respaldar el debate y las políticas públicas que permitan alcanzar los objetivos en salud que han sido consagrados en las resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS y la OMS y, en el caso específico de México, los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

CEREMONIA INAUGURAL

José Narro Robles

Señor secretario de Salud, doctor José Ángel Córdova. Es un gusto recibirlo en la Universidad Nacional Autónoma de México en esta extraordinaria Facultad de Medicina. Gracias por haber aceptado la invitación.

Al señor director de la Facultad de Medicina, al doctor Enrique Graue. Por supuesto la felicitación por alojar este Congreso Internacional, por recibir y cobijar, como siempre, las iniciativas que en materia de salud se producen en nuestro medio.

Al señor doctor, al maestro don Octavio Rivero, quien a lo largo de su vida ha entregado reiteradas muestras de compromiso con la salud y con la educación superior, con la prestación de servicios y con la investigación, con la organización de programas de salud y, por supuesto, también con el diseño de nuevas posibilidades.

Y quien desde hace ya una década al frente de un seminario ha venido conjuntando, convocando a muy distinguidas personalidades para reflexionar sobre numerosos asuntos y temas en relación con la salud, todos ellos de gran importancia.

Mi reconocimiento por esta nueva iniciativa, en la cual estamos el día de hoy atestiguando su inicio.

A nuestros muy distinguidos profesores visitantes, gracias por haber aceptado la invitación para acudir a un ambiente académico y revisar, discutir, analizar, conocer algunos de los desarrollos que en otras latitudes se están llevando a efecto.

Es un gusto tenerles con nosotros y en nombre de la Universidad Nacional Autónoma de México agradezco su presencia.

Quiero reconocer y agradecer la presencia de directores de institutos nacionales; responsables de servicios de salud de nuestras instituciones públicas; directores de entidades académicas de nuestra Universidad; miembros del Patronato; profesores eméritos que están con nosotros en esta oportunidad así como la de profesionales de la salud quienes se han distinguido a lo largo de los años por su compromiso en favor de la salud. Nos da gusto que nos acompañen.

A los profesores de la Facultad de Medicina y en especial a nuestros estudiantes, que son la razón de ser, el sujeto fundamental de los procesos que en la vida académica se desarrollan en nuestra Universidad. Gracias por acompañarnos, por su presencia.

Me toca reiterar algunos asuntos que seguramente hemos comentado y analizado muchas veces, y que sin duda en esta oportunidad, y contando además con la participación y presencia de la representación de OPS en México, que por supuesto reconocemos y valoramos, no puedo evitar decir por enésima ocasión que la salud representa uno de los grandes asuntos y temas de siempre en la agenda de los seres humanos, una prioridad permanente, un tema y un asunto en el que nunca se termina de alcanzar lo que se quiere, en el que se conquistan problemas y se confrontan otros nuevos.

Un campo, el de la salud, sin el cual el desarrollo de los seres humanos no puede ser completo; en donde distintas profesiones convergen para aportar conocimiento, convicciones, experiencias y valores. Un campo sin el cual ni la vida colectiva, ni la familiar, ni la individual pueden estar completas. Un campo en el que se requiere cada vez saber más y hacer más a favor de la sociedad y del individuo. Un campo, sin el cual ni la libertad, ni la justicia, ni la democracia, ni el desarrollo colectivo están completos.

Así es por lo menos como hemos entendido la salud, muchos de quienes estamos aquí, la gran mayoría, estoy seguro, de los profesionales que nos hemos dado cita el día de hoy.

Con esta sencilla, pero al mismo tiempo importante ceremonia de apertura de este Congreso Internacional, quiero refrendar una vez más ese compromiso, ese interés, esa convicción, en nombre de todos quienes estamos aquí.

A lo largo de los próximos tres días, miércoles, jueves y viernes, 22, 23 y 24 de abril, en este congreso tendremos la oportunidad de escuchar a un número importante de ponentes, más de una veintena nacionales e internacionales que compartirán con nosotros sus experiencias alrededor de temas fundamentales en materia de salud y con un propósito concreto: reactivar un compromiso esencial en la sociedad e intentar alcanzar la cobertura universal en los servicios como un acto de congruencia y como un acto de justicia social.

Vamos a tener la ocasión de conocer las experiencias de otras naciones en nuestra región y fuera de ella; vamos a tener la oportunidad de intercambiar y discutir posibilidades respecto de algo que le llega muy cerca, que resulta muy importante para nuestra sociedad. Esa posibilidad, con toda la infraestructura desarrollada a lo largo de décadas, para poder articularla de la manera más eficiente en la búsqueda de esa cobertura universal en materia de salud.

En muchos momentos la sociedad mundial se ha planteado ideales básicos. Hace poco más de 30 años, en la *Alma-Ata*, la Organización Mundial de la Salud convocó alrededor del tema “Salud para todos, en el año 2000” a varios representantes de diversos países; ahí se estableció un compromiso por parte de todas las naciones para mirar a la atención primaria de la salud como una de las herramientas fundamentales; hace más de tres décadas que el mundo dijo: “intentemos otorgar servicios a todos los seres humanos” y no se ha podido alcanzar.

Es algo que todavía está en la lista de los asuntos pendientes y por alcanzar en muchas, en muchas naciones, en muchas regiones, en varios continentes. Esta falta de cobertura de salud acompaña a otros asuntos y temas que reflejan la desigualdad social.

Por eso, quienes tenemos la convicción y el compromiso de trabajar en tener cobertura universal, tenemos que reiterar una vez más ese compromiso.

Espero que a lo largo de estos tres días las discusiones tengan la altura, el nivel, que sin duda van a alcanzar, por la categoría y la calidad de los profesores nacionales e internacionales que nos van a hacer el favor de compartir con nosotros esas experiencias y también, por supuesto, por la calidad del conocimiento y el compromiso de los asistentes al Congreso y espero que al término de las deliberaciones de este Primer Congreso Internacional tengamos la posibilidad de ofrecerle a nuestra sociedad propuestas concretas, ideas y mecanismos que nos permitan avanzar en la dirección debida.

Termino reiterando el agradecimiento de nuestra Casa de Estudios a los profesores asistentes, y enfatizando una vez más el compromiso de la Universidad, de sus entidades académicas del área de la salud por contribuir con México, como lo hacemos en otros campos, como lo hemos hecho a lo largo de la historia, en el campo de la salud, en favor de la salud de los mexicanos. Nuestra sociedad espera de nosotros eso.

Y sin más protocolo, me da mucho gusto que queden inaugurados los trabajos de este Primer Congreso Internacional “Hacia una Cobertura Universal en Salud”; felicitando al Seminario de Medicina y Salud y a su director, el maestro don Octavio Rivero y al señor Director de nuestra Facultad, por este logro.

Que los resultados nos den la razón.

Enhorabuena.

CONFERENCIA INAUGURAL

José Ángel Córdova Villalobos

Quiero empezar por agradecer la hospitalidad del señor rector José Narro Robles, a esta nuestra extraordinaria Universidad de gran prestigio mundial, siempre en avanzada en temas tan fundamentales como el que hoy nos ocupa y tiene en actores como el doctor Octavio Rivero, gente comprometida para organizar este tipo de reuniones con expertos nacionales, compañeros médicos investigadores y con amigos internacionales de diferentes países a los cuales les damos la bienvenida, y a todos aquellos interesados en estos apasionantes temas en los que todavía tenemos como país mucho por avanzar.

Vamos a tratar de dar una visión general de cómo vemos la situación actual ante el gran objetivo que es lograr la cobertura universal de salud en México, cuáles son los retos, en dónde estamos parados, qué es lo que se ha hecho y los avances que en estos años hemos ido alcanzando.

Evidentemente lograr la cobertura universal en salud tiene que estar inscrito en un programa, en un plan nacional de desarrollo en donde el tercer eje hable precisamente de la igualdad de oportunidades. Sería absurdo pensar que los mexicanos tenemos todos la misma oportunidad de desarrollo cuando no todos tenemos la misma oportunidad de acceso a un bien público básico como es la salud.

Precisamente por ello y en conjunto con otros factores, como vamos a ver, fue definido dentro del tercer eje rector del Plan Nacional de Desarrollo la igualdad de oportunidades y, dentro del mismo, el de salud. En el plan sectorial definimos siete aspectos fundamentales en los que deberíamos de aplicar la mayor cantidad de metas, estrategias y enfocar todos los esfuerzos para poder lograrlos.

En primer lugar, el más importante, es el objetivo de lograr el aseguramiento universal, que ha tenido varios esfuerzos, que ha tenido varias acciones, que ha logrado varios adelantos, pero que evidentemente aún no hemos conseguido.

Esto se desprende del Plan Nacional de Desarrollo al Programa Sectorial con un objetivo fundamental: La universalización de los servicios de salud con equidad. No se trata de dar limosnas ni de tener misericordia con los más desprotegidos. Se trata de que los servicios de salud sean exactamente de la misma calidad de aquel que antes o ahora los puede pagar y aquel que no los puede ni los podrá nunca pagar.

Con calidad, porque precisamente en salud estamos hablando de un bien público que implica una enorme responsabilidad y en donde el servicio que se presta no puede ser de mediana calidad, no puede arriesgar el estatus de la persona o su desarrollo, su futuro personal desde el punto de vista de salud, y evidentemente esto va muy estrictamente ligado a la seguridad.

El ver a un médico, el ingresar a un hospital no puede ser, como en algún momento lo llegó a ser, una aventura en la cual el resultado final, muchas veces, se desconocía o se tenía incluso un gran temor, no hablemos para grandes cirugías, en donde era mejor llegar ya con el testamento hecho, porque quién sabe si había la posibilidad de regresar.

Esto ha sido un tema mundial muy importante, el aspecto de la seguridad, de la atención médica que también lo tenemos enfocado. A través de un sistema de salud único, aunque reco-

nocemos las diferencias legales que existen en este fraccionamiento de tantos años en el Sector Salud en México, pero que podemos y como lo hemos hecho irlos integrando haciendo operativo entre el ámbito federal y el estatal, pero también hay que tener en cuenta este aspecto, que es fundamental: la Secretaría de Salud es una de las pocas secretarías federales que no tiene delegados estatales.

Nosotros tenemos que trabajar con secretarios de Salud nombrados por los gobernadores de cada estado de diferentes partidos. En general, afortunadamente dado que salud es un tema universal, y en donde se confluyen muchas de las ideas, es mucho más fácil lograr un consenso que en otros temas cuya impregnación política es más intensa. Sin embargo, no deja de ser un factor en donde hay que trabajar para mantener la rectoría a nivel federal y para lograr la aplicación correcta de los programas y de los recursos. En otros casos el secretario de equis Secretaría ordena lo que el delegado estatal tiene que aplicar, y aunque haya ciertas dificultades a veces para hacerlo, es una orden, y no está puesta a discusión.

El objetivo es lograr que todos los mexicanos tengamos acceso y cobertura a servicios de salud, estamos hablando de atención médica, de servicio de salud pública comunitaria, entre otros, que garantice una provisión eficiente y un paquete explícito de intervenciones de alta calidad.

Sabemos y debemos de reconocer que la salud está expuesta a múltiples variables, el desarrollo y la equidad en salud no dependen nada más de los presupuestos ni de las acciones en salud.

Entonces aunque todos esperamos que los sistemas de salud sean equitativos, las causas primordiales de las inequidades radican en condiciones sociales de desarrollo social ajenas al control directo del sistema sanitario, por lo que deben abordarse con medidas en las que intervengan distintos sectores e instancias gubernamentales. De eso estamos convencidos.

Si no trabajamos juntos con educación, si no logramos modificar una cultura por la salud va a ser muy difícil poder lograr estos objetivos. Tenemos que cambiar esa cultura hacia una cultura del autocuidado, de la autorresponsabilidad de la salud y que no todo puede depender de las instituciones públicas o privadas de salud.

Al mismo tiempo el sector puede adoptar medidas importantes para que la equidad sanitaria progrese desde adentro, a través de estas acciones intersectoriales conjuntas con reformas que nos deben permitir avanzar a una cobertura universal, es decir, al acceso de todos a los servicios de salud unidos a la protección social en salud.

Partimos de varios principios básicos. Desde 1983 el artículo cuarto constitucional establece a la salud como un derecho para todos los mexicanos; sin embargo, este derecho no ha sido explicitado claramente, aunque en algunos casos y por muchos años hay hospitales o clínicas que no pueden dar atención, lo que ha representado para los mexicanos un gasto empobrecedor.

Sin duda, esta atención ha estado ligada al empobrecimiento de la población de menores recursos económicos.

Debemos aspirar idealmente también a tener una seguridad social como derecho. No es nada más el derecho a la atención en salud, hay otros derechos importantes en la seguridad social en los que deberíamos llegar a tener en algún momento para todos los mexicanos.

Tener una equidad en el acceso eliminando las barreras económicas y también físicas para acceder a un seguro de salud; tener la garantía de la sustentabilidad económica particularmente y en infraestructura para poder lograr esto.

Esto no se da nada más con buenos deseos, no se da nada más con afiliaciones, se da con recursos, con recursos que han permitido construir una gran cantidad de infraestructura en los últimos años.

Una integralidad en la que hay que considerar todas las necesidades de la población. No podemos seguir con el esquema que nos ha ido dominando del gasto de los recursos predominantemente en atención, porque los países más avanzados lo están viviendo, no, no hay recursos que aguanten una demanda como es la actual, una demanda de acuerdo al panorama epidemiológico en donde las enfermedades crónicas representan la parte más importante de morbilidad y mortalidad y del gasto en salud. Debemos tener un sistema que sea coherente, en donde se favorezca el acceso y la disponibilidad para la prestación de servicios, es decir, tenemos que participar todas las instituciones de salud, públicas y privadas.

¿Cuáles son los retos que tenemos que vencer? Esto no es un secreto, todos saben que el sistema de salud en México está fragmentado, tenemos el IMSS para los trabajadores asalariados, a los asalariados privados; el ISSSTE para los asalariados del sector gubernamental; SEDENA para los militares; SEMAR para los de marina; tenemos servicios médicos de PEMEX; en fin, tenemos una gran variedad de servicios que forman parte del sector salud, aunque los tres sectores más importantes son: IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud federal y estatal.

Hay diferencias en cuanto a la eficiencia y la eficacia del sistema, en muchos casos hay dispendios, hay duplicidades de los servicios y también un alto costo administrativo, que desde hace muchos años ha sido perfectamente establecido y se ha tratado de corregir, pero en donde todavía tenemos muchos rezagos.

Hay pendientes relacionados a la equidad, a la calidad y la seguridad en materia de prestación de servicios de salud y esto lo vemos en los indicadores nacionales, en donde precisamente los estados del sur, sureste, en general, tienen mayores índices de mortalidad materno-infantil.

Existe falta de oportunidad y en muchos casos de transparencia en el ejercicio de los recursos de las entidades federativas,

a partir de la descentralización de 1996. En este momento el 83 por ciento del recurso federal lo ejercen los estados. La centralización en salud ya no existe.

Los recursos están en cada una de las entidades federativas; sin embargo, en algunos el ejercicio de estos recursos, requiere de procesos legislativos que permitan un seguimiento estricto y puntual del uso de cada uno de ellos, dadas las limitaciones en la normatividad que pueden eventualmente generar gastos ineficientes.

En otros casos, y esto cada vez es menos y esto sí lo tengo que reconocer con mucho gusto, hay falta de voluntad y compromiso de las entidades federativas. En general esto se está revirtiendo, cada día vemos más a gobernadores, a presidentes municipales comprometidos ya con el tema de salud, no como un tema de retórica para lograr votos, sino como un tema que incida realmente en el servicio.

Y tan está incidiendo que cuando se analizan las evaluaciones en cuanto a la percepción de la población respecto a los diferentes servicios: seguridad, salud, empleo, etcétera, etcétera, salud ha sido una de las mejor percibidas por la población, quien tiene realmente la calidad moral para evaluarnos. Hay retos por vencer como puede ser la insuficiencia y la complejidad del flujo de recursos; es cierto que, como lo vamos a ver, hemos crecido de manera importante de cinco a 5.2 por ciento de inversión en salud en el PIB en el año 2000, a casi siete por ciento en el 2009, sin embargo, quisiéramos estar en ocho, o por arriba de ocho por ciento, todavía no es suficiente y además el flujo de recursos sigue siendo complicado, hay interacciones conflictivas, esquemas de financiamiento y de los prestadores de servicio.

La definición y la comprensión cabal del rol de los prestadores de los servicios en algunos estados están mezclados y se confunde. Y finalmente es la Secretaría la que maneja todos los

recursos, el Organismo Público Descentralizado (OPD)¹ que a veces tiene recursos, y la Secretaría de Salud que está a expensas también de que las secretarías de finanzas estatales transfieran los recursos que con mucha oportunidad son derivados a las entidades federativas y que nos exigen los secretarios, dicen pues: “ya lo tienes en tu estado”. Lo que pasa es que está en finanzas; y ahí van generando productos financieros y otras situaciones que finalmente inciden de manera negativa en lo que debe ser, a mayor recurso mayor salud.

En detrimento de la red pública de servicios lógicamente esto lo hemos sufrido, por los problemas financieros que tuvo el Seguro Social y el ISSSTE, que afortunadamente han ido desapareciendo, recordemos que la inversión en infraestructura en salud se había quedado muy rezagada, como ustedes van a ver.

Estamos sustituyendo hospitales, algunos de ellos, como el de La Piedad que tenía 180 años, claro, lo habían ido ampliando, pero era la misma estructura original. O muchos de ellos con 50, 60, 70 años. En sí había verdaderamente un gran déficit.

Había y existe todavía carencia de un sistema de información integral. Tenemos en salud que irnos modificando y modernizando para poder tener un mejor control de todas las acciones.

El expediente electrónico y todo control electrónico de información resulta indispensable para tener estadísticas más actualizadas y hacer un análisis, una evaluación continua de todas nuestras estrategias y ver si estamos o no cumpliendo con las metas.

Se avanza de alguna manera después de la descentralización y después del inicio de los recursos del Seguro Popular, pues muchos de los estados, y perdón la comparación, estaban como el niño que tiene mucho dinero y a ver en qué me lo gasto. Pero

¹ OPD. A partir de la descentralización de 1996 se crearon 32 OPD, uno en cada entidad federativa.

no se trataba de inventar, sino había que seguir una rectoría nacional que hemos tratado de ir fortaleciendo.

Y también, en muchos casos, la participación social se había excluido. Creo que en salud, como en cualquier ámbito de la política pública, la sociedad debe ser escuchada y en sus expresiones ver cuáles son las necesidades para poder ir mejorando.

Tenemos tres formas para avanzar hacia la cobertura universal; la amplitud de la cobertura, la profundidad de la cobertura y el nivel de la cobertura. Es necesario que el gasto público vaya creciendo para ampliar la población asegurada, y saber a quién se está asegurando.

Necesitamos tener un padrón único de asegurados. Hasta hace pocos años no podíamos intercambiar el padrón del Seguro Social con el del Seguro Popular. Ahora ya hay una indicación, ya hay una firma de convenio, ya se está haciendo este intercambio; y quiero decirles que ya en dos estados de la república hicimos un estudio piloto, particularmente Aguascalientes y Colima, y encontramos un traslape en donde hasta en el 6.5 por ciento de los asegurados del Instituto Mexicano del Seguro Social estaban haciendo uso de los servicios públicos de salud estatales. Es decir, estaban sobrecargando los servicios públicos de salud; contrariamente a lo que a veces se ha declarado. Esto lo tenemos comprobado y lo vamos a seguir ampliando en base a estas investigaciones. Después de reducir la compartición de costos es necesario tener esclarecido el padrón de servicios y el costo de los servicios.

No es posible que una intervención pueda costar dos, tres o cuatro veces más en una institución pública que en otra. Y estandarizar precisamente para darle portabilidad a los derechos. Necesitamos entonces integrar al sector para lograr esta cobertura universal.

En esta ideología hemos diseñado lo que podría ser el proceso de reestructura orgánica y funcional de las instituciones.

Por un lado necesitamos separar claramente lo que son las prestaciones sociales que se dan en IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, pero que evidentemente no se dan en las secretarías de salud estatales, federales o en el sector privado, para que esto sea manejado de una manera separada a lo que es un sistema único de salud en donde la atención médica pueda ser brindada por cualquiera de las instituciones, incluyendo los privados, pero financiados siempre por el gobierno. No es una privatización, dado que el gobierno es el que financia los servicios de todos y los financia al mejor proveedor, al que sea más eficiente, al que dé mayor calidad, al que cueste menos.

Entonces necesitamos trabajar en este ámbito, en esta maraña complicada para establecer consensos con las otras instituciones y con todos los estados, respetando la autonomía, la organización de cada una de las instituciones, porque además tienen un marco legal diferente, hay una Ley del Seguro Social, hay una Ley del ISSSTE, hay una Ley General de Salud, dentro de ella el 77-bis con el Artículo del Seguro Popular, en donde tenemos que ir armonizando esto, respetando la autonomía y respetando las atribuciones y la soberanía también de los órganos de gobierno, eso no lo podemos olvidar, no podemos de repente llegar y decirles a los estados: Pues saben qué, ahora todo se va a controlar otra vez desde la Federación. Esto prácticamente sería inaceptable después de 11 años de una reforma, y trabajar para lograr un sistema unido, sincronizado, homologado y sinérgico.

En este sentido, como decía, el sistema de financiamiento será a través del gobierno, aunque en algunos casos, el financiamiento se está dando, por ejemplo, en los programas: Proyectos de Prestación de Servicios (PPS's),² con recurso privado, pero

² PPS's Proyectos de Prestación de Servicios. Son proyectos implementados por el Gobierno Federal para el desarrollo de infraestructura como carreteras o establecimientos hospitalarios, entre otros.

que de ninguna manera es regalado, el Estado lo está amortizando en periodos más largos para permitir que la renovación y la creación de nuevos hospitales, a los cuales no podríamos aspirar por el costo que tiene y aún cuando ha aumentado de manera considerable la inversión en infraestructura, tenemos todavía que construir, como vamos a verlo, ocho o diez hospitales de un valor de 1 200, 1 500 millones de pesos.

Urge ir integrando funcionalmente a todo el sector, esto incluye evidentemente la Secretaría, el ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, IMSS, los OPS estatales o los privados y todos los estados de la República, y cubrir aquellos espacios en donde no hay infraestructura, porque hay que reconocer también que entre un siete, ocho por ciento del territorio nacional no tiene unidades de salud prácticamente de ningún tipo y entonces hemos venido atendiéndolos con las caravanas para la salud.

En este ámbito hablamos entonces ya de una portabilidad y una convergencia. Portabilidad como que el usuario tiene acceso a atención médica en cualquiera de las instituciones proveedoras de servicios de salud, independientemente de su afiliación a una u otra hemos de llegar a un momento en donde la atención pueda ser dada por una u otra, independientemente de dónde se tenga la afiliación, incluso decíamos ya sean privadas o públicas, federales o estatales.

Cada institución pública sigue prestando las intervenciones que cada seguro incluya, ésta es otra de las complicaciones de la homologación, porque mientras el Seguro Popular brinda 266 intervenciones que representan aproximadamente el 87 por ciento de la demanda de consulta y de servicios de salud; como ustedes saben IMSS e ISSSTE prácticamente tienen una cobertura total.

Sin embargo, en el Seguro Popular, a través del seguro médico para una nueva generación, del cual tenemos ya más de dos millones 200 mil niños con una cobertura universal para todos los padecimientos.

Entonces se está avanzando, homologando precisamente dentro de estos tres tipos de seguros las intervenciones que se prestan y mediante la convergencia tratar de lograr una mayor y mejor coordinación en el uso compartido de los recursos para reducir los costos administrativos. En otras palabras estamos tratando de converger todas las instituciones del sector, para que a través de diferentes acciones sea el mismo nivel, la misma calidad.

Portabilidad implica, primero, un padrón universal en donde no haya duplicidades, en México llegamos a tener triplicidades o cuadruplicidades en algunos casos. Por ejemplo, una señora está con derecho al Seguro Social por un hijo, al ISSSTE por otro hijo, al Seguro Popular por ella misma y la hija, siempre comprensiva le dice: “no, mejor te llevo con el privado porque ahí sí te van a atender bien”.

En lo que se refiere a la calidad de los medicamentos, afortunadamente por la modificación del artículo 376, a partir del próximo año o del 2011 a más tardar, por el proceso administrativo que lleva, solo habrá medicamentos de calidad, genéricos intercambiables y los de patente vigente o de marca.

Entonces, ya no se va a valer decir: “pues le voy a dar lo que aquí dan, pero si quiere, afuera le puedo dar otra cosa que es mucho mejor”, porque no va a haber otra cosa, va a ser lo mismo en todos lados. Todos los genéricos tienen que ser intercambiables. Y ya llevamos casi un 60 por ciento de los nuevos registros de los genéricos intercambiables, lo cual da una garantía de calidad.

Por otro lado, es importante tener un padrón, es importante tener una credencialización, que además de permitir el acceso para el expediente clínico electrónico, permita la homologación entre todas las instituciones como parte de esta modernización.

Necesitamos en la convergencia tener servicios médicos cubiertos, es decir, que no haya ninguna persona que no encuentre dentro de un rango cercano la respuesta a una necesidad de cualquier tipo en salud y por eso también se están construyendo

los hospitales de alta especialidad que van a evitar que la concentración de los problemas más graves se siga dando, como se ha dado por años en México, en Guadalajara o en Monterrey.

Estamos trabajando en guías de práctica clínica para homologar la atención. Los médicos somos muy dados de repente a estar con el último grito de la moda o a tratar de innovar sin tener una fundamentación científica adecuada y tratamos a un paciente de 20 formas diferentes, según si estamos en una institución pública, en la privada, aquí o allá.

Esto no tiene ninguna razón de ser y los expertos de la Universidad, de las academias, de las instituciones están diseñando estas guías de práctica clínica que van a homologar la forma de estudio de los pacientes para racionalizar el gasto y, evidentemente, los tratamientos.

Un sistema de intercambio de servicios a través de costos, de tarifas y de insumos en donde ya por cierto quiero decirles que el año pasado por primera vez se hizo una compra consolidada de medicamentos de patente en todo el sector y tan solo por esta acción, que además de dar transparencia, se logró un ahorro de más de cinco mil millones de pesos.

Entonces, el trabajo conjunto, la integración trae muchos beneficios, aparte de los económicos –insisto– la transparencia al poder lograr estas negociaciones de una manera lógicamente mucho más efectiva.

Y estamos por terminar ya todo el plan maestro sectorial de recursos, en donde a través de georeferenciación vamos a poder saber perfectamente en equis ciudad de la República qué tipos de unidades hay, de quién son, cuántos médicos, cuántas enfermeras, para poder saber si se explica o se justifica el crear una nueva unidad ahí o poner un nuevo resonador, cuando hay dos o tres, o poner una nueva tomografía, en fin, o un nuevo acelerador lineal.

Creo que esto del plan maestro debe ser no nada más en cuanto a los recursos humanos, sino también en infraestructura,

es fundamental para lograr este sistema integrado de servicios de atención médica.

Necesitamos, reestructurar organizacional y funcionalmente las instituciones; convertir la gestión de los intereses que son comunes, finalmente, en una prioridad nacional; modernizar y reforzar los sistemas públicos, asegurar la participación de las instituciones públicas y privadas de las organizaciones académicas, quienes le van dando sustento a esas nuevas estrategias sociales, porque son quienes demandan los servicios; integrar todos los sistemas y todos los procesos; establecer una plataforma de control orientada a la consecución de resultados, que deben estar sujetos a una evaluación continua y permanente; fortalecer las acciones y los acuerdos del Consejo Nacional de Salud, que ahora sí es un Consejo Nacional, antes era el Secretario de Salud Federal y los secretarios estatales, ahora están los responsables sanitarios de todas las instituciones públicas y privadas, además de los presidentes municipales que trabajan o constituyen la Red Nacional por Municipios Saludables, porque hay muchas acciones de salud donde si no trabajan o no participamos con los munícipes, con los alcaldes, no podremos lograr los resultados.

Y lógicamente habrá que establecer mecanismos jurídico-legales y normativas de la estrategia.

Renovar el modelo de atención rescatando la atención primaria a la salud. Estamos claros que ahí es en donde debe resolverse la mayor parte de los problemas, aunque en algunos casos el enfoque para enfermedades que se han convertido en prevalentes, como son las crónicas, hemos creado modelos de unidades médicas especializadas. La parte sustancial, el pilar de la atención médica está en la atención primaria.

Establecer las redes para que nos permitan optimizar los recursos, a dónde va a ser referido el paciente, incluyendo los hospitales, las instituciones de todo el sector. Después los mecanismos

para la optimización de la infraestructura y adecuar las estrategias para atender problemas de salud derivados de los cambios epidemiológicos.

No podemos ocultar eso, no podemos cerrar los ojos ante una realidad golpeante que nos demuestra que ya no es lo mismo de lo que la gente se muere en México.

¿Qué avance tenemos en estas acciones emprendidas? Ya lo decía en un principio, esto no es cuestión nada más de buenas o malas ideas, es cuestión de recursos para poderse aplicar, y claro de acciones, de estrategias y de vigilancia de los mismos.

En el año 2001 el presupuesto para salud federal y de las entidades federativas era de 39 mil millones de pesos. Hoy en el 2009 es casi de 134 mil millones de pesos; ha habido un incremento considerable, se ha multiplicado por más de cuatro veces y si nos vamos más atrás, realmente el crecimiento que tenía era poco.

Se hablaba mucho de salud, pero los recursos que llegaban prácticamente todos eran por Ramo 33 y estaban comprometidos básicamente al pago de los servicios personales.

La tendencia del crecimiento del presupuesto, y cómo realmente y lo que ha modificado el presupuesto ha sido el Seguro Popular, que no ha sido nada más una buena idea, ha sido la aportación de los recursos para la atención de los pacientes.

La mayor parte del gasto que se hacía antes era en servicios personales y prácticamente no se tenía o se tenía muy poco en gasto de operación. El gasto de operación ha crecido considerablemente y también ha crecido el gasto de inversión, lo cual es fundamental.

Un aspecto importante que lo aprendimos en las escuelas de medicina, que ha sido tradicional, es que hay que invertir en prevención. Pues sí, pero no alcanzaba. El problema es que la demanda de los servicios se comía todo.

Afortunadamente ahora y ya de manera explícita y dentro del presupuesto de egresos de la federación se establece el gasto de inversión con un nuevo paradigma. En el 2006 el gasto para servicios de salud pública en los estados era de 2 mil 500 millones. Hoy en el 2009 es de 11 mil millones en acciones de prevención que nos han permitido ser proactivos en la operación, tener mayor infraestructura, mayor recurso humano, mayor gerencia estatal, etcétera.

A través de este acuerdo nacional se distribuyen en los diferentes programas preventivos los recursos, estos 11 mil 348 millones de pesos, que están etiquetados y a los que se debe responder, no son de uso discrecional, son para esos programas y en donde habrá que dar resultados porque esto está completamente medido.

Y aquí también la distribución dependiendo, evidentemente, de muchos factores, factor poblacional, etcétera, para cada uno de los estados.

Algo fundamental ha sido la contratación de 45 mil plazas entre médicos, enfermeras y personal auxiliar que realizamos el año pasado y en estos años para el Seguro Popular y para la prestación de los servicios. Y quiero aquí también enfatizar que más del 75 por ciento de los médicos contratados son médicos generales; esto congruente a la política de atención primaria. No estamos especializando o dándole una prioridad específica a la especialidad, sí estamos reforzando servicios de especialidad, pero no estamos dando prioridad a la contratación de especialistas. Y tan es así que el año pasado, bueno, para este año el recurso para los postgrados, desafortunadamente en el caso del IMSS hubo un recorte y entonces se aceptaron un poco menos de residentes para especialidad.

Creo que las especialidades necesitan ser reanalizadas para que sean readecuadas a las necesidades, pero estamos dando preferencia a los médicos generales.

Con el Seguro Popular el recurso ha permitido fortalecer la infraestructura y el equipo de 2 000 unidades de servicios estatales de salud, aquí está la erogación y tenemos a la fecha una cobertura de nueve millones de familias, que son 27 millones de habitantes, que esperamos completar hasta 13 millones y medio en el 2011, para lograr la cobertura universal.

Además, como lo mencionaba, el primero de diciembre se puso en marcha el Seguro Médico para una Nueva Generación, para todos los niños nacidos a partir de esa edad, con una cobertura completa de todos los padecimientos. Hay 2.2 millones de niños que están integrados ya a este seguro. Se amplió la cobertura a todos los jóvenes con cáncer, todas las personas menores de 18 años que no tenían acceso a IMSS o a ISSSTE, ahora el Seguro Popular financia los casos de leucemia, todos los tumores que se puedan presentar antes de esas edades.

Se puso en marcha la estrategia de embarazo saludable para proteger también a la mujer desde el momento en que se embaraza, y tratar de reducir la mortalidad materna al igual que la mortalidad infantil. Tenemos hasta la fecha un poco más de 400 mil mujeres inscritas.

Dentro del Programa de Cobertura Universal Caravanas de la Salud, acción importante porque nos permite llegar a las zonas más alejadas, se brindan 74 intervenciones del CAUSES (Catálogo Único de Servicios de Salud),³ que forma parte del Seguro Popular, en donde se pretende dar cobertura a 12 mil localidades prioritariamente los 125 municipios de más alta marginación. Ya tenemos 1 266 unidades, parte de las nuevas que se han comprado y parte de las que se rehabilitaron en los estados con recursos federales.

³ CAUSES (Catálogo Único de Servicios de Salud) se utiliza como apoyo al subsidio que otorga el Seguro Popular para financiar intervenciones para la atención de las enfermedades.

Estamos trabajando para alinear los programas de salud itinerantes y de extensión de cobertura entre los estados y nosotros, y entre Salud y Oportunidades con SEDESOL.

Las acciones de inversión en salud están aumentando, por ejemplo, un comparativo, en el 2001 la inversión total anual en nueva infraestructura fue de 590 millones, en este 2009 estamos invirtiendo más de nueve mil millones de pesos en infraestructura.

Y el promedio en estos tres años ha sido una inversión de casi seis millones de pesos en todos los estados en infraestructura, es un total de más de 21 mil millones, lo que se ha estado invirtiendo.

Aquí está entonces la inversión canalizada, un crecimiento progresivo e importante, que está dando fortaleza, que no está colgada de alfileres la afiliación, está sostenida, ya decíamos, 45 mil trabajadores y nos faltan 25 mil más, que van a estar y muy pronto por esta inversión que se está dando en infraestructura en todo el país. De lo cual evidentemente la prioridad son las unidades de primer contacto, algunas de ellas ya terminadas. Las unidades médicas especializadas, (UNEMES)⁴ que es una nueva modalidad, unidades hospitalarias y algunos otros establecimientos de apoyo.

En total son 3 140 unidades que se están construyendo, de las cuales 768 están terminadas ya.

Y dentro de este reordenamiento de las redes y meta redes, necesitábamos crear hospitales de alta especialidad que resolvieran las necesidades de todos los mexicanos, independientemente de dónde estuvieran ubicados.

Por eso, los hospitales de alta especialidad se empezaron a construir en las zonas más pobres, Oaxaca, que tiene uno;

⁴ UNEMES Unidades Médicas con Atención Especializada complementaria para problemas de salud prevalentes como adicciones, salud mental, VIH-Sida, enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial u obesidad y sobre peso. Cuentan con especialistas en otros campos de la salud, ejemplo: nutriólogos y psicólogos.

Chiapas, que tiene dos hospitales; Yucatán que tiene el hospital de alta especialidad de mayor valor en cuanto a costo, más de mil millones de pesos; Villahermosa donde hay otro; tenemos uno más en Veracruz; el del Bajío, que está funcionando; el de Ciudad Victoria, que recién arrancó y otros que están programados.

El del Bajío tiene una amplia gama de especialidades con una cobertura aún mayor. El de Ciudad Victoria, que está funcionando evidentemente de manera progresiva, pero en donde se puede hacer cualquier tipo de intervención. Ya los pacientes no tendrán que venir a México.

Y, sin embargo, estamos encontrando problemas para el personal especialista, porque muchas veces no lo hay en la suficiencia que se requiere, sobre todo en algunas especialidades.

El que sigue es el de Ixtapaluca, que este mismo mes se dará ya el fallo de la licitación, y que va a ser el de mayor costo por la magnitud del hospital, es un hospital con 246 camas censables, destinado a servir a cinco estados de la República, y que estará aquí en el Estado de México.

Las UNEMES para enfermedades que se han vuelto prevalentes, y que son la causa mayor de muerte, en donde teníamos un desfase entre el control de atención primaria y la parte hospitalaria, porque muchos de los pacientes diabéticos, hipertensos o con sobrepeso y obesidad, que es nuestro gran problema, pues se sentían medio bien con la atención primaria, dos, tres consultas, y después no volvían hasta que iban a caer al hospital con un coma diabético o con una crisis de hipertensión.

Entonces estamos creando estas unidades. Actualmente las que son de enfermedades metabólicas UNEMES-Crónicas, vamos a terminar con 50 y las vamos a seguir aumentando, en donde se hace no nada más la parte médica, sino la parte psicológica. Hemos también contratado a una buena cantidad de profesionales de la salud que no son médicos y que están integrando lo que es el equipo de salud, los nutriólogos y las nutriólogas, los

psicólogos, tan importantes, ya no hablemos de las enfermeras y de los propios médicos. También otras acciones que están siendo contundentes, que todavía falta fortalecer.

En el caso del Reglamento Nacional, como son la Ley para el Control del Tabaco que nos va a permitir obtener mediante la prevención, ahorros importantes, y la operación de unidades para otro tipo de problemas, como son las adicciones en donde tenemos, sin duda, la red mundial más grande para la lucha contra adicciones.

Vamos a completar 300 unidades, que son las unidades UNEME-CAPA,⁵ de la Secretaría de Salud Federal y de los estados, más las 110 que tienen Centros de Integración Juvenil, hacen una red de 410 unidades públicas para la atención de este problema, en donde el presupuesto se ha incrementado considerablemente, tan sólo en dos años hemos invertido más de mil 300 millones contra las adicciones, mientras que el presupuesto en el primer año había sido nada más de 120 millones de pesos.

Se está dedicando mayor recurso, se están ampliando estas redes, se está capacitando personal y, evidentemente, todavía nos falta mucho, pero estamos en ese proceso de integración y de buscar la cobertura. En donde el presidente Calderón el Día Mundial de la Salud, a principios de este mes, se refería a que pese a un entorno económico desfavorable en el país y en el mundo se va a invertir más en hospitales, en mejores servicios médicos, en mayor cobertura de salud, porque el objetivo es lograr un México saludable y la cobertura universal en el 2011.

Un México donde verdaderamente, sin excepción alguna, todos los mexicanos no sólo en materia de salud, sino en otras dimensiones que tienen que ver con la persona, puedan verdaderamente vivir mejor.

⁵ CAPA Centro de atención primaria de las adicciones.

CONFERENCIA INAUGURAL DEL CONGRESO HACIA UNA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Octavio Rivero Serrano

Todos los seres humanos son exactamente iguales en el momento de su muerte. En tanto que desde el nacer hay diferencias; unos nacen en las mejores condiciones y con los cuidados que los conocimientos actuales les ofrecen: otros nacen como pueden; y estas diferencias se acentúan conforme crecen. Es utópico pensar que algún sistema político pudiera lograr una igualdad de condición económica y social para todos los habitantes de un país; muchos sistemas políticos ha ensayado el mundo sin lograrlo; hay, sin embargo asuntos en que se puede y se debe lograr equidad: uno de ellos, es la atención a la salud. Mucho se ha obtenido con recursos de medicina preventiva; sin embargo no es suficiente. Con todas estas medidas el humano enferma y la atención a esta situación debe ser de igual calidad, de igual acceso para todos. La principal razón de existir del Estado en un país es ofrecer seguridad a sus habitantes¹ y una de esas seguridades es la atención de su salud. De nada sirve que se haya declarado constitucional el derecho a la salud si no se construye la estructura física y humana para cumplir este mandato.

EL NOMBRE DEL CONGRESO

Se ha titulado este congreso “Hacia una cobertura universal de la salud”, no porque estemos cerca de este logro, ni porque sea

fácil acceder a ello, sino por que consideramos que es un deber ético de la medicina mexicana tender hacia esto, que sin duda será un logro de una medicina que se ha caracterizado a través de su existencia por ser de gran contenido social. Debemos tener claro que lo que se pretende analizar es la cobertura de la atención a la salud de los mexicanos en forma universal y no una cobertura en seguridad social, ya que esto es imposible concebirlo con la actual disparidad de condiciones de trabajo, que impiden una igualdad de este tipo. Pero sí debe ser una meta alcanzable la igualdad de condiciones de atención a la salud, en infraestructura física y humana, en condiciones de igualdad, en facilidades de acceso y en semejante calidad, aunque la atención sea proporcionada por los diferentes segmentos en que se encuentra dividida la atención pública.

El objetivo del congreso es analizar las condiciones de organización en que esta atención universal de calidad pudiera llegarse a obtener para todos los mexicanos, comparando lo que algunos países han logrado en este sentido y demostrando como el acceder a ello no es un asunto solamente de recursos, puesto que existen países que invirtiendo astronómicas sumas de recursos en la atención a la salud, están muy lejos de obtener la cobertura universal de la atención a la salud de sus habitantes, en tanto que otros, con menos recursos, lo han logrado.

La estructura del congreso, obedece a este análisis.

En el primer día el secretario de Salud, el doctor José Ángel Córdova Villalobos, expondrá los avances en materia de cobertura a los que se ha llegado en México; inmediatamente después las presentaciones serán por cuenta de los representantes de los países que con distintas formas de organización han podido ofrecer a sus habitantes una forma de cobertura universal de atención a la salud. Analizar las diferentes modalidades con lo que este objetivo se ha obtenido, puede ser didáctico, para imaginar la forma en que nosotros podremos

llegar a lograrlo. Estos países, han tenido que vencer un sinnúmero de dificultades y el operar sistemas de atención universal, no están exentos de dificultades: económicas para obtener los recursos, de la necesidad de negociar con las uniones o sindicatos de trabajadores los términos de condiciones, enfrentar críticas por parte de los usuarios, de las cuales las más frecuentes son las de dilación en la obtención de la atención, sobre todo cuando se trata de intervenciones complejas o costosas o por la limitación de las prestaciones médicas ofrecidas. Sin embargo el poder ofrecer atención a la salud para todos los habitantes de un país es sin duda un logro.

Para escuchar a representantes de países con cobertura universal, seleccionamos a aquellos cuya estructura o características socioeconómicas fueran lo más semejantes a nuestro país. Costa Rica o España y aún Inglaterra o Canadá pueden tener más similitudes socioeconómicas, culturales y de la estructura de sus sociedades que las de países como Alemania, Suecia o Suiza que también ofrecen cobertura universal de atención a la salud.

Para las presentaciones del segundo día, han aceptado distinguidos académicos de los Estados Unidos de Norteamérica reflexionar acerca de las ventajas y problemas que tiene una forma particular de ofrecer atención médica a los habitantes de este país.^{2,3,4} Tradicionalmente la atención médica en Norteamérica se ha ofrecido a través de seguros proporcionados por grandes empresas aseguradoras; algunas de ellas ofrecen seguros de diverso tipo, otras, dedicadas a ofrecer exclusivamente distintos niveles de seguros de atención médica. En la Unión Americana desde mediados del siglo pasado, el Medicare y el Medicaid de alguna forma han resuelto el problema de la atención médica de grupos sociales deprimidos económicamente. Sin embargo, aun estos dos sistemas parecen encontrar problemas para cumplir cabalmente con sus cometidos a raíz del incesante crecimiento en el costo de la atención médica en ese país.

Una de las consecuencias del sistema de atención a la salud organizado a través de terceros pagadores, es el encarecimiento de la atención, debido al alto costo de operación de estos sistemas de atención, contrario a lo que estas organizaciones pretendieron en un principio. Lo anterior se debe a que la estructura administrativa de estas organizaciones absorbe una parte importante de los recursos, que de otra forma llegarían directamente a los tratamientos médicos propiamente dichos. Esto ha dado por consecuencia diversas proposiciones alternativas; una es la que hace una economista prestigiada de la Universidad de Harvard, versada en asuntos médicos: La doctora Regina Helzinger,⁵ quien ha propuesto que los asegurados en ese país, contraten directamente con los centros de atención médica, evitando al intermediario que no sólo encarece la atención, sino que con frecuencia dificulta y en ocasiones impide la atención del paciente aduciendo diversos argumentos.

El análisis de estos académicos norteamericanos será complementado este segundo día, con la participación de un académico colombiano: el doctor Félix Patiño expresidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, quien ha analizado los resultados de la implantación en ese país de una forma de medicina administrada.

En el tercer día del congreso se presentará una conferencia en relación a la ética institucional que un país debe poseer para ofrecer salud a sus habitantes. Como ya mencioné la principal razón de existir del Estado en un país, es proporcionar seguridad física a sus habitantes y parte importante de esa seguridad física es la atención a la salud.

Ese mismo día, otro participante señalará las características de la organización de la atención a la salud en México y otro más analizará los resultados del Seguro Popular en un estado del país.

El Congreso finalizará con una conferencia magistral a cargo del doctor José Narro, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México

El tener claramente concebida la estratificación de la atención a la salud en tres niveles: el primero, que ofrece la medicina general, el segundo, que ofrecen las cuatro especialidades troncales: la medicina interna, la ginecobstetricia, la cirugía general y la pediatría y el tercero todas las demás especialidades, ayuda para entender cómo puede concebirse, en las condiciones actuales del país, un sistema de atención universal factible en lo económico.

Quizá países con un producto interno bruto (PIB) altamente capaz pudieran ofrecer esta cobertura universal en los tres niveles; pero cuando esta cobertura universal está lejos de obtenerse, como nos acontece, una estrategia razonable sería obtenerla como un primer paso, por lo menos en el nivel más sencillo, el de la medicina general y cuando este objetivo se cumpliera acceder paulatinamente al segundo y tercer nivel de cobertura.

ALGUNOS PROBLEMAS DE LA MEDICINA ACTUAL

Algunos de los problemas de la medicina actual disminuirían en cantidad con el ejercicio de una medicina general de calidad. En un esquema de contratación directa del paciente con el médico en lo privado, los casos sencillos pueden resolverse con una medicina ambulatoria, sin hospitalización y sin la necesidad de utilizar grandes recursos tecnológicos. Así, podría dejarse la contratación de seguros costosos sólo para la atención de casos del segundo y tercer nivel en la medicina privada y en lo que se refiere a la medicina pública, aquella que debe ser la estructura de la atención a la salud que el Estado ofrece a sus habitantes, un sistema de medicina general efectivo por su calidad y su accesibilidad, al resolver el 85% de los problemas de salud de la población, disminuiría en forma importante la plétora de las

instalaciones de atención a la salud de segundo y tercer nivel, que actualmente se encuentran abrumadas por enfermos, cuya patología debería haberse resuelto cuando el problema aun era sencillo por un médico general.

De esta forma, en la medicina privada, se disminuiría la necesidad de intervención de extraños a la organización de la atención médica, ya que los grandes empresarios que intervienen en la medicina actual, ya sea ofreciendo seguros de diverso calibre para la atención médica o que han invertido fuertes sumas de recursos para la creación de grandes centros médicos altamente capacitados tecnológicamente, participarían sólo en aquellos casos que por su complejidad inicial o por su gravedad, justificaran el uso de estos recursos, su alto costo y en el caso de la hospitalización, la no exenta peligrosidad de iatrogenia que supone el uso de estos recursos.

En el caso de la medicina pública, al no acceder a la hospitalización los casos de medicina sencilla, se lograría combatir uno de los grandes problemas de la medicina actual, que es el alto costo de la atención médica, en parte por la sobre administración, que padecen en forma creciente los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel. Los médicos que han participado en la organización de la medicina en los grandes hospitales del sector público son testigos de este hecho. Hace treinta años el Hospital General tenía dos mil camas y los recursos administrativos sin duda eran un pequeño porcentaje de lo que son ahora que sólo opera con mil camas, y el Hospital General de esa época, era un gran centro de asistencia y enseñanza con miles de enfermos atendidos diariamente.

También se tendería a que la utilización de recursos tecnológicos complejos y costosos, se enfocara sólo para la atención de las enfermedades propias del segundo y tercer nivel; y aumentaría la posibilidad de contar con más recursos financieros que podrían utilizarse para soportar un programa de extensión de cobertura;

se evitaría así, la sobre utilización de estos recursos, para estudiar y resolver casos sencillos.

La acción preventiva en enfermedades que hoy son un gran problema, como la obesidad, la hipertensión arterial, los diversos tipos de artritis, la diabetes, sólo pueden ser efectuadas a nivel de medicina general y su tratamiento debe llevarse a cabo por médicos generales. La única forma de contender con un problema que puede quebrar económicamente los servicios de salud: la insuficiencia renal crónica, sólo puede resolverse con la prevención de sus causas; y esto sólo lo puede realizar el médico general.

Las posibilidades de extender la cobertura en atención médica para todos los habitantes de México en el momento actual, residen en lograr un sistema de medicina general de alta calidad. Hay que terminar convenciéndonos que esto no se logrará sólo con el esfuerzo de las escuelas de medicina. Ya hace más de treinta años el director de ella, el doctor Laguna, insistía que la medicina general debería ser una solución a los problemas de salud del país y así lo intentó desde la Facultad de Medicina –que dio origen a un esfuerzo curricular en ese sentido, el Plan A36–.⁷ Sin embargo, desde entonces se observó que era inútil el esfuerzo de las escuelas de medicina de formar médicos generales sin un sistema nacional de medicina general que les ofrezca un trabajo digno ejerciendo de esta forma. Todas las escuelas de medicina en la actualidad siguen insistiendo en preparar médicos generales, sólo que al fin de la carrera, para tener una buena situación económica, social y académica, los egresados sólo la obtienen si acceden a una especialidad.

Naturalmente, para que un sistema de medicina general resuelva los problemas de salud que en su mayoría cotidiana son sencillos es indispensable que sea de alta calidad.

Es necesario que quienes acceden a estudiar medicina lo hagan por una verdadera vocación de servicio. Hay autores que dudan que esto este sucediendo en todos los casos.⁶

Los cambios en la actual medicina de estos tres niveles de atención han progresado en forma importante tanto en los conocimientos como en la tecnología médica moderna; y esto debe ser válido para la medicina general.

La medicina general de hoy debe ser distinta de la que se ofrecía hace apenas cincuenta años. Debe poder utilizar varios de los modernos recursos al menos en el diagnóstico. El médico general de hoy debe poder leer un electrocardiograma, y apoyar sus diagnósticos con recursos modernos de imagenología como la Tomografía Axial Computarizada, o la Resonancia Magnética; además de numerosos recursos de laboratorio y aun procedimientos de endoscopia, que como en el caso de la imagenología moderna, aunque él mismo no los realice, al conocer su potencialidad, puede utilizarlos. El médico general que sólo contaba con el estetoscopio y el baumanómetro y unos cuantos análisis debe ser una referencia histórica. Ahora existen grandes adelantos en el conocimiento y en los recursos de diagnóstico y tratamiento, que empleados con sabiduría y prudencia en una medicina general de calidad pueden disminuir en forma importante la necesidad de recurrir a internamientos y a la utilización de recursos tecnológicos propios de la especialidad y que se justifican sólo para el 15% de los padecimientos que ocurren al ser humano. La utilización de una medicina más sencilla, con menos necesidad de internamientos en hospitales ha sido señalada por un prominente investigador médico de Norteamérica.⁶

Es importante analizar cómo se preparan actualmente médicos generales de calidad. Hace treinta años los egresados de las escuelas de Inglaterra recibían educación de posgrado en medicina general asistiendo sólo a centros de atención primaria. Quizá ese esquema impulsó la idea del A36. Hoy los egresados de esas escuelas de medicina, todas ellas de gran calidad, para ejercer la medicina general tienen un entrenamiento de posgrado de tres años, durante los cuales asisten a centros de medicina

general y a centros especializados para afirmar sus conocimientos en medicina interna, ginecobstericia, pediatría y algunas especialidades como cardiología, neumología o gastroenterología. Es decir, para prepararse a la medicina general de hoy, que debe estar acorde con los grandes adelantos de la medicina en conocimientos y en el uso de la moderna tecnología médica.

Si deseamos tener un sistema de medicina general de alta calidad, no basta el esfuerzo de las escuelas de medicina por bien que trabajen. En la medicina de hoy el cúmulo de conocimientos y destrezas hacen imposible que al final de una carrera de medicina a nivel de licenciatura un médico cuente con los conocimientos y sobre todo con las destrezas clínicas para ejercer una buena medicina general. La medicina general de hoy seguramente es la más compleja forma de ejercer la medicina. Para tener un sistema de medicina general de calidad, que es lo que el país puede ofrecer en las condiciones actuales como cobertura universal son necesarias varias condiciones:

Plantear una preparación de posgrado de alta calidad en medicina general. La preparación de los especialistas en los grandes centros médicos de especialidad como en los Institutos Nacionales de Salud es de calidad comparable a la de cualquier especialista de un país de primer mundo.

Un programa así, es necesario para preparar médicos generales de alta calidad.

Para ello se necesita que el Estado, los organizadores de la medicina privada, los organismos académicos, ofrezcan a médicos generales con esta excelente preparación, condiciones económicas, sociales y de nivel académico como tienen en perspectiva los egresados de distintas especialidades. Como las que ofrecería un Sistema Nacional de Medicina General, con recursos para la asistencia, la investigación y la docencia, con instalaciones de primera categoría, y con estímulos económicos para que resulte atractiva esta especialidad.

La medicina general dentro de la medicina actual debe considerarse como la más difícil de las especialidades. Si esto se entiende, habrá médicos generales capaces de enfrentarse y resolver un episodio cardíaco, una úlcera duodenal sangrante, una fractura de tibia y prevenir y tratar los grandes problemas de la medicina actual: la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y sus consecuencias.

La medicina general como especialidad debe ser la especialidad más cuidada, ya que de ella depende que un programa de extensión de cobertura, para todos los habitantes de México se convierta en una realidad.

REFERENCIAS

- ¹ Rivero, O, “Políticas sociales de educación y salud”, en *Medicina no equitativa*, México: Ed. ETMSA, 2006. p. 31.
- ² Woolhandler, S, Himmelstein, D, “The deteriorating administrative efficiency of the U.S. Health care system” *New Engl J Med* 1991; 324 (18): 1253-58.
- ³ Rodwin, M, “Conflicts in Managed Care” *New Engl J Med* 1995, 332(9): 604-607.
- ⁴ Woolhandler, S, Himmelstein, D, Lewontin, JP, “Administrative Cost in U.S. Hospitals”. *New Engl J Med* 1993; 329(6): 400-403.
- ⁵ Helzinger, R. *Who Killed Health Care*. USA: Ed. MacGraw Hill, 2007.
- ⁶ Lundberg GD, *Severed Trust: Why American Medicine Hasn't Been Fixed, and What We Can Do About It*. Basic Books, NY, 2006
- ⁷ Laguna, J, *Plan de estudios A-36*. México: Facultad de Medicina, UNAM, 1945.

UNIVERSAL HEALTH CARE INSURANCE IN CANADA: ACHIEVEMENTS, LIMITS, STRESSES, THREATS, AND SCOPE FOR IMPROVEMENT

Robert G. Evans

Courage, my friends; it's not too late to build a better world
T.C. (Tommy) Douglas.

En su conferencia el doctor Evans trata sobre el Seguro Universal de Salud en Canadá, pero abordó, también, lo que ocurre en otros países./Canadá gasta el 9% de su PIB en salud, y la cobertura se hace por tres fuentes: financiamiento público 70%, personal 15% y por seguros de gastos médicos 12%; entendido así, tiene una cobertura universal, pero no es ni ha sido nunca integral y completa, dado que excluye atención dental y medicamentos./Señala cómo en los Estados Unidos el sistema de salud excluye al 12% de la población, casi 45 millones de individuos, mientras Canadá cubre “en iguales términos y condiciones” a toda la población, en los Estados Unidos la atención se hace con base en mercado./Analiza las enormes variaciones que existen en los sistemas de salud de diversos países y ejemplifica señalando que en algunos de Africa se gastan 10 dólares por individuo al año, en tanto que los Estados Unidos gasta 5711 dólares./Volviendo a Canadá, el doctor Evans, comenta que aún cuando los servicios son buenos, se ha intentado hacer una reforma, que no ha prosperado debido a que se tienen diferentes conceptos de lo que es cobertura universal, unos consideran necesaria una reforma total del sistema de salud, en tanto que otros, solicitan sólo cambios cosméticos./En el fondo de todo existe un conflicto de intereses, ya que hay disputa por quién paga, quién recibe la atención y quién recibe el pago por la atención. Considera que aún hay mucho por hacer, pero los canadienses están aceptablemente contentos con el servicio de salud que tienen.

As is generally known, Canadians have a universal health insurance system, “Medicare”, administered by governments and financed through taxation. What this means from a patient’s perspective, is that I have a plastic card in my pocket that looks just like a credit card. On this Care Card are printed and magnetically

encoded my name and the PIN –the Personal Identification Number issued to me by the Medical Services Plan of British Columbia– the public health insurance program of my home province. Every other provincial resident has a similar card.

When I go to a physician’s office, or to a hospital emergency ward, or if I am admitted to hospital, I present this card. All the health care services that I may need –visits, consultations, lab tests, imaging procedures, surgeries, the full panoply of modern medicine– are then reimbursed by that public program, directly to the providers. I never see a bill.

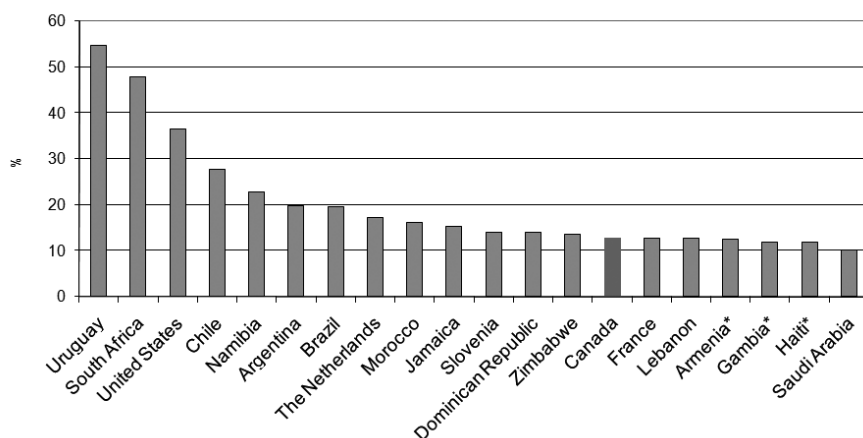
Nor is this process hypothetical; at my age I have considerable personal experience and this is indeed how it works. The system is essentially the same in each of the other nine provinces of Canada, although because (for constitutional reasons) the health insurance systems are run by the provincial governments, the cards may look different and the PIN’s will not be compatible from one province to another. The benefits are however essentially similar and are portable among the provinces.

This system is in sharp contrast to that of our neighbors to the (near) south, who are often perceived to have a private, market-based system for both insuring and delivering health care. The Canadian system covers the entire population “on equal terms and conditions”, the American system excludes nearly fifty million people –about 16% of the population– from any health insurance coverage, and provides an estimated fifteen million more with insurance insufficient to protect against the costs of any major health problem. Most of the population, about 80%, do have coverage, but the terms are highly variable. Only those over 65 years of age have stable, comprehensive public coverage through their federal government.

Coming back to Canada, it may be less well-known that according to the 2006 World Health Report (WHO, 2006) Canada ranked 14th. among all countries in the world in the proportion

of health costs covered by private insurance [Figure 1], that government spending on health care in Canada makes up a smaller share of national income (Gross Domestic Product or GDP) than it does in the United States (7.5% compared with 7.7%), and that Canadians pay a slightly larger share of their total health care expenditures out-of-pocket than Americans do (14.4% versus 12.7% in 2004) (Evans, 2007a).

Figure 1
10% or more of 2003 health expenditures financed by
pre-paid private insurance plans, WHR 2006



These apparently paradoxical contrasts can be resolved when we reflect that “universal coverage” describes who is covered, but not what they are covered for, or what proportion of the costs of different forms of care are covered. In principle one could imagine a health care system that was not only universal but truly comprehensive, either providing or reimbursing the total costs of all necessary forms of health care for the whole population. (The word “necessary” here is of considerable significance, but we shall defer its consideration until later.) No country’s population enjoys such a truly universal and comprehensive system.

In all real-world systems, both governments and patients contribute to the overall funding of health care; in many there are also private insurance systems, often with indirect financial subsidies or other forms of support from governments. But countries vary dramatically in the proportions of total expenditure that are drawn from these different sources, and in the ways in which different sectors of health services are financed within the total. These financing differences are major factors influencing the costs, equity, and effectiveness of different national systems, and particularly the relative balance of financial burdens and health benefits for different groups within the population.

One could illustrate the importance of these distinctions through a detailed description of how health care is financed and delivered in Canada (e.g. Marchildon, 2006), together with an assessment of the strengths and weaknesses of our approach. However, although “God is in the details”, they are likely to be less interesting and relevant to an international audience. Accordingly we begin with some broad observations and a general framework that applies in all countries. This will then provide a shared basis for discussing the fundamental conflicts of interest that are necessarily embodied in all health care systems. These conflicts underlie the peculiar contradictions in the Canadian health care system, and the seemingly endless debates –and occasional open political struggles– over “reform” that go on in Canada (and everywhere else).

Figure 2
World Health Expenditures, Total and per Capita, Distribution by Source and country income, 2003
 (World Health Report, 2006)

	Population	Total Hex	Gov't Hex	OOP Hex	Prepaid Ins. Hex	Other	GDP \$million	Hex/GDP
Total	6 294 883	\$4,461,809	\$2,477,090	\$1,030,542	\$782,381	\$171,795	\$50,794,298	8.8%
Per Capita		\$709	\$394	\$164	\$124	\$27	\$8,069.14	
% dist.			55.52%	23.10%	17.54%	3.85%		
Total <15	5 336 644	\$1,220,681	\$554,094	\$540,421	\$82,111	\$44,055	\$21,919,540	5.6%
Total >15	958 239	\$3,241,128	\$1,922,997	\$490,121	\$700,270	\$127,740	\$28,874,758	11.2%
Total <15 xIC	2 959 473	\$768,658	\$400,302	\$272,961	\$68,051	\$27,345	\$13,587,678	5.7%
Total >15 xUS	664 196	\$1,561,848	\$1,173,775	\$264,117	\$87,362	\$36,594	\$17,826,866	8.8%
PC <15		\$228.74	\$103.83	\$101.27	\$15.39	\$8.26	\$4,107	
PC >15		\$3,382.38	\$2,006.80	\$511.48	\$730.79	\$133.31	\$30,133	
PC <15 xIC		\$259.73	\$135.26	\$92.23	\$22.99	\$9.24	\$4,591	
PC >15 xUS		\$2,351.49	\$1,767.21	\$397.65	\$131.53	\$55.10	\$26,840	
% dist <15			45.4%	44.3%	6.7%	3.6%		
% dist >15			59.3%	15.1%	21.6%	3.9%		
% dist <15 xIC			52.1%	35.5%	8.9%	3.6%		
% dist >15 xUS			75.2%	16.9%	5.6%	2.3%		
PC Mex		\$582	\$270	\$294	\$18	\$0	\$9,387	6.2%
PC Can		\$2,989	\$2,090	\$446	\$380	\$73	\$30,192	9.9%
PC US		\$5,711	\$2,548	\$769	\$2,084	\$310	\$37,572	15.2%
% dist Mex		0.669	46.4%	50.5%	3.1%	0.0%		
% dist Can		0.021	69.9%	14.9%	12.7%	2.4%		
% dist US		0.284	44.6%	13.5%	36.5%	5.4%		
% SHI Mex			31.0%					
% SHI Can			1.5%					
% SHI US			12.7%					

< or > 15 refers to countries with GDP per capita less or greater than \$15,000 in International dollars.
 xUS and xIC refer to all countries excluding the United States, and India and China, respectively.

The first general observation is that there is extraordinary variation and extreme inequality in expenditures on health care among the countries of the world, from those African countries spending less than \$10 USD per capita to the United States, spending \$5 711 USD (2003 estimates, measured in PPP-adjusted \$US, WHO, 2006). If countries are ranked by GDP per capita, and grouped into high- and low-income countries according to whether their average GDP per capita is above or below \$15 000 in 2003, the high-income countries make up about 15% of the world's population but account for nearly three-quarters of spending on health care [Figure 2A]. Spending per capita is thus about fifteen times larger in the high-income world (\$3 382 as against \$229). Low-income countries spend much less on health care because, obviously, they have much less to spend. But they also spend a smaller share of the income they do have, about 5.6% of their national income compared with 11.2% among high-income countries.

Figure 2A
World Health Expenditure Data, 2003 (World Health Report, 2006)
 2003 data from WHR 2006

	Pop'n mn.	HE tr.	HEX pc	HEX/ GDP	Distribution by Source of Funds			
					Public	OOP	Priv. Ins.	Other
Total	6294.9	\$4,461.8	\$709	8.8%	55.5%	23.1%	17.5%	3.9%
<\$15Kpc	5336.6	\$1,220.7	\$229	5.6%	45.4%	44.3%	6.7%	3.6%
>\$15Kpc	958.2	\$3,241.1	\$3,328	11.2%	59.3%	15.1%	21.6%	3.9%
<\$15Kpc xIC	2959.5	\$768.7	\$260	5.7%	52.1%	35.5%	8.9%	3.6%
>\$15Kpc xUS	664.2	\$1,561.8	\$2,351	8.8%	75.2%	16.9%	5.6%	2.3%

xIC, xUS exclude India and China, and the U.S., respectively

All international comparisons of health care financing are distorted, however, when the United States is included because that country is both very large and has a unique and uniquely expensive financing system. If the United States is excluded,

average per capita expenditures in the remaining high-income countries fall by thirty percent, to \$2 351. The average share of national income spent on health care falls particularly dramatically, from 11.2% to 8.8%. Even after the United States is excluded, however, high-income countries spend about ten times more, per capita, than low-income countries, and devote a share of their national income that is over fifty percent larger.

High-and low-income countries differ not only in how much they spend, but also in how they finance this spending. Worldwide, governments provide over half the money for health care (55.5%) while the remainder is split between out-of-pocket payments by users (23.1%) and private, pre-paid insurance (17.5%). But in low-income countries financing is split roughly equally between governments and individual (or family) user payments, with on average an insignificant private insurance sector. But in the high-income world the user payment share falls by two-thirds, to about fifteen percent, while governments cover up sixty percent and private insurance accounts for over one-fifth.

Here, however, the United States data powerfully distort the overall picture. Excluding that country raises the government share in high-income countries to 75% and cuts private insurance to just over 5%. Ironically, the out-of-pocket share also rises slightly, the United States is actually a bit below average for high-income countries in the share of its health expenditure that is financed by user payments.

That smaller average share, however, represents a much larger average payment by patients than anywhere else in the world because the total per capita cost of health care is so much higher—two and one half times the average for other high-income countries—. These out-of-pocket costs also fall very unevenly on patients, because insurance coverage is so uneven and unstable. Himmelstein *et al.* (2005) report that half of all personal bankruptcies in the United States in 2001 were associated with large

medical bills, and that three-quarters of these bankrupt people had been covered by private insurers, at least at the onset of their illnesses.

Another factor distorting the global picture is that India and China, with about forty percent of the world's population, each finance a relatively low proportion of their health care through their governments. If we remove these two countries, the average government share among the remaining 147 low-income countries rises to over half and the out-of-pocket share falls to just over one-third. (China's declared intent to launch some form of universal health insurance program could result in a significant change in the average government share among low-income countries.)

Modern health care systems cannot be, or in any case are not, financed to any significant degree through the out-of-pocket payments of individuals. The reasons arise from the mismatch between the resources of (most) individuals and the potential costs of any form of serious illness. Wealthy countries that can afford collectively to protect their populations against the costs of health care, provide that protection. Most people are not willing either to see their fellow citizens bankrupted, or to leave them unprovided for in the face of illness or injury. Accordingly, most health care in high-income countries is financed by governments.

Health care in low-income countries is constrained by their lower incomes, but also by their inability or unwillingness to allocate a similar proportion of their national income on health care. There are presumably other pressing priorities. But the care that is provided is also financed in a relatively inequitable manner. Direct payment by users of care is the most inequitable form of finance, bearing most heavily, naturally, on the sick but also taking a larger share of the incomes of lower-income people, as well as limiting their access to care. Residents of

higher-income countries are thus doubly advantaged, both in their greater access to health care and in the relatively more equitable distribution of the financial burden.

The United States, however, is the interesting outlier. While on the one hand the very low proportion of care financed through user charges is similar to the average for other high-income countries, the high proportion financed through private insurance (heavily but indirectly subsidized by governments) is highly unusual. Despite the relatively high proportion of government finance, the result is a system with very inequitable access to care and burden of payment. But the principal disadvantages are concentrated among the lowest quintile of the population, and so despite widespread dissatisfaction over costs, it has never been possible to create a coalition for reform. The result is a system with uniquely high costs, partial coverage, and inequitable access and financing.

As for Canada and Mexico, each is roughly representative of its income group. Canada spends a rather larger proportion of its national income on health care, 9.9% in 2003, than the average for high-income countries (8.8% excluding the United States), and Mexico at 6.2% is slightly above the average for low-income countries (5.6%). Both, at 46% and 70%, are about five percentage points below average for their income groups in the proportion of health care financed by governments (when the three outliers, the United States, China and India, are excluded). Overall, Canada spends about five times as much per capita as Mexico.

There are, however, two major differences apart from the huge discrepancy in total spending. First, half of Mexico's health spending is financed through out-of-pocket payments, compared with only about 15% in Canada [Figure 2B]. Out-of-pocket payment is the most regressive way of financing health care, meaning that the burden of paying for health care falls much more heavily on the unhealthy and unwealthy in Mexico.

In Canada, about 70% of health care costs are financed from public source, almost entirely through general taxation (TF) that is roughly proportionate to income. In Canada, higher-income people thus carry a larger share of the health expenditure burden. Private commercial insurance in Canada supports about 13% of total expenditures –not large in absolute terms but still in the top decile among countries listed in the World Health Report, and well above its 3.1% share in Mexico–.

Figure 2B
Health Spending*

	Canada			Mexico	U.S.	**
-- per capita	\$2989	\$582	\$5711	\$582	\$5,711	
-- % of GDP			9.9%	6.2%	15.2%	
Public share			69.9%	46.4%	44.6%	[59%]
-- SHI			1.5%	31.0%	12.7%	
-- TF			68.4%	15.4%	31.9%	
OOP			14.9%	50.5%	13.5%	
Private insurance			12.7%	3.1%	36.5%	[22%]
Other			2.4%	--	5.4%	

* World Health Report 2006, 2003 data.

** U.S. data adjusted for TES and other public payments.

But second, two-thirds of the public share of health spending in Mexico, or one-third of the total, is financed through various forms of social health insurance (SHI) schemes. Only about one-sixth comes from general taxation. A recent paper by Wagstaff (2009), extending earlier work, compares the performance of TF and SHI financing systems across the countries of the OECD (excluding the United States but including both Canada and Mexico). His empirical analysis finds that on average SHI systems are more expensive but yield no better, and possibly

worse, health outcomes on the measures he employs. Relative to TF systems, they also reduce overall employment levels as a share of the labor force, and particularly in the formal sector. But of particular relevance to the topic of this paper, he also observes that universal coverage is relatively easy to achieve in TF systems, but much more difficult and costly to achieve in SHI systems. Consequently SHI systems tend to be more inequitable in both access to care and distribution of cost burdens.

So what about “paradoxes” in Canada’s universal health care system? Well, our system is indeed universal, but it is not and never has been truly comprehensive. It provides full reimbursement for “all medically necessary” services of physicians and of hospitals, without limitations or user charges, but excludes both dentistry and prescription drugs purchased from retail pharmacies. (Drugs provided to hospital patients are covered through the hospital’s public budget.) These two sectors account for half (estimated at 49.4%, CIHI, 2008) of the overall 30% of Canadian health care that is privately financed. “Administration,” chiefly of private insurance programs for dentistry and pharmaceuticals, makes up another 5.7%. Services of members of the various other smaller health professions are also largely excluded from public coverage, as are non-prescription drugs, these exclusions account for a further 20.5% of private payments.

Private payments to physicians represent a minuscule share, less than one percent, of private health expenditures in Canada. Significant shares are however accounted for by private payments to hospitals (8.6% in 2008) and “other institutions” (8.6%, chiefly for long-term care facilities).

The private payments for hospitals are for non-therapeutic amenities such as optional private or semi-private rooms, telephones and television, etcetera, since by law all “medically necessary” care is free. Patients in long-term care, however, are often also eligible for public assistance programs intended to

provide a basic living allowance. When “room and board” is being provided in institutional care, there is typically a charge set at a level to recover the social assistance payments so that the public sector is not paying twice for a basic living allowance. There is also a small purely private long-term care sector, but these institutional services are very expensive and thus restricted to a very small segment of the Canadian population.

The proportion of Canadian health care expenditures paid privately has increased considerably in the forty years since the system took on its current shape. In 1975, the private share was 23.8%; the 2008 estimate is 30.0%. But it would be misleading to interpret this as “creeping privatization” of the public system. In the first place, the public-private ratio has been stable at 70:30 for the last decade, and was also unchanged from 1975 to 1984. From the mid-1980s to the mid-1990s, however, recessions and slow growth created fiscal pressures on Canadian governments that culminated in the first half of the 1990s in severe constraints on the growth of all public programs, Medicare included. These constraints did not apply to private sector spending, which kept on rising despite recession. As a result, private sector health spending rose from 25.5% of the total in 1991 to 29.9% in 1997. Private spending did not increase its penetration of the Medicare sectors, but those sectors expanded less rapidly than the non-Medicare sectors, and hospital spending actually shrank by 7.3% between 1993 and 1997. In 1975, “hospitals and doctors” accounted for 60% of Canadian health care spending; by now (2008) the estimates are just over 40%.

The failure to include retail pharmaceuticals when coverage was extended from hospitals to physicians’ services at the end of the 1960’s was a major error. Outside public control, pharmaceutical coverage in Canada has evolved along the same lines as the American model of health insurance. It is fragmented between private insurance coverage –and a diversity of public

programs provided by the different provincial governments that have limited coverage of both population and expenditures—. As in the United States, governments also provide a large but indirect public subsidy to private health insurance—a “tax-expenditure” subsidy—that offsets about a third of the premium cost of private insurance. The official data on the public-private financing split thus understate the true public contribution by the amount of this subsidy.

There remains a large user-pay component, combining the costs borne by those with neither public nor private coverage, and the various forms of coinsurance imposed by private and public insurers. Private dental insurance (with public subsidy) is also widespread for employee groups and their dependents, but there is no public dental coverage except for persons on social assistance. These two sectors, plus their associated administrative costs, account for almost all the private health insurance expenditures in Canada, as well as a substantial share of the out-of-pocket payments. [Figure 3].

The consequences in these sectors have been similar to those found in the American health care system—incomplete coverage, inequitable access, regressive financial contributions, and in the case of pharmaceuticals uncontrolled cost escalation—. From 1975 to 2008 expenditures on prescription pharmaceuticals have risen from 6.3% to 14.6% of total health expenditures, and now exceed the costs of physicians’ services. Private insurers also generate administrative overhead costs even larger than those in the United States, three to five times those in the public insurance system. Canada’s experience with prescription drugs demonstrates that these failings are not simply peculiarities of the United States environment. They are the natural consequences of a fragmented, multi-source financing system.

If this is all so well understood, why does Canada not simply fold pharmaceutical coverage into the universal public system,

Figure 3
Sources of National Health Expenditures in Canada, 2006

	Households	Insurance	Non-Consumption \$ million	Total Private	Public	TOTAL
Hospital Accommodation	\$749.1	\$1,063.4	\$2,162.3	\$3,974.8	\$38,982.6	\$42,957.4
Other Institutions	\$3,845.7			\$3,845.7	\$11,661.5	\$15,507.2
Physicians	\$298.8	\$9.2		\$308.0	\$19,723.0	\$20,031.0
Dental Care	\$4,447.5	\$5,403.8		\$9,851.3	\$462.2	\$10,313.5
Vision Care	\$2,568.6	\$644.2		\$3,212.8	\$227.4	\$3,440.2
Other Professionals	\$1,317.2	\$731.8		\$2,049.0	\$449.3	\$2,498.3
Prescribed Drugs	\$3,945.5	\$7,353.5		\$11,299.0	\$9,737.7	\$21,036.7
Non-Prescribed Drugs	\$2,361.5			\$2,361.5		\$2,361.5
Personal Health Supplies	\$1,923.0			\$1,923.0	\$9,737.7	\$11,660.7
Capital			\$2,055.0	\$2,055.0	\$5,194.3	\$7,249.3
Administration		\$2,813.4		\$2,813.4	\$9,255.9	\$12,069.3
Research			\$960.4	\$960.4	\$2,558.0	\$3,518.4
Other Health Goods	\$281.9	\$126.3		\$408.2	\$1,714.3	\$2,122.5
Other Health Services	\$359.6	\$71.2		\$430.8	\$5,819.6	\$6,250.4
					\$7,533.9	\$7,533.9
TOTAL	\$22,098.2	\$18,216.7	\$5,177.8	\$45,492.7	\$105,785.8	\$151,278.5

along with hospitals and doctors, and supersede the expensive private insurance system? This would impose few, if any, technical difficulties, and would save quite a lot of money. The resistance is purely political; in essence we are incurring extra costs for pharmaceuticals and dentistry precisely to preserve these inequities in access and cost distribution. Reform is thwarted by narrowly based but strategically placed coalitions of ideology and economic interest, the same coalitions that are present in every society. The same political forces are behind the recurrent proposals to “reform” the universal public system by permitting or requiring more private payment by patients –user fees with or without private insurance–.

What is a “good” health care system? At the collective level, most people would I think define it as a system that provides effective health care, humanely, to those who are likely to benefit from it. Care is provided efficiently, without wasting scarce and expensive human and other resources, and those who provide it are fairly and equitably reimbursed. The costs of financing the system are likewise distributed equitably across the population. This set of statements includes several terms about which people may disagree quite strongly, in particular about what is equitable, and what are legitimate “needs”. But it is a statement of a shared objective, similar to the philosopher Rousseau’s “General Will”. It emphasizes our collectively aspirations for the contribution of the health care system on our health, as well as on how it might be financed.

At the individual level, however, the systems that we actually see in operation are the resultant of the clash of individual wills, emerging as Rousseau’s “Will of All.” Since these individual wills or objectives are fundamentally in conflict, the resulting will of all embodies a number of inconsistencies and inefficiencies, and a great deal of waste motion.

The conflicting interests in health care can be resolved along three principal axes:

Who Pays?
Who Gets? and
Who Gets Paid?

Apart from foreign aid, a country's expenditures on health care are all paid by the residents of that country. But the way in which the total bill is divided among the population differs greatly from country to country. Canada's tax-financed insurance for hospitals and physician's services allocates required contributions roughly in proportion to income, or at least liability for taxation, and takes no account of illness, or at least use of care. The effect is to transfer purchasing power from the relatively healthy and/or wealthy to the relatively unhealthy and unwealthy income redistribution specific to health care.

User charges, of whatever form, allocate costs on the basis of illness, or at least use of care, and take no account of income. They thus place the greatest burdens on the unhealthy and unwealthy. Private insurance sets premiums on the basis of risk of illness, regardless of income, but since health and wealth are correlated, and past use is the best predictor of future use, in practice private insurance also allocates a greater share of the cost burden to the unhealthy and unwealthy.

This is intuitively quite obvious, although it has also been substantiated by extensive research (e.g. van Doorslaer *et al.*, 1993, 1999; Wagstaff *et al.*, 1999). Advocates for the re-introduction or expansion of private charges, in Canada or any other public payment system, are attempting to transfer costs back from the healthy and wealthy to the unhealthy and unwealthy—a simple regressive redistribution of income—. Since this objective, nakedly stated, often lacks broad public support, a variety

of more or less complex arguments may be offered, often by economists, as to why such charges would achieve general improvements in the health care system, but these arguments turn out, on close examination, to be largely or wholly spurious.

Conversely, absorption of pharmaceutical reimbursement into the universal Canadian system, while it would result in large savings in the costs of insurance administration, would unquestionably require an increase in taxes to finance the universal program. But how much more tax?

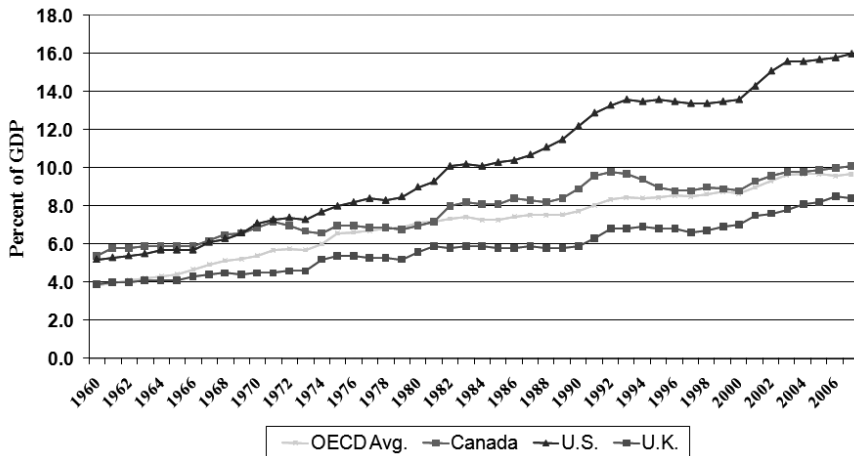
Canadians currently spend about \$25 billion (2008 estimates) on prescription drugs outside hospitals, but various uncoordinated government programs already spend about \$11 billion. Private insurance covers about two thirds of the remainder, but as noted above receives a public tax-expenditure subsidy of about one third of its cost. Eliminating that subsidy would restore about \$3 billion in forgone tax revenue. The net additional cost to Canadian governments for a universal program would thus be about \$11 billion –not trivial, but only about 2% of current federal and provincial budgetary revenues–.

All this, and more, would be offset by the elimination of both patient payments and employer-paid private insurance premiums. But since taxes are more or less proportional to incomes, and drug costs are not, people with higher incomes would pay a larger share, which they do not have to do under either private insurance or self-payment. Thus, although on balance universal Pharmacare would be less costly as well as more equitable, the most wealthy and most healthy would very likely pay more.

A universal public plan would also dramatically increase the bargaining power of the payer –the state– relative to the pharmaceutical industry. One of the most striking observations associated with the introduction of universal Medicare in Canada was the stabilization, after 1971, of the share of national income spent on hospitals and physicians' services. For the previous two

decades that share had been roughly equal to that in the United States, and rising in parallel. It has since risen more or less at the same rate as the average for other OECD countries, while the American share has headed for the stratosphere [Figure 4]. The single public payer has the necessary bargaining power to mitigate cost escalation; a collection of multiple, fragmented and uncoordinated payers has none.

Figure 4
National Health Expenditure as Percent of GDP,
Selected OECD Countries, 1960-2007



As a matter of accounting definition, however, total expenditures for health care must equal the total incomes of those involved in its provision. Successful cost containment is therefore inevitably containment of incomes. Savings from universal public Pharmacare would represent a loss of income for both the private insurance and the pharmaceutical industries. Both recognize this perfectly, and that is why both industries have lobbied hard –and successful– to convince both governments and the general public that any universal public program would be “too expensive”.

They have strong allies at the upper end of the income distribution. Mindless anti-tax rhetoric serves the interests of both groups. The general public focus immediately on the prospect of more taxes, the greater savings in patient payments and private insurance premiums are fragmented and difficult to see.

Indeed for the average citizen the potential savings in reduced private insurance payments are invisible. These premiums are typically paid by the employer on behalf of the employee, and most employees seem to believe that the employer is actually bearing the cost. Most economists, at least, would argue that employees themselves must bear the cost (net of the government subsidy, noted above) in the form of lower wages or other benefits. The true costs of private insurance coverage are thus almost totally concealed from those who ultimately pay them. As a result, Canada still has a costly and inequitable American-style system of payment for pharmaceuticals.

The failure to extend Canada's Medicare to pharmaceuticals is certainly not the only major policy issue confronting the universal system. But that experience provides a very clear "case study" to illustrate the sources and power of the challenges faced by any public system from narrowly-based but strategically-placed economic interest groups. Political attacks on Medicare itself likewise have their roots in the ambitions of private corporations and entrepreneurial physicians to break out of the constraints that the existing system places on their fees and product marketing. Criticisms arise precisely because the single-payer system has been so much more successful in containing cost escalation than has the American (though not more than the European). As in the successful campaigns against universal pharmacare, the strategy is to focus on the public share of health care expenditures, with spurious claims that it is "unsustainable," and that taxes are "too high" while carefully distracting attention from

the costs that would be associated with expanding private payment, and on who would bear them.

But again the income aspirations of providers are reinforced by the interests of upper-income Canadians. In general, Canada's Medicare does not provide preferred access for those willing and able to pay. The wealthy not only pay a larger share of the costs of the system through taxation, they do not receive any greater benefits. Access and use are need-based; individual patients cannot buy their way to the front of waiting lists or purchase other forms of perceived or actual superior care. Entrepreneurial physicians are constantly seeking out ingenious ways to link up with wealthy patients and sell them, for personal gain, preferred access to public services.

The focus of the discussion thus far has been almost exclusively financial. This is an unfortunate consequence of the relative availability of data, both across and within countries. But it also accurately reflects the primary focus of health care debate, at least in the media and at the political level. Mythical concepts such as "underfunding", "fiscal unsustainability", the "doctor shortage" and the "grey tsunami" of the aging population saturate and contaminate the public discourse, all explicitly or implicitly coming back to "More money" (i.e. more income) preferably paid privately (Evans, 2007b). Deeper and more nuanced questions about how the system might be improved as a contributor to the health of the Canadian people become lost in the shouting. How it might be made less expensive yet equally or more effective –such ideas are dismissed with outrage or silent contempt by those whose incomes would be threatened–.

Everyone is in favour of "reform", of course, because the word carries the implication of improvement, of making some organization or institution better. Literally, though, it means simply to "re-form" or to change the shape or structure of something. Whether the result will be better or worse, and par-

ticularly for whom, is left open. Calling a proposal a reform is “persuasive definition”, inviting a presumption of improvement that may or may not be justified.

There is certainly plenty of room for improvement in Canadian health care (as in every other system in the real world), but the pace is glacially slow. Reform policies might focus on improving the efficiency or effectiveness of the care provided, or the timeliness and responsiveness of provision. They might address the very large variations in clinical practice, apparently unrelated to patient’s needs, or the discrepancies between actual practice and the research evidence on appropriate care, or the prescribing of new, costly drugs that often offer no benefit over older, less expensive off-patent alternatives, or the effects of professional “turf protection” on access and costs.

Waiting times for certain surgical procedures –cataracts, hip and knee replacement, cardiac bypass surgery– show up on every international survey as unusually long in Canada. And yet funding for hospitals and doctors has doubled in the last decade, and (age-adjusted) rates of performance have risen steadily –some (cataracts) spectacularly–. Where has the new money gone, and why are patients being referred for surgery at an ever-increasing rate? Nobody knows. But the system desperately needs more money! What it really needs is more management.

Very carefully controlled studies in the United States have shown large variations in utilization and costs per capita of health care among regions with apparently similar population needs (Fisher *et al.*, 2003a, 2003b). These do not reflect “quality” difference; large variations show up even among the world’s leading academic medical centres such as the Mayo Clinic and Johns Hopkins without any differences in patient outcomes or satisfaction (Fisher *et al.*, 2004; Goodman and Fisher, 2008). By and large Canadian policy debates have ignored these variations, though similar findings were reported

for the province of Ontario (Canada's largest province) by Alter *et al.* (2008).

Regional per capita cardiologist supply varied more than twofold across regions, but was inversely related to the regional cardiovascular disease burden... Residents in areas with more cardiologists were more likely to receive some form of cardiac intervention... However, the intensity of provision of cardiac health services was unrelated to regional cardiovascular disease burden and was not associated with improved survival.

More cardiologists, more cardiac intervention, unrelated to population needs or patient outcomes. The Canadian Cardiac Outcomes Research Team (CCORT) (Tu *et al.*, 2006) found rates of hospitalization for a set of common cardiac problems varying by nearly two to one from Canada's west coast (Vancouver) to its' east (Halifax). Variations from central cities to smaller cities and out to more rural areas were even larger. Overall the national rate of hospital discharges for these cardiac conditions was twice that in Vancouver –for no known reason–. Should not these variations at least be investigated? The American findings, and those of (Alter *et al.*), would suggest waste on a large scale. No matter, we need more beds, and staff, and equipment, and...

Meanwhile, amid strident claims of a “doctor shortage” from the nation's medical schools and even, curiously, the Canadian Medical Association, the number of entering medical school places in Canadian has risen by 55% over the last decade. The new graduates are just now beginning to enter the workforce; but a trickle is about to become a flood. Yet despite claims of shortage, the physician-to-population ratio has not changed in the past twenty years.

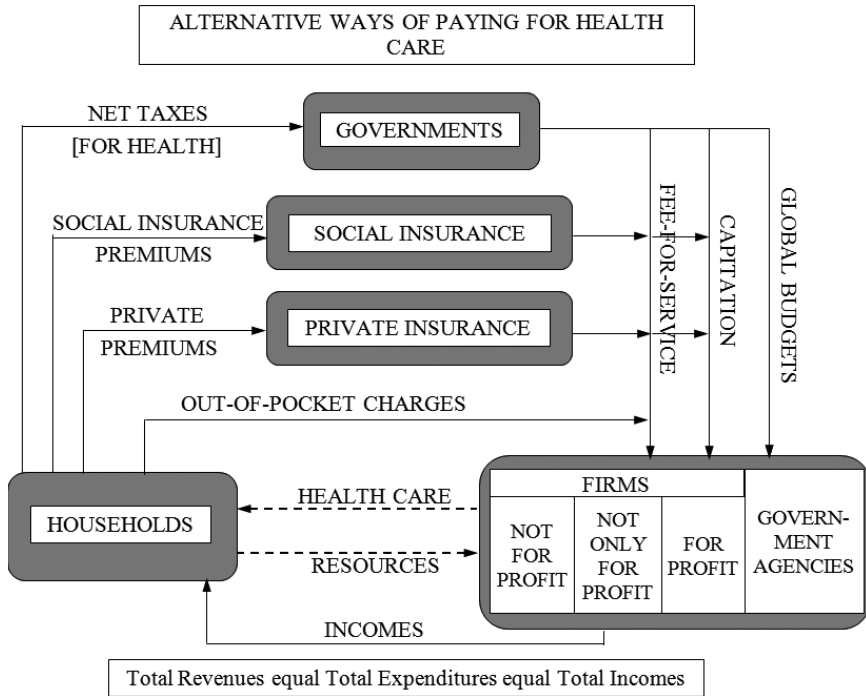
Canadian physicians are however working less. Self-reported hours of work have fallen, suggesting a possible shortage of medical services, if not of physicians. But the volume of physicians' billings, adjusted for fee change (the only mea-

sure we have of the volume of physicians' services) has not fallen. And payments to physicians under a growing number of Alternative Payment Programs –various forms of service contracts other than fee-for-service– have expanded greatly over the past decade. But there is no systematic collection of data on what physicians are doing, on the volume of services provided through these APPs. And even within the still predominant fee-for-service sector we have no idea as to the relative effectiveness of the services that are being provided. All we know for sure is that ever-increasing amounts of money is being paid to physicians, shortage or not, and there are about to be many more of them.

Pharmaceuticals, clinical variations, and physician supply are simply leading examples of aspects of Canada's health care system, both the universal public programs and the services excluded, where better management in the broadest sense could yield great public benefits. But it does not happen. The most widely and loudly promulgated proposals for "reform", at least in the broader public and political arena, focus on rearranging payment processes so as to transfer more of the burden of payment from the healthy and wealthy to the unhealthy and unwealthy, while improving access for the wealthy and unhealthy, and increasing income opportunities for strategically placed providers. The public agenda has been hijacked.

Figure 5 provides an accounting framework in which these issues can be represented. It is a simplified version of the framework that has been developed over more than forty years for the National Accounts, and thus can be applied in every country. The most important feature of the National Accounts framework is that the flows from sector to sector must all balance, total incomes must exactly, identically, equal total expenditures.

Figure 5



The total population, the flesh-and-blood people, are located in the box at the lower left. Within that total population, patients receive health care services from the various types of provider organizations in the boxes at the lower right. That flow of services is represented by a dotted line. (This flow is not money. Money does not treat illnesses or injuries, though it may buy services that do). In return, various members of the population (doctors, nurses, hospital staff, pharmacists, etcetera) supply what economists call resources or factors of production –human time, effort and skills, services of capital, raw materials– to the organizations –hospitals, professional practices, pharmacies, public health departments, etcétera– that

use them in producing health care. (Again, not money. Money can buy resources to produce health care, but does not itself produce anything.)

This exchange is at the heart of every health care system, determining how well it performs in contributing to the health of the population served. Are the right services being produced, in sufficient quantity, and reaching the people who need them most? Are sufficient resources –trained personnel, buildings, equipment– being made available to produce those services? And are the available resources being used efficiently to produce the most effective types of services, in terms of their contribution to health?

Around the outside of this core are the financial flows that support the functioning of the system. To the upper left are the channels through which people contribute funds to finance health care. These may flow either as taxes to governments, or as contributions to variously structured social insurance programs; both of these are consolidated as “government” in Figure 2A. In Canada, public funding is effectively all through taxation, in Mexico about two-thirds is raised through social insurance (according to the 2006 World Health Report). Private financing is predominantly in the form of direct payments to providers; many countries also have some form of private health insurance but only in a few, as shown in Figure 1, does this account for a significant share of overall financing.

The distribution of total funds among these channels is the primary determinant of “Who Pays?” and is thus at the root of most of the endless debates over the “public-private mix”. In general, and certainly in high-income countries, taxation bears more heavily on higher incomes and direct patient payment bears more heavily on lower incomes. Social insurance is more like taxation, though there is much scope for variation among countries, and private insurance, while it may relieve some of the unhealthy,

bears more heavily on the unwealthy (van Doorslaer *et al.*, 1999). Choices at the upper left have little to do with the efficiency and effectiveness of the health care system itself, except insofar as they may limit access to that system for part of the population.

The upper right represents all the different ways –fees-for-services, fees per treated case, capitation, or fixed budgets– in which paying agencies can flow funds to the organizations that provide care. The set of boxes at lower right represents the variously motivated organizations providing health care. Pharmaceutical companies, for example, are strictly motivated to maximize profits, nothing else, while most hospitals are not-for-profit and pursue a diversity of different “stakeholder” objectives. Professional practices occupy a middle ground; the professional owners are certainly motivated by profit, or more accurately net income, but typically pursue a balance of objectives in which the patient’s interests are also powerfully represented.

The behavior of all these organizations will depend upon the interactions between their objectives and the terms on which funding is made available. To the extent, then, that policies intended to improve health system functioning employ financial incentives, they must be focused on the right hand side of Figure 5. Here, the “public-private” debate focuses on the mix of organizational motivations, on whether for-profit or not-for-profit firms, say, or government departments will perform “better” on different dimensions of performance, and how the methods of payment will affect their behavior. There are of course other important social mechanisms for trying to “steer” a health care system –legal, regulatory, educational– and one should not focus exclusively on the financial. But it would be equally erroneous to lose sight of the importance of the interactions between the inherent motivations of different types of organizations, and the behavioral incentives created for them by different payment structures.

And a final note on the Canadian system, from a patient's perspective. Amid all the rhetoric, the everyday experience of a Canadian patient is that care really is available at need, with no financial barriers, to everyone, without discrimination. There may be waits, but not for urgent or emergency care. For non-emergent care at a large teaching hospital on a Friday or Saturday evening, yes, there may be a long wait. The quality of care is generally excellent; I do not, need not, and cannot pay for preferred treatment. Sometimes things go wrong –health care is a huge complex system staffed by fallible human beings–. There is no reason to believe that Canadians are any more fallible than others. But most patients are very satisfied with the care they receive. As am I myself, though I may be more aware than most as to the significant possibilities for improvement. The constant media attacks have certainly created public unease, but the overwhelming majority of Canadians remain strongly supportive of the universal system. We look for improvement, not radical “re-form”.

REFERENCES

- Alter, D.A., T.A. Stukel and A. Newman, (2008). "The relationship between physician supply, cardiovascular health service use and cardiac disease burden in Ontario: supply-need mismatch" *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 24, num. 3 (March) p. 187-193.
- Andersen. G.F., *et al.* (2003). "It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries". *Health Affairs*, vol. 23, num. 3, p. 89-105.
- CIHI, (2006). *National Health Expenditure Trends 1975-2008*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information (December).
- Evans, R.G.,p (2007a). "Extravagant Americans, Healthier Canadians: The Bottom Line in North American Health Care" in D.M. Thomas and B.B. Torrey, Eds. *Canada and the United States: Differences that Count*. Peterborough, Ont.: Broadview Press, p. 135-164.
- , (2007b). "Economic Myths and Political Realities: The Inequality Agenda and the Sustainability of Medicare" in B. Campbell and G. Marchildon, eds. *Medicare: Facts, Myths, Problems, Promise*. Toronto: James Lorimer, p. 113-155.
- Fisher, E.S., D.E. Wennberg, T.A. Stukel, D.J. Gottlieb, F.L. Lucas and E.L. Pinder, (2003a). "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending: Part 1 The Content, Quality and Accessibility of Care". *Annals of Internal Medicine*. vol.138, num. 4 (February 18) p. 273-87.
- , (2003b). "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending: Part 2. Health Outcomes and Satisfaction with Care". *Annals of Internal Medicine*. vol. 138, num. 4 (February 18) p. 288-98.
- , D.E. Wennberg, T.A. Stukel and D.J. Gottlieb, (2004). "Variations In The Longitudinal Efficiency Of Academic

- Medical Centers”. *Health Affairs* (Web Exclusive, October 7) p. 19-32. DOI 10.1377/hlthaff.var.19.
- , (2007). “Pay-for-performance: More than rearranging the deck chairs?” Robert and Alma Moreton Lecture, Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth University, May 21.
- Goodman, D.C., and E.S. Fisher, (2008). “Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription”. *New England Journal of Medicine*, vol. 358, num. 16 (April 1) p. 1658-1661.
- Himmelstein, D.U., E. Warren, D. Thorne and S. Woolhandler (2005) MarketWatch: “Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy”. *Health Affairs* (Web Exclusive, February 2).
- Marchildon, G.P. (2006). *Health Systems in Transition: Canada (European Observatory on Health Systems and Policies)* Toronto: U. of Toronto Press.
- Tu, J.V., W.A. Ghali, L. Pilote and S. Brien, Eds. (2006). *Canadian Cardiovascular Atlas Canadian Cardiac Outcomes Research Team*.
- Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, and F. Rutten, Eds. (1993). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- , A. Wagstaff, H. van der Burg *et al.* (1999). “The redistributive effect of health care: some further international comparisons”. *Journal of Health Economics*, vol. 18, num. 3, p. 263-290.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg *et al.* (1999). “Equity in the finance of health care in twelve OECD countries” *Journal of Health Economics*, vol. 18, num. 3, p. 291-314.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer, (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems - Evidence from the OECD*

Development Research Group Policy. Research Working Paper 4821, Washington: The World Bank (January).

World Health Organization, (2006). *The World Health Report 2006 - working together for health* (Annex Tables 2 and 3) Geneva: WHO.

NOTES

Douglas is generally credited as the principal political architect of Canadian Medicare, first as Premier of the province of Saskatchewan and later as a federal Member of Parliament.

These percentages exclude estimates of the government tax-expenditure subsidies for private health insurance in both countries [Note 5 below] as well as the United States government's contributions to insurance for its own employees. Including these would bring American public spending on health care close to ten percent of GDP.

These data are adjusted, however imperfectly, for variations in the general purchasing power of national currencies. They do not adjust for the relative prices of health care services in different countries. It is known, for example, that much of the extraordinary expenditure in the United States reflects higher prices for health care in that country. Americans do not receive proportionately more care, if any more, than citizens of other high-income countries, they just pay more for what they get (Anderson, 2003). Although no comprehensive price data exist to adjust these expenditure figures, the impression of extreme inequality that they give seems unchallengeable.

A handful of low-income countries have small private insurance systems, for historical reasons. (see figure 1)

"... SHI can provide a disincentive for people to join and stay in formal employment ... especially ... where ... SHI enrollment

is ... only weakly enforced ([as in] Mexico and Turkey).” (Wagstaaff, 2009, p 13).

Almost all private health insurance is purchased by employers on behalf of their employees. The cost is deductible from employers’ incomes as a business expense, but is not taxed as income in the hands of the employees. This is a historical anomaly that provides a powerful encouragement to the purchase of private insurance.

Data in Figure 3 are for 2006; breakdowns of private payments lag the overall national estimates by two years.

An exception to this is the availability of “preferred accommodation” in hospitals. Standard wards contain four beds; patients who want a private or semi-private (two bed) room may pay a “preferred accommodation differential” for this. Private insurance can be purchased to cover most of this cost from the same companies that sell pharmaceutical and dental insurance. But if the patient’s condition requires a private room (medical necessity), there is no charge.

The attitude of many of our political leaders, by contrast, appears to be much more ambivalent, if not outright hostile to the universal system, which raises interesting questions about the democratic process. It is a measure of the strength of public support, that so far they have been unwilling to risk the political consequences of open attack. The financial crisis, however, might give them their opportunity.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

Juan Antonio Pagán Lozano

INTRODUCCIÓN

El análisis del Sistema Nacional de Salud de España tiene la complejidad del estudio de un cuerpo vivo y en funcionamiento. Atiende a 46 millones de personas, con un importante reflejo en la sociedad cuyo bienestar en gran parte depende del mismo. Es un sistema que da una cobertura total tanto geográficamente como a los diversos estratos de la sociedad, con una cartera básica de servicios común y cuyo origen está en el artículo 43 de nuestro vigente texto constitucional, que reconoce el: “derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos”.

El concepto que tiene de este sistema, en términos generales, la población española es ampliamente positivo, ya que según la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo en el año de 2007 21.6% de la población lo considera muy bueno, bueno el 48.6%, regular el 22.5% y malo únicamente el 7.5%.

Todo ello a pesar de que tiene la necesidad de corregir determinados defectos o disfunciones como son los tiempos de espera ante determinadas intervenciones quirúrgicas o las aglomeraciones que en ciertos momentos se originan en los servicios de urgencias, producido fundamentalmente por el fuerte incremento de población que hemos tenido en los últimos años.

Para entender realmente el Sistema Sanitario español, es preciso hacer un breve análisis histórico del mismo para comprender cómo se ha llegado a la situación actual con un sistema universal, con financiación pública, gratuidad de los servicios sanitarios en el momento de su utilización, descentralizado y formado por la integración de diferentes estructuras y servicios públicos. Habría que ver cómo durante todo este tiempo se ha hecho, como decía Antonio Machado: “Camino al andar”.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La imagen del médico con una careta simulando un gran pico de pájaro y una larga vestimenta negra para evitar el contagio al tratar a los enfermos en las pestes medievales y que ahora se utiliza como máscara en los carnavales venecianos, es una de las primeras representaciones que se tienen de unos profesionales que desde los orígenes de nuestra civilización y en cada momento con los conocimientos que había en cada época, servían a la sociedad e intentaban paliar el dolor y restituir la salud en las enfermedades y en las guerras.

El origen de la sanidad en España está en las Órdenes de Beneficencia y, sobre todo, en los primeros grandes hospitales que se construyen a partir del siglo XI, con motivo del camino que llevaba a los peregrinos a Santiago de Compostela, como por ejemplo el de San Marcos en León. Desde el punto de vista normativo, la primera aproximación es el proyecto de Código Sanitario de 1822 que nunca fue publicado por el final del trienio liberal, si no hasta poco tiempo después.

Es en el año 1885 cuando por ley se crea la Dirección General de Sanidad, con una visión más preventiva que asistencial y, posteriormente, en enero de 1904 y por Real Decreto la Instrucción General de Sanidad, que sigue un esquema parecido.

En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, dirigido fundamentalmente a trabajadores y en un marco de Seguridad Social, ya que dependía del Instituto Nacional de Previsión.

La Ley de 1944, hereda la estructura de la Instrucción General de Sanidad de 1904 y sigue dirigida a labores de prevención y no asistenciales. Por otra parte, el Estado atendía diversos tipos de patologías como la tuberculosis, las enfermedades mentales, los problemas alimentarios, el saneamiento y los riesgos laborales, fundamentalmente a través de las diputaciones provinciales.

Posteriormente la Ley de 21 de junio de 1962 es la que regula a los hospitales públicos.

Pero es en el año 1978 y con la Constitución del 6 de diciembre cuando se produce el gran cambio en el planteamiento de la Sanidad Pública española. Como hemos indicado, el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud; el 49 a la rehabilitación e integración de los disminuidos y el artículo 149 concede al Estado las competencias en sanidad exterior con base en la coordinación de la sanidad y en las normas referentes a productos farmacéuticos.

La regulación que desarrolla estos derechos es la Ley 14/86 de 25 de abril o Ley General de Sanidad, también conocida como Ley Ernest Lluch, por ser entonces el ministro de Sanidad y que ha pasado a la historia como el gran referente de la sanidad en la democracia española y también, desgraciadamente por haber sido asesinado.

Por último, y para cerrar esta evolución histórica, en el año de 2002 se terminan de transferir las competencias en materia de gestión de servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas (que había comenzado en 1981 con la transferencia a Cataluña) y en el año 2003 se publica la ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, siendo ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas suficientemente coordinados. Su filosofía y principios se pueden resumir en:

- Extiende sus servicios a toda la población.
- Atención integral: promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Coordinación en un dispositivo único gestionado por 17 Comunidades Autónomas y dos Ciudades Autónomas.
- Financiación básicamente con cargo a presupuestos de las Comunidades Autónomas y presupuestos generales del Estado.
- Cada Comunidad Autónoma tiene un Servicio de Salud que dirige y ordena.
- Hay una cartera de servicios común para todas las Comunidades Autónomas, pero cada una de ellas puede ofrecer otros servicios.
- Colaboran en el sistema las oficinas de farmacia.

GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Como se ha indicado, cada Comunidad organiza y ordena su propio servicio de salud, con una cartera básica de servicios y desde el año 2002 todas tienen competencias para ello. Los servicios de salud se estructuran en áreas y cada una tiene diversas zonas básicas. La atención sanitaria se divide en: atención primaria, caracterizada por gran accesibilidad y suficiente capacidad; en centros de salud; en atención especializada que cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad gestionándose en hospitales y a la que se accede por indica-

ción de los facultativos de atención primaria; y en labores de prevención.

Dentro de esta gestión descentralizada, el Estado tiene una serie de competencias propias:

- Bases y coordinación general de la sanidad.
- Sanidad exterior en colaboración con otros países y organismos internacionales y controlando los flujos de enfermedades, enfermos y mercancías.
- Legislación sobre productos farmacéuticos con la autorización y registro de los mismos y la decisión sobre la financiación pública y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios.
- Las competencias de las Comunidades Autónomas son:
 - Planificación sanitaria.
 - Salud pública.
 - Asistencia sanitaria.

Para todo ello, las 17 Comunidades Autónomas han asumido las funciones, los bienes, el personal y los créditos presupuestarios para cumplir con dichas competencias.

Para coordinar el Sistema de Salud Pública está el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. También es básico el papel que en la coordinación tienen las nuevas tecnologías, la tarjeta sanitaria única y las historias clínicas transmitidas online, permiten una gran interrelación entre el Sistema.

A los servicios de salud se accede mediante la tarjeta sanitaria, que la da cada Comunidad Autónoma y sirve para todas ellas.

Al hablar de descentralización, hay que indicar que dentro del Sistema Nacional de Salud, hay tres regímenes especiales para diversos colectivos de profesionales del Sector Público y que funcionan en colaboración con la iniciativa privada. Estos son:

- MUFACE, para diversos cuerpos de funcionarios de la Administración General del Estado.
- ISFAS, para profesionales de las Fuerzas Armadas.
- MUGEJU, para profesionales de la Justicia.

FINANCIACIÓN

El Sistema Nacional de Salud se financia con los presupuestos de las Comunidades Autónomas y los presupuestos generales del Estado. Es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos y que cuenta con dos fondos adicionales: el de Cohesión, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo; y el Programa de Ahorro Temporal e Incapacidad Temporal.

En el año de 2007 los presupuestos de sanidad de las Comunidades Autónomas sumaron un total de 51 738 millones de euros y los de la administración general del Estado 4623 en el año 2009.

El gasto sanitario supone en España un 8.2 % del PIB y un 16% del importe de los presupuestos generales del Estado. Para las Comunidades Autónomas, supone, en la actualidad, un 38% de sus gastos totales.

En el año de 2007 el presupuesto de la administración del Estado y sus organismos autónomos fue de 140 000 millones de euros; el de la Seguridad Social de 115 000; el de las Comunidades Autónomas de 158 000 y el de los entes locales de 52 000.

PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ya hemos indicado que el sistema se estructura en atención primaria y atención especializada.

En la atención primaria se concentran las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad y la asistencia se lleva a cabo tanto en centros de salud

como en el domicilio del paciente. Dentro de esta atención hay actividades específicas como:

- Atención a la mujer
- Atención a la infancia
- Atención al anciano
- Atención bucodental a la infancia, a las embarazadas y a procesos agudos. Y atención a la salud dental.

En atención especializada se atiende de forma ambulatoria o con hospitalización, prestándose asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, crónicos o tratamientos y procedimientos diagnósticos. En los hospitales hay atención de urgencia durante las 24 horas, para pacientes no ingresados.

Otros servicios del sistema son:

- Hemoterapia
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad
- Diagnóstico prenatal
- Diagnóstico por imagen
- Laboratorios
- Litotricia renal
- Planificación familiar
- Radioterapia
- Trasplantes

En cuanto a las prestaciones farmacéuticas, hay que indicar que suponen un importante tanto por ciento del gasto del Sistema Nacional de Salud y que las referentes a la farmacia hospitalaria son sin costo para el paciente, pero en las de adquisición en farmacia, éste abona una cantidad entre el 30-40% del precio, porcentaje que puede ser inferior para las referentes

a enfermedades crónicas o las de precio muy elevado y que son sin costo para jubilados.

REALIDAD SOCIAL Y DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

En la introducción expuse la opinión favorable que tiene la población española de su sistema de salud, a pesar de las disfunciones que pueda haber en el mismo. Posteriormente, al tratar el tema de la financiación, he incluido una serie de datos correspondientes al Estado español y a las Comunidades Autónomas, pero también considero necesario exponer algunos datos que, aparte de los económicos, puedan dar una visión global de este sistema.

En España viven 46 millones de personas de los cuales, algo más de 4 millones son inmigrantes. Para atender a esta población que se extiende en unos 500 000 kms², el Sistema Sanitario tiene los siguientes recursos:

- 165 170 médicos, de los que 161 967 son especialistas y 119 000 trabajan en el sector público
- 225 487 enfermeras
- 57 954 farmacéuticos
- 21 055 odontólogos
- 800 hospitales de los que 216 pertenecen al Sistema Nacional de Salud
- 123 596 camas hospitalarias, de las que 83.040 pertenecen al Sistema Nacional de Salud
- 2 879 centros de salud.
- 8 311 consultorios.

Por dar ahora algunos datos relacionados con la sanidad, y sin ánimo de ser exhaustivo, tenemos que:

-
- La esperanza de vida en España es de 87 años
 - La mortalidad infantil es el 0.4%
 - La vacunación antigripal la realiza el 67% de la población
 - El control de la tensión arterial el 85% de la población adulta
 - El control del colesterol el 77% de la población adulta
 - La citología vaginal el 70% de la población adulta femenina
 - Las mamografías de mujeres de más de 50 años el 91%. Y entre 35 y 50 años el 53%
 - Anualmente, 75% de los hombres y 88% de las mujeres, van por lo menos una vez al año a la consulta del médico. Y también una vez al año 30% de la población pasa por urgencias y el 8.9% es hospitalizado.

CONCLUSIÓN

Para terminar, creo haber podido realizar una aproximación al Sistema Nacional de Salud de España, el cual, como indicaba al comenzar es: universal, gratuito al recibir las prestaciones, salvo las farmacéuticas fuera de los hospitales que son por copago, descentralizado, que atiende a 46 millones de personas con buena aceptación por parte de sus receptores y que cubre necesidades de atención primaria y especializada. Su financiación es a base de impuestos y del presupuesto general del Estado y de los presupuestos de las diferentes Comunidades Autónomas, con un importe total cercano a los 60 000 millones de euros. El principio de solidaridad impregna la filosofía del Sistema, así como que la salud es considerada como un derecho de todos. Pero con todo ello es necesario un trabajo continuo para reducir sus disfunciones y aumentar su capital humano, así como, mejorar la distribución del mismo, sus prestaciones y la calidad de las mismas, a pesar de estos tiempos de crisis, porque no podemos pensar que todo lo tenemos ya hecho, ya que como decía Octavio Paz, “La sociedad liberal se paralizará si deja de ser autocrítica”.

REFERENCIAS

- Constitución Española de 6 diciembre de 1978.
- Encuesta Nacional de Salud de España. Años 2007 y 2009.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007.
- Ley 14/86 de 29 de abril General de Sanidad.
- Ley 41/02 de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente.
- Ley 16/03 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/03 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Retama Iza, Nicolás, *La sanidad pública en España (1950-2000)* Instituto Formuta.
- Rodríguez Ocaña, Esteban y Martínez, Ferrán, *Salud Pública en España*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

EL SISTEMA DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL Y GRATUITO EN CUBA

Francisco Rojas Ochoa

INTRODUCCIÓN

Esta síntesis que abarca medio siglo de un colosal trabajo por la salud del pueblo cubano y otros pueblos, la escribe un testigo, un observador participante, que ha sido soldado de esta historia durante toda su vida profesional. Debió ser relato breve; éste es algo más extenso de lo habitual, pero con seguridad se encontrarán omisiones importantes. He tratado de destacar lo más relevante.

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Los hechos alcanzan su dimensión histórica cuando se analizan en su contexto. En este trabajo, el contexto adquiere relevancia porque examina un proceso que se origina y es parte de una revolución, a la que todo se somete y que está vinculada a un escenario mundial.

Se afirma que la práctica médica está ligada a la transformación histórica del proceso de producción económica; en otras palabras, la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social. La concepción de la medicina estará dada, por consiguiente, por las relaciones que establece con las diferentes “instancias” que integran la estructura.¹

El periodo que abarca el trabajo (1959-2008) se inserta en otro más extenso que en perspectiva mundial está comprendido entre las explosiones atómicas que precipitaron el fin de la segunda guerra mundial (1945) y el atentado terrorista de las Torres Gemelas (2001) y su secuela de terrorismo de Estado, guerras, inestabilidad política, económica y social.

Este periodo incluye el que se llamó “guerra fría”; no es homogéneo, estuvo presidido por el enfrentamiento de las dos potencias militares mucho más poderosas que el resto de las naciones (mundo bipolar), cuando varias generaciones crecieron bajo la amenaza de un conflicto a dirimir con armas atómicas. No llegó a suceder, pero durante 40 años fue una posibilidad cotidiana.²

En los años previos, cercanos al momento que marca la toma del poder por la revolución cubana ocurrieron hechos de trascendencia mundial, que encontraron reflejo en Cuba.

En 1945 llega al final la segunda guerra mundial, en la que perdieron su vida 45 millones de personas. Ese mismo año se firmó la carta de San Francisco, fundándose así las Naciones Unidas. La Organización Mundial de la Salud se funda en 1948.

Simultáneamente se va llegando a la “guerra fría”. En Corea formaron dos estados; se desarrolla para Europa el Plan Marshall; ocurre el bloqueo de Berlín; se crea la Organización del Tratado del Atlántico del Norte (OTAN); se firma el Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (TIAR); se funda la Organización de Estados Americanos (OEA); se forma el “bloque socialista”, su Pacto de Varsovia y el Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME).

En Cuba se alcanzaban muy altas tasas de corrupción en el gobierno (gobiernos de Ramón Grau San Martín y Carlos Prío Socarrás); se perseguía y asesinaba a los comunistas (Jesús Menéndez); se obedecía al gobierno de los Estados Unidos de América (EE.UU.).

El macartismo se impone en EE.UU.; en 1951 son asesinados los esposos Rosenberg; en Cuba, la dictadura sangrienta de Fulgencio Batista comienza con el golpe de Estado en 1952, y como respuesta el asalto al Cuartel Moncada en 1953; un año después cae Dien Bien Phu, marcando la derrota de Francia en Vietnam; el desembarco del *Granma* en 1956; el lanzamiento del Sputnik al año siguiente, cuando también se crea la Comunidad Económica Europea. La década termina con el triunfo armado del movimiento revolucionario cubano el 1° de enero de 1959.

En el plano internacional, en los 60 (s. xx) se inicia la escalada del terrorismo; la revolución cubana es objeto de importantes sabotajes, como la voladura del barco *La Coubre* en el puerto de La Habana; bombardeo a objetivos económicos; desembarco de contrarrevolucionarios armados; apoyo a bandas armadas en áreas rurales; invasión del país (Playa Girón). En otras partes del mundo se recurre al asesinato político: Patricio Lumumba en el Congo, John F. Kennedy, Martín Luther King en EE.UU. En la Conferencia de Punta del Este se expulsa a Cuba de la OEA. Se produce la crisis de los misiles o de octubre, que pone al mundo al borde de la guerra nuclear. Intervienen los EE.UU. en la guerra de Vietnam. Cae Ernesto “Che” Guevara en Bolivia. Matanza de Tlaltelolco en México. Revuelta de los estudiantes en París. El balance marca ventaja para los regímenes represivos y el terrorismo. No obstante, van tomando fuerza los movimientos que defienden los derechos de la mujer, niños y ancianos. Se va forjando una conciencia de lucha revolucionaria.

En Cuba avanza la revolución: reforma agraria, nacionalización de empresas extranjeras, ruptura de relaciones con EE.UU., establecimiento de relaciones con la Unión Soviética y otros países de economía centralizada del este de Europa y China.

En las décadas de los setentas y ochentas se asiste al golpe fascista contra Salvador Allende en Chile, con el baño de sangre

posterior; en Suecia se asesina a Olof Palme; Granada es invadida en el Caribe, donde va completándose la independencia de sus islas anglófonas. En Irán cae la dinastía Palevi; los cubanos combaten en Angola y Etiopía. Sobre esto dice Gleijeses:

Los horizontes de la Revolución Cubana abarcaron mucho más que el hemisferio occidental. La llegada de 36 000 soldados cubanos a Angola entre noviembre de 1975 y principios de abril de 1976 asombró al mundo y fue el comienzo de un período de operaciones de mayor alcance: 12 000 soldados cubanos en Etiopía a inicios de 1978... la presencia continúa en Angola que llegó a 52 mil soldados en 1988.³

Junto a esta presencia militar cubana en África, estuvo también la presencia de la medicina cubana.

Los años finales de los 80 y primeros de los 90 marcan el fin de una época de la historia y el comienzo de otra nueva, pero no el fin de la historia.

Este recuento avanza hacia la disolución de la Unión Soviética, las guerras en Irak, la desintegración de Yugoslavia, el crecimiento del terrorismo de Estado, las migraciones masivas internacionales y el florecimiento de los separatismos nacionalistas. Se practica el genocidio, denominándolo limpieza étnica (Yugoeslavia, África).

Pero en América Latina se sostiene y avanza la revolución en Cuba que supera el periodo especial, la gran crisis debida a la desaparición de la Europa amiga del este, al recrudecimiento del bloqueo y todo tipo de agresiones desde los EE.UU. Triunfa la revolución bolivariana en Venezuela; en Bolivia, un hombre de su pueblo originario gana la Presidencia; en Ecuador, un contestatario del imperio gobierna el país, el Tratado de Libre Comercio no puede aplicarse a todos los países. La crisis total amenaza al imperio.

El neoliberalismo de la globalización económica estrangula la economía de los pobres; los grandes consorcios transnacionales anularon la soberanía de los Estados-Nación; el auge de las organizaciones no gubernamentales (ONGs); la influencia omnipotente de organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio, cuya política traza el gobierno de EE.UU.; el agravamiento de las iniquidades. Una superpotencia se impone al mundo; ésta se desentiende de los problemas del medio ambiente; se acentúan los cambios climáticos y su efecto negativo. La crisis energética genera la producción de biocombustibles, creando, más que una amenaza, ya el inicio del hambre mundial.

El endeudamiento aumentó de manera vertiginosa en el ámbito internacional. Entre 1970 y 2001 la deuda externa de los países en vías de desarrollo se multiplicó por 35, en tanto que la deuda pública de Estados Unidos y las economías más avanzadas aumentó en diez veces su valor. En 2002, el monto sumado de las deudas de todas las naciones (unos 60 billones de dólares) equivalía a casi el doble del producto interno bruto anual mundial y era diez veces superior al total de las exportaciones de mercancías.⁴

Las crisis bursátiles de gran magnitud se repiten: México 1987, Asia Oriental 1997, Rusia 1998; además del antológico caso de Argentina bajo la administración del presidente Ménem. La debacle llega en 2008; el epicentro, los EE.UU. además ahora la crisis es multiperfil o son varias: alimentaria, energética, del ambiente y los cambios climáticos, la de las migraciones masivas, del consumo de drogas ilícitas y el auge del narcotráfico, la de la salud. También podemos decir que es una crisis integral.

El control de los medios de comunicación se ejerce por el gran capital, pocas empresas crean el mundo de la “opinión pública”

que justifica guerras, terrorismo, desregulación, persecución de inmigrantes. Un hecho notable es el auge de la economía China.

Se produjo una revolución en el campo de la ciencia y la técnica: el hombre viajó en órbita alrededor de la tierra y aterrizó en la luna; se descifró la estructura del ADN; se transplantaron corazones y otros órganos; se confirmó el daño del tabaco a la salud; comenzó la era de la cibernética, llegaron las computadoras y el correo electrónico, también los antibióticos (y la resistencia bacteriana que ocasionan); se publica *La primavera silenciosa* en 1962.

Por otra parte, hubo avances notables en favor de la “liberación” de la mujer respecto a la fuerte discriminación secular que afrontaban; se recrudece la lucha contra la discriminación racial; aparecen los “hippies” y las “minis.” Los homosexuales luchan contra la homofobia y por sus derechos.

Las catástrofes antropocéntricas y naturales aumentan en frecuencia e intensidad: cambios climáticos, efecto invernadero, oscilación sur-sur, tormentas y terremotos, con gran saldo de vidas perdidas.

La globalización económica neoliberal desestabiliza y reduce el “estado de bienestar”; la seguridad social se privatiza, como otros servicios públicos; el Estado se reduce. La desregulación laboral se impone. El mercado “decide”. Ya algunos pueblos sufren hambrunas.

De todo esto se libera Cuba, que fortalece su Estado, expande su seguridad social, no privatiza servicios públicos. Predica y practica la solidaridad, desde lo individual, hasta llegar a los pueblos.

LA SALUD EN EL MUNDO

La segunda mitad del siglo XX y primeros años del XXI son pródigos en el campo de la medicina y la salud pública. Aunque

deslumbrantes episodios en el campo científico hacen el orgullo de la especie por sus conquistas, ésta parece tener vocación suicida, porque genera, también en estos tiempos, la posibilidad de su desaparición.

El impetuoso desarrollo había comenzado en la segunda guerra mundial. Cabe destacar la aparición de los antibióticos: la penicilina, que todavía hoy es de gran valor.

En 1946 se crea en Gran Bretaña el National Health Service, una de las grandes reformas históricas de servicios de salud.

En años siguientes surgen nuevas preocupaciones ambientales, sin que estuvieran resueltos los viejos problemas para la mayoría de la población del mundo: aguas sucias, deficiente disposición de residuales sólidos y líquidos, proliferación de vectores, ambiente global riesgoso, la disipación de la capa de ozono, la lluvia ácida, cambios climáticos. En esto se llega hoy a confirmar los pronósticos sombríos y a sufrir los efectos en todo el planeta.

En 1971 se registró el último caso de viruela en las Américas (Brasil) y en 1977 concluyó, con el último caso reportado en el mundo (Somalia), la campaña mundial de erradicación de la viruela, liderada por la OMS. Un logro de gran trascendencia científica, económica y social.

En esta década en que desaparece la viruela, aparece con fuerza en el Caribe y parte norte de Sudamérica el dengue, que hoy hace notable estrago en la región. También aparece la enfermedad de la que más se viene hablando en las últimas décadas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la infección por el virus causal (VIH).

Las sales de rehidratación oral se introducen, que son un arma eficaz, sobre todo en el “tercer mundo”.

En septiembre de 1978, hace ya 30 años, se llevó a cabo lo que probablemente ha sido la más importante reunión sobre problemas de salud que se haya celebrado, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Es la muy cita-

da reunión de *Alma-Ata*, Kazajastán. En numerosos países se adoptaron políticas y programas de atención primaria como un principio de servicios y sistemas de salud nacionales. Pero un examen detenido mostrará que fueron más los discursos que las acciones. La esencia de lo propuesto en *Alma-Ata* era política; esto fue tergiversado y se actuaba mecánicamente en busca de metas cuantitativas, que no era lo esencial. Se institucionalizó la medicina para pobres. Se diseñaron y ofrecieron los “paquetes” simplificados y fuera de contexto. Lo que se proponía, bajo el lema de “Salud para Todos”, era trabajar e intentar alcanzar la cobertura con servicios básicos de salud para todos, en todo el mundo. Hoy se está lejos de ello, aunque se aprecian progresos.

Cuba se diferencia, pues el desarrollo de la atención primaria de salud (APS) es hoy paradigmático para nosotros; es la base de la favorable evolución de su situación de salud.

Pero la situación internacional llevó, al inicio del nuevo milenio, a proclamar que la agenda estaba inconclusa, y así es en efecto, para la mayor parte de los países. Esto significa que persisten problemas como:

- pobreza extrema y hambre
- mortalidad elevada en niños menores de 5 años
- insuficientes avances en la salud materna
- prevención y control inadecuado de la infección por el VIH-SIDA, la tuberculosis y la malaria
- acceso limitado a los medicamentos esenciales
- acceso insuficiente al abastecimiento de agua y saneamiento
- barreras que impiden mejorar la salud de los pueblos indígenas
- aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, y
- globalización de las reformas neoliberales de los sistemas de salud.

Cuba no presenta hoy los problemas enumerados, pero su agenda está cargada de nuevos problemas que reclaman atención por su complejidad, y también exigen recursos. Se logra alta equidad en salud. En las Américas esto no es así, son extensas y profundas las desigualdades en el continente.

En esta situación corresponde retomar las ideas de *Alma-Ata* y luchar con renovadas fuerzas por hacer posible la salud para todos, que sí es posible.⁵

Una victoria importante se alcanzó en las Américas cuando en 1991 se registró en Perú el último caso de poliomielitis, cumplido así el programa de erradicación continental. Cuba lo había logrado 30 años antes.

Pero al comienzo del milenio hay graves problemas y cambios que proponen retos complejos y difíciles de vencer:

- el crecimiento de la población se ha desacelerado, 1.2 % en 2006
- la población urbana alcanza 78.9 % en 2006, cuando era 42.0 % en 1950
- el 20 % de los latinoamericanos tendrán más de 60 años de edad en 2015
- la malaria y el dengue siguen azotando la región
- se pronostica que la obesidad puede alcanzar 50/60 % de la población de Las Américas en pocos años (epidemia)
- los diabéticos son ya 35 millones
- el tabaco ocasiona 900 mil defunciones por año y
- entre el 2003 y 2006, de 1.1 millones de trabajos científicos publicados, sólo 3 % eran de América Latina y el Caribe.

Esta es parte de la situación de la salud en las Américas entrando al siglo XXI.

EL DESPEGUE

En Cuba, la política antes de 1959 estaba marcada por la instauración de una dictadura militar en 1952, que puso fin a un período breve de democracia representativa, donde lo más característico fue la corrupción y cierto auge de lucha entre organizaciones armadas civiles. La dictadura, apoyada por los gobiernos de los EE.UU., era en extremo represiva, defensora de los intereses de la oligarquía nacional y del capital extranjero. Contra este régimen se hizo el movimiento revolucionario que tomó el poder en enero de 1959, cuando se podía resumir la situación nacional en los siguientes términos:

- Dependencia política y económica de EE.UU., que controlaba la principal industria exportadora poseedora de 25% de las mejores tierras agrícolas; la producción de energía eléctrica; las comunicaciones telefónicas; la importación y distribución de combustibles; la parte más importante de la banca; del transporte marítimo, de la minería y de la provisión de medicamentos, entre las actividades económicas relevantes.
- Estructura económica predominantemente agrícola, mono-productora (caña de azúcar), de tipo extensiva (latifundio).
- Desempleo y subempleo permanente y masivo, de hasta 25% de la fuerza de trabajo.
- Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola monoexportador y, por tanto, dependiente.⁶

En este contexto, la revolución adoptó la concepción ideológica marxista en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales. Existió correspondencia entre el modelo económico implantando y el sistema de salud que se

creaba. “Los distintos sistemas institucionales de este nuevo orden se caracterizaban por el predominio del sistema político sobre los demás, la preeminencia formal del Partido, el Estado como institución rectora de todos los sistemas, el diseño piramidal de todas las organizaciones, y la alta centralización en la toma de decisiones y los recursos”.⁷

En consecuencia, se aplicaron los principios de la salud pública socialista, como proclamaban los teóricos de Europa del este. A ellos Cuba añadiría el del internacionalismo, expresión concreta de solidaridad con los pueblos.⁸

Estos principios se resumen así:

La salud es un derecho de la población; la salud de la población es responsabilidad del Estado; los servicios de salud alcanzan a toda la población por igual; las prácticas de salud tendrán una sólida base científica; las acciones en salud tendrán una orientación preventiva; la participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud; *la solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud.*

Todo lo anterior estuvo presidido por la principal característica de la Salud Pública Cubana a partir de 1959: la voluntad política de transformar la crítica situación encontrada y todo lo que atentara contra la salud de la población, que toma su expresión más concreta y visible en la atención personal que el jefe de Estado y Gobierno dedicó al sector de la salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentes en este campo.

Cronológicamente, la primera acción en torno a la gestión en los servicios de salud fue la erradicación de la corrupción, que en la historia de la administración pública es asunto de larga evolución, desde la colonia, acentuada durante la ocupación militar de EE.UU., mantenida en los años de la república burguesa, exacerbada durante la tiranía batistiana, 1952-1958.

Otro proceso de temprana ejecución fue el desarrollo de los recursos humanos para el sector, tarea que asumió el Ministerio de Salud Pública respecto a la formación de técnicos medios y la educación de posgrado de médicos y estomatólogos, para lo que se adoptó como estrategia principal el régimen de residencia para especialización. Estimulado por el éxodo de profesionales auspiciado por los opositores del nuevo gobierno, se dio fuerte apoyo a las universidades para el desarrollo de la educación de pregrado. Esto fue particularmente destacado en cuanto a la formación de médicos, alcanzando a elevar la matrícula de modo notable en la única escuela que existía a inicios de la década y creando dos nuevas en el este y centro del país (1962 y 1966, respectivamente).

La administración revolucionaria adoptó desde su inicio la planificación como instrumento básico de trabajo. Primero organizando una comisión encargada de proponer planes de acción frente a problemas específicos y, poco tiempo después, creando una unidad de planificación, con el rango de Dirección, subordinada al viceministro a cargo del área económica del Ministerio de Salud Pública. Ya en 1963 se propusieron como parte del plan elaborado las Metas Generales para la Realización del Plan de Salud Pública de 1962 a 1965.

A lo largo del periodo se dedicó particular atención al desarrollo de la estadística para el sector: se dio inicio a la formación de técnicos medios de esta disciplina en escuelas propias del Ministerio (1961); se formaron profesionales especializados en el extranjero; se realizó una auditoría internacional que encontró, en 1974, que el sistema de información estadística del sector de la salud de Cuba era completo en cobertura y confiable en calidad.⁹

La mayor realización en lo relativo al perfeccionamiento de la gestión fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que toma forma inicial con la Ley de Salud Pública de 1961 y termina al final de la década con la extinción del mutualismo en

1970. Éste es el resultado más trascendente hasta esa fecha de la política de la revolución: la creación de un sistema de salud, unificado, centralmente planificado y dirigido, descentralizado en su gestión, de cobertura global amplia, altamente eficaz, con participación social satisfactoria, económicamente sustentable y abierto a su perfeccionamiento constante.¹⁰⁻¹²

En una fase inicial, la nueva administración mantuvo la fuerte centralización que caracterizaba la gestión de los servicios de salud pública antes de 1959. Después de un periodo en que se concentran en el MINSAP las entidades estatales autónomas que eran muy numerosas, se percibe la necesidad de hacer más fluido el proceso de gestión de una organización que había crecido mucho y muy rápidamente. Se dio así paso a la descentralización de la administración, con la creación de las direcciones regionales de salud pública (después provinciales) en 1960-1961 y los distritos sanitarios (después, direcciones regionales) en 1962 que asumieron la totalidad de la gestión en su ámbito territorial.

El carácter intersectorial del trabajo está demostrado por las decisiones que se tomaron alrededor de la construcción del SNS, entre otras:

- Estrecha coordinación y participación del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA) en el establecimiento y desarrollo del Servicio Médico Social Rural (1960), con apoyo material para la instalación de los consultorios médicos y construcción de hospitales rurales.
- Traslado a los municipios de la actividad de recogida y disposición de residuales sólidos desde 1962, quedando la supervisión de este servicio a cargo del Ministerio de Salud Pública.

- Coordinación, hasta la integración en el MINSAP, de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Bienestar Social (agentes comunales rurales, hogares de ancianos...).
- Incorporación al MINSAP y ulterior desarrollo de los servicios médicos de la industria azucarera (1962).
- Apoyo multisectorial a las campañas de vacunación desde 1962 (polio, triple...).
- Política de empleo que permitió reducir el número de desocupados permanentes de 700 mil a 376 mil, entre 1958 y 1960 y 215 mil en 1962.
- El acceso a otros servicios sociales básicos como la seguridad y asistencia social, que influyen muy directamente sobre la salud, se vio asegurado e impulsado. Las leyes 351 y 677 de 1959 ampliaron notablemente la cobertura de la seguridad social. Esto se consolida con la Ley 1100 de Seguridad Social de 1963, que la define como de aplicación a todos los trabajadores, en régimen no contributivo, o sea, a cargo del Estado, y la integración en un solo cuerpo legal e institucional de la seguridad social.
- Organización y entrada en función de las comisiones de salud del pueblo que reúne los esfuerzos de los ministerios y las organizaciones de masas (sindicatos, asociación de mujeres, de campesinos...), es el punto más alto de convergencia para acciones intersectoriales en salud, y a la vez motor impulsor de la participación social.

Los hechos que muestran el desarrollo de la participación social en relación con el sector se encuentran en:

- La formación de personal para el desarrollo de determinadas acciones de salud en el seno de la comunidad, como las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres

Cubanas y los auxiliares voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicación del paludismo.¹³

- Definición de funciones específicas, como “responsable de salud” en los sindicatos, Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y Federación de Mujeres Cubanas (FMC).
- Realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación, promoción de diagnóstico precoz, convocadas por los citados “responsables.”
- Educación y toma de conciencia de la población en relación con las causas y soluciones de los principales problemas (diarreas agudas, parasitismo, cuidados a embarazadas y recién nacidos).
- Promoción y participación en las campañas y programas para donación voluntaria de sangre.

Es también participación social el papel de los médicos progresistas, en su organización gremial o en otras en las que actuaron respaldando las decisiones que conformaban la política revolucionaria, oponiéndose a las posiciones conservadoras y economicistas de grupos minoritarios. Fue de gran importancia que estos médicos revolucionarios y progresistas, no necesariamente marxistas, ganaran la Dirección del gremio médico en sus elecciones de 1959, y alinearan el gremio (Colegio Médico Nacional) al lado del movimiento político que impulsaba la revolución.¹⁴

Un objetivo central de toda revolución en los servicios de salud es la equidad, entendida como igualdad de oportunidades en el acceso y uso pleno de los servicios. Son hechos que revelan el rápido alcance de igualdad en el sistema cubano:

- La extensión de cobertura, en especial con la creación del Servicio Médico Social Rural (1960), que llevó asistencia a zonas que no la habían tenido nunca y que al final del periodo comprendía decenas de consultorios

y hospitales rurales, dotados de personal médico, estomatólogos, enfermeras y técnicos según necesidades. El acelerado desarrollo del servicio rural no está exento de simbolismo; los guerrilleros aprendieron en su contacto con la población campesina las inhumanas condiciones en que vivían y al tomar el poder impulsaron tres políticas dirigidas a resolver esa situación: reforma agraria, educación y servicios de salud. El modelo cubano fue único en el mundo: amplia cobertura, realizada por médicos y gratuitamente, incluida la provisión de medicamentos.

- Las camas en hospitales modificaron su índice por 1 000 habitantes de 4.3 en 1958 a 4.6 en 1973. La casi totalidad de las nuevas camas se instalaron fuera de la capital del país. De 1958 a 1968 el aumento fue de 28 536 a 41 019 camas. La Habana contaba con el 61.7 % de las camas instaladas en el país en 1958, lo que se redujo en 1973 a 44.4 %.
- Establecimiento de gratuidad de los servicios médicos (1.VI.60).
- Rebaja del precio de las medicinas y nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados.
- Eliminación de todo obstáculo legal para acceder a cualquier tipo de servicio.
- Incremento acelerado de la formación de personal calificado, para cubrir la demanda del momento y necesidades perspectivas.
- Inicio de un cambio en el enfoque curativo de la atención médica, reforzando actividades preventivas. Se crearon siete centros provinciales de higiene y epidemiología en 1961.
- Desarrollo exitoso de la campaña de alfabetización y del seguimiento de la alfabetización con la campaña por el 6° grado.

- Selección de tecnologías adecuadas, como elemento de la planificación.
- Desarrollo de recursos humanos para la gestión y dirección de servicios, impulsado por el fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública y formación en el extranjero.
- Fomento de un estilo de trabajo ajeno al burocratismo, ágil en la gestión, participativo y eficaz.
- Desarrollo de métodos de supervisión, control y evaluación permanente aplicados al área administrativa y a las técnicas.

También es un resultado relevante la sostenibilidad del sistema. Su primer sostén ha sido la voluntad política, expresada en la concertación entre gobierno, entidades sociales y comunidad, que han aplicado la nueva política y asegurado su desarrollo estable, con las necesarias innovaciones durante los años posteriores. En cuanto a la sostenibilidad económica, esta se asegura por el Estado mediante el presupuesto que se asigna al sector salud, que en 2007 fue de 400 100 000 de pesos, y que crece regularmente cada año. Téngase en cuenta que la industria, el comercio y la mayor parte de la producción agrícola del país es social, o sea, estatal. En esto radica la fortaleza económica del sistema, que desecha la propiedad privada de los medios de producción fundamentales.

EL DESARROLLO

Hasta aquí se ha presentado el momento inicial y los primeros años del impetuoso desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana, sin olvidar los efectos negativos del bloqueo y otras formas de agresión, terrorismo incluido. Pero sucesos realmente dramáticos aguardaban en la década de los 90 del siglo XX.

La situación altamente favorable de la economía cubana al finalizar la década de los 70 favorecía el desarrollo de la salud

pública y otros numerosos sectores como la educación, el deporte y las artes.

Los hechos más relevantes de la salud pública revolucionaria en las décadas de los 70 y 80 del pasado siglo se basan principalmente en el desarrollo de la APS, que tiene su inicio una década antes con la fundación del Servicio Médico Social Rural (1960) y la creación del Policlínico Integral (1964). La organización de los centros de salud, denominados policlínicos, iniciada con un modelo llamado Policlínico Integral, expresión que sintetizó la unión en una sola institución, la más cercana a la población, de las funciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, asistencia a enfermos y lesionados y rehabilitación. Así se borraba la separación de las funciones asistenciales de las anteriores casas de socorro, supeditadas a la administración municipal, de las jefaturas municipales de salubridad, que dependían del nivel central del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, que debía ocuparse de la promoción y prevención. Esta temprana y muy acertada decisión no siguió la forma de organización que también separaba los elementos mencionados en los países de Europa del este. Así, en la Unión Soviética la asistencia médica se prestaba en hospitales, policlínicos y dispensarios; la promoción y prevención dependían de las estaciones sanitario-epidemiológicas o preventorios. Esta concepción de la atención primaria evoluciona, y en 1974 se introdujeron modificaciones y se definió un nuevo modelo llamado policlínico comunitario. La diferencia más importante era que ya se podía disponer de especialistas en Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Medicina interna para atender a la población, al menos a la urbana. Los servicios continuaron desarrollándose; se llegó a una disponibilidad elevada de médicos y enfermeras y en 1984 se implantó una nueva concepción, la del médico y enfermera de la familia.

En esta escalada de cobertura y especialización se basaron los programas principales que se aplicaron en el país: el ma-

terno infantil, de inmunizaciones, de la lucha antituberculosa, dispensarización de la hipertensión arterial, la diabetes y del asma bronquial. En estos policlínicos y sus consultorios dependientes (médico y enfermera de la familia) se desarrollaron fuertes acciones que hicieron avanzar la educación sanitaria, la participación social y fueron espacios adecuados para la formación de personal.

En el desarrollo de la APS prevaleció como principio la integralidad de las acciones; esto condujo incluso a la formación de un nuevo especialista (médico) para esta atención como médico de familia: el especialista en medicina general integral, definido por su principal patrocinador, Fidel, como “guardián de la salud”. De modo que destacaba en el desarrollo la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

En las dos décadas mencionadas y en relación con el desarrollo de la atención primaria se produjeron cambios notables en la situación de salud de la población y los servicios de salud. Un cambio de gran importancia fue la desaceleración del crecimiento de la población por un descenso importante de la fecundidad, con el consiguiente envejecimiento de la misma. Se abrió espacio a Gerontología y Geriátrica se crearon los servicios especializados correspondientes.

La población alcanzó una escolaridad media de 9° grado y comenzó un acelerado crecimiento de la masa de profesionales universitarios. La enseñanza de la medicina llegó a todas las provincias en 1979. Desde 1976 comenzó la enseñanza de la enfermería a nivel de licenciatura; en 1990, la licenciatura en tecnología de la salud. El desarrollo del capital humano alcanzó un fuerte impulso. Las facultades de medicina llegan hoy a 24, además, cuatro de Estomatología, dos de Psicología, una de Enfermería y una de Tecnología de la salud. Se han graduado hasta el 2007 un total de 95 751 médicos, 13 806 estomatólogos y 37 652 licenciadas en enfermería.

Fue necesario enfrentar varias epidemias, algunas introducidas por mano enemiga. En lo agropecuario, la fiebre porcina africana, la roya de la caña y el café, el moho azul del tabaco. La población sufrió la conjuntivitis hemorrágica, el dengue, la meningitis meningocócica y la neuropatía epidémica. Todas fueron vencidas, pero dejaron pérdidas de vidas y alto costo económico.

Fueron años de impulso a la investigación científica: en 1972 y 1982 se realizaron las investigaciones sobre crecimiento y desarrollo humano con cobertura nacional, la investigación sobre mortalidad perinatal (1972) y el seguimiento de la cohorte del estudio básico a los siete meses, y 7, 11 y 19 años de edad.

En esta etapa surgieron el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), el Centro de Inmunoensayo, el Centro Nacional para la Producción de Animales de Laboratorio (Cenpalab), el Centro Nacional de Biopreparados, el Centro de Neurociencias, el Instituto Finlay, el Centro de Química Farmacéutica (CQF) y el Centro de Inmunología Molecular (CIM). Fueron reequipados y dotados de nuevas sedes el Instituto Central de Investigaciones Digitales, el Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos y el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí” (IPK). Se creó el Polo Científico del Oeste de La Habana, forma de integrar funcionalmente y optimizar la cooperación entre los centros antes mencionados y otras numerosas instituciones de investigación, enseñanza, servicios y producción.

Entre los resultados de estos centros se cuenta la creación de nuevas vacunas como la dirigida a la meningitis meningocócica y al *Hemophilus influenzae* (primera vacuna lograda por síntesis química), vacunas terapéuticas anticáncer, vacuna tetra y penta-valente, interferones, el sistema ultra microanalítico y otros.

En la década que se inició en 1970 se amplió y consolidó la colaboración internacional en salud, destacándose dos misiones

por catástrofe (terremotos en Perú 1970 y Nicaragua 1972). Las acciones se han extendido hasta 70 países, en los que participan varios miles de trabajadores de la salud.

Asombro causa al mundo el programa Barrio Adentro, de la cooperación cubana en Venezuela, y la Misión Milagro de cirugía oftalmológica, que ya acumula más de un millón de operados.

En 1980, con la formación del Grupo Operativo para el enfrentamiento al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), comienza la lucha contra esta epidemia, que se ha podido limitar en su extensión. En 2007 la tasa por millón de habitantes era de 270 (304 casos nuevos).¹⁵

El programa de inmunizaciones que cubre 13 enfermedades ha logrado erradicar la poliomielitis, la difteria, el tétanos neonatal, el sarampión, rubéola, la tosferina y la meningitis tuberculosa en niños pequeños.

En 1982 se llegó al número de 390 policlínicos, que en 2007 eran 491. En este último año, las clínicas estomatológicas eran 165, y 25 los bancos de sangre. Estas cifras explican la amplia cobertura de servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

En 1992, como perfeccionamiento del sistema de vigilancia sanitaria, se crean las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS) y se propone como parte de las políticas de salud los “Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la Población Cubana, 1992-2000” (OPD-2000). Sin olvidar el control de las enfermedades transmisibles, este programa puso énfasis en el control de las enfermedades no transmisibles y los accidentes.

En 1992, se dio inicio a la formación de la Red Electrónica de Información en Salud (INFOMED), que hoy alcanza notable cobertura y asegura el acceso a internet.

Un factor determinante en la salud de la población es la seguridad pública (interior), que ha sido una conquista de la revolución

cubana, y la preservación de la seguridad nacional, a pesar de las agresiones imperialistas: el bloqueo, el sabotaje, el terrorismo.

En el periodo, dos sucesos de gran trascendencia histórica influyeron muy favorablemente en la salud pública: la celebración en diciembre de 1975 del Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba, donde se aprobó la Tesis “El desarrollo de la Salud Pública”, y la proclamación de la Constitución de la República de Cuba, el 24 de febrero de 1976, que consagra la salud de la población como una responsabilidad del Estado.

Todo este periodo ha sido de combate revolucionario, resistiendo estoicamente el pueblo cubano como ejemplo luminoso de dignidad; la guerra que le impone el imperialismo, la desaparición del “campo socialista”, el periodo especial y la complicidad de los aliados del imperio. Así se han sostenido las banderas de la independencia y la soberanía, de la patria y el socialismo, conducidos por el estratega militar, pensador político, líder y conductor de masas más notable de la historia patria, el comandante en jefe Fidel Castro Ruz.

REFERENCIAS

- García, JC. “La medicina y la estructura social”. En: García, JC, Conti, L, Foucault, N, Navarro, V, editores. *Medicina y Sociedad*. Santo Domingo: Editorial Alfa y Omega; 1977. p. 11-21.
- Hobsbawn, E. *Sobre la historia*. Barcelona: Grijalbo Mondadori; 1998.
- Gleijeses, P. “La causa más bonita: Cuba y África 1975-1988”. En: Gleijeses, P, Risquet, J, Remírez, F, editores. *Cuba y África. Historia común de lucha y sangre*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2007. p. 2.
- El Atlas de Le Monde diplomatique*. 2da. ed. Valencia: Ediciones Cybermonde S.L; 2003. [Edición española].
- Torre Montejo, E. de la, López Pardo, C, Márquez, M, Gutiérrez Muñiz, JA, Rojas Ochoa, F. *Salud para todos sí es posible*. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005.
- Rodríguez, JL, Carriazo Moreno, G. *Erradicación de la pobreza en Cuba*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1987.
- Valdés Paz, J. Cuba. “La constitución del poder revolucionario (1959-1963)”. *Temas*, núm. 55. Julio-septiembre 2008: 18-31.
- Serenko, AF, Ermakov, VV. *Higiene social y organización de la salud pública*. Moscú: Editorial Mir; 1986.
- Puffer, R. “Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba”. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2003; 29(1):79-85. [Informe de consultor. Washington D.C.: OPS/OMS;1974].
- Cuba. Ley 959 de 1ro. de agosto de 1961. *Gaceta Oficial Ordinaria* de 3 de agosto de 1961.
- Delgado García, G. “Conferencias de historia de la administración de salud pública en Cuba”. *Cuadernos Historia Salud Pública*. 1996 (81):133.

- Navarro, V. *Health, health services and health planning in Cuba*. Inter J Health Services. 1972(2) 3:407-30.
- Machado Ventura JR. Intervención en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana. Actas de las Sesiones Plenarias y de las Comisiones. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1963.
- López Sánchez, J. *La revolución en el campo de la salud pública. Fundamentos*. 1960; año XX(165): 52-73.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Anuario Estadístico de Salud 2007*. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, MINSAP; 2008.

THE UNION KINGDOM (UK) NATIONAL HEALTH SERVICE: CHALLENGES IN A UNIVERSAL HEALTH SYSTEM

Stephen Peckham

El sistema de Salud del Reino Unido fue establecido desde los años 40 del siglo pasado y ha sufrido transformaciones paulatinas, la más reciente data de 1990./ Aunque es un sistema de salud unificado, hay diferencias entre Inglaterra, Gales y Escocia dado que el sistema es más centralizado en Inglaterra y Gales, y más local en Escocia; las tensiones que surgen de la disposición de recursos, sea central o local, ha motivado muchos cambios a lo largo de estas décadas, que reflejan el deseo de cubrir las necesidades de salud de la mejor manera./ Así, en la actualidad se tienen tres áreas de cobertura, la hospitalaria, la de médicos generales y la de farmacéuticos, y con la intención de mejorar la atención para hacerla oportuna, eficaz y económica, se han realizado reformas como la llamada Payment by Results, PBR, (Pago por Resultados), o la Commission of Health Improvement, CHI (Comisión de Mejoramiento en Salud), o National Institute for Health & Clinical Excellence, NICE, (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica) así como National Services Framework, NSF, (Marco de Servicios Nacionales), todos con el deseo de facilitar la atención y ampliar la cobertura./ En la actualidad, en Inglaterra hay 120 Sociedades de Atención Primaria (Primary Care Trusts, PCT) que cubren a poblaciones de 90 mil a 1 millón de habitantes, en tanto que en Escocia se llaman Sociedades de Salud Comunitaria (Community Health Partnership, CHP)./ Como quiera que sea, en el Reino Unido la cobertura universal es aún un objetivo, no un hecho, y aunque los ingleses están razonablemente satisfechos con la atención que reciben, es evidente que aún queda mucho por hacer.

THE UK NATIONAL HEALTH SERVICE: CHALLENGES IN A UNIVERSAL HEALTH SYSTEM

Since the early part of the 20th century there has been a continuing debate in the UK about the nature of a national health service. The establishment of the NHS in 1948 did little to end this debate which has continued over the last 60 years. The NHS was itself a compromise of interests –both political and medical– and discussion has repeatedly returned to whether the

NHS should be a local or centralized service, what relationship it should have with local government, whether doctors, managers or politicians should run the service, whether it is affordable as a tax funded service and so on. Many of the policy, organizational and professional developments since 1948 have been to address these key tensions which continue to haunt the delivery of health care. The compromise of interests also created a tripartite structure of health care with a nationalized hospital service, independent general practice service and community and public health services based in local government and, therefore, a continued debate about how to best co-ordinate these separate elements. The tensions and debates about how to resolve them remain as potent today as they were in 1948 and it is unlikely that such debates will go away in the future. In addition, each time a change has been instigated to solve problems it has tended to throw up new problems due to unforeseen circumstances or failure of policy implementation to achieve what is desired. Ultimately though, the universal model established in 1948 has survived relatively intact with the same values and principles still embedded in the UK NHS.

The last two decades have seen some fundamental changes in the health care system in the UK with important implications for patients and those working in the NHS and social care organizations. However, these changes continue to reflect these basic tensions. Devolution and decentralization, key themes of current policy, highlight tensions between the centre (or now multiple centres) and local delivery of health care and public health. Recent debates about health care regulation are at the centre of a discussion about the role of managers and patients in health care and the introduction of patient choice and demands for a more patient responsive service in various guises across the UK, demonstrates a continuing focus on individual patients. Issues of control and management are also at the heart of current

concerns about the quality of patient care. Yet at the same time, there has been an increasing awareness of the limits of the NHS and the renewed focus on public health, prevention and self care reflect a concern about both where responsibility lies for tackling health issues and also the need to shift the NHS from a treatment service to one that can support patients and the wider community. These themes are clearly set out in reviews of health care and public health in England, Wales, Scotland and Northern Ireland (Wanless 2003, 2004, Kerr 2005, Appleby, 2005) and in proposals for the UK NHS(s) set out in various government policies and documents in England, Northern Ireland, Scotland and Wales. (DoH, 2003, 2004; WAG, 2005; SEHD 2005).

The NHS was founded in 1948 on the principals of a centrally planned service with a commitment to health care based on need rather than on the ability to pay and a service available throughout the whole country –in poor areas as well as affluent ones, funded mainly out of general taxation– It was, and is, free at the point of delivery and provides comprehensive care. These founding principles of universality have been seen as both its strength and its weakness. Without doubt though, the NHS is perhaps one of the most treasured pillars of the UK welfare state. Yet the NHS has never been a unified national health service and is less so today as political devolution has created four systems of health care within the UK. Political devolution to elected assemblies in Northern Ireland, Scotland and Wales has seen political control diversified with elected politicians taking a stronger interest in health issues. Conversely in England political parties have argued for less political interference in the health system calling for an ‘independent NHS’ with an independent NHS Board and constitution. Similar political divisions can also be found in UK health policy with England emphasizing the development of the role of the private and not-for-profit sectors in health care and further embedding a health care market and feeding into

debates about autonomy for, and within, the NHS. In contrast the emphasis in Northern Ireland, Scotland and Wales has been on partnerships, professional engagement and central planning –often to overcome fragmentation and improve integration–.

I could focus on these differences but the universal nature of the NHS has always meant that it embodied both diversity and uniformity. Nationally the pressures for uniformity appear strong as the health service is financed from general taxation and provides reasonably equitable access to hospital-based and primary care services. Yet the NHS can also be seen as a series of *local* health services, rather than a single *national* one, or more correctly, four national health services (Mohan, 1995, Greer 2005). The pressures encouraging diversity include the forces for political devolution, with four separate foci for health policy development reflecting territorial cultures and traditions, different implementation processes, different governance structures and the restructuring of the state in the light of broader pressures (Greer, 2005). The NHS is also an Executive system with appointed boards of non-executive and executive decision makers. This is despite long running concerns about a democratic deficit in health care (Baggott *et al.*, 2005).

This diversity provides locally contingent services and the local (horizontal) integration between health and social care services but it can also result in inequality –“post code lottery” and differences in drug availability– and service fragmentation leading to reduced continuity of care, poor communication etcetera (Peckham and Exworthy, 2003; Peckham *et al.*, 2005a). Despite this diversity, there still remain strong political and institutional forces that provide limits to local policy innovation across the UK (Greer, 2005). Factors tending to maintain uniformity across the UK include historical commitments, pressure group activity from professional bodies (e.g. BMA and trades unions), UK-wide agreements such as pay, terms and condi-

tions, and regulatory processes including clinical audit, assessment of health care interventions and effectiveness guidance –from the National Institute for Health and Clinical Excellence [for England and Wales] and the Scottish Care Institute for Excellence (Greer, 2005)–. In addition, quality of care and the relationship between the health care system and patients remain a common theme of concern across all jurisdictions within the UK. In addition, despite many political and rhetorical policy differences the central values of a service free at the point of delivery, universal and comprehensive underpin the devolved NHS and key principles of organization such as the system of primary care gate keeping remains universal. The commonalities cannot be over stressed and relate to a strong concept of equity of access for all. This is not to say that there are not inequalities –but that equity remains a guiding principle within our universal health care system and is a key political concern–.

In reality there are simultaneous movements of decentralization and centralization occurring all the time within the NHS and, while some aspects of the NHS are decentralized, others remain highly centralized and like all central governments whether UK wide, or within each political jurisdiction, there is a tendency to use central regulation and central targets (Peckham *et al.*, 2005a, 2005b). Such tensions between locality and centre can be found in most health care systems world wide and trends towards and away from decentralization are key features of public administration. In this sense the UK is not unique and with devolution is perhaps more like many federal states.

What I will focus on for the remainder of this paper are key features of the UK system that are, to some degree, shared across all health systems in the UK and also to reflect on the degree to which such features can be described as successful. These partly demonstrate the universality of the NHS (for example our system of general practice), but also the strains that the universal

system places on the NHS to maintain conformity and equity of service for example. Many of the issues about organization and management of service delivery, ensuring good use of resources, improving patient care etcetera, are shared in all health systems but universality structures both the discussion of the issue and the responses that are made.

One of the central features of the UK system –generally seen as one of the major strengths of the NHS– is our system of primary health care. It is clear that the structure and operation of primary and secondary care in the UK is based on the key role of the general practitioner and primary health care team. It is the GP who acts as both gate keepers to health care and as manager of care. Another important feature of the UK system is the separation between purchasers who fund health care and providers of care. In reality this is a complex relationship which involves degrees of purchaser and also combined purchaser/providers. Of particular importance are the payment structures and models that have been developed in the UK that have brought closer clinical involvement in financial decisions and closer integration of different funding streams for health (Ham 2004). More recently attention has focused on quality of patient care and over the last decade attention has been paid to the quality of patient care in hospitals and general practice, the needs of people with chronic health conditions and an interest in patient responsiveness. Finally many look to the UK for public health leadership. Yet the history of public health in the UK health system is a rather mixed one and while governments have developed new public health policies to focus attention on population health there has been what many see as a weakening of the public health function, a dilution of experience and an inability to tackle the individual focus of NHS care. The problems associated with public health are also related to the relationship between the NHS and local government.

The legacy of the NHS establishment in 1948 has meant that there have always been problems in partnerships between local government social care and health care services as they are provided by different agencies with different funding structures and criteria. Reforms since the very early days of the NHS have tried to fix this conundrum but even after 60 years problems still persist and while some mechanisms have been put in place to develop joint funding and assessment for health and social care and public health little use has been made of these.

THE UK NHS: STRUCTURE, PROCESS AND PERFORMANCE

This section examines organizational changes in the NHS and attempts to improve organizational performance to improve patient care. Two main areas of change have been pursued in the last twenty years. The first is about how resources are allocated in the system relating to allocative formula, equity and shifting the NHS from a provider led, to a need led service by organizationally separating purchasing and the provision of health care. The second is about how the NHS is incentivized to improve patient care and how the structures and processes of regulation and performance management. However, it is useful just briefly examine the general structures of the NHS in the UK. Structural change and performance management structures and processes reflect different pressures of decentralization to more local organizations dealing with local problems and centralization to ensure the equality of service across the NHS. It is also true that central funding brings with it a degree of central control.

Since the 1990s the NHS has essentially created some degree of separation between the funders of health care and the organizations (hospitals in the main) providing health care. The exact organizational arrangement varies across the UK with Wales moving towards centrally commissioning for the

whole population, the NHS in Scotland has large strategic purchasers but a localized planning system while in England most funding is now devolved to the primary care trusts who are becoming commissioners of care only divesting themselves of any function for providing health care. The structure of health care services is similar across the UK but there are important differences. This can be seen from the following two examples of Scotland and England (see figures 1 and 2). The English system where 152 Primary Care Trusts¹ hold the majority of the NHS budget purchase care from secondary NHS providers (hospitals, general practitioners), private and third sector organizations. However, they have also provided many community services but there are current pressures for primary care trusts to divest themselves of provider services community nursing and community medical services which will become independent service providers within the public sector.

¹ Primary Care Trusts are the key NHS agency in England and cover populations of between 90 000 and 1 200 000 people. They are directly funded by central government through a formula allocation of NHS funds and they are responsible for buying all local health care and contract with provider agencies and GPs.

Figure 1: The English NHS

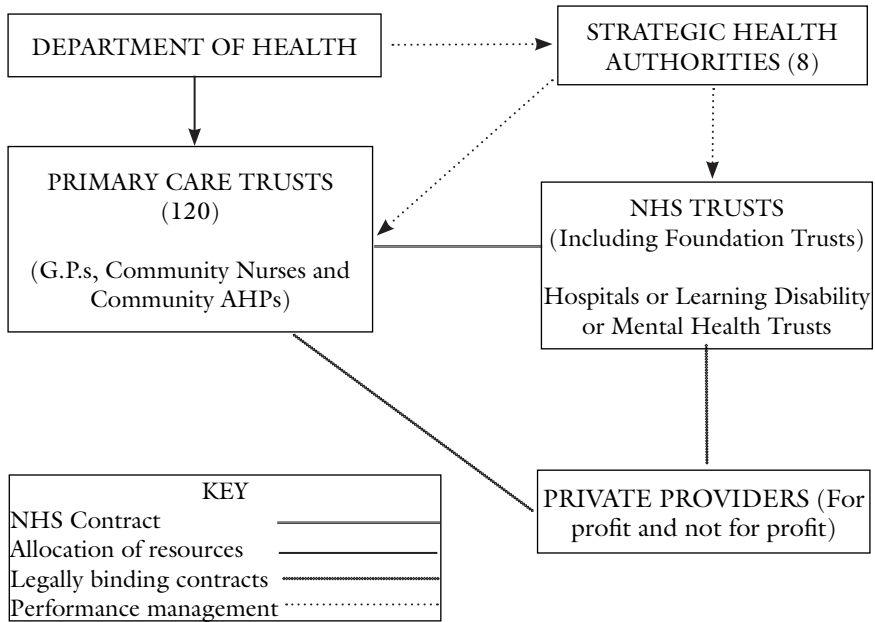
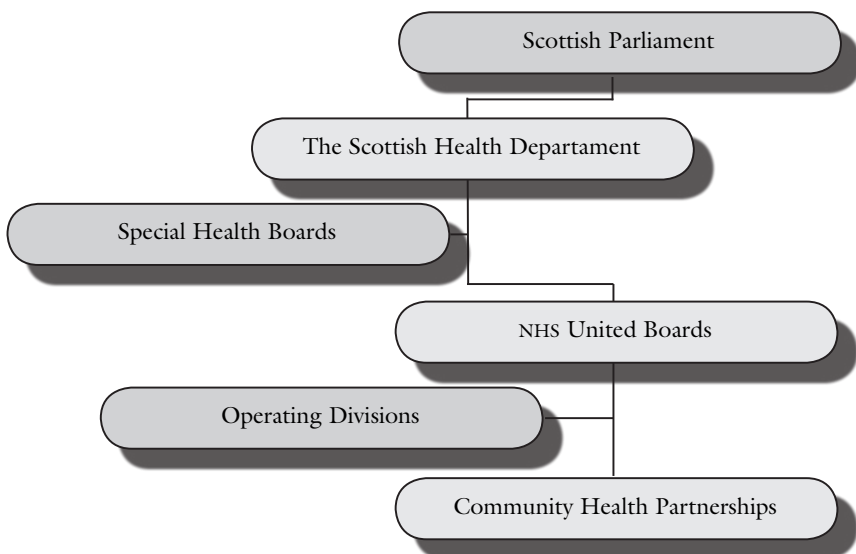


Figure 2: The Scottish NHS



In contrast the Scottish system is more hierarchical with more layers and clearer distinctions between local partnerships for shaping care and NHS budget holders –the health authorities–. The structure, with many more local organizations, is similar in Wales but there are concerns about management skills in small organizations and the need for stronger political control which has led to a centralisation of funding decisions in Wales and questions about the future of the smaller local health boards. This is partly a concern about quality –a point I will return to later–.

Organizational change continues to be a prime health policy activity throughout the UK. Comparison between England, Scotland and Wales provides an interesting insight into whether small or large solutions are best for providing health care services. During the 1990s the push was to small primary care based purchasers or commissioners of health care services but since 2005 there has been an increasing rationalization and organizational change leading to larger commissioning organizations and fewer regional performance managers. The key argument is that small commissioners were failing and lacked the skills and resources to commission effectively. Similar concerns have been expressed in Wales (with a population of 2.9 million). This has resulted in the amalgamation of the activities of the 22 local health boards into three regions (resembling the old health authority boundaries) and now finally the centralization of commissioning in order to develop capacity and exert stronger central control in the wake of poor performance reports and financial problems (Audit Commission in Wales 2004; Healthcare Commission, 2005; WAG, 2005). Key criticisms of the Welsh structure were that it was too fragmented and staff in “purchasers” lacked the skills or size to adequately control health care providers. In addition, by comparison with England, patient waiting lists remained long and unacceptable (especially to politicians) and that quality of care was poor.

Concerns about the quality and strength of PCT commissioning have also been highlighted given the accelerated expansion of Foundation Trust status to all NHS trusts in the next few years and the introduction of payment by results. Foundation Trusts are basically NHS hospitals who have more freedom from central control with more autonomy over the way the organization is run. The changes that these developments bring to NHS contracts and financial flows (especially coupled with patient choice) present enormous challenges to health care commissioners. It also highlights an anomaly in the NHS where provider organizations, especially hospitals, have been strengthened by policy changes (more independence and autonomy) to some degree at the expense of purchasing or commissioning organizations.

In contrast to the shift towards larger organizations in England and Wales the response to similar concerns about capacity and control in Scotland has resulted in changes at a more local level. The NHS in Scotland has just completed development of a more formal localized structure with the establishment of Community Health Partnerships –bringing together community health care service providers and co-ordinating a wide range of primary medical and community health resources– to provide the delivery and planning of health services at a local level (SEHD, 2005). Greater integration and reduction of fragmentation are cornerstones of Welsh and Scottish health policy across both commissioning and provision. This is at odds with England where the need for larger commissioning organizations is developing alongside a greater fragmentation of health care provision with an emphasis on greater provider plurality –with increasing private and third sector involvement– and patient choice (DoH, 2006).

The organizational structure within the NHS is important as it provides the system through which resources are allocated and where different levels of resource allocation decisions are taken.

Essentially there are three funding streams in the UK hospital services (covering secondary and tertiary care), general medical services (covering primary and community care) and pharmaceutical costs (for community based pharmacy prescriptions). There is also a capital funding scheme that operates separately and is currently tied into how capital funding is raised –particularly the role of private funding for new buildings–. This is an area of debate in its own right and raises complex political and financial issues that I cannot go into in the space of this paper. These funding streams have traditionally been separate but one result of the development of the purchaser provider split has been to at least align decisions about how these budgets are allocated but potentially integrate the budgets as expenditure in any one of these areas is affected by actions in the others. Two thirds of the NHS budget is for secondary care yet this only treats 10% of patient episodes while one third is spent on community, primary care and pharmaceutical services but dealing with 90% of patient care episodes. New organizational structures were developed as one attempt to bring decisions about these different resource streams together. In particular, given the nature of the UK primary/secondary care system of gate-keeping, bringing primary care closer to funding decision making through experiments in giving primary care practitioners budgets for purchasing health care and recycling savings in one budget area to invest in other areas. The extent to which these approaches have been successful is debatable but there have been gains in patient care system design through primary care purchasing and at the margins of care but after 20 years there has been little substantial shift of resources from the secondary to the primary care sector (Le Grand *et al.*, 1998; Klein, 2005; Greener, 2008). However, the principle of engaging clinicians in commissioning and embedding general practitioners in particular, in resource allocation decisions has been an important one. It should also be noted

that even with a purchaser/provider split in the UK the level of transaction costs within the NHS is very low and probably contributes to the overall comparative lower cost of the NHS.

The final element of the purchaser provider split and market based reforms in England is the prospective payment system known as Payment by Results ('PbR'). Payment by Results can be seen as the latest development in a period of over two decades of changes to the methods of allocation of resources in the NHS. Prior to the introduction of the internal market into the NHS by the conservative government in 1991 (DH, 1989), the command and control NHS system used block budgets, by which money was allocated through the hierarchy to provider units. The internal market for community, secondary and tertiary health care was introduced by means of a split between the purchasers of care and its providers. The system of annual budget allocations was replaced with one based on negotiated contracts between purchasers and providers. In practice, these contracts continued to use block allocations of funding, with very little costing of individual episodes of care ("cost per case"), essentially the system remaining in Scotland and Wales.

The idea of PbR in England is to sharpen incentives, as each episode of care reimbursed (or lost to another provider) is charged at national tariff rates, which are average costs. This is meant to improve provider efficiency by driving down the costs of providers whose costs are currently above average costs. PbR in England is also designed to support the operation of patient choice, as each episode undertaken at the hospital chosen by the patient attracts additional revenue. In addition, the hope is that competition under fixed prices will improve quality of care as providers will have to compete for patients based on quality, not price. There is a problem with this last objective, however. As providers are paid a fixed amount under PbR irrespective of the quality of the care they provide, this

objective will only be achieved if patients are informed about and sensitive to differences in quality between providers and use quality for decision making purposes when choosing a hospital. Developing a national tariff for PBR has been complex but it is being used in the current financial year. Various approaches to pay for performance are also being introduced across the UK but these are still in their infancy in respect of secondary care. These schemes aim to reward improved performance. The only long standing scheme is in general practice, introduced in 2004 which is discussed later in this paper.

Essentially the UK retains a centrally funded system with resources allocated via a complex funding formula to reflect local population, health and social demographics. Funds flow directly from the centre and it seems inconceivable that this will ever change. Funding is predominantly tax based and total funds are allocated by Parliament in its annual budget settlement. In consequence the NHS will remain of central political concern. As such there has been a strong interest in ensuring that the NHS performs. This has been a particular concern of the Labour Government, especially over the last few years when there has been a substantial investment, with well above inflation funding increases over four years, in the NHS to try and raise funding levels closer to the western European average (from 7% to 9.4% of GDP). There is a danger that increased contracting and service fragmentation may lead to higher administrative costs. But there have also been concerns about quality and uniformity of care and the last ten years has seen a growth in central systems of quality assessment and inspection strengthened; an interest in stronger regulatory processes and the development of central targets and performance systems.

Since the late 1990s there has been a steady increase in healthcare regulation in the UK, but especially in England. Before this, regulation was mainly a matter of professional

self-regulation underpinned by the state. However, a series of scandals since the mid 1990s has led to an overhaul of the way in which hospital trusts and clinical practice are regulated inspected and managed (DoH, 2001; Shipman Inquiry, 2001, 2004). The aim was to make the NHS safer, more open and accountable and improve NHS performance by monitoring the performance of clinicians and other healthcare professionals. In the wake of these, and other, debacles, a number of bodies were created to set and monitor national standards and to assess NHS performance. For example the Blair administration created a new Health Care professions regulatory council and the Commission for Health Improvement (CHI) which has merged in April 2009 with other central regulators into the Care Quality Commission responsible for regulating health and social care agencies. The Commission is a statutory non-departmental public body which is accountable to Parliament as well as to health ministers. Its remit is to investigate serious service failures, carry out independent reviews of NHS complaints, and it also regulates the registration of independent healthcare providers. It also carries out the “annual health check” providing an overall assessment of care across a number of organizational and health criteria. Launched in 2005, this assesses the performance of healthcare organizations in England, such as primary care trusts, foundation hospitals and ambulance services. It brings together the inspection, regulation and review of all health and social care services into one organization, and so provides a more “joined up” system. However, a recent scandal involving a hospital where a focus on meeting standards led to detrimental care suggests that the performance regime –targets and monitoring of quality of care– is not yet right.

Another important part of the government’s regulatory approach was the setting of clinical standards through National Service Frameworks and the National Institute for health and

Clinical Excellence (NICE). NICE was established in 1999 to provide evidence on the cost effectiveness of new and existing health care interventions, to develop clinical guidelines for various conditions and also to help the NHS with clinical audit with Health Quality Scotland performing a similar function. Another key development was the establishment of National Service Frameworks (NSFs), long term strategies for improving specific areas of care, they set national standards and identify key interventions for a defined service or care group (such as older people) and are one of a range of measures which aim to raise quality and decrease service variations. Most attention has been paid, however, to the use of targets in health care. The focus is very much on achieving specific outcomes and national targets. Two key areas have been the focus of targets including waiting times –a traditional concern of the NHS which has been renowned for poor waiting times– and length of wait in accident and emergency. In England there have been central waiting time targets starting at six months and now down to a target of 18 weeks from the point of initial referral up to the start of any treatment. Waiting times have fallen consistently over the last eight years as a result of central targets and supporting funding. Flexibility to encourage patients to use hospitals with shorter waiting lists has been a key part of this process. Generally the approach has been a success. The accident and emergency target for waiting has been more controversial with suggesting that hospitals are “gaming the system” to reach targets. There are also questions about how length of wait is managed. What is clear, however, is that central governments will always play a key role in health care delivery simply because they allocate the resource. The question is really how that central control is exerted. Targets are effective mechanisms but can lead to service distortions, direct control over allocation can be inefficient and lack responsiveness to local conditions.

PRIMARY CARE: THE JEWEL IN THE UK SYSTEM?

One of the areas of greatest continuity, but also significant change is UK general practice. The twentieth century saw the emergence of primary care as a specific area of health care, albeit dominated for the most part by general practice. The separation of primary care from the wider health service was formalized by the creation of GPs as independent contractors within the NHS in 1948 within what has been defined as the tripartite nature of the NHS. Yet, GPs' gate keeping role was considered vital to the functioning of the NHS. In many ways, other primary care professions (especially community nursing) experienced a similar separation from the rest of the health care system by virtue of their distinctive professional developments in local authorities. The integration of GPs and community nursing became most apparent with the effective development of primary care teams from the 1960s onwards.

Central to the organization of primary care services in the UK are general practice and community health services and since the Second World War there has been an enormous expansion of these services. From the 1960s there has been a steady increase in the workload and, consequently the numbers of staff. Today primary care is a major employer in the UK with over 120 000 people now working in general practice with over 40 000 additional members of the primary health care team (PHCT) who also work in, or with, practices (National Statistics, 2003). UK primary care is also expanding the range of practitioners working within the practice and primary health care team to include counsellors, physiotherapists, community health workers, social workers and complementary therapists such as homeopaths and acupuncturists.

It is not surprising, therefore, that there has been increased policy interest in this area of health care but a simple review

of the history of UK health policy demonstrates little interest in general practice and community health services (Moon and North, 2000, Peckham and Exworthy, 2003). Traditionally, the sidelining of general practice and community health in the UK is seen as a by-product of the establishment of the National Health Service in 1948. The settlement achieved ensured that the focus of government was on the secondary and tertiary sectors given the dominance of hospital based services (Klein, 2005). Two consequences of the establishment of the NHS were the independent practice status of general practice, outside of the mainstream NHS administration, and the retention of community and public health services within local authorities (Ottewill and Wall, 1990; Timmins, 1995; Klein, 2005). For the UK this tended to push policy interest in these areas to the sidelines. This is not to say that these areas were ignored as there has been a continuing debate within the UK about the relationship between community health and hospital services (Ottewill and Wall, 1990) and since the 1950s an interest in the development, quality and role of general practitioner services (Moon and North, 2000). However, the interest of government in primary care services rapidly escalated from the mid 1980s.

While identified as separate contributors to policy and organizational changes there are clear inter-relationships between these areas. In the UK, general practitioners have traditionally adopted a managed care approach being both first point of contact for health care for the majority of the population, providing immediate health care to individuals and families and making referrals to secondary care (Fry and Hodder, 1994; Starfield, 1998). As Starfield notes, the UK system of general practice is the most universal and comprehensive system in the world. Thus they have a critical role to play in dealing with long-term chronic illness. Similarly, the UK has one of the most comprehensively developed community health services which has been increasingly become

integrated with general practice. Interestingly this integration combines both primary medical care and, to a certain extent, primary health care. Thus the need to address changes in disease management from mainly acute episodes to the management of chronic disease places a greater burden on primary care and perhaps led to the “rediscovery” of the GP’s role. At the same time there have been significant changes in demand by patients leading to pressure on consultation times, length of time waiting for an appointment and particularly out of hours work. It is not clear however, the varying contribution of providers and patients in this upturn in demand nor is there any simple answer to dealing with these problems (Rogers *et al.*, 1999). In response to variations in quality, access problems and concerns about provision of care there have been a number of contractual and structural changes to primary care services in the UK and especially in England.

What impact these changes in the contract, and introduction of PbC in England will have when combined with the wider reforms within the NHS is still unclear but there are some early indications of how general practice has responded to them. There are four broad areas upon which the performance of primary care, and general practice specifically, should be measured (Wilson *et al.*, 2006). These are equity, quality of clinical care, responsiveness to patients and efficiency and, the authors argue, UK general practice scores highly on these criteria because it delivers co-ordinated care, continuity and is comprehensive. To date general practice in the UK has scored very highly in comparisons of equity of access (Blendon *et al.*, 2002) although the inequity in the distribution of GPs continues to worsen with fewer GPs per registered population in more deprived areas (Hann and Gravelle, 2004). Similarly despite progress in reducing inequalities in care for some people inequality in health outcomes persists. One problem of the new system of pay for performance

in primary care –the Quality Outcomes Framework (QOF)– is that it might be skewing practice to labour intensive interventions such as screening and treatment of hypertension rather than interventions with greater potential for health gain such as ACE in heart failure play a major role in improving health gain because they receive higher financial reward but less health gain (Fleetcroft and Cookson, 2006). There is some evidence that practices is not counting the most deprived people in their returns and therefore, those most in need may not be receiving potentially important health interventions (Sigfrid *et al.*, 2006, Galvin, 2006). While progress on improving clinical care in general practice has been substantial there are still gaps with a wide variation in the quality of care for different patients (Seddon *et al.*, 2001). Major successes have been in areas where targets have been set or additional resources have been provided rather than as a result of the pay for performance scheme alone (Campbell S. *et al.*, 2003, 2005).

UK general practice would appear to be very responsive to patients and has a very high level of satisfaction in patient surveys although patients have expressed dissatisfaction about their levels of involvement in decisions about their care (Health Care Commission, 2005). High satisfaction may be influenced by more general factors such as location, relatively easy access, longer consultation times and improved use of the wider primary health care team rather than quality of care (Wilson *et al.*, 2006). However, there are concerns about poor support for people with long-term conditions (Coulter 2006). Over 50% of the population has some form of chronic health problem. They are intensive users of health services and it is estimated that as many as 40% of general practice consultations and 70% of A&E visits are for minor ailments that could be taken care of by people themselves, while 10% of inpatients account for 55% of inpatient days. (DoH 2005a). The benefits of supporting self care

have been shown to be improved health outcomes, a better quality of life for those with long-term conditions, increased patient satisfaction and effective use of what is an enormous health care resource patients and the public (DoH 2005a). However, to date the NHS, and specifically general practice, has not been particularly good at supporting this process and it will be interesting to see whether a shift to self care creates further problems for patients and their carers if responsibility for self care is pursued by the NHS without providing appropriate support, especially for more vulnerable groups such as older people (DoH 2005b; Ellins and Coulter, 2005; Coulter 2006). This does raise questions about the perceived strength of the capitation funding system and general practice model which was thought to strengthen managed care approaches by incentivising GPs to support patients. The shift to supporting self care also marks a shift to emphasizing personal responsibility in health care.

One area that the UK has been seen as leading the world is in the efficient allocation of health care –producing exactly the quantity and type of health care that society wants– in this sense being most responsive to the distribution of needs. International comparison does suggest that countries like the UK with a higher primary care orientation have reduced health costs and certainly widening access to general practice services reduces demand for specialist, hospital care (Starfield, 1998; Roberts and May, 1998). However, while this universal gate-keeping system appears to help drive down costs it is likely that the absence of high internal transfer costs are also important. The introduction of Pbc may help to drive further cost efficiencies in patient care although the evidence to support significant cost savings in previous primary care led purchasing has been equivocal (Smith *et al.*, 2005). While this suggests that technical efficiency is improving the localization of commissioning

at a practice level may increase inequities and reduce allocative efficiency (Peckham *et al.*, 2005).

The increasing emphasis on self care and public health also suggests that general practice as the most local and universally accessed part of the NHS should play a key role in these areas. The development of QOF criteria focusing on public health measures and clinical care for people with CHD, diabetes, etcetera, represents a shift towards trying to incentivise practices to ensure that relevant monitoring checks are undertaken for people with CHD, diabetes, etcetera. One aspect of the new contract that has caused some negative publicity was the fact that it led to a steep increase in GP earnings at a point when practices appeared to be withdrawing from weekend and out of hours services. There has also been criticism from within the nursing profession that while pay rises were meant to reward additional work in the practice the main group of staff undertaking these wider health promotion and patient support roles are in fact nurses not GPs (Amicus/CPHVA, 2006). The new contract and QOF therefore raise important questions about the internal relationships within practices about whether there is the appropriate staff mix to provide the types of services practices are being encouraged to develop and also whether processes (for meeting QOF targets for example) have become key drivers in general practice rather than clinical expertise. A final point is whether the new contract is driving general practice in a more individualistic direction rather than encouraging engagement in a broader public health role that focuses more on the needs and health of their local communities. Early evidence suggests that while there is potential in these contract mechanisms to change practice behavior and work process the current direction would seem to be one that is creating more techno-bureaucratic approaches to patient care. A key problem may be that commissioners of general practice, PCTs and other

health care purchasers have not sufficiently used the flexibilities that the contract provides to explore new models of primary care. The focus in England on private provision may be unhelpful as it has led to areas of conflict.

However, the fact that most private primary care provision has been developed by GPs means that models of care are dominated by more traditional models of general practice which on the face of emerging evidence have not been particularly successful at addressing long term care needs of patients or addressing key public health problems in local communities (Coulter, 2006; Kai and Drinkwater, 2003).

INDIVIDUAL *VERSUS* POPULATION HEALTH

As a system the NHS has traditionally been focused on the individual service user or patient. The combination of a hospital led service within a strong medical model of care has led to public health remaining vulnerable to policy and organizational changes focused on health care delivery. In recent years there has been a renewed interest in public health and its contribution to the health of the nation. One key theme of the government's approach to public health has been the renewed emphasis on tackling health inequalities. Since 1997, the Labour government has taken various steps associated with tackling health inequalities. One of its first actions was to commission an Independent Inquiry into Inequalities in Health, chaired by Sir Donald Acheson, the former Chief Medical Officer. The inquiry reported in November 1998 (Department of Health, 1998a). The inquiry reviewed the research evidence related to health inequalities and made 39 recommendations. Only three of the recommendations were directed to the NHS, thereby underlining the relative contribution of health care services to tackling health inequality compared to poverty, education, employment,

housing, transport and nutrition. This raises complex issues of co-ordination across agencies.

Central to government policy has been the call for this greater co-ordination of strategy and action. Since 1998 primary care organizations have been given a public health responsibility that puts a much greater emphasis on local, community based developments focused on collaboration with local health, local government and voluntary agencies. In addition at the centre there have been stronger links between government departments and in Scotland and Wales, in particular, a strong political interest in public health policies. Both national policy and local action require that traditionally separate statutory organizations, including primary care, work jointly with each other, with other organizations, both private and voluntary, and with the individuals and groups comprising local communities. However, despite a stronger emphasis on public health and health inequalities progress is slow and there are real concerns that the organizational fragmentation of public health has weakened the profession and limited potential public health initiatives. In particular, the lack of clarity and huge scope of the public health function, and the organizational diversity of public health practice, makes the notion of “a public health workforce” extremely complex.

Public health remains’ however, a weaker partner in the NHS. While government may call for stronger public health activity as a way of attempting to limit the growth of many chronic health problems the logic of the NHS system means that the focus is on individual patient care. Shifting resources to public health has been difficult and the fact that many strategies to tackle problems lie outside of the health care sector raises particular problems for a public health service that has been led from within the NHS. In particular there are few incentives for NHS managers to prioritise public health (Hunter and Marks, 2005). There are some

changes to this with closer working between the NHS and local government but this is at very early stages. For some the key problem does not lie in the NHS or local government but in the wider economy. Inequalities in income continue to widen in the UK and this is reflected in widening health inequalities. The Government is currently reviewing this whole area but while there is clearly concern about the impact of health problems there clear policy tools and strategies are not fully developed. Policy concern remains focused on traditional concerns about patient care and NHS organization and perhaps a key problem for a centrally run universal system such as the NHS is that these areas are politically more pressing and easier to address.

Whereas public health is a long term issue that is clearly more difficult to tackle. Part of the emphasis on public health has led to an increased interest in how individual lifestyles can be tackled. This raises complex questions about the role of the state and public health practitioners. As public health engages with topics such as obesity it is directly involved in the lifestyle decisions of individuals as well as more structural causes of ill health providing enormous ethical as well as practical challenges for the NHS. What is clear that if the causes of chronic ill health are not tackled then the pressure on the NHS will continue to increase (Wanless, 2004).

CONCLUSION

Essentially the UK remains committed to maintaining a universal, publicly funded NHS free at the point of delivery to the public and the basic structure of the NHS remains much as it was in 1948. While there has been some erosion of the free cost, and thus universality (e.g. dental and optician charges, long term care and prescription charges) the founding principles of the NHS remain as relevant today as they did in 1948. Governments

have therefore, tended to focus on how the system is organized in attempts to improve the efficiency and effectiveness of the service and there is no reason to see this changing in the XXI century. However, it is likely that in the way public services are structured and delivered –particularly with the development of non public sector providers and increased choice for service users will affect the NHS in significant ways–. In addition, changing demography and epidemiology create enormous challenges for the delivery of health services in the XXI century. These include a greater emphasis on self management of long term and long term conditions, an increasing emphasis on prevention, developing public participation (“voice” is a term commonly use to represent the ability of service users or consumers to complain or influence the way they receive services or goods) and patient choice (“exit” the ability of service users to choose an alternative service) in order to be more responsive to patients and users and changes in professional practice and roles coupled with increasing regulation.

Political devolution will continue to have an unfolding impact on the UK health system by creating political pressures within the UK. Currently the focus is on improvements achieved in England in terms of tackling waiting lists but recent scandals suggest that quality of care remains a key problem, a point also recently made in connection with the poor performance in cancer survival rates compared to other western European countries. What will be interesting is if changes in Wales, Scotland and Northern Ireland in areas such as free long term care, free prescriptions, etcetera, become more widely known in England. The potential for both political tensions in health care and comparative approaches to examining performance are only just being understood. So after 60 years key challenges remain and to date the principle of universality has not been undermined. Interestingly recent discussions about topping up payments for expensive drugs have

raised a number of ethical but also fundamental questions about the nature of the UK health care system. This appears to be a tacit acceptance of inequality in provision; those who can afford them can have high cost drugs. While not an immediate challenge to the principles of the NHS free at the point of delivery it does raise some important questions about how far politicians are willing to overtly accommodate inequalities in care.

So does the UK have a universal health care system? Predominantly the universality of care remains although there is lack of clarity about what remains in the basket of care. Resources are not unlimited. Recent changes have focused attention on managing demand and reducing waiting lists –the traditional method of demand management in the UK while at the same time managing provision of care–. Additional capacity has been generated by targeted funding and by buying additional capacity from outside of the NHS or other parts of the NHS. There is a stronger emphasis on patient responsiveness with some form of choice about where and when to be treated available across the UK suggesting a substantial shift in how care is delivered.

The NHS retains a high degree of trust despite the fact that levels of trust in professionals and the number of complaints has increased in recent years. The political currency of health is very strong in the UK limiting what action politicians can take but also ensuring that political interest on the NHS remains high. This is seen as both a strength and a weakness. The framework of universality sets the context for discussions about how to deal with current problems of quality and patient safety and ensuring maximum efficiency of the service –especially as funding will not be rising as fast in the next few years–. Key questions are now being asked about the role of primary care and general practice and also about how responsibility can be shifted to individuals as a way of managing the demand on the service. It is unlikely though that at a macro level there will be little change in the

funding systems or regulatory structures governing health care. At the organizational level there will be a continued search for improved performance and how care should be organized. For the patient little has changed in the way they access care but there are clear and substantive problems in the process of care—especially for people with long term conditions—. As general practice changes there is likely to be less continuity of care and more fragmentation and specialization. All these changes that have occurred and continue to occur are, however, a specific result of managing demand and supply within a universal system. Aspects of the UK NHS do serve to keep costs low—such as low transaction costs and primary care gate-keeping— but these may be at the expense of quality of care, poor responsiveness and limited ranges of care. On the other hand universality still finds a high degree of public and political support despite individual challenges to the system. It is likely that this situation will continue for many years in the future.

REFERENCES

- Appleby J. (2005). *Independent Review of Health and Social Care Services in Northern Ireland Report to the Northern Ireland Office*.
- Audit Commission in Wales (2004). *Transforming Health and Social Care in Wales* Cardiff: Audit Commission in Wales.
- Baggott R., Allsop J. and Jones K. (2005). *Speaking for Patients and Carers: The Role of Health Consumer Groups in the Policy Process* Basingstoke: Palgrave.
- Blendon RJ., Schoen C., DesRoches CM., Osborn R., Scoles, K.L. and Zapert K. (2002). Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs (Millwood)* 21: 182-191.
- Campbell, S., Steiner, A., Robison, J., Webb, D., Raven, A. and Roland, M. (2003). "Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study". *Brit J Gen Pract*, 53 (489): 298-304.
- , Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B. and Roland, M. (2007). "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance". *New Engl J Med*, 357 (2): 181-190.
- Coulter A. (2006). *Engaging Patients in Their Healthcare* Oxford: Picker Institute Europe.
- Department of Health, (1989). *Working for Patients*. Cm 555. London: HMSO.
- , (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (Chaired by Sir Donald Acheson) London: TSO.
- , (2001). *Learning From Bristol: The Report Of The Public Inquiry into Children's Heart Surgery At The Bristol Royal Infirmary 1984-1995*, Cmmd paper 5207. London: HMSO.
- , (2003). *Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS* London: DoH.

- , (2004). *The NHS Improvement Plan: putting People at the Heart of Public Services*. London, The Stationary Office
- , (2005a). *Self Care –A Real Choice, Self Care Support– A Real Option*. London: Department of Health.
- , (2005b). *Independence Well-being and Choice*. London: TSO.
- , (2006). *Our Health, Our Care, Our Say*. London: TSO.
- Ellins J. and Coulter, A. (2005). *How Engaged are People in their Health Care? Findings of a National Telephone Survey* London: The Health Foundation.
- Fleetcroft, R. and Cookson, R. (2006). “Do Incentive Payments in the New NHS Contract for Primary Care Reflect Likely Population Health Gains?” *Journal of Health Services Research and Policy* 11(1), 27-31.
- Fry J. and Hodder, J.P. (1994). *Primary Health Care in an International Context* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Greener, I. (2009). *Healthcare in the UK: Understanding Continuity and Change*. Bristol: Policy Press.
- Greer, S. (2005). *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective*. Manchester: Manchester University Press.
- Ham, C. (2004). *Health Policy in Britain* Basingstoke: MacMillan.
- Hann, M. Gravelle, H. (2004). “The Maldistribution of General Practitioners in England and Wales 1974-2003”. *British Journal of General Practice* 54:894 -8.
- Healthcare Commission (2005). *State of Healthcare 2005*. London: Healthcare Commission.
- Hunter, D.J. and Marks L. (2005). *Managing for Health: What Incentives Exist for NHS Managers to Focus on Wider Health Issues?* London: King’s Fund.
- Kai, J. and Drinkwater, C. (eds). *Primary Care in Urban Disadvantaged Communities* Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Klein, R. (2005). *The New Politics of the NHS* London: Longman.

-
- Le Grand, J. Mays, N. Mulligan, J.A. (eds.) (1998). *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- McClellan, G. Sutton, M. Guthrie, B. (2006). "Deprivation and Quality of Primary Care Services: Evidence for Persistence of the Inverse Care Law from the UK Quality and Outcomes Framework". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 (11): 917-922.
- Mohan, J. (1995). *A National Health Service?* Basingstoke: Macmillan.
- Moon, G. North, N. (2000). *Policy and Place: General Medical Practice in the UK*. MacMillan, Basingstoke.
- Ottewill, R. Wall, A. (1992). *The Growth and Development of the Community Health Services*. Sunderland, Business Education Publishers Ltd.
- Peckham, S. and Exworthy, M. (2003). *Primary Care in The UK: Policy, Organisation and Management*. Basingstoke: Palgrave.
- Peckham, S., Exworthy, M., Greener, I. and Powell, M. (2005a). "Decentralising Health Services: More Accountability or Just More Central Control?". *Public Money and Management*, 25(4) p.221-228.
- Peckham, S. Exworthy, M. Powell, M. and GREENER, I. (2005b). *Decentralisation as an Organisational Model for Health Care in England*. Report to NCCSDO.
- Roberts, E. and May, N. (1998). "Can Primary care and Community Based Models of Emergency Care Substitute for the Hospital Accident and Emergency Department?", *Health Policy*. 44, 191-214.
- Rogers, A. Hassell, K. Nicolaas, G. (1999). *Demanding Patients? Analysing the Use of Primary Care*. Buckingham: Open University Press.

- Scottish Executive Health Department (SEHD) (2005). *Delivering for Health*. Edinburgh: SEHD.
- Shipman Inquiry, The, (2001). *The First Report*, London: The Stationary Office.
- Shipman Inquiry, The, (2004). *Fifth Report: Safeguarding Patients. Lessons from the Past –proposals for the future*. London: The Stationary Office.
- Sigfrid L.A., Turner, C., Crook, D., Ray, S. (2006). “Using the UK Primary Care Quality and Outcomes Framework to Audit Health Care Equity: Preliminary Data on Diabetes Management”. *Journal of Public Health*. 28 (3): 221-225.
- Smith, J., Mays, N., Dixon, J., Goodwin, N., Lewis, R., McClelland, S., Mcleod, H. and Wyke, S. (2004). *A review of the Effectiveness of Primary-Care led Commissioning and its Place in the UK NHS*. London: Health Foundation.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Timmins, N. (1995). *The Five Giants*. Harmondsworth: Penguin.
- Wanless, D. (2003). *Review of Health & Social Care in Wales*. Cardiff: WAG.
- , (2004). *Securing Good Health for the Whole Population*. Final report. The Stationery Office.
- Welsh Assembly Government, (2005). “Designed for life: Creating World Class Health and Social Care for Wales in the 21st century”. Wales Assembly Government.
- Wilson, T., Buck, D., and Ham, C. (2005). “Rising to the Challenge: will the NHS Support People with Long Term Conditions?” *British Medical Journal*. 330: 657-661.
- Wilson, T., Roland, M., and Ham, C. (2006). “The Contribution of General Practice and the General Practitioner to NHS Patients”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 99, p.24-28.

SISTEMA DE SALUD CON COBERTURA UNIVERSAL

Alberto Beltrame

Brasil

Hablaré primero un poco sobre Brasil, que es un país grande, con una división territorial casi de continente, pues tiene ocho millones y medio de kilómetros de extensión. Hoy somos casi 134 millones de habitantes. Tenemos grandes regiones que, entre ellas, tienen algunas cosas en común, pero también hay una gran diversidad, tanto en el aspecto económico, como social, cultural y, sobre todo, una diversidad epidemiológica muy grande.

Esta diversidad, especialmente en el contexto social brasileño, con índices de desarrollo humano (IDH) medido en todos los estados del territorio, nos permiten ver que los estados del sur del país son más ricos, más desarrollados, más industrializados y que tenemos un orden menos industrializado, más pobre, con un índice de desarrollo humano menor que en las otras regiones del país.

Todo esto nos presenta un desafío muy grande para el sector de la salud, que es: formular políticas nacionales que respondan a estas diferencias y que sean capaces de dar cuenta de las variaciones regionales radicales. Al mismo tiempo que vivimos aun con permanencia de fiebre amarilla, tuberculosis y dengue; también tenemos problemas en el sistema circulatorio y hacemos trasplantes de toda naturaleza.

Por un lado, contamos con un sistema que enfrenta desafíos muy básicos, pero, a la vez, cuenta con un gran desarrollo tecnológico y de asistencia.

En cuanto a la mortalidad proporcional, predomina de manera importante la mortalidad por problemas del sistema circulatorio, lo que es propio de países un poco más desarrollados, además hay una frecuencia muy alta de muertes jóvenes víctimas de violencia.

Sin embargo, siguen siendo importantes las enfermedades infecciosas y parasitarias, es decir, tenemos un sistema que es capaz de convivir con más de una variedad de enfermedades al mismo tiempo. En este contexto les voy a comentar un poco de los antecedentes de nuestra reforma sanitaria.

Antes de los años ochenta o incluso durante ellos, en Brasil había un sistema de salud muy segmentado, en el que había por lo menos dos mundos distintos: uno compuesto por personas que tenían seguro social, que estaban aseguradas por la que entonces se llamaba la Previdencia Social, que equivale al Seguro Social y para la jubilación y las pensiones y, por el otro lado, había una enorme cantidad de la población, casi la mitad excluida, que no tenían derecho al sistema de salud y que dependían, ya sea de la caridad o de sistemas públicos precarios de salud y esto no respondía a las necesidades reales de salud de la población. Los que estaban cubiertos por el sistema de seguro era mediante un sistema contributivo, que se pagaba con el propio bolsillo, con un financiamiento tripartita: por un lado el usuario, por otro el gobierno y en la otra parte los empleadores.

En este modelo había lo que llamamos los excluidos sociales, que no tenían derecho a ningún tipo de asistencia con garantía de calidad y de acceso. Esto determinaba una enorme discriminación de una proporción muy significativa de la población y ofrecía un beneficio más directo para la población vinculada con el mercado de trabajo formal.

Era un sistema que tenía su parte pública, incluso la del seguro, centralizada en el nivel federal, que ofrecía servicios con una red sin mucha articulación y tuvimos una dicotomía muy

grande: de un lado, el Instituto de Asistencia Médica, vinculado con el Seguro Social, y del otro, el Ministerio de Salud; de un lado la asistencia médica y hospitalaria para los asegurados y del otro, el Ministerio de Salud, que se ocupaba más bien de desarrollar programas verticales de control de algunas enfermedades como tuberculosis, lepra, dengue, malaria.

Es decir, ese conflicto era permanente entre el Ministerio de Salud y el Instituto de Atención Social, porque era un sistema fuertemente centrado en la asistencia hospitalaria en aquel momento y con secretarías estatales de salud y secretarías municipales que reproducían el modelo del Ministerio de Salud. Se trataba de programas verticales asistenciales, como vacunas, control de enfermedades endémicas y ese tipo de cosas. Pero la asistencia hospitalaria propiamente dicha no estaba incluida en esa red.

El Ministerio del Seguro Social antes de la reforma, funcionaba a través de un sistema de contribución tripartita: el Estado, empleador y empleado, y tenía una red pública y filantrópica o privada, vinculado con el antiguo Instituto Nacional de Asistencia Médica y Seguro Social. El derecho a la asistencia sólo lo tenían los asegurados.

Del otro lado estaba el Ministerio de Salud financiado con los impuestos, pero que tenía una red pública precaria, con “servicios de salud pública” así y una asistencia médica muy restringida a aquellos que estaban excluidos.

La reforma de salud en Brasil fue un largo proceso de discusión y diagnóstico de esa realidad y también como resultado de cierta inconformidad social con una realidad que excluía a la mitad de la población de una adecuada atención de la salud. Esta discusión, que se hizo tanto en las universidades como en instituciones académicas, en los medios médicos, en la sociedad, en los círculos empresariales, en los círculos políticos, fue un gran debate que generó un gran proyecto político, cultural y social y que, entonces, nació de la sociedad y adquiere una gran fuerza

en el proceso de redemocratización de Brasil que ocurrió a partir de los años ochenta.

Tuvimos una dictadura militar de 1964 hasta 1985 y en ese proceso de retomar la democracia se insertó una importante discusión sobre un nuevo proyecto social, un nuevo programa, una nueva manera de enfrentar la salud como un proyecto social, con una estrategia global y que tuviera en cuenta los derechos de la ciudadanía, en especial de aquellas personas excluidas y que formaban parte de un proceso de desarrollo económico y social del país.

De aquel análisis surgieron algunos principios, doctrinas y directrices fundamentales de lo que llamaríamos en el futuro Sistema Único de Salud, que implicaba la universalidad, la equidad, la complementariedad del sector privado, la integridad de las acciones, el control social, la regionalización y la jerarquización, con un proceso gradual de descentralización hacia los estados y municipios.

Dichos principios, directrices y doctrinas fueron los que dieron dirección, los que guiaron el debate en torno de la Constitución, elaborada por la Asamblea Constituyente, que fue convocada por el nuevo gobierno democrático a partir de 1985, y que culminó con la promulgación de la Constitución en 1988.

En aquella ocasión definimos algunos ejes técnicos y políticas que guiaron esta reforma sanitaria. Tuvimos como principio fundamental la salud como un derecho de todos y un deber del Estado.

Se estableció la descentralización con mando único en cada esfera de gobierno, ya sea municipal, estatal o federal; la organización de los servicios basados en la equidad y la integración de servicios de bienestar social y la participación y control social, de todo el sistema, con responsabilidad común de los tres órdenes de gobierno y para el financiamiento de este sistema.

La Constitución Federal de Brasil de 1988 consagró estos principios de la reforma sanitaria brasileña y en su artículo 196 establece que la salud es un derecho de todos y deber del Estado, garantizado por las políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros trastornos, y el acceso universal e igualitario de las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Después de la promulgación de la Constitución, poco más de un año, se reglamentó a través de la ley 80-80, que llamamos Ley Orgánica de la Salud en Brasil y que amplía un poco más los conceptos, los detalla más que en la Constitución y que consolida esto, desde el punto de vista legal en nuestro sistema jurídico brasileño.

El sistema de salud brasileño a partir de entonces tiene tres componentes. El principal de ellos, sin duda alguna, es el Sistema Único de Salud, que es el que atiende a más de 50 por ciento de la población brasileña, más un sistema que llamamos de salud complementario, que es un seguro privado de salud que, sin embargo, no excluye a los asegurados de los derechos de acceso por el Sistema Único de Salud, y hay una pequeña, muy pequeña parte de la población que cubre su atención médica desembolsando su propio dinero.

El gasto en salud en Brasil es hoy más o menos de 7.4 por ciento del PIB y 3.6 de esos recursos son públicos.

Los avances de la reforma sanitaria y de la inscripción y consagración de estos principios generales en la Constitución, dio como resultado que se inscribiera la salud en el presupuesto de la seguridad social. Esto empezó a formar parte del presupuesto de la nación, de los estados y de los municipios, en relación con sus ingresos por concepto de impuestos, etcétera, sin una vinculación directa con la contribución para la salud. Hay una diversificación de fuentes de financiamiento más tarde, entre 1995 y 2000. Una nueva forma de relación entre el go-

bierno federal y los gobiernos estatales y municipales ya no son transferencias que pasan del fondo federal al estatal y municipal. Hubo un cambio profundo en la lógica de la asignación de los recursos y hay una búsqueda, hoy, de establecer un valor mínimo per cápita en cobertura nacional.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios hubo una preocupación muy grande y es un desafío que seguimos enfrentando, de implementar nuevas prácticas de atención con énfasis en la atención primaria, en la salud de la familia como una estrategia. Y también busca la integralidad de la asistencia, con equidad en el acceso de una manera regional y jerarquizada.

Después de la reforma y desde el inicio empezamos a vivir un proceso de transición de un sistema anterior previo a la reforma hacia el actual sistema.

Además de las características que he señalado, se crea un sistema universal que es conducido en cada territorio, progresivamente descentralizado a los estados y municipios con una red integral de servicios, con una lógica de distribución de los servicios entre la población, con énfasis en la atención primaria.

Es importante observar que este proceso de transición no fue simple y que aún genera algunas dificultades. Hay una necesidad permanente de negociación con estados y municipios en la medida en que son independientes, tanto en lo económico como en lo fiscal y lo político. Y en el sistema de salud es lo mismo. Entonces, de manera permanente, en el Ministerio de Salud debemos establecer estos pactos en torno de los objetivos comunes.

Después de la Constitución de 1988 hay impuestos y contribuciones nada más, ya no hay contribuciones directas del usuario, las transferencias se hacen a estados y municipios.

En cuanto al financiamiento, el principal componente es el Tesoro Nacional, que es el presupuesto para la seguridad social y que en realidad es el presupuesto fiscal de la unión. Tenemos

algunas otras fuentes, como organismos internacionales, que políticamente son muy importantes, aunque desde el punto de vista del volumen de recursos no llegan a ser muy significativos. Hay otra fuente de recursos, el seguro privado, y 40 por ciento de estos recursos se destinan a un sistema de salud que garantiza la asistencia en caso de accidentes automovilísticos.

Las ciudades y estados también cuentan con transferencias del Ministerio de Salud. Cerca de 80 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud se destina a transferencias regulares y automáticas a los estados y los municipios; 20 por ciento restante es para gastos del Ministerio y algunas políticas que siguen estando centralizadas. Entonces, uno de los componentes importantes de los presupuestos estatales y municipales son las transferencias del Ministerio de Salud.

La Secretaría que dirijo tiene un presupuesto de alrededor de 20 millones de dólares al año. Dicho de esta manera parece un presupuesto grande sólo para una Secretaría, pero frente a las necesidades es realmente pequeño para nuestra realidad. También está integrado por recursos propios de los tesoros municipales y estatales. Y hay algunas otras fuentes que no son muy importantes, desde el punto de vista del financiamiento.

En cuanto a la estructura gerencial de decisiones del sistema de salud. Éste tal vez sea el proceso más complejo que requirió de una verdadera ingeniería política. Ya tenemos 20 años de experiencia en la construcción de esta verdadera arquitectura de decisión política; de decisión de políticas en materia de salud. Están los tres niveles establecidos aquí, el nacional, hay un gestor nacional que es el Ministerio de Salud, que se relaciona a nivel estatal con las secretarías estatales y a escala municipal con las secretarías municipales.

Estos actores a escala estatal están reunidos en una comisión bipartita, en la que se reúnen estados y municipios; en el nivel federal hay una comisión tripartita, que es la unión entre los

estados y los municipios, y es la que define las cuestiones más importantes del sistema.

También contamos con órganos colegiados deliberadores, que son consejos con una participación popular para definir las estrategias y políticas más generales para el sistema de salud. Además están los consejos: municipales, estatales y el Consejo Nacional de Salud como el órgano, más importante del sistema. No es un órgano ejecutivo, sino político y de deliberación y definición de importantes políticas de salud para el país.

Me permito darles algunas cifras sobre nuestra infraestructura hospitalaria: hospitales generales, tenemos 5 mil 877 en el país; especializados, mil 270; hospitales pequeños, con 40 ó 50 camas, son más de 7 mil 500 en todo el país; hay 90 mil consultorios médicos, muchos equipos de salud para la familia. Entonces, se trata de un sistema gigante con todas las dificultades que implica ese tamaño para que sea adecuadamente administrado.

Existen las redes asistenciales que también están vinculadas con la atención primaria, porque el Sistema Único de Salud en la Constitución brasileña no aprobó la universalidad, la equidad, la integralidad en la atención sólo para un paquete de procedimientos. Somos responsables de proveer la asistencia desde la atención primaria, el cuidado con el equipo de atención a la familia, a la salud de la familia, que va al domicilio de los usuarios, hasta de realizar trasplantes de corazón, de hígado, cirugía cardíaca, tratamientos para cáncer, es decir, no hay una limitación de un paquete de servicios, es absolutamente toda la asistencia. Entonces, hemos trabajado en la construcción de redes, como la Cardiovascular, Ortopedia, Traumatología, Nefrología, Oncología; son varias las redes de administración especializada en el país.

Les proporciono algunas cifras del volumen de la asistencia que prestamos, para que tengan una idea, más de 70 por ciento de la población brasileña depende exclusivamente del Sistema

Único de Salud, es el único acceso que tienen a servicios de salud, consiste en 27 mil 800 equipos de salud con enfermeras, personal técnico de enfermería y otros profesionales de la salud, que son responsables de las visitas a domicilio y la articulación del sistema en domicilio y también regionalmente, se aplican 129 millones de vacunas; 184 mil pacientes con acceso a antirretrovirales para combatir el VIH-SIDA al año, tenemos 2.3 millones de procedimientos ambulatorios; mil millones de procedimientos de atención básica de la salud, es decir, todas son cifras muy elevadas; 11.3 millones de internamientos hospitalarios, todo con un sistema de información centralizado, que nos puede dar en tiempo real información sobre internamientos en cualquier lugar, en cualquier hospital vinculado al sistema en todo el país.

Sin embargo, se trata de un sistema que continuamos construyendo. El desafío es implantar una atención básica con mayor capacidad de respuesta y que en el nivel básico sea capaz de atender los principales retos y los principales problemas; es un gran objetivo que tienen tanto el gobierno como el Ministerio de Salud.

Por ahora ya contamos con más de 27 mil equipos de salud, estamos presentes en todas las ciudades del país, pero tenemos aún una cobertura de menos de 50 por ciento; apenas cubrimos 87.7 millones de personas.

Todavía tenemos problemas muy serios que debemos enfrentar, como la falta de equidad, en especial en relación con la distribución de acciones y servicios de salud en un país tan grande. Existen dificultades para implantar servicios, por ejemplo, en el interior del Amazonas, donde no hay caminos, sólo se puede llegar por ríos. Entonces, hay problemas de esa naturaleza; así como, de organización local, que son temas sumamente importantes.

Por otro lado, estamos viviendo un proceso de transición epidemiológica en el que observamos un crecimiento significativo, como ya se mencionó aquí, de las enfermedades crónicas. En Brasil eso no es distinto, hay un crecimiento de las enfermedades

circulatorias y neoplásicas, y aún seguimos conviviendo con enfermedades infectocontagiosas importantes.

Para no extenderme demasiado, veamos algunas de las consecuencias de estos problemas: la cronificación de las enfermedades que se pueden controlar o tratar en servicios ambulatorios especializados, y aún tenemos muchas personas sin acceso al sistema de salud.

Uno de los grandes desafíos que Brasil enfrenta el día de hoy y que tiene que ver con la manera en que se consagraron los derechos en la Constitución, que muchas veces se han entendido como todo para todos lo cual no es muy fácil de aplicar.

En la actualidad Brasil sostiene una gran discusión sobre qué es universalidad y cuáles son los servicios y las secciones que deben estar incluidos en esa asistencia. Esto es particularmente importante cuando trabajamos con la cuestión de incorporar nuevas tecnologías, nuevos medicamentos y estamos ante una presión social, incluso judicial muy grande sobre los gestores del Sistema Único de Salud para la incorporación de esas nuevas tecnologías, sobre todo en el caso de medicamentos que muchas veces no cuentan con suficientes evidencias científicas, no tienen una buena relación costo-beneficio, costo-efectividad o costo-utilidad.

Desde luego todo país que quiera trabajar con un sistema universal va a enfrentar ese problema. La búsqueda de una solución, en realidad, consiste en establecer estrategias de organización del sistema.

Estamos trabajando en Brasil en la construcción de lo que llamamos TEIAS (Territorios Integrados de Asistencia a la Salud). Son áreas geográficas con determinada población y que van aumentando su complejidad, desde la más básica, de una menor unidad territorial, poblacional, que va a tener acceso a acciones y servicios, como la salud de la familia, y esto va creciendo en complejidad según el tamaño del territorio y de la población.

En cada territorio debe haber acceso a la atención, desde básica hasta especializada. Éste es un trabajo que estamos llevando a cabo hoy en el país y es una discusión política importante; un análisis de organización y de gestión de gran relevancia.

Estamos montando los territorios, cada uno de ellos, con sus niveles de competencia, sus mecanismos de referencia y contra referencia, todos están organizados por medio de sistemas informatizados, identificación de usuario que a su vez permite identificar los datos principales en cada territorio. A medida que va creciendo el tamaño geográfico y de población, vamos aumentando servicios; por ejemplo, de urgencias y hospitales especializados.

Los grandes desafíos del Sistema Único de Salud y las directrices del Ministerio de Salud para representa un trabajo por la consolidación del sistema, y que este signifique un enorme avance para el país en los ámbitos, social, político, económico y de salud. Ciertamente es el mayor sistema de inclusión social que ha tenido Brasil en toda su historia. Pasamos de 60 a 70 millones de personas cubiertas por un sistema de salud en los años ochenta al actual que tiene 134 millones de personas cubiertas.

Continuamos trabajando con la cuestión de la prevención, en la regionalización y el montaje de las redes, en la búsqueda de la consolidación de la atención básica y, algo nuevo en Brasil, lanzado en esta gestión del Ministerio de Salud, que es tratar de fortalecer el complejo industrial de la salud, porque hay una dependencia –y eso no es exclusivo de Brasil– muy grande de tecnologías desarrolladas y vendidas por otros países. Esta dependencia es muy grande y el fortalecimiento de nuestro complejo industrial relacionado con la salud ha sido uno de los puntos fundamentales de nuestra estrategia de trabajo.

El punto principal en el que hemos trabajado, además de toda esta discusión sobre la universalidad, incluso las cuestiones judiciales relacionadas con ello y la insuficiencia de recursos para

financiar un sistema de esas dimensiones, con algunos conceptos nuevos dentro del país, consiste en no ver a la salud como un área de gasto, sino de inversión y desarrollo social, económico y cultural.

Hoy el sistema de salud genera 8 por ciento del PIB brasileño. Es el principal sector de gasto de ciencia y tecnología, 25 por ciento de todo el consumo del área de ciencia y tecnología en el país, y representa 10 por ciento de todos los empleos formales de Brasil, ya sea a nivel estatal, federal o municipal. Y el sistema brasileño da empleo a nueve millones de personas de manera directa o indirecta y eso es un porcentaje muy significativo que nos da idea de la importancia, no sólo de la salud, sino también de su incidencia económica y social para el país.

Los sistemas universales de salud son un reclamo de la sociedad y es responsabilidad de todos los gobiernos y de todos nosotros, como individuos que trabajamos en el área de salud, crear los mecanismos que vuelvan realidad ese sueño.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COSTA RICA: HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Rossana García González

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SOCIO- ECONÓMICOS Y DE SALUD

Costa Rica es un país centroamericano pequeño que cuenta con una extensión territorial de 51 100 km². Limita al norte con Nicaragua, al sur con Panamá y se encuentra entre el Océano Pacífico y el mar Caribe. Según la división político-administrativa, éste se encuentra subdividido en siete provincias y 81 cantones, y presenta una densidad poblacional promedio de 87,6 hab./km², siendo la provincia de San José, su capital, la que presenta la mayor densidad poblacional (308 hab./km²).

En términos generales, los indicadores sociales que ha alcanzado Costa Rica se parecen más a los de países desarrollados que a los del resto de los países en vías de desarrollo debido, sobre todo, al énfasis que durante muchos años se le ha dado a la política social. En el 2007, el índice de desarrollo humano alcanzado fue de 0,834, lo que ubicó al país en el puesto número 43 a nivel mundial, una posición mucho más alta que la que le correspondería en el ordenamiento mundial según el PIB por habitante, como se muestra a continuación.

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS

En el se estimaba que Costa Rica contaba con una población total de 4 476 640 habitantes, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1
Población de Costa Rica
Según: provincia, extensión geográfica y densidad poblacional
2007

Provincia	Población		Extensión territorial (km ²)	Densidad poblacional (hab/ km ²)
	Número	%		
Costa Rica	4 476 640	100	51 100	88
San José	1 587 481	35,4	4 966	320
Alajuela	858 536	19,2	9 757	88
Cartago	504 116	11,3	2 656	190
Heredia	434 513	9,7	10 141	43
Guanacaste	285 390	6,4	11 266	25
Puntarenas	376 741	8,4	9 189	41
Limón	429 863	9,6	3 125	138

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

La pirámide poblacional muestra una clara tendencia hacia el envejecimiento, ya que solamente 27% de la población es menor de 15 años y 6% ya supera los 65 años de edad.

De la población costarricense, 49,8% vive en zonas urbanas y el restante 51,2% en zonas rurales. A nivel nacional, 93,7% de las viviendas cuentan con sistemas de disposición de excretas y más de 90% cuenta con agua intradomiciliar, de las cuales se estima que en 82 % de los casos el agua es apta para uso humano.

En el año 2007, Costa Rica contaba con una tasa promedio de alfabetismo¹ de 95,2%: 95% para los hombres y 95,5% para las mujeres.

En el mismo año, el tamaño promedio de la familia costarricense era de 3,76 miembros y la esperanza de vida al nacer, de 78,3 años, siendo para el sexo masculino de 75,9 años y para el sexo femenino de 80,8 años. En el mismo año, el crecimiento natural de la población costarricense fue de 1,7% y desde el año 1995 ha venido decreciendo, registrando un crecimiento poblacional por migración del 0,4% en el 2007.

De los 73 144 nacimientos registrados en el año 2007, 19,9% fue de madres adolescentes, 15,9% con paternidad no reconocida, 63,2% ocurrieron fuera del matrimonio y el porcentaje de partos atendidos a nivel hospitalario fue de 94,4%.

PRINCIPALES INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS

El producto interno bruto (PIB) que registró Costa Rica en 2007 fue de \$23 260 424 416, lo que significa que el per cápita fue de \$58 594 y el gasto per capita en salud fue de aproximadamente \$306.

En ese mismo año, la tasa de desempleo abierto a nivel nacional fue de 4,6% siendo, según zona de residencia, de 4,8% en la zona urbana y de 4,2% en la rural y, según sexo, de 4,0% en hombres y de 5,2% en mujeres.

Se estima que en el año 2007, 19,3% de población era pobre y el 3,3% registró niveles de pobreza extrema, cifra que prácticamente se ha mantenido, pues en los últimos 15 años esa cifra ha oscilado entre 18 y 22%.

Tabla 2
Principales Indicadores Económicos y Sociales
Costa Rica, 2007

Indicador	Valor
Alfabetismo (10 y más años de edad)	95,2 %
Hombres	95,0 %
Mujeres	95,5 %
Agua intradomiciliar	98 %
Tasa de desempleo abierto	4,6 %
Pobreza total	19,3 %
Pobreza extrema	3,3 %
PIB per cápita	\$ 5 859,4
Gasto per cápita en salud	\$127.1 (2001)
Gasto Social / PIB	19 %
Gasto Salud / PIB	5,91 %
Gasto Público Salud / PIB	5.2 %
Cobertura Seguro de Salud de la CCSS ("Enfermedad y Maternidad")	86,8 %
Cobertura Primer Nivel de Atención (modelo EBAIS)	93 %
Partos en instituciones de salud	94,4 %
Uso de métodos anticonceptivos en mujeres (todos los métodos)	96 %

PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

Como puede apreciarse en la tabla siguiente, los principales indicadores de salud en Costa Rica han mantenido, desde hace muchos años y específicamente en el periodo comprendido entre 1997 y el 2007, la tendencia a mejorar.

Tabla 4
Indicadores de salud
Costa Rica: 1997, 1998, 1999, 2000, 2007

Indicadores	1997	1998	1999	2000	2007
Tasa cruda de natalidad (por 1 000 hab.)	22,5	21,8	21,9	21,4	16,3
Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 n.v.)	14,2	12,6	11,8	10,2	10,0
Tasa de mortalidad materna (por 10 000 nacimientos)	3,7	1,6	1,9	3,6	1,9
Tasa de mortalidad general (por 1 000 habitantes)	4,1	4,2	4,2	4,1	3,8
% mortalidad infantil con asistencia médica	80,4	78,7	85,7	n.d.	91,0
% mortalidad general con asistencia médica	78,7	79,7	83,4	n.d.	87,2
Consultas médicas / hab.	---	---	---	---	2,29
Camas (por 1 000 hab.)	---	---	---	---	1,26
Hospitalizaciones (por 1 000 hab.)	---	---	---	---	73,6
Médicos (por 10 000 hab.)	---	---	---	---	17,3
Enfermeros (por 10 000 hab.)	---	---	---	---	17,2
Odontólogos (por 10 000 hab.)	---	---	---	---	7,8

En relación con la mortalidad general, durante la última década Costa Rica ha presentado las mismas cinco primeras causas que, según su orden de frecuencia, han sido: enfermedades del aparato circulatorio; tumores; causas externas; enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades del aparato digestivo.

De las del aparato circulatorio las más frecuentes fueron las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares. En relación con la mortalidad por tumores, los que con mayor frecuencia cobran vidas en la población femenina son en orden de frecuencia: estómago, mama, cuello del útero y colon,

mientras que en la población masculina son: estómago, próstata, bronquios, pulmón y colon.

Entre las principales causas de mortalidad infantil se encuentran las relacionadas con prematuridad y malformaciones congénitas.

En el año 2007 se presentaron, a nivel nacional, 14 muertes maternas de las cuales 100% ocurrieron a nivel hospitalario y las causas de las muertes fueron: shock hipovolémico por hemorragia, sepsis post-aborto, eclampsia, coagulación intravascular diseminada y embolismo por líquido amniótico.

SISTEMA NACIONAL DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

A partir de la década de los setenta, en nuestro medio, se empezó a reconocer explícitamente el hecho de que el estado de salud de una población no depende exclusivamente de lo que hacen las instituciones prestadoras de servicios de salud, sino que éste es el resultado del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto, tomando posteriormente fuerza el concepto de producción social de la salud, que se entiende como el “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de estos con su entorno, genera como resultado final el estado de salud que caracteriza a una población”; definiéndose como actor social a “todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de producción de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas en cualquier ámbito”.²

Un modelo explicativo de la forma como se produce el estado de salud en una población, sobre el cual se basa el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud que sustenta, a partir del 2008, el nuevo marco es-

tratégico y Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de Salud de Costa Rica, fue desarrollado en la década de 1970 por el gobierno canadiense, impulsado por el doctor Marc Lalonde, quien sostiene que los factores que determinan el estado de salud de la población pueden ser agrupados en cuatro categorías:³

- Factores biológicos, que se refieren a todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo, por ejemplo, la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional y otros.
- Factores ambientales, tanto los relacionados con el ambiente en general como con el hábitat humano en específico, entendido este último como el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia. Como ejemplo de estos se pueden citar, la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones laborales, condiciones de vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, entre otros.
- Factores socioeconómicos y culturales que incluyen, entre otros, estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, acceso a

vivienda, existencia de grupos excluidos, políticas y organización de las instituciones públicas.

- Factores relacionados con servicios de salud de atención a las personas que se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, disponibilidad de recursos y organización de este tipo de servicios de salud y la relación de éstos con sus usuarios.

A partir de este reconocimiento conceptual y del marco legal que lo sustenta, como resultado de la evolución y fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud de Costa Rica, a partir del 2008, ésta institución declaró que su misión consiste en: “Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad”.⁴

Reconoce, además, que el Sistema Nacional de Producción de la Salud está conformado por el “conjunto interrelacionado de entes que impactan, de manera significativa, sobre los determinantes de las dimensiones socio-económica y cultural, ambiental, biológica y de servicios de salud de atención a las personas”.

De lo anterior, se deduce que el Sistema de Producción Social de la Salud es, por definición, un sistema complejo,⁵ por lo que, como resultado de la interrelación entre sus partes, surgen productos que no pueden explicarse a partir de las propiedades de los elementos aislados que lo componen; asimismo, la relación entre sus componentes puede ser consciente o inconsciente y producir efectos deseables o no sobre el resultado final, por lo que no siempre es posible identificar la manera como su acción conjunta produce el estado de salud observado. Forman parte de este sistema las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud pero, como se desprende de la definición,

además todas aquellas que, con lo que hacen, impactan o influyen en los otros determinantes de la salud, tales como: Ministerio del Ambiente, Energía y Telecomunicaciones, Ministerio de Educación, Ministerio de la Vivienda, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, otros ministerios, Instituto Nacional de Aprendizaje, cámaras de comercio, industrias, grupos organizados de la comunidad, gobiernos locales, organizaciones religiosas, entre otras.

SECTOR SALUD Y SISTEMA NACIONAL
DE SALUD DE COSTA RICA
CONFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD

En Costa Rica, el Sector Salud está constituido por el “conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población”.⁶

En la actualidad, según se establece en el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo publicado el 1º de julio del 2008, mediante el Decreto Ejecutivo núm. 34582-MP-PLAN, el Sector Salud está conformado por:

- El Ministerio de Salud, como rector
- La Caja Costarricense de Seguro Social
- El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (ente adscrito al Ministerio de Salud)
- El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) (ente adscrito al Ministerio de Salud)
- El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

REFORMA DEL SECTOR SALUD: PRINCIPALES ANTECEDENTES DÉCADA DE LOS SETENTA

En términos generales podría decirse que la reforma del Sector Salud en Costa Rica, continúa implementándose y ajustándose hasta la fecha; ésta dio inicio en la década de los setenta, con la Ley de la Universalización de la Seguridad Social y la implementación de la atención primaria de la salud por parte del Ministerio de Salud. Como resultado de estas trascendentales decisiones, se extendió la cobertura de los servicios de salud del primer nivel de atención en todas las comunidades del país, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales.

En esa misma década, específicamente en el año 1973, con la promulgación de la Ley de Traspaso de Hospitales, que implicó traspasar los hospitales que eran administrados por el Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social, dio inicio un proceso de separación de funciones entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social que, a la fecha, no ha concluido, pero que, sin lugar a dudas, sentó las bases para la universalización del seguro de salud (conocido como seguros de enfermedad y maternidad) y del sistema integral de salud.

En el mismo año se promulgaron la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, mediante las cuales se estableció la responsabilidad del Ministerio de Salud de definir la política nacional de salud y de organizar y coordinar la dirección de los servicios de salud públicos y privados del país.

A partir de esa fecha, y habiendo traspasado los hospitales a la CCSS, el Ministerio de Salud, como proveedor de servicios de salud, se abocó a realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención; además de las actividades de regulación de productos y establecimientos de interés sanitario que ya ejercía en calidad de autoridad sanitaria; mientras que la Caja Costarricense de Seguro

Social continuó prestando servicios de recuperación y rehabilitación de la salud, ya no sólo a la población directamente asegurada sino a toda la población del país, pero, pese a la separación de servicios que establecía la ley, la CCSS prestaba también servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población asegurada.

Durante esa década, el Estado costarricense destinó una considerable proporción de su presupuesto al gasto social en salud, pero en la década siguiente se produjo un deterioro de las finanzas públicas que redujo la capacidad del Estado para sostener e incrementar ese gasto, razón por la que la cobertura de los servicios de salud a cargo del Ministerio de Salud se vio seriamente comprometida.

DÉCADA DE LOS OCHENTA

Por la razón supracitada y, además, en virtud de la evolución del concepto de salud que reconocía que la salud de las personas, familias y comunidades debía abordarse de manera integral, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social reconocieron que los servicios de salud que prestaban no sólo provocaban una duplicidad sino que no favorecían la atención integral de la población, por lo que suscribieron, a partir del año 1984, convenios de entendimiento para integrar funcionalmente los servicios de salud que prestaban en el primer nivel de atención, lográndose con esto un mayor acercamiento entre ambas instituciones y una atención de las personas, familias y comunidades con enfoque integral.

DÉCADA DE LOS NOVENTA

Sobre la base de varios diagnósticos realizados, tanto en el Ministerio de Salud como en la CCSS, que revelaban el poco impacto de la función rectora a cargo del Ministerio de Salud, la

alta concentración y burocratización de ambas instituciones, el enfoque predominantemente biologista de los servicios de salud que prestaba la CCSS, reflejado en el “modelo hospitalario”, el importante deterioro económico de la CCSS y la alta ineficiencia en el uso de los recursos, el Estado costarricense se planteó la urgente necesidad de desarrollar un Proyecto de Reforma del Sector Salud, con la finalidad de mejorar la capacidad operativa de sus instituciones e introducir modificaciones profundas en los modelos de rectoría de la salud, prestación de servicios de salud y asignación de recursos.

El proyecto incluyó tres grandes componentes:

1. El fortalecimiento de la función rectora de la salud, a cargo del Ministerio de Salud, con el fin de mejorar su eficacia y avanzar de la rectoría de los servicios de salud a las personas a la rectoría sobre todos los actores sociales que determinan la salud de la población.
2. La readecuación del modelo de atención en salud de la CCSS, con el propósito de mejorar la cobertura y la capacidad resolutive del primer nivel de atención, fortalecer la gestión local y la participación social, así como promover el trabajo en equipo
3. La readecuación del modelo de asignación de recursos en la CCSS, con el objetivo de mejorar eficiencia en el uso de estos recursos y la eficacia de la institución.

Para ejecutar el Proyecto de Reforma del Sector Salud, el Gobierno de Costa Rica suscribió, mediante leyes, contratos de préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), mediante los cuales se estableció que el Ministerio de Salud debía asumir efectivamente la rectoría del Sector Salud y trasladarle a la Caja Costarricense de Seguro Social las actividades relacionadas con la atención directa a las personas, manteniendo

el Ministerio de Salud la responsabilidad de la formulación de las políticas y planes de salud, así como la regulación de todos los servicios de salud del país.

En el marco de la misma legislación se estableció que la Caja Costarricense de Seguro Social debía asumir la ejecución de los servicios de salud que, hasta ese entonces, ejecutaba el Ministerio de Salud.

En consecuencia con lo legislado, el Ministerio de Salud le traspasó a la Caja Costarricense de Seguro Social, en el período comprendido entre 1994 y 1998, los servicios (así como los recursos humanos, equipamiento e instalaciones físicas) de promoción de la salud (básicamente educación para la salud) y de prevención de la enfermedad (control prenatal, planificación familiar, detección precoz de cáncer de cuello uterino y de mama, control del crecimiento y desarrollo), así como la detección y seguimiento de algunas enfermedades consideradas de “salud pública” tales como: tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, lepra, leishmaniasis y malaria.

Por otro lado, se definió e implementó la readecuación del modelo de atención en salud en el primer nivel de atención y se readecuó el sistema de asignación de recursos en esa institución.

Los principales resultados del proyecto han sido:

- a) Del fortalecimiento del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría:
 - o Reconocimiento legal y político de la competencia del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría de la salud.
 - o Separación de funciones entre la rectoría de la salud y la provisión de servicios de salud.
 - o Ejercicio de la rectoría con amplia participación del Ministerio de Salud en el nivel local (desconcentración institucional).

- o Claridad conceptual y visión compartida de que la salud es un producto social y no depende solamente de la calidad, oportunidad y cobertura de los servicios de salud públicos de atención a las personas.
 - o Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud claro, sencillo y apropiado por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud en todos los niveles de gestión.
 - o Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud socializado a las otras instituciones del Sector Salud, a otros sectores de gobierno y a entidades del sector privado (usuarios directos e indirectos de la rectoría de la salud).
 - o Competencia técnica de los funcionarios del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría mejorada.
 - o Funciones, productos y procesos de la rectoría claramente identificados según nivel de gestión institucional (central, regional, local).
- b) Del modelo readecuado de atención en salud:
- o Modelo readecuado de salud (modelo conceptual) en el que se establecen los principios, características, organización y conjunto de servicios que deben proveerse en el primer nivel de atención de la CCSS.
 - o Voluntad política para la implementación del modelo de atención en salud, desde el más alto nivel (prioridad de gobierno).
 - o Tendencia sostenida de aumento en la asignación presupuestaria en el primer nivel de atención de la CCSS.

-
- o Formalización de la participación social mediante la promulgación de las leyes: Deberes y Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud y la Constitución de las Juntas de Salud (elegidas popularmente e integradas por funcionarios de la CCSS, representantes patronales y representantes de la comunidad en todos los servicios de salud y en todos los niveles de atención (“EBAIS”, clínicas y hospitales).
- c) Del modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS:
- o Separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios al interior de la institución, asignándosele a la Gerencia Financiera la función de “financiamiento”, a la Gerencia de Operaciones la función de “compra” y a la Gerencia Médica y sus unidades proveedoras de servicios de salud la función de “provisión”.
 - o Compromisos de gestión formalmente suscritos entre el nivel central de la CCSS (“financiador” y “comprador”) y las unidades prestadoras de servicios de salud (“proveedoras” de los servicios de salud), mediante los cuales se vincula la asignación de recursos financieros con los objetivos de salud (nivel central de la CCSS) y se traslada parte de los riesgos a los proveedores de los servicios (nivel local de la CCSS y/o terceros a los que el nivel central de la CCSS también les “compra” servicios de salud).
 - o Participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, vinculado a la CCSS mediante los compromisos de gestión.

- o Definición previa de los parámetros cualitativos y cuantitativos de los productos y servicios que el nivel central de la CCSS “compra” a las unidades prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.
- o Fomento de la cultura de rendición de cuentas al interior de la institución.
- o Mayor desconcentración administrativa: administración presupuestaria, contratación administrativa y gestión del recurso humano.

DÉCADA DE LOS 2000 (A LA FECHA)

Pese a los logros obtenidos, tanto la CCSS como el Ministerio de Salud han reiniciado procesos de fortalecimiento de sus instituciones con la finalidad de corregir las debilidades y desviaciones que se han producido entre lo propuesto en el Proyecto de Reforma y las acciones realizadas, así como por el resultado de las “lecciones aprendidas” durante la última década y el avance conceptual relacionado con el fenómeno de la salud y la enfermedad. Las acciones realizadas se basan principalmente en:

a) De la rectoría de la salud:

A partir del 2006, el Ministerio de Salud inició un proceso de desarrollo organizacional que ha incluido el ajuste de su marco estratégico con base en lo establecido en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud, la definición de funciones y productos sustantivos de la rectoría de la salud, el levantamiento de los manuales de organización y de procedimientos, la reorganización de la institución oficializada en un nuevo Reglamento Orgánico, así como la consecución de plazas nuevas y el desarrollo de su recurso humano mediante la formación académica universitaria sobre rectoría de la Producción Social de la Salud.

b) Del modelo readecuado de atención en salud:

El Ministerio de Salud, conjuntamente con funcionarios de la CCSS y de la Universidad de Costa Rica, está planteando la necesidad de revisar, para ajustar, el modelo de atención en salud, ya que, entre lo que propone el modelo vigente y los servicios que está brindando la CCSS en el primer nivel de atención, existen diferencias sustantivas.

Por otro lado, el modelo de atención vigente se refiere solamente a los servicios de salud que presta la CCSS en el primer nivel, mientras se reconoce que es el Sistema Nacional de Salud, conformado por instituciones públicas y privadas proveedoras de servicios de salud y dirigidas por el Ministerio de Salud mediante las funciones de armonización de la provisión y modulación del financiamiento, el responsable de garantizar la cobertura universal con servicios de salud.

Adicionalmente, el conjunto de servicios de salud que provee la CCSS en el primer nivel de atención muestra diferencias significativas entre los servicios de salud que se ofrecen en diferentes áreas de salud de la misma institución, lo que ha puesto de manifiesto la necesidad de definir, con mayor claridad, el conjunto de servicios que debe garantizar el Estado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud (no solo de la CCSS), así como redefinir y garantizar el funcionamiento de las redes de servicios (de la CCSS y entre los diferentes proveedores de servicios de salud) mediante efectivos sistemas de referencia y contrarreferencia.

c) Del modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS (SARF):

Si bien es cierto que se reconocen los aportes que el Sistema de Asignación de Recursos Financieros ha logrado; para muchos, los llamados “compromisos de gestión” se han convertido en el fin, lo que ha repercutido en la calidad y amplitud de los servicios que debe brindar la institución en las diferentes comunidades del

país. Por ello, el modelo y sus resultados están siendo revisados con la finalidad de potenciar sus resultados positivos e identificar e implementar estrategias tendentes a disminuir o eliminar sus desviaciones o deficiencias.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) INTEGRACIÓN DEL SNS

Como se anotó, el Sector Salud en Costa Rica está integrado solamente por las instituciones públicas que prestan servicios de salud mientras que, como se define en el artículo 1° del Decreto Ejecutivo núm. 19276-S publicado el 05 de diciembre de 1989: Reglamento del Sistema Nacional de Salud, este Sistema está conformado “por el conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad”.⁷

Como complemento de esta definición, en el nuevo Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, publicado el 02 de junio del 2008, el Sistema Nacional de Salud se define como el “conjunto de entes públicos y privados, interrelacionados entre sí, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo. Además de los entes nacionales, se consideran parte de este sistema los entes que, siendo de carácter internacional, realizan actividades en el país relacionadas con la provisión de ese tipo de servicios”.

Como puede deducirse de estas definiciones, el Sistema Nacional de Salud se diferencia del Sector Salud en que está conformado por las instituciones públicas que integran el Sector Salud, más las instituciones privadas, nacionales e internacionales.

les, que proveen directamente servicios de salud, así como los insumos requeridos para ello.

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN EL SNS

En Costa Rica, el principal proveedor de servicios de salud es la CCSS, que cubre a más de 90% de la población con los servicios del primer nivel de atención (áreas y sectores de salud con EBAIS) y en la atención de las emergencias médicas y quirúrgicas que se realizan en la red de clínicas y hospitales de la institución.

La CCSS provee los servicios del primer nivel en su gran mayoría, directamente en las 107 áreas de salud con sus 903 sectores de salud a los que se les asignan la misma cantidad de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS); o a través de la compra de servicios a terceros (3 cooperativas de salud, Universidad de Costa Rica y Clínica Bíblica).

Además, la CCSS complementa esta atención con la suscripción de convenios con consultorios de medicina de empresa y de medicina mixta, modalidades de atención en las que los patronos (en el primer caso), o los médicos del sector privado (en el segundo) ofrecen la consulta médica que, en el segundo caso, paga el asegurado directamente, y la CCSS brinda los servicios de exámenes de laboratorio y gabinete, proporciona los medicamentos mediante el sistema de referencia y contrarreferencia entre la CCSS y esos proveedores de servicios de salud.

Adicionalmente, la CCSS cuenta con servicios de segundo nivel de atención distribuidos en todas las regiones del país (clínicas y hospitales), y de tercer nivel, en cuyo caso 100% de estos servicios se localizan en la provincia de San José, pero son de cobertura nacional.

El conjunto de servicios de salud que ofrece la CCSS es muy amplio y prácticamente sólo excluye, en “términos oficiales”,

los servicios especializados de odontología y cirugía plástica o cosmética, así como algunos exámenes de laboratorio y gabinete. Sin embargo, los tiempos de espera para los servicios especializados (consulta médica, hospitalización y exámenes de laboratorio y gabinete especializados), sobre todo en el tercer nivel de atención, son sumamente prolongados, principalmente en algunas especialidades como: Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Cardiología, entre otros, lo que pone en tela de duda su cobertura real.

Además, en el país se ofrecen otros servicios públicos de salud que son los que brinda el Instituto Nacional de Seguros (INS) mediante su programa denominado INS-SALUD que cubre, con las pólizas de los seguros obligatorios que vende, a las personas que sufren accidentes de tránsito o de trabajo y que presentan enfermedades ocupacionales, con el inconveniente de que, si los servicios de salud que requieren los asegurados de este tipo sobrepasan el monto de la póliza correspondiente, son trasladados a los establecimientos de la CCSS sin que para ello el INS reconozca a esta institución ningún pago por ello.

Por último, el sector privado, lucrativo y no lucrativo (ONGs), ofrece servicios de salud de atención médica ambulatoria y de hospitalización, así como servicios de apoyo (laboratorios clínicos, farmacias, servicios odontológicos, diagnóstico por imágenes, radioterapia, etcétera). Se estima que, en la actualidad, más de 20% de la población utiliza estos servicios, sobre todo los de consulta externa (o medicina ambulatoria) y dos son las principales razones por las que lo hacen: periodos de espera prolongados en la CCSS y preferencia.

Si bien es cierto, como se dijo, que en el país existen diversos proveedores de servicios de salud; éstos no están articulados entre sí ni funcionan como un sistema. Adicionalmente hay que reconocer que los prolongados tiempos de espera y lo costoso de los servicios privados han provocado en los servicios de la CCSS un

preocupante “tráfico de influencias” que consiste en que familiares, amigos o conocidos de los funcionarios de la CCSS se “saltan” las filas o, lo que es peor, algunos profesionales de la institución “cobran” a los asegurados por “brincarse la fila” y atenderlos en los establecimientos de la institución, provocándose con ello un círculo perverso que atenta contra los principios de la seguridad social: equidad, universalidad y solidaridad.

PROPÓSITO DEL SNS

A partir del reconocimiento de que la salud de la población está determinada por diferentes factores, en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción de la salud se reconoce que el propósito del Sistema Nacional de Salud consiste en contribuir a proteger y mejorar, con equidad, el estado de salud de la población, “garantizando a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad, elaborando y aplicando estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, la orientación de los recursos y el control en el uso de los mismos”.⁸ Es decir, que le corresponde al conjunto de entidades que lo conforman, y no solamente a las instituciones públicas, actuar en forma sinérgica, bajo la dirección y conducción del Ministerio de Salud para asegurarle a toda la población el acceso a servicios integrales de salud, del nivel de complejidad que requiera, sobre todo a los sectores de la población más vulnerables y pobres.

ESTRATEGIAS DEL SNS

Adicionalmente, tanto en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud como en el artículo 3° del Reglamento del Sistema Nacional de Salud se señala que la universalización y la desconcentración de los servicios de salud

basados en la atención primaria son características propias de este sistema y se reconoce que para que el sistema funcione como tal, los establecimientos de salud estarán articulados entre sí en redes de oferta de servicios según niveles de atención, capaces de ofrecer cobertura universal con servicios en el primer nivel de atención y acceso escalonado a los niveles de mayor complejidad, según resulte apropiado a la necesidad del usuario”.⁹

FUNCIONES GENERALES DEL SNS¹⁰

Para cumplir con su misión, el Sistema Nacional de Salud tiene bajo su responsabilidad cuatro funciones generales que se identifican como:

a. Rectoría del Sistema

- Como se ha mencionado, la función de rectoría del Sistema Nacional de Salud le corresponde al Ministerio de Salud y consiste en organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país, tanto públicos como privados, mediante dos funciones específicas:

a.1 Armonización de la provisión

- Función rectora que consiste en establecer el conjunto de servicios de salud de atención a las personas que deben ser garantizados por el Estado; definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los diversos proveedores, públicos y privados, a fin de garantizarle a la población el acceso equitativo, independientemente de la institución o sistema al que estén afiliados o adscritos, o que los provean.

a.2 Modulación del financiamiento

- Función rectora que consiste en corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento de los servicios públicos de salud de atención a las personas con respecto a las prioridades definidas por el Estado, y en lograr que las diversas modalidades de financiamiento, tanto de servicios públicos como privados, se complementen. El objetivo de esta función consiste en contribuir a garantizarle a la población el acceso equitativo a estos servicios.

b. Aseguramiento de los servicios de salud

- Esta función consiste en la obligación que tiene el Sistema Nacional de Salud de garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, con énfasis en los sectores vulnerables de la población, especialmente los más pobres. La función de aseguramiento incluye tres perspectivas.
- Perspectiva pública. Consiste en la definición, con base en criterios de necesidad, desempeño e impacto, del conjunto de servicios de salud que el Estado debe garantizarle a toda la población, bajo los principios de equidad y solidaridad. Es decir, implica la definición del conjunto de servicios a los que, sobre la base de la situación de salud, toda la población debe tener acceso, independientemente de quien los provea. La institución que realiza esta función en Costa Rica es el Ministerio de Salud.
- Perspectiva social. Se refiere al conjunto de acciones dirigidas a garantizarle a la población el derecho a recibir el conjunto establecido de servicios de salud. Algunas de las entidades a las que corresponde ejecutar esta función son: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), la CCSS y el Instituto Nacional de Seguros (INS).

- Perspectiva financiera. Entendida como el mecanismo de protección a las personas contra los riesgos de enfermar y morir, ya que garantiza la disponibilidad de fondos para que cada una de ellas tenga acceso a los servicios de salud en el momento en que lo requiera, sin que ello le represente un desembolso económico en el preciso momento de recibir los servicios. Esto se refiere a los sistemas de seguros, también conocidos como de prepago. Entre los actores que realizan esta función se puede mencionar a la CCSS, el INS, las aseguradoras de servicios de salud privadas, el Ministerio de Hacienda y el FODESAF.

c. Financiamiento de los servicios de salud

- Esta función consiste en el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, una entidad aseguradora u otro organismo público o privado, obtiene, recauda, administra y asigna los recursos financieros necesarios para producir o adquirir los bienes y servicios de salud que debe entregar a la población. Algunas de las instituciones que realizan esta función en Costa Rica son la CCSS, el INS, la Junta de Protección Social (JPS), el Ministerio de Hacienda, el FODESAF y el Ministerio de Salud y los proveedores de servicios de salud privados.

d. Provisión de los servicios de salud

- Le corresponde al Sistema Nacional de Salud suministrar –o proveer– el conjunto de servicios de salud establecido. Esta función incluye la provisión de servicios de atención individual y colectiva. Como ejemplo de las instituciones que desempeñan esa función en Costa Rica se pueden mencionar: la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Ministerio de Salud,

las cooperativas de salud y los servicios de salud privados (con y sin fines de lucro).

Cabe señalar que existe una serie de entes que forman parte del Sistema Nacional de Salud, pero que no ejecutan directamente ninguna de las funciones generales descritas, sino que brindan productos intermedios para que éstas se puedan ejecutar. Tal es el caso de las universidades, que forman personal para laborar en las entidades que brindan servicios de salud.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ANTECEDENTES LEGALES

a. Ley núm. 12: Creación del Banco de Seguros.

Mediante esta ley, publicada el 30 de octubre de 1924, se creó el Banco de Seguros, que a partir de 1948 se conoce como el Instituto Nacional de Seguros (INS). Esta institución administró el monopolio de los seguros desde su creación y, a partir de la creación de la CCSS, continuó con el monopolio en los seguros de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito; ambos, seguros obligatorios para todos los patronos y propietarios de vehículos.

Adicionalmente, el INS administra o vende otros seguros destinados a proteger los daños a las personas y sus bienes ante eventos tales como: terremotos, incendios, robos, accidentes, etcétera. A partir del año 2008, como resultado de las leyes complementarias necesarias para que entrara en operación el Tratado de Libre Comercio que, conjuntamente con los otros países de Centroamérica y República Dominicana, suscribió Costa Rica con los Estados Unidos de América, se rompió el monopolio de los seguros en Costa Rica, aunque el de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito continúan siendo obligatorios y administrados por el INS.

b. Constitución Política de la República de Costa Rica.

Mediante el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica “se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine”. En el mismo artículo se aclara que “la administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social” y que “no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y reservas de los seguros sociales”.

c. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el año de 1943, mediante la Ley núm. 17, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social para “aplicar los seguros sociales obligatorios”. El artículo 2° de esa ley establece que “el seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro...”

El artículo 3° señala que “las coberturas del Seguro Social y el ingreso al mismo, son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que se deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal;” además, en el artículo 23 se aclara que “la contribución de los trabajadores no podrá ser nunca mayor que la contribución de sus patronos”.

Adicional a lo anterior, en el mismo artículo 3° se menciona que “los trabajadores independientes pueden asegurarse en forma voluntaria, para lo cual estarán exentos del pago de la cuota

patronal” y se autoriza a la Junta Directiva de la institución para que “tome las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes...”

ORGANIZACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

El artículo 6° señala que “la Caja será dirigida por una junta directiva integrada de la siguiente forma:

- Presidente Ejecutivo, designado libremente por el Consejo de Gobierno.
- Ocho personas de máxima honorabilidad:
 - Dos representantes del Estado, quienes no podrán ser ministros de Estado ni sus delegados.
 - Tres representantes del sector patronal.
 - Tres representantes del sector laboral.”

La institución cuenta con tres niveles de gestión:

1. Nivel central
2. Nivel regional
3. Nivel local

El nivel central, como se dijo, realiza las funciones de financiamiento y compra de servicios de salud; el nivel local provee los servicios de salud organizados en tres niveles de complejidad, y el nivel regional articula y facilita la interrelación entre el nivel central y el local, a excepción de los hospitales nacionales o de tercer nivel que, siendo nivel local, se relacionan directamente con el nivel central.

SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS DE LA CCSS

La CCSS cuenta con dos tipos de seguros, ambos obligatorios:

- a) Seguro de Salud, conocido como “Seguro de Enfermedad y Maternidad”.
- b) Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

TIPOS DE ASEGURADOS

Para cubrir a la población con servicios de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con diferentes tipos de asegurados (as):

- a) Asegurados (as) directos (as)
 - Asalariados (as)
 - Trabajadores independientes
 - Voluntarios (as)
 - Por cuenta del Estado
 - Asegurados (as) por convenios específicos
 - Pensionados por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
 - Pensionados por el Régimen No Contributivo
 - Pensionados por Regímenes Especiales

- b) Asegurados(as) indirectos(as)

El Seguro de Salud (Enfermedad y Maternidad) cubre, además de a los (as) asegurados (as) mencionados (as), a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad y al cónyuge o compañero (a), siempre que demuestren dependencia económica. Los familiares a que nos referimos son:

- Hijos (as) menores de 18 años
- Hijos (as) hasta los 25 años de edad que estén estudiando
- Hijos (as) con algún tipo de minusvalía sin límite de edad
- Ambos padres

c) Asegurados por el seguro estudiantil

d) Asegurados (as) por leyes especiales, como por ejemplo el Código de la niñez

Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a personas no aseguradas mediante el pago directo de éstos.

COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD DE LA CCSS

En el año 2007 la cobertura del seguro de salud fue de 86,8% de la población que habita legalmente en el territorio nacional, o sea, costarricense y extranjera con *status* migratorio conocido y legal.

Tabla 6
Cobertura de la CCSS
Según: tipo de aseguramiento
Año 2007

Tipo de aseguramiento	núm.	%
Directo asalariado (a)	1 253 327	27,8
Dependientes de asegurados (a)	1 748 979	39,1
Por cuenta del Estado (a)	511 166	11,4
Pensionados (as)	380 280	8,5
Total	3 893 752	86,8

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud. *Situación de la Salud en Costa Rica: Indicadores Básicos 2008*, febrero 2009.

De los datos anteriores se desprende que 13,2% de la población, que corresponde a 582 888 habitantes no contaba, en el año 2007, con el seguro de enfermedad y maternidad de la CCSS. Esta población corresponde, en su mayoría, a patronos que, con

o sin el consentimiento de los trabajadores, no los aseguran, sobre todo cuando se trata de trabajadores del sector informal, temporales pertenecientes al sector agropecuario, de la construcción y del servicio doméstico. Además, forman parte de esta población los trabajadores independientes e indigentes que no han solicitado el Seguro por el Estado o la CCSS no se los ha otorgado de oficio, así como a sus familiares dependientes.

FINANCIAMIENTO

La CCSS se financia de fondos provenientes de las contribuciones obligatorias de asalariados, patronos y el Estado; de subsidios estatales para el aseguramiento de los indigentes; del aseguramiento voluntario de los trabajadores independientes y de otros grupos, y de la venta de servicios a personas no aseguradas. También recibe intereses producto de la deuda acumulada por el gobierno central con la institución a lo largo de su existencia.

El financiamiento de la institución es básicamente tripartito, y el aporte de las partes es el que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 5
Financiamiento obligatorio de la CCSS
Según: fuente del aporte y tipo de seguro

Aporte sobre el salario total	Seguro de Enfermedad y Maternidad (%)	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (%)	Total del aporte (%)
Trabajador (a)	5,25	4,25	9,5
Patrono (a)	9,25	3,25	12,5
Estado	1,25	---	1,25
Total	15,75	7,50	23,25

En el artículo 24 de la Ley Constitutiva de la CCSS se determina que la cuota del Estado –como tal y como patrono– se financiará de la siguiente manera:

- 20% de todos los derechos y recargos, sin excepción, sobre la importación de licores, vinos, perfumes, cervezas, refrescos gaseosos, aguas minerales y artículos de lujo de fabricación extranjera.
- 15% del valor de los productos elaborados y vendidos por la Fábrica Nacional de Licores.
- 15% de todos los impuestos de consumo que soporte la cerveza fabricada en el país.
- 0,5 céntimos por cada envase de refrescos gaseosos y aguas minerales que se elaboren en el país.

Adicionalmente, la CCSS percibe recursos provenientes de la venta de servicios a personas no aseguradas, de la Junta de Protección Social de San José y de los intereses que devenga de la deuda que mantiene el Estado con la institución, tanto como patrono y como “Estado”.

DE LA UNIVERSALIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE LA CCSS A LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Se puede afirmar que, en Costa Rica, la cobertura de los servicios de salud que presta la CCSS en el primer nivel de atención (medicina general) y en emergencias médicas y quirúrgicas es prácticamente universal; sin embargo, la cobertura de los servicios especializados, que incluye tanto la atención médica especializada como los exámenes de diagnóstico y gabinete, y los medicamentos especializados que se ofertan en el segundo

y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud es inoportuna e incompleta.

Por otro lado, como se anotó anteriormente, en Costa Rica existen otros proveedores de servicios de salud que, lejos de “invisibilizarse”, deben ser considerados como parte importante del Sistema Nacional de Salud, por lo que, en cumplimiento con la función rectora que le corresponde, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de armonizarlos entre sí, a fin de alcanzar el propósito del Sistema que, desde el año de 1989, se definió como sigue: “Garantizarle a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad, elaborando y aplicando estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, la orientación de los recursos y el control en el uso de los mismos”¹¹.

Es decir, que le corresponde al conjunto de proveedores de servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y no solamente a las instituciones públicas ni mucho menos sólo a la CCSS, actuar en forma sinérgica, bajo la dirección y conducción del Ministerio de Salud, para asegurarle a toda la población el acceso a servicios integrales de salud del nivel de complejidad que requiera, sobre todo a los sectores de la población más vulnerables y pobres.

Para esto, a partir del mejor entendimiento de la función rectora y del proceso de desarrollo organizacional que ha venido implementando desde el 2006, el Ministerio de Salud se está preparando para realizar efectivamente la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud y del Sistema Nacional de Salud.

CONCLUSIONES

Nuestra Constitución Política reconoce como derecho de la población, el derecho a la vida, y de éste se desprende el derecho a la salud. Como anotamos en el apartado 2, reconocemos que la salud de la población está determinada por varios factores que se

pueden agrupar en cuatro categorías: biológicos, socio-económicos, ambientales y de servicios de salud. Le corresponde al Estado, conformado por el conjunto de los órganos de gobierno,¹² garantizarle a la población el derecho a la salud (y no sólo a los servicios de salud), y al Ministerio de Salud, velar porque así se haga.

El *Modelo conceptual y estratégico de la producción social de la salud* se sustenta en el enfoque de derechos humanos, por lo tanto se reconoce que el Ministerio de Salud, en su calidad de rector de la salud, debe garantizar el derecho a la salud que tienen todas las personas que habitan el territorio nacional, lo que incluye, no sólo el acceso a los servicios de salud de atención a las personas, sino también asegurar el abordaje de los otros determinantes de la salud, con la finalidad de proteger y mejorar el estado de salud de la población, con énfasis en la protección de los derechos de las poblaciones excluidas o marginadas, y de aquellos grupos que presentan un mayor deterioro de su estado de salud o que se encuentran en mayor riesgo de sufrirlo.

Para garantizarle a la población este derecho, el Estado costarricense ha invertido, de manera sostenida desde hace varias décadas, esfuerzos y recursos importantes que, conjuntamente con el desarrollo social que ha alcanzado, le han permitido a Costa Rica alcanzar niveles de salud comparables con los de los países desarrollados ya que, como se sabe, el nivel de salud que posee la población de esos países no se debe mayormente a elevados gastos per cápita en servicios de salud, ni a grandes inversiones en tecnología avanzada dedicada al diagnóstico y tratamiento de personas enfermas, sino, más bien, se explican por la presencia de factores nutricionales, ambientales y culturales más favorables para el ser humano; tal ha sido el caso de Costa Rica.

No obstante lo anterior, con la reforma del Sector Salud costarricense, que dio inicio hace tres décadas, se ha procurado universalizar la cobertura de los servicios de salud para lo que se han seguido las siguientes estrategias generales:

- a. Separación de funciones entre la rectoría de la salud (a cargo del Ministerio de Salud) y la provisión de servicios de salud (a cargo del Sistema Nacional de Salud).
- b. Conformación del Sistema Nacional de Salud.
- c. Universalización del seguro de salud (“enfermedad y maternidad”), sustentado en la obligatoriedad de la afiliación y la solidaridad en el financiamiento.
- d. Fortalecimiento del primer nivel de atención, mejorando su cobertura, eficiencia y capacidad resolutive.
- e. Esfuerzos sostenidos por priorizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los niveles de atención, principalmente en el primer nivel.
- f. Desarrollo del Ministerio de Salud para que ejecute efectivamente la función de rectoría de la salud y, en este caso, específicamente la rectoría del Sistema Nacional de Salud mediante las funciones específicas de armonización de la provisión de servicios de salud y modulación del financiamiento de esos servicios.
- g. A partir del 2006, reconocimiento explícito de la importancia de avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de la salud, basados en evidencia y con equidad.

REFERENCIAS

Alfabetismo en personas de 10 años y más.

Rossana García, Armando Castro, Pedro González. *Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción Social de la Salud*. Ministerio de Salud de Costa Rica, junio 2007.

Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document*. Canada: Government of Canada, Ministry of National Health and Welfare, 1974.

Costa Rica. *Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud*, junio 2008.

Un sistema complejo es un *sistema abierto*, compuesto por varias partes *interconectadas* o *entrelazadas* cuyos vínculos entre ellas contienen información adicional y oculta al observador, por lo que su comportamiento es difícil de predecir. Este tipo de sistema posee complejidad emergente (el todo es más que la suma de las partes), es autoorganizado, disipativo (porque extrae energía del medio y la utiliza para generar orden y estabilidad en su interior) y adaptativo (responde a los cambios del entorno). Como ejemplos de sistemas complejos se pueden citar las sociedades humanas y animales, los organismos biológicos, el cerebro humano, entre otros.

Costa Rica. *Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud*, junio 2008.

Costa Rica. *Diario Oficial La Gaceta*, núm. 230, “Reglamento General del Sistema Nacional de Salud”, 05 de diciembre de 1989.

Costa Rica. *Reglamento del Sistema Nacional de Salud*, artículo 2°.

Ibid.

Costa Rica. *Reglamento del Sistema Nacional de Salud*, artículo 2°.

Diccionario de la Lengua Española, 22^a edición, 2001.

UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD EN SALUD.

DESAFÍOS PARA AMÉRICA LATINA EN EL SIGLO XXI¹

Julio Manuel Suárez

Los valores de universalidad y equidad en salud tienen aceptación prácticamente generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales es requisito para una vida colectiva digna. Estos valores están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).^{1,2}

No obstante, la realidad mundial y regional muestran una distancia considerable entre lo dicho y lo hecho. En la práctica, una proporción significativa de la población carece de cualquier tipo de protección social en salud.

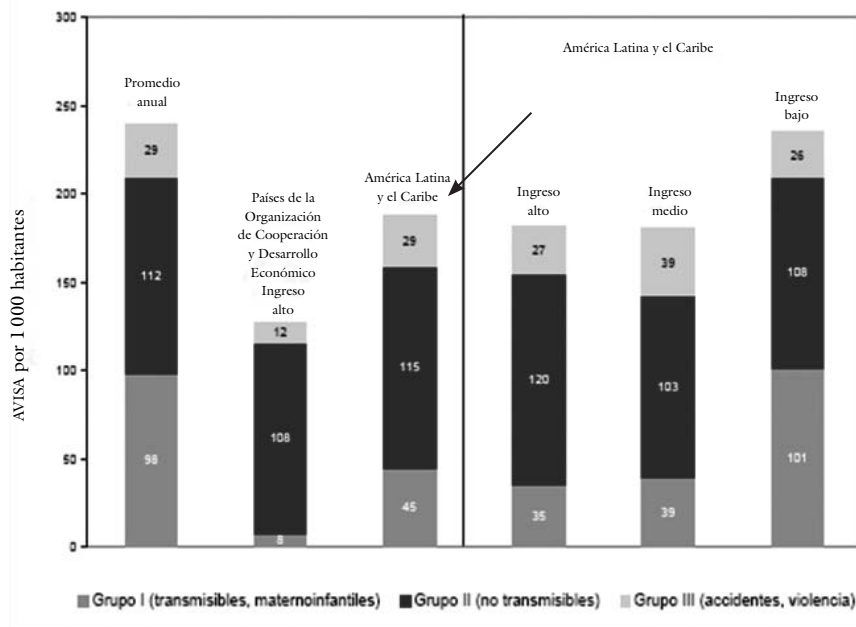
La OPS estima que en América Latina y el Caribe alrededor de 230 millones de personas (46%) no cuentan con seguro de salud y cerca de 200 millones (20-25%) no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud.³ Según la CEPAL, la tasa de informalidad laboral en la región de las Américas es de 52% a pesar de avances en este sentido en años anteriores hoy amenazados por la crisis económica.⁴ Es decir, más de la mitad de los trabajadores de la región no tiene empleo formal, y por tanto, carece de protección de la seguridad social, quedando automáticamente excluidos de la protección en salud por esta vía.

El gasto mínimo necesario por persona y por año para proveer servicios “básicos” de salud es de 35 a 50 dólares de los Estados Unidos según la OMS, pero sesenta y cuatro países no alcanzaban esta cifra en 2004, uno de ellos Haití.⁵ Cuatro países de América Latina: Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay tenían en 2005 un gasto per cápita anual en salud menor a 100 USD.⁶

América Latina no es la región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la distribución de su riqueza. Mientras 10% más rico de la población concentra alrededor de 35% de los ingresos, 40% más pobre recibe alrededor de 15%, con valores aún inferiores en Bolivia y República Dominicana, en los que los más pobres sólo captan cerca de 11% de los ingresos.⁷ El ingreso medio por persona en los hogares del quintil más rico de las Américas supera 20 veces el del quintil más pobre, siendo esta diferencia aún mayor en algunos países como Bolivia, Haití y Paraguay, donde la razón es de 42,3; 26,6 y 25,7 respectivamente.⁸ En contraste, la misma razón de ingresos en Canadá, país de la región con un sistema universal de salud, es de 5,5.⁹

La población envejece aceleradamente y crece la epidemia de enfermedades crónicas y daños asociados a la violencia. Ello presenta importantes retos a nuestras sociedades por el cambio de la pirámide demográfica, el aumento de la carga de enfermedades crónicas y las contradicciones que esta situación presenta a la organización tradicional del trabajo, la seguridad social y los servicios de salud, pensados para una población más joven en la que prevalecen los problemas y condiciones agudas.

AMÉRICA LATINA, EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO
INDICADORES DE CARGA DE LA ENFERMEDAD, 2002
(en años de vida saludable perdidos, AVISA, por 1 000 habitantes)



Fuente: Datos proporcionados por el proyecto de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según datos citados por la OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008, en la región de Europa 93% de la población es partidaria de una cobertura sanitaria integral, y en los Estados Unidos, que no cuenta con un sistema nacional de seguro de enfermedad, más de 80% está a favor de ella.¹⁰ Este informe identifica un grupo de problemas o contradicciones relacionadas con los sistemas de salud a los que recomienda enfrentar con procesos de reforma. Los problemas aparecen en el siguiente cuadro tomado del informe citado.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2008

- Atención de salud inversa. El gasto de salud pública tiende a beneficiar a los ricos más que a los pobres
- Atención de salud empobrecedora. Más de 100 millones de personas al año tienen que costear de su propio bolsillo los gastos de atención de salud y, como consecuencia, muchas veces caen en la pobreza
- Atención fragmentada. Redes de servicios fragmentadas; especialización excesiva de los médicos; enfoque limitado de programas de control de enfermedades; gobernanza basada en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada; ayuda internacional fragmentada
- Atención de salud con riesgos. No se cumplen adecuadamente las normas de seguridad e higiene, tasas elevadas de infecciones nosocomiales, errores con los medicamentos y otros sucesos adversos
- Atención mal dirigida. Recursos concentrados en servicios curativos en detrimento de la prevención primaria y la promoción de la salud (se podría evitar hasta el 70% de las enfermedades y las muertes)

El ideal de universalidad con equidad ha sido llevado a la práctica en un grupo de países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, con diferentes modelos. En general, los países que cuentan con sistemas universales obtienen mejores resultados en salud y su distribución social es más equitativa que en aquellos que no cuentan con sistemas de salud que protejan a todos sus ciudadanos.^{11, 12} Estos países han logrado el aseguramiento universal mediante sistemas nacionales de servicios de salud a los que se accede por derecho ciudadano sin mediar un seguro propiamente dicho, o mediante sistemas de seguros públicos con cobertura efectiva universal. La otra cara de la moneda son los países que aún mantienen sistemas segmentados y fragmentados, que por su propia esencia excluyen a una parte de la población de cualquier acceso a los servicios, y discriminan a los que logran algún acceso en función de su pertenencia a uno u otro segmento social. Este es el caso de una buena parte de los países de América Latina.

La riqueza económica de los países es un factor que puede favorecer la protección social universal en salud cuando dedican una parte apropiada de ésta para proteger a sus ciudadanos a través de un modelo de aseguramiento universal. Sin embargo, no basta la riqueza para lograr universalidad y mucho menos la equidad. Es esencial que cada sociedad defienda su sistema de salud y los recursos destinados a éste como un bien público apreciado para evitar que las clases políticas coloquen a la salud como última prioridad o, peor aún, como ninguna.

Defender un presupuesto público suficiente para salud; –también para educación y cuidado del ambiente– es defender el futuro y la viabilidad de nuestras naciones. Cada sociedad debe decidir qué tipo de sistema de salud quiere tener, qué porción de su riqueza nacional está dispuesta a dedicar al sistema y los servicios de salud y cómo gestionará dicho sistema. No obstante, en la práctica estas decisiones quedan en manos de los grupos que detentan el poder formal y la participación social en ellas es limitada o nula en la mayoría de los países.

DESAFÍOS

Para alcanzar los objetivos de universalidad con equidad, los sistemas de salud de América Latina deben enfrentar y resolver un grupo de desafíos comunes a la mayoría de éstos. A los desafíos de orden social, político y económico antes mencionados, se suman otros directamente relacionados a la naturaleza de los sistemas de salud. Sin pretender agotar la lista, considero que siete son cardinales actualmente:

ESTRUCTURA Y GESTIÓN

El problema mayor es la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud. La división de los sistemas de salud en sub-

sistemas paralelos e incommunicados genera en sí misma falta de equidad al clasificar a los usuarios de acuerdo con su pertenencia a uno u otro segmento. Junto al segmento privado presente con mayor o menor fuerza en casi todos los países, típicamente se identifican dos grandes segmentos públicos: el de los que están protegidos por la Seguridad Social y el de los que no tienen dicha protección. Este último constituye más de 50% de la población en varios países y habitualmente queda a cargo de los ministerios de salud o sus equivalentes, que a través de servicios propios, de estados o provincias y municipios, complementados por hospitales privados –con o sin fines de lucro– brinda atención generalmente pobre para pobres. Segmentación y fragmentación agregan un problema de macro ineficiencia al multiplicar los costos de transacción e infraestructura pública. De esta forma quedan lesionadas, desde el origen, la universalidad y la equidad.

En varios países de nuestra región la rectoría y gestión de los sistemas y los servicios de salud es débil, burocrática, ineficiente y poco respetada por los beneficiarios y usuarios de los sistemas. En los sistemas segmentados y fragmentados esta realidad se expresa con mayor fuerza y es más difícil de superar. Estos sistemas tienen serias dificultades para organizar redes integradas de servicios de salud, condición imprescindible para brindar una atención continuada, integral y de calidad. La OPS ha lanzado una iniciativa para impulsar la construcción y desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Estrategia de Atención Primaria de la salud.¹³ El propósito de la iniciativa de OPS sobre RISS es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS en los que se presten servicios que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos

esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros.

ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS	
1.	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud;
2.	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee tanto servicios de salud personales como de salud pública;
3.	Un 1er nivel de atención que actúa como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población;
4.	Prestación de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios;
5.	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios de salud;
6.	Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio;
7.	Un sistema de gobernanza único y participativo para toda la red;
8.	Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
9.	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
10.	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red;
11.	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red;
12.	Acción intersectorial

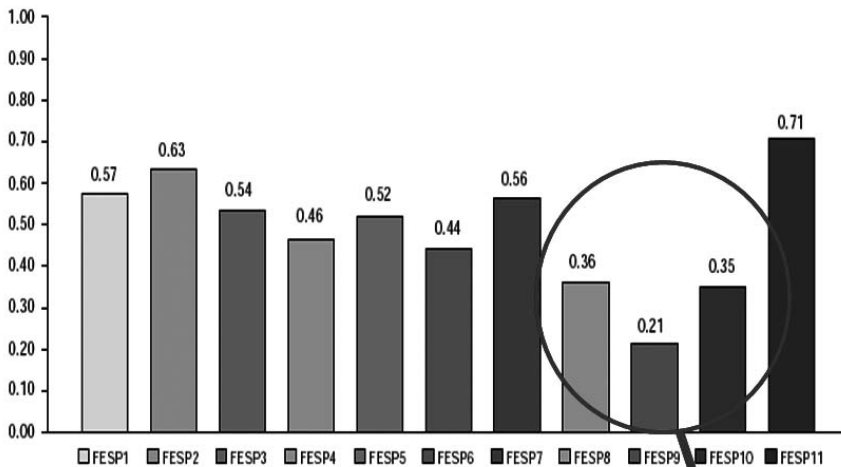
La gestión centralizada de algunos sistemas impide la toma de decisiones donde se producen los problemas de salud y se implementa una buena parte de las soluciones. Se limita la iniciativa de los gerentes de sistemas locales y la intersectorialidad, y se cercena la participación de los verdaderos dueños de los sistemas

públicos: la población. De otro lado, la descentralización puede ser un problema cuando el sistema no está estructurado sobre valores y principios compartidos y carece de una buena rectoría, coordinación y gestión en función de necesidades y no de los intereses de los prestadores de servicios y su capacidad de oferta.

DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Los países que logran buenos resultados en salud desempeñan con éxito un grupo de funciones estratégicas de responsabilidad pública en cuyo cumplimiento los sistemas de salud tienen un papel central. La “Iniciativa Salud Pública en Las Américas”,

Gráfica 1 Desempeño de las FESP en la Región de las Américas¹



¹ Organización Panamericana de la Salud.
La Salud Pública en las Américas
Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la
Acción.
Washington, D.C. OPS, © 2002.

- 8. Desarrollo de recursos humanos.
- 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios.
- 10. Investigación en salud pública.

lanzada por la OPS, definió 11 funciones esenciales de salud pública (FESP).¹⁴ En las evaluaciones de las FESP realizadas a nivel regional y en los países, se evidencia que varias de estas funciones tienen un desempeño deficiente. Siendo todas ellas “esenciales” para el desarrollo de la salud, el buen desempeño de los sistemas de salud en el cumplimiento de estas funciones es parte integral de los esfuerzos para lograr universalidad con equidad.^{15, 16}

MODELO DE ATENCIÓN

Para alcanzar universalidad con equidad resulta decisivo el modelo de atención que se implementa en el sistema de salud. En una buena parte de nuestros países, el modelo predominante está basado en el hospital y en el predominio de la atención médica curativa a eventos agudos en unidades aisladas. Las evidencias acumuladas indican que este modelo de atención no puede atender efectiva y eficientemente las necesidades de la población, y mucho menos con equidad. Se requiere, entonces, reorientar el modelo de atención hacia uno cimentado en los principios y valores de la Estrategia de Atención Primaria lanzada hace 40 años en Alma Ata y renovada recientemente por OMS y OPS.¹⁷ Los sistemas de salud deben priorizar la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños; construirse a partir de un primer nivel de atención resolutivo y de calidad, y organizarse en unidades y equipos de salud multiprofesionales estructurados en una red integral que cubra todas las necesidades de atención, desde el trabajo con las personas sanas hasta la curación y rehabilitación, priorizando las condiciones crónicas de mayor prevalencia que requieren una atención longitudinal en redes integradas de servicios de salud. Sólo así será posible enfrentar los desafíos sociales, demográficos, epidemiológicos en pro de la universalidad con equidad. En esta misma dirección se inscribe la iniciativa de OPS/OMS antes citada sobre Redes Integradas de

Servicios de Salud (RISS), inscrita en el proceso de renovación de la Estrategia de Atención Primaria.

Otra dimensión esencial en el modelo de atención es la calidad. Colocar acceso y calidad como metas secuenciales es erróneo. Una buena calidad de la atención es parte integrante inseparable del acceso a los servicios. Extender coberturas y acceso a servicios de baja calidad para pobres es éticamente injustificable. Iniciativas de OPS/OMS como “manos limpias” y “cirugía segura” en el marco de la “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” son buenos ejemplos a seguir en esta dimensión.¹⁸

RECURSOS HUMANOS

Para lograr universalidad con equidad es imprescindible contar con suficiente personal de salud, distribuido equitativamente a lo largo de la red de servicios, con la calificación y motivación necesarias para desempeñar su trabajo. Resolver esta ecuación es uno de los mayores desafíos –sino el mayor– para lograr los objetivos de universalidad y equidad en salud.

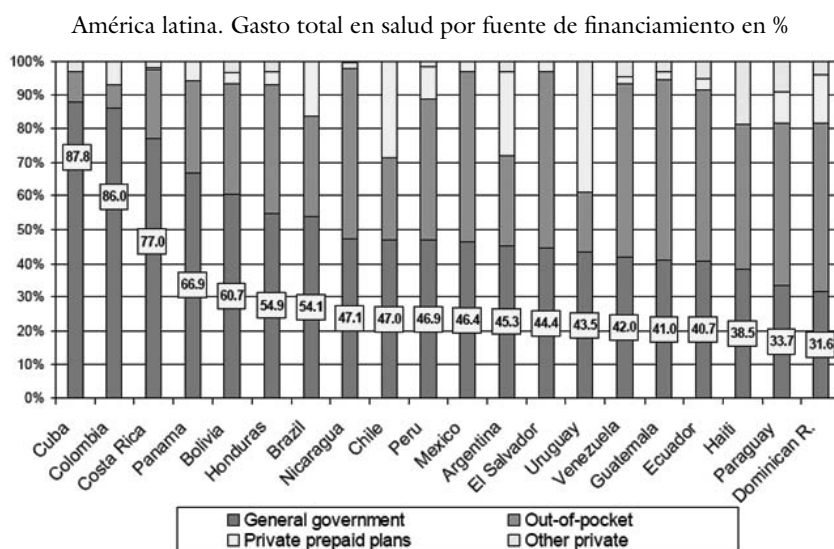
En la evaluación regional del desempeño de las FESP, citada anteriormente, la función “desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” quedó entre las tres que obtuvieron las calificaciones más bajas. Esta baja calificación se repite en la mayoría de las evaluaciones de las FESP realizadas en el ámbito nacional y subnacional en varios países.

La OMS ha calculado que 57 países (más de 40% de la población mundial) no cuentan con suficientes trabajadores de salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido. En las Américas, al aplicar la norma de densidad de recursos humanos que la Organización Mundial de la Salud ha fijado como valor básico mínimo (25 trabajadores de salud por 10 000 habitantes), quince países están por debajo, y aunque este grupo de naciones concentra a 19.5% de la población de la región,

tiene sólo 11.5% de los médicos y 3.1% de las enfermeras. Se requerirían otros 128 000 médicos y enfermeras para elevar la razón de densidad de recursos humanos de toda la región hasta el nivel de 25.¹⁹

El problema se agrava con la proliferación de instituciones y cursos universitarios en los que se forman los profesionales y técnicos de salud, en contextos nacionales que regulan deficientemente dicha formación dejando espacio a la mala calidad, con planes de estudio que no responden a las necesidades de los sistemas de salud y los problemas prevalentes, siguen orientados hacia la labor hospitalaria y curativa.

Por otra parte, es importante reconocer la importancia que tiene en esta esfera la posición y acciones de los sindicatos de trabajadores, el sector patronal y las asociaciones profesionales. Éstos pueden ser factores favorables o restrictivos para los procesos de desarrollo de los sistemas y los servicios integrados de salud que deben ser abordados con especial cuidado.



Source: Core Health Indicators, WHO, 2007

Original de Daniel Titelman, CEPAL

FINANCIAMIENTO

El gasto público en salud es un buen indicador del compromiso con ese sector. A pesar de las evidencias a favor de invertir en los sistemas de salud por la relación sinérgica entre éstos, la salud de la población, el bienestar y la riqueza de las naciones,²⁰ en muchos países, especialmente en los de menor desarrollo económico, la inversión en salud es insuficiente. De 70 países de “Desarrollo Humano Alto” según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del más reciente informe del PNUD,²¹ sólo 9 tienen un gasto privado superior al público. El gasto público en salud en los 20 países con mayor IDH es de 6.5% o más del PIB. En todos ellos el gasto público es proporcionalmente mayor que el privado excepto en los Estados Unidos de América y en 16 países el gasto público representa 70% o más del gasto total en salud.²² Esta relación se invierte paradójicamente en la mayoría de los países de “Desarrollo Humano Bajo”, entre los que predomina el gasto privado sobre el público.

El gasto de bolsillo, considerado el más regresivo, es aún muy alto especialmente en la adquisición de medicamentos. En algunos países, el gasto de bolsillo en salud llega a ser más de 95% de todo el gasto privado; el gasto en medicamentos supera 60% del gasto total de bolsillo y familias enteras caen en la pobreza por tener que asumir privadamente el pago de los servicios de salud. En este sentido, el antes citado Informe sobre la Salud en el Mundo 2008, lanzado por la OMS, dedicado a la Atención primaria de la Salud, dice lo siguiente:

Transcurridos más de 30 años desde la Declaración de Alma-Ata, que representó una señal de alarma apremiante en pro de la equidad sanitaria, la mayor parte de los sistemas de atención sanitaria del mundo siguen dependiendo del método menos equitativo de financiación de los servicios de salud: los pagos directos que las personas enfermas o

sus familias efectúan en el punto de prestación de la atención. Para 5 600 millones de personas de los países de ingresos bajos y medios, más de la mitad de todos los gastos médicos salen de su propio bolsillo. Este sistema priva a muchas familias de la atención que necesitan porque no pueden permitírsela. Además, todos los años más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza en todo el mundo de resultas de unos gastos médicos catastróficos.

Las crisis económicas y financieras, como la que atravesamos en 2009, se reflejan inevitablemente en la cantidad y calidad del gasto en salud y no es de extrañar que ocurran recortes en el presupuesto público destinado a eso. Hay un déficit acumulado de dicho gasto y para lograr los objetivos de universalidad con equidad se debe incrementar el gasto en salud. De ahí que el contexto actual es más de amenazas que de oportunidades. En un informe de enero del presente año, la CEPAL avizora un aumento de la pobreza en la región de las Américas debido al incremento de los precios de los alimentos y la energía, y el deterioro del mercado laboral, y dice que el empleo será la variable de ajuste.²³ Podría añadirse el alto precio de los medicamentos como otro factor que en el escenario descrito por CEPAL agravaría la pobreza y el acceso a la protección y atención de la salud.

En un reciente artículo, la directora de la OPS, doctora Mirta Roses alerta sobre posibles consecuencias de la actual crisis económica, como el incremento de la pobreza, la desnutrición y la exclusión en el acceso a los servicios básicos, lo que empeoraría la desigualdad que históricamente afronta la región. Nos avisa sobre el riesgo de que se reduzca el personal o el presupuesto asignado a los servicios públicos de salud por la posible reducción de ingresos fiscales, con sus negativas consecuencias en el capital humano acumulado, lo que haría aún más difícil salir de la crisis y, luego, subsanar sus efectos. Lo que se debe hacer, nos dice la doctora Roses, es “invertir en salud para

proteger los logros y minimizar los efectos sociales de la crisis, tanto a corto como a largo plazo, y además trabajar para que ese gasto público ayude a minimizar la desigualdad".²⁴

MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS

El acceso a los servicios de salud implica el acceso a medicamentos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Sabemos que la falta de acceso a medicamentos y tecnologías por motivos económicos, culturales y geográficos es un problema mayor en muchos sistemas de salud. Especialmente en relación con los medicamentos, el hecho de que su adquisición dependa mayoritariamente de gasto de bolsillo limita a veces seriamente una atención completa e integral. Los medicamentos representan entre 20 y 60% del gasto en salud en los países en desarrollo²⁵ y cerca de 90% de la población compra directamente medicamentos de su bolsillo constituyendo éste el mayor gasto de las familias después de los alimentos.²⁶ Por otra parte, más de 90% de la producción de medicamentos está concentrada en un pequeño grupo de países desarrollados y el valor de los medicamentos tiende a crecer.²⁷

Adicionalmente, la ubicación de tecnologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, como la imagenología computarizada, hemodiálisis, radioterapia y otras, habitualmente se concentra en los medianos y grandes conglomerados urbanos, lo que dificulta el acceso de quienes viven en zonas rurales o apartadas por razones de comunicación y costo. De otra parte, la concentración espacial de estas tecnologías agrega un problema de macro ineficiencia del sistema al ser redundantes en algunos lugares y ausentes en otros. La carencia de verdaderas redes integradas de servicios de salud que garanticen el acceso a los servicios en todos los niveles organizativos y a todo el abanico de prestaciones desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación agrava las dificultades de acceso a medicamentos y tecnologías.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RENDICIÓN DE CUENTAS

El sistema público de salud de cualquier país pertenece en primera instancia a su población. Se ha logrado avanzar en las últimas décadas en espacios y modalidades de participación social, pero aún falta mucho por hacer. La creación y funcionamiento en varios países de consejos de salud en las diferentes esferas de gestión (nacional, provincial, municipal, jurisdiccional...) son buenos ejemplos de participación social en los sistemas de salud. También son buenos ejemplos los comités de gestión de hospitales y centros de salud que incluyen representantes de la comunidad, las organizaciones de usuarios, los grupos de interés aglutinados por padecimientos específicos, redes en defensa de los pacientes y otras variantes de participación. Sin embargo, mucho camino hay por recorrer en relación con la transparencia y rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos, la información oportuna y apropiada a los usuarios sobre opciones de atención, el acompañamiento por el enfermo y sus familiares del proceso clínico, y la adecuación de los servicios a las necesidades e intereses de la población a la que sirve, entre otros ámbitos de acción.

HACIA SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD EN EL SIGLO XXI

Construir sistemas universales de salud requiere un consenso de la sociedad que coloque a la salud y sus determinantes en el centro de las prioridades nacionales. Ello significa alcanzar un nuevo pacto social que dedique las mayores energías a mejorar las condiciones y calidad de vida, atendiendo integralmente –no mínimamente– las necesidades de salud, educación, alimentación, seguridad social y cuidado del ambiente como base del crecimiento económico sostenible y no como limosna de la riqueza del país.

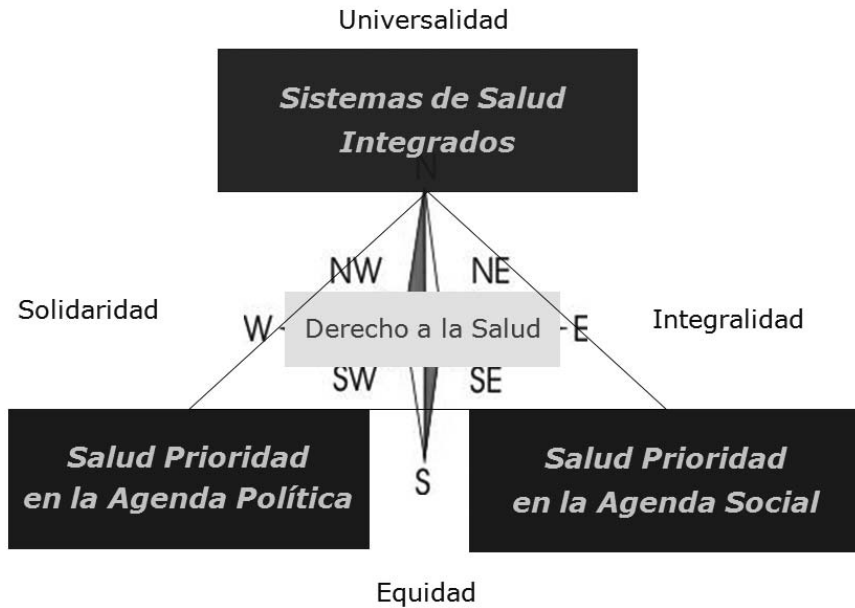
El pacto social deberá establecer una agenda estratégica de salud que contemple entre sus objetivos –aunque no únicamente– enfrentar los desafíos identificados anteriormente:

- la reforma del sistema de salud y su gestión sobre valores y principios presididos por la universalidad y la equidad;
- fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública;
- orientación del modelo de atención hacia y desde la atención primaria;
- garantía del personal de salud suficiente y calificado para trabajar en la red de servicios con énfasis en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención;
- garantía del financiamiento público suficiente para sostener un sistema universal y creación de bases y condiciones para la gestión eficiente de los recursos;
- regulación y garantía del acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias de calidad incorporadas mediante procesos de evaluación sanitaria;
- fortalecer la participación y el control social del sistema de salud y los servicios

La agenda estratégica se basa en valores y principios, y tiene tres espacios de acción. La figura que presento a continuación resume la idea utilizando simbólicamente la rosa de los vientos, guía de marinos para no perder el rumbo.

En el centro deberá estar el derecho a la salud cimentado en valores de universalidad, equidad, integralidad y solidaridad. En el documento sobre la renovación de la APS aprobado por los ministros de los países miembros de la OPS, se expresa esta perspectiva como el “derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible», «con la mayor equidad y solidaridad”, considerando la necesidad de “dar respuesta a las necesidades de salud de la po-

blación”. Este ideal se concreta mediante la protección colectiva universal a través de acciones de salud pública y la garantía de acceso oportuno de las personas a servicios de salud de calidad sin discriminación de cualquier origen.



Identifico tres espacios estratégicos de acción sin que el orden implique mayor o menor importancia entre ellas:

Sistemas de salud integrados. En primer lugar, la construcción y desarrollo de sistemas de salud integrados basados en la aps. Para ello, el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (riss) es un elemento clave. Se trata de sistemas de salud que superan la segmentación y fragmentación al colocar en primer plano el derecho ciudadano a la salud a partir de sus necesidades, y subordinan a este objetivo la oferta de servicios y los intereses particulares de las instituciones y actores sociales que participan en el sistema. Se requiere fortalecer

la gobernanza del sistema, la gestión de las redes integradas, los mecanismos de recolección y asignación de fondos para la salud, el desarrollo de los recursos humanos del sistema, los sistemas de información en función de los procesos decisivos, la planificación estratégica y la política de medicamentos, entre otros elementos sustantivos.

Salud, prioridad en la agenda política. La construcción de sistemas integrados de salud es un proceso eminentemente político en el que participan varios actores y fuerzas sociales amalgamados por el objetivo común. En la mayoría de los casos, se trata de un proceso de mediano y largo plazos, conflictivo y complejo. La existencia en cada país de fuerzas sociales con capacidad de liderar el proceso es un factor decisivo. Actores significativos son las instituciones del sector salud, universidades, institutos de investigación, los trabajadores de la salud y los usuarios organizados, que utilizan su poder y capacidad de movilizar voluntades e intereses en función del proceso. La prioridad que al final tenga la salud en la agenda política de cada país se define en espacios y procesos en general ajenos al sector salud. La decisión sobre la asignación de los recursos destinados a la salud depende de un proceso de debates y *lobbies* entre múltiples fuerzas y actores sociales interesados. Generalmente existen intereses opuestos que luchan por incrementar sus presupuestos propios. Si la salud no es prioridad en este espacio, es prácticamente imposible que lo sea la protección universal y equitativa.

Salud, prioridad en la agenda social. Por último, debemos colocar a la salud como prioridad para la sociedad. Se trata de eliminar o disminuir la distancia entre sistema de salud y sociedad, entre gestores de los servicios y quienes los usan, entre prioridades y necesidades, entre demanda y oferta.

No es suficientemente común que los ciudadanos estén orgullosos y satisfechos de sus sistemas públicos de salud y los defiendan como un valor irrenunciable de su sociedad. Se trata de una pertenencia de doble vía. De un lado, cuánto una sociedad aprecia, se apropia y defiende como conquista su sistema de salud. De otro, cuánto un sistema de salud responde a las necesidades de su población y tiene a esta en el centro de su quehacer. Dicho de otra forma, cuánto quiere y aprecia a su sistema de salud la población y sus representantes y cuán sensible y consecuente es el sistema de salud con su sociedad.

El sentido de pertenencia debe reflejarse en las políticas prioritarias de país más allá de las fronteras de los sistemas. El peso específico de la salud y su prioridad en la agenda social expresa cuán importante y apreciado es este asunto para la sociedad y sus representantes. La historia, estructura, calidad y financiamiento del sistema de salud indican de alguna forma este sentido de prioridad y pertenencia social. Un problema conocido es pobre calidad del gasto público en salud, es decir, la eficiencia y transparencia con que se emplean los recursos públicos en las acciones y servicios de salud, lo que da espacio a la reticencia de grupos sociales y políticos para destinar recursos a la salud.

La agenda estratégica presentada en este artículo no es prescriptiva. Es inapropiado dar recetas para alcanzar la universalidad con equidad en salud. Enfrentar con éxito los siete desafíos identificados y otros que cada país tenga requiere una buena dosis de decisión política, conocimientos, creatividad, motivación y dedicación. La historia de cada país, los valores predominantes en su cultura, el modelo político, económico y social, la evolución de sus sistemas de salud determinan cuál es el mejor camino. De hecho, no hay un sólo camino ni un camino perfecto.

REFERENCIAS

- ¹ 26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Extensión de la protección social en salud. Iniciativa conjunta OPS-OIT, 2002.
- ² WHA58.33 Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing>.
- ³ *Salud en Las Américas 2007*. Washington DC, OPS, 2007.
- ⁴ *La actual crisis financiera internacional y sus efectos en América Latina y El Caribe*. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile, enero de 2009.
- ⁵ WHO. Spending on health: A global overview. www.who.int/mediacentre, marzo 2007.
- ⁶ OMS, National Health Accounts <http://www.who.int/nha/country/en/>.
- ⁷ *Panorama Social de América Latina 2008*, CEPAL, diciembre de 2008.
- ⁸ Informe sobre el desarrollo humano 2007 – 2008, PNUD, <http://www.undp.org>.
- ⁹ *Ibid.*, 6.
- ¹⁰ *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*. OMS, Ginebra, 2008.
- ¹¹ Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
- ¹² *Ibid.*, 10.
- ¹³ *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos y opciones de política y hoja de ruta para su implementación en Las Américas*. Serie Renovación de la APS en las Américas. Washington DC, octubre de 2008.

-
-
- ¹⁴ *La Salud Pública en Las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.* Washington DC, OPS, 2002.
- ¹⁵ *Ibid.*, 14.
- ¹⁶ *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais.* CONASS-OPAS, Brasil 2007.
- ¹⁷ Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: *op. cit.*
- ¹⁸ *Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.* OMS, 2005.
- ¹⁹ *Recursos humanos de salud en Las Américas: tendencias y datos para la acción.* Unidad de Recursos Humanos de la OPS, Washington, 2006.
- ²⁰ Figueras, J. *et al.* *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems.* World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008.
- ²¹ *Ibid.*, 8.
- ²² OMS, National Health Accounts <http://www.who.int/nha/country/en/>.
- ²³ *Ibid.*, 4.
- ²⁴ www.paho.org. BLOG de la Directora, 16 de marzo de 2009.
- ²⁵ WHO. *The World Medicines Situation.* Geneva: World Health Organization, 2004.
- ²⁶ WHO. *Equitable access to essential medicines: a framework for collective action.* Geneva: World Health Organization; March 2004.
- ²⁷ *Ibid.*, 25.

AMERICAN HEALTH POLITICS OVER RECENT DECADES: MANAGED CARE AND OTHER FASHIONS*

Theodore R. Marmor

El problema de la atención a la salud siempre ha ocupado a los norteamericanos, y los ensayos que se han realizado no logran una solución que sea buena para todos; el senador Edward Kennedy escribió en los años 70 su libro *Crisis en la Atención a la Salud en América* en el que señala la incongruencia de que los Estados Unidos sean el país que más gasta en salud y tenga tan mala atención. /Diversos actores de este tema, médicos, empresas, gobierno, no se ponen de acuerdo porque sus intereses son diversos; esto es una de las razones por las que los Estados Unidos gastan en salud el 16 por ciento del PIB, pero son el número 37° en rendimiento en salud en todo el mundo, y el 72° en salud general. /Los presidente, Kennedy, Nixon, Carter, quisieron hacer reformas para que la cobertura de salud fuera mejor pero no lo lograron; la llegada de Reagan y después Bush hizo que la orientación mercantil de la salud tuviera un auge y aparecieran las Health Maintenance Organizations HMOs, (Organizaciones de Mantenimiento de Salud), que promueven y otorgan la medicina administrada, cuyo objetivo básico es disminuir los costos de atención a la salud; lamentablemente, sólo han hecho que la atención sea deficiente y no se resuelva el problema. /¿Cómo se puede ofrecer la mejor atención a la salud?, ¿insistiendo en la competencia profesional?, ¿incrementando la regulación?; el problema surge porque hay grupos conservadores que consideran que cualquier intento de regulación de la atención a la salud es una “socialización” de la medicina, lo cual es anatema en los Estados Unidos. /El debate aún no termina, ¿habrá más racionalización?, ¿más prevención?, se insistirá en mayor responsabilidad profesional?, ¿se fomentará el “empoderamiento” del consumidor?, ¿se abordarán los aspectos morales y éticos?; el autor considera que la política presidencial en estos momentos (2008) impide que se tomen decisiones al respecto.

2007-2008: LOOKING BACK, LOOKING NOW

The continuities of American medical politics, despite the surges of reform enthusiasm, are impressive. As the presidential election of 2008 draws closer, all the candidates feel

* Drawn from the dialogue about North American Reform sponsored by the Woodrow Wilson Foundation in the Spring of 2007.

compelled to offer plans for universal health insurance. That was the case in the build up to the presidential election of 1992, and what followed was the birth and death of the Clinton reform plan. Now, as then, huge majorities of Americans claim they want reform –universal insurance coverage– and disagree about what that would be. Then, as now, interest groups mobilize for battle, trading sound bites and horror stories attacking and defending particular reforms. At the same time, the more quiet politics in health care continue to unfold off the front page and the evening television news: the moral disputes over abortion, euthanasia, and stem-cell research, the distributive, intense local politics of hospital closures and clinic openings, the Washington and state capital fights in hearing rooms over the rules governing the practices of nurses, chiropractors, and physicians, let alone the armies of lobbyists struggling to start or stop health insurance reforms in the states. The cost of health insurance –public and private– dominates the surface of discussion, but the distributive realities of who bears those costs continue to bewilder commentators. To understand all these variables in the American medical political agenda, it is essential to shift from the details of medical care to the ordinary categories of policy and political conflict.

The broad history of American medical care from the 1970s to the first decade of the twentieth century is one of diverse conflicts, turbulent change, and a persistent sense that the vast health expenditures of these decades failed to provide good value for money.¹ Senator Edward Kennedy's 1972 book, *In Critical Condition: the Crisis in America's Health Care*,² reflected in its title the atmosphere of urgency at the time. Indeed, this sense of trouble –of seemingly continuous inflation, a complex and fragmented organization of care, and both under-insurance and lack of coverage for many millions– was so widespread that Republicans and Democrats, liberals and conservatives, competed over which form of national health insurance to offer in response.

The regulations that emerged, however, were dispersed bureaucratically, disconnected from the major public programs financing care and celebrated with visions of eventual success that no reasonable analyst should have accepted. Professional Standards Review Organizations (PSROS), for instance—established by the federal government to monitor quality of care—were relegated in 1972 to a different set of agencies, dominated by physicians and disconnected in practice from the payment systems of Medicare, Medicaid, or private health insurance plans. Medicare and Medicaid, once separate organizationally, were technically joined in an agency known as the Health Care Financing Administration (HCFA). But this new organization (now the Center for Medical Services) failed to unify Medicare and Medicaid administrations, much less have an impact on health planning. In all these cases, the political struggles were intense, dominated by groups with financial and professional interests in the policies and reported in the trade press and professional medical journals. But they all fell short of the national attention that debates over universal health insurance always prompt.

All through the 1970s, commentators complained about the uneven distribution of care and the high rates of inflation in medicine, but few fundamental changes were made. The Nixon administration tried wage and price controls, but gave up on them. The Carter administration supported legislation to contain hospital costs, but was defeated by opposition from hospitals and general skepticism that the federal government could accomplish what it promised. Inflation continued unabated amid naïve rhetoric about a “voluntary effort” to control costs by the health industry. It all seems very long ago, looking back from the perspective of 2008 to this earlier flurry of proposals and stalemate over universal, government-financed health insurance.³

In the 1980s the picture was different, politically, economically, and intellectually. Few prominent figures promoted

government-financed universal health insurance, either for the nation or for a particular state. The deficits of the Reagan and Bush years continued to dominate political discourse, and reformers turned first to bureaucratic realignments as a means to rationalize medical care provision and then to financing through such policies as diagnostic-related group payments to hospitals (DRGs). When those strategies failed, many reformers looked to competition and privatization as their panacea, appealing both to the ideology of market competition and to the grief caused by the persistent relative inflation in the costs of health care.

The earlier attention to national health insurance gave way to a wide variety of other initiatives. At the state level, there were earnest but unsuccessful efforts to expand insurance coverage. At the business level, there were noteworthy attempts to broaden the benefits in employment-related health insurance. And there were innovative experiments in financing second opinions, wellness programs, pre-paid group practice plans, and exercise facilities at the workplace. Medicare and Medicaid tried a variety of payment reforms, including the diagnosis-related group method of paying hospitals and complex formulas to adjust physician fees to standards of relative value.

But the fundamental reform of the rules of the American medical game was off the political agenda, and the major changes that were attempted were basically private initiatives. Attracted by the gold mine of funds flowing through a system of retrospective, cost-based reimbursement, the captains of American capitalism came to see opportunity where the politicians had found causes for complaint. In the hospital world, small chains of for-profit hospitals –the *Humanas* and *Hospital Corporations of America*, to name but one –grew into large companies. “Health Maintenance Organizations” (HMO’s) –a Republican-backed variant of the pre-paid group practice model of American liberals that increasingly reorganized the deli-

very and financing of care for Americans— were soon dominated by for-profit firms and expanded rapidly. Industrial giants like Baxter-Travenol and American Hospital Supply took their conventional dreams of competitive growth and extended them to vertical and horizontal integration.⁴ A glut of physicians started to come into practice, weakening the traditional market power of doctors to determine their terms of work.

All of these changes in the structure of American medicine took place within the context of increasingly anti-regulatory and anti-Washington rhetoric. Democrats and Republicans alike had been influenced by a generation of academic policy analysts—mostly economists—who ridiculed the costliness and captured quality of the decisions taken by supposedly independent regulatory agencies in Washington. The Civil Aeronautics Board and the airlines industry came to represent the distortions likely when government regulates industry and, with time, the convention of describing any set of related activities with economic significance as an “industry” demythologized medicine as well. So, even before the Reagan administration came into office, the time was ripe for celebrating “competition” in medicine, getting government off the industry’s back, and letting the fresh air of deregulation solve the problems of access, cost, quality, fragmentation, and the sheer complexity of health care. The irony is that the most consequential health initiative of the 1980s—Medicare’s prospective payment system by diagnosis-related groups— was an exceedingly sophisticated, highly regulatory form of administered prices.

THE CONTEMPORARY SCENE

After more than 30 years of talk about an American medical world in critical condition, little progress has been made in the search for a major policy change. The United States is now the only

major industrial nation without universal or near-universal health care program. Rather, Americans get health insurance from a mix of private and public sources –employers (60%), private individual plans (9%), and various governmental financing programs (27%)–. The largest government plans are Medicare (the federal social insurance program financing more than 40 million elderly and disabled Americans) and Medicaid (the state-administered, means-tested program covering 38 million low-income Americans). The public share of financing, however, is more than half of the 2.1 trillion dollars Americans spent on healthcare in 2006; this includes not only the major programs noted above, but the Veterans Administration network of hospitals and clinics, special programs for Native Americans and the Armed Services, and the tax expenditures that help to finance the employment based coverage that insures most working Americans (and is fraying).

At any one time, some 46 million Americans are without health insurance, though emergency care at hospitals is legally available to all, whether they can pay or not. Still, medical bills remain the second major cause of personal bankruptcy. The problems of access have worsened, and the list of the uninsured and the under-insured has grown. (The number of those who are uninsured within a two-year period, it is estimated, is nearly twice the 46 million noted above.) The relative rate of medical inflation has continued, and its relentless rise shows no signs of slowing, despite the extraordinary changes that have been made in the rules of the professional medical game: America spent about 7 percent of its national income, or GNP, on health in 1970, over 9 percent by 1980, more than 11 percent by 1990, and something close to 16 percent in 2008. With the highest health cost per capita of any country in the world, the United States was ranked 37th in overall performance by the World Health Organization (WHO). (The WHO did evaluate American health care first in the world in level of responsiveness and 72nd

in general health. Since Canada was 33rd in overall performance, and Oman was 8th, one should use these figures with caution. It is simpler to say that Americans spend the most and feel among the worst about their value for money.

Before elaborating on this contemporary portrait of American medical care and its politics, there are some analytical preliminaries to address. First, there is no such thing as a common politics of American medicine. One can rightly emphasize the politics *in* the nation's medical care, but not a politics *of* American medical care. In practice, that requires distinguishing among the most prominent varieties of political dispute and resolution:

- System reform: ideologically controversial disputes about whether and how to change the major features of a medical care system –whether financing, quality, costs, or delivery–. The struggles over state insurance reform in Massachusetts and California in 2007-8 exemplify these politics.

- Rationing: disputes about the extent to which and the explicitness with which medical care is apportioned at any one time– a topic of differential intensity across national borders and within them–. These struggles are usually dominated by professional medical care groups but find expression in the mass media, as with the denial of access to organ transplantation.

- Prevention: disputes about the effectiveness and cost implications of efforts to prevent illness, disease, and injury, as well as conflicts over the benefits and costs of so-called healthy public policies. There is great variability over time and space in the salience of these disputes, with current attention in the United States focused on wasteful treatment as compared to possible improvements in preventive care.

- Professional accountability, autonomy, and power: the extent to which the medical profession is being subjected to external scrutiny and losing control over its own activities. These

issues are obviously of greatest interest to the affected professional parties.

- **Panics:** issues where public anxiety and governmental action are generated by unexpected or unpredicted epidemics or health crises (e.g., AIDS, BSE, contaminated blood, SARS). These episodes result initially in a period of strict order, followed by intense politics, and struggles that dominate the mass media for a time before they disappear.

- **Consumer empowerment:** disputes over efforts to increase the role of ordinary citizens, whether patients, taxpayers, or caregivers, in the making or implementation of policies in health care. While highly variable in salience over time and space, this topic has emerged in the Bush administration under the rubric of “consumer-directed healthcare.” In practice, that euphemistic phrase refers to high-deductible health insurance plans with or without the tax incentives represented by medical savings accounts (MSAs).

- **Moral crusades:** disputes about abortion, stem-cell research, euthanasia, smoking bans, alcohol control, and other contentious issues of individual versus social choice.

These categories should help us to explore the distinctive configurations of interests, institutions, and processes shaping current debates about specific health care issues.

COMPETITION *versus* REGULATION

Is the idea of complete government control over and administration of medical care financing the answer to the continuing debate over containing health care expenditures? Some Americans –policy-makers and medical care professionals as well as ordinary citizens– think that the only way to get the problems of America’s health care system under control is to follow the model of the British National Health Service.⁵ That model, howe-

ver, invokes the unhappy image of severe rationing of care and long waits for all but the most pressing medical problems. It also conjures up images of “socialized” medicine, with all the loss of individual control and freedom of choice for both practitioner and patient that the slogan implies. The widely acknowledged seriousness of American medicine’s present problems has not produced clear public support for the British policy. By contrast, considerable support has been expressed at various times for versions of national health insurance modeled on Medicare, the Canadian national health insurance program. Interestingly, that is less so in 2008 than in either the early 1970s or the period leading up to the Clinton reform struggle of 1991–94.

Alternatively, at the other extreme in American health policy, is the answer a set of ideas known as the “competitive health strategy”⁶ Though their arguments vary, advocates of competition believe that restructuring financial incentives is crucial to restraining medical inflation and controlling both public and private health expenditures. Their central policy prescription is the introduction of greater price competition in the delivery of care. In the presence of widespread health insurance, these advocates argue, there is scope for price competition in premiums. They also argue that substantially increased cost-sharing by patients is helpful on the demand side of the market.

The eventual outcome of any thoroughgoing competitive health care strategy was and remains uncertain. The strategy has not been implemented on a wide scale anywhere in the postwar period. For all these reasons, the reality of health politics from the 1980s on has been incremental steps of both a regulatory and a competitive variety –what we might call “agitated incrementalism.”⁷ There was little coherent public concern about the rising costs of health care in the United States, though polls revealed continuing public anxiety. The concerns that mattered were the costs of care to individuals (in premiums or cost sharing when

ill), to firms (in increased expenditures for employee health insurance), and to governments (in rising outlays for particular programs –Medicare for federal officials; Medicaid for state and federal officials–). Concern about relative inflation in medical care –the concern that the society is spending more for care in the aggregate than its citizens receive in benefits– is an academic’s problem. America may well be, as Brian Abel-Smith wrote some years ago, a country where we receive insufficient “value for money”.⁸ But, where medical care is concerned, the public worries more about access, financial protection, and quality than about value for money. And that is why, at this point, the concern about the dismantling of employer-related health insurance has prompted so much national attention.

Cost containment, when seriously attempted, arises from actions to control the rising burden of medical care to particular payers, most prominently the federal government and hardly less so to particular states and corporations.⁹ The problems with that approach are all related to the obvious fact that actions that save federal (or state or corporate) dollars do not necessarily constitute anti-inflationary successes. Indeed, actions that have substantially shifted costs among payers have had little or no effect on total health care expenditures.

Turning now to delivery, the dispensing of American medical care “can be simultaneously described as a system on the brink of crisis and as a strong and growing industry, with seemingly equal accuracy.”¹⁰ In attempting to explain this situation, we need first to emphasize the enormous influence of providers in the imbalanced political marketplace of many of the health policy struggles. And worsening that imbalance is the lack of sustained public opinion marshaled around any one of the various formulations of the problems of cost, access, and quality of American medicine. A large part of the explanation for the US’s current health situation is the pluralism of American politics and the parallel dispersion

of countervailing power in both the political and the economic marketplaces. Our federalism has spread the authority for regulating medical care between the national government and the many states. Our financing splits private and public payers, with considerable discrepancies among them in each sector.

Two explanatory factors for the cost pressures in American medicine become central. Medical care is widely regarded as a merit good, still widely insured through work, and a part of the American private and public welfare state. The fragmentation of finance has meant that, once payers are aroused, the problem they separately address is that of their own costs, not of American medicine. Pluralistic finance, combined with extensive third-party coverage, is a predictable recipe for inflation. Only those regimes that have concentrated the stakes of medical payers—Great Britain, Canada, Germany, for instance—have been better able to restrain the forces of medical inflation. And such countervailing power is but the necessary condition for restraint. Political will is also essential. In some instances, as in Sweden, the governments with concentrated authority have chosen to spend more on medical care—as governments have, too, in recent years, in Canada—. Those countries made these choices through balancing the gains and losses of increasing expenditures. In the United States, in contrast, we have discovered our inflating health outlays, not chosen them.

Rapidly inflating medical care costs are not only a central problem that reformers must address but also a major barrier to sensible reform debate in the United States. The controversies over the American Medicare program in the period after the Clinton reform failure (1995 to the present) illustrate clearly this feature of contemporary health politics. Budget politics provided the setting, but the themes were much broader. They help us to understand the context facing the United States in the presidential battles of 2008.

MEDICARE: AFFORDABILITY, FAIRNESS, AND MODERNIZATION

Medicare, largely ignored in the battle over health care reform in the early 1990s, returned to center stage following the Republican congressional victories of 1994. Given bipartisan calls for reductions in the nation's budget deficits and hostility among some Republicans to Medicare's social insurance roots, it was almost certain that this program would again generate intense and very public debate and conflict. Moreover, like Social Security pensions, long-term projections of Medicare spending prompt worries about unsustainable budget outlays—especially in light of the aging population and the hugely expensive medical technologies and prescription drugs increasingly becoming available.¹¹ The public commentary about Medicare in the 1990s incorporated arguments that were to reappear in vivid language over the next decade and more. Unaffordability, unfairness, and somewhat masked ideological objections—operating under the banner of “modernization”—all these terms were applied to social insurance itself and, by extension, to “government medicine”.¹²

AFFORDABILITY

The truth is that fearful projections of Medicare's fiscal future reflect a problem of U.S. medicine, not a crisis caused by Medicare's structure. In fact, for most of Medicare's history, program spending grew about as rapidly as outlays in the private medical economy.

Figure 1 shows a number of temporal shifts, which help explain particular episodes of fearfulness. From the early 1990s, per capita medical costs grew much faster than per capita gross domestic product (GDP) in both the private sector and Medicare. But from

about 1993 through 1997, private health outlays grew far less rapidly than Medicare outlays. This discrepancy itself prompted many cries of alarm. Since then, however, the relationship has shifted back and forth. The important reality in the period after 1997 is rapid inflation in U.S. medical care generally, not just, or even particularly, in Medicare.

Figure 1
Trends in Health Care Costs Per Capita, United States, 1991-2003

	Percent change by spending category			
	GPD per capita	Non-Medicare health services	Large employer premiums	Medicare per enrollee
1991-1993	3.3	6.2	10.1	—*
1994-1997	4.4	2.4	2.4	—*
1998-2000	4.6	6.7	6.0	0.3
2001-2003	2.8	9.0	13.3	7.2
1990-1995	3.7	(4.5)	(7.4)	(8.7)
1995-1997	4.8	(2.6)	(1.3)	(6.5)

Source: J. White, "Transformations of the American Health Care System: Risks for Americans and Lessons from Abroad" (Unpublished manuscript, 2006).

Note: GDP is gross domestic product.

* Not available.

Over the long run—from 1970 to 2001, for instance—Medicare spending per enrollee grew less rapidly (9.6 percent per year) than spending for the privately insured (11 percent). Over the period 1990–2003, spending rose at similar rates for both Medicare and private insurance.¹³ These data give no reason to be complacent about the costs of U.S. medical care. But nor do they support the claim of Medicare's incapacity to control medical inflation.

Yet, whenever there has been a more rapid rate of increase in Medicare spending in combination with projected deficits in the Medicare Part A Trust Fund, critics use projections of Medicare's future outlays to suggest that the program must be

fundamentally reformed now. Suggestions for reform are often fabulously complex, but they tend to have these common features: the explicit or implicit claims that the “common pool,” or social insurance features, of Medicare are the cost-control culprit; and the idea that adding choice, competition, and individual responsibility (“consumer-driven health care” now) will solve the problem.

The common pool feature of Medicare cannot plausibly be a cause for fiscal concern. In other developed countries, experience has repeatedly demonstrated the superior capacity of more universal social insurance programs to restrain growth in overall medical spending. As noted earlier, any comparison of growth in health spending of the United States and social-insurance nations like Germany, the Netherlands, and France would show U.S. spending growing more rapidly in recent decades. And these other countries have older populations and more widespread use of health care than is the case in the United States.¹⁴

One might argue more plausibly that fiscal restraint is difficult because Medicare does not cover everyone. Medicare has indeed few instruments to control capital spending. But its powerful constraints on payments to hospitals and doctors spill over onto pressures on private payers. The latter fight back by adapting some of Medicare’s techniques, which then increases political pressures from providers to ease up on cost control. The experience of the past 30 or more years demonstrates that fragmented U.S. arrangements for financing medical care are comparatively weak instruments for controlling spending growth. That does not indict Medicare, but it does highlight a serious problem that Medicare (and the rest of the medical economy) will have to confront.

Critics—especially those concentrated in the pro-market wing of the Republican Party—have increasingly appealed to individual responsibility, choice, and competition as the “solution” to the

problems of both U.S. medicine generally and Medicare's fiscal problems in particular.¹⁵ One response is the broad proposal for health savings accounts (HSAs). Instead of participating in group insurance at the place of employment or paying the health insurance portion of *Federal Insurance Contributions Act* taxes, Americans are urged to contribute, tax free, to health savings accounts to cover their medical care needs. A version of such accounts was included in the 2003 *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA). The buildup in these accounts, along with an inexpensive "high-deductible" or "catastrophic" insurance policy, would, it is claimed, provide sufficient reserves for medical care both while employed and during old age.

There are major transitional problems with this scheme, but those need not distract from the main line of argument. For the young, the healthy, and the affluent, a health savings account approach is a great deal, particularly so if, as is virtually certain, these tax-free savings could be tapped for other purposes once a sufficient cushion was achieved. What happens to the rest of the population is only slightly less clear but broadly predictable. With "good risks" now not in the insurance pool, bad risks must be "insured" by general taxation. In short, instead of medical care as a part of a national pool of social insurance financing (or its Canadian equivalent), the system would move rapidly toward segmentation: private insurance for the young, healthy, and relatively well-off; welfare medicine for everyone else.

An alternative "privatization" approach retains Medicare's social insurance coverage for the elderly but attempts to save public funds by having privately managed care plans compete for Medicare patients. This alternative poses no direct threat to social insurance. Rather, the worrisome issue is whether managed care can both save money and deliver decent medical care at the same time to the elderly, or to anyone else. These are crucial questions for the whole of U.S. medicine, not just Medicare.

FAIRNESS

A more fundamental issue than is financial fairness in medical care. Should the insurance risks of ill health be dealt with in a universal, contributory, or tax-financed “public insurance” program or left to a patchwork system of private payment, private insurance, and diverse public subsidies for veterans, the aged, the poor, participants in employment-based health insurance, and so on?

The place of Medicare in this more fundamental discussion is, in 2008, odd. From the standpoint of universal protection, Medicare was and remains conceptually divided. It separates retired workers from those still on the job, thus breaching one version of social solidarity and giving rise to concerns about unfair special treatment for one segment of society. And because Medicare covers only three groups of the population—those “retired” because of age, disability, or renal failure—it can all too easily take on the coloration of interest-group politics. These politics are not the vitriolic struggles of us-them welfare policy. But it is quite easy to claim as “unfair” the relatively generous treatment of Medicare beneficiaries compared with the circumstances of ordinary American families flailing in the sea of either uncertain insurance coverage or added constraints on their choices within insurance coverage. The question is whether the rest of the population shares this vision of unfairness, as opposed to wanting Medicare’s security and choices in their own coverage.

Developments during the past two decades have undermined a common experience of health insurance coverage. Traditional private, non-profit Blue Cross, Blue Shield plans have largely disappeared. Where they exist, they mostly use commercial health insurance practices.

There is no evidence that any substantial number of Americans accepts “unfairness” claims or favors moves to align

Medicare's coverage with what has emerged in the private market. Nor, as the discussion of affordability reveals, is there any reason to believe that competition yields cost savings that will permit a "fairer" distribution of coverage. Indeed, the only "modernization" movement that has gained traction was the complaint about Medicare's failure to respond to changes in the nature of medical care, not changes in insurance plans. There the critics had obvious grounds for their charge. In 1965 drugs used outside the hospital were a modest part of the medical budget, and, in any case, Medicare reformers assumed that there would be persistent expansions of populations and services covered. Neither development took place according to plan. As pharmaceuticals came to play a larger role in medical care and as the world of private U.S. health financing diverged from the older Blue Cross, Blue Shield model, Medicare became an outlier in form and, in substance, fell short of the breadth of services covered by many private plans. Medicare beneficiaries were not getting the drug coverage that had become standard for other insured Americans.

MODERNIZATION

As of 2003, Medicare could be perceived as unfair in two ways: Medicare beneficiaries had more comprehensive coverage and choice of providers than many insured non-retired people had, but less coverage of increasingly important and expensive prescription drugs. Enter the *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* of 2003, a fantastically complex piece of legislation designed to combat both "unfairnesses" by rolling them into a common call for "modernization." Medicare beneficiaries would obtain drug coverage, but in a "choice of plans" form that relied on private insurance provision, competition, and consumer choice. Moreover, the

statute went beyond drug coverage to pursue the “modernization” of other health insurance areas. These included a complex set of incentives and financing arrangements intended to promote movement out of traditional Medicare into private plans more like those available to most other insured Americans. “Modernization” in this form implicitly promised cost containment through competition. Indeed, the statute went so far as to prohibit the one proven cost-constraint mechanism in Medicare’s arsenal: use of its market power to bargain down prices, a technique too close to government price setting to satisfy the Bush administration and its allies in the 2003 Congress.

This Act was, in many respects, legislation by stealth. Here, and elsewhere, “modernization” has become a code word that masks ideological hostility to the public social insurance structure with which Social Security and Medicare began. It holds out the hope that truly modern systems of social provision will be both more affordable and fairer than “relics” of our New Deal and Great Society past that have outlived their usefulness. And in the current U.S. political context, to be modern means to hold a distinctive ideological position –at least to every one of the Republicans who sought their party’s nomination in 2007-8-. It is the power of individual choice, market competition, and personal responsibility to remake social policy to fit the demands of the 21st century.

I believe these “hopes” to be profoundly misguided. Fragmenting risk pools will not increase the fairness of American medical care. And choice and competition have no proven record of cost control in medical care either in the United States or elsewhere. Modernization in this guise is a Trojan horse. Inside is a complex set of devices that increase individual risk bearing and decrease the economic security traditionally provided by government health insurance in its social insurance or tax-financed form. Nonetheless, the contemporary debate has

been profoundly influenced by the struggle over Medicare in the period after the Clinton reform failure. What appears sensible to promote is constrained by the interpretations of affordability, fairness, and modernity just discussed.

HEALTH REFORM IN 2007-2008

Americans are not well served by their current medical care arrangements. Compared to our major trading partners and competitors, we are less likely to be insured for the cost of care, and the care that we receive is almost certain to be more costly. Though the leader in expenditures for medical research, U.S. medicine is not the undisputed leader in medical innovation except in the costliness and ubiquity of high-technology medicine. Most Americans “covered” by some form of health insurance still worry about its continuation when they or a close family member become seriously ill. Some are locked into employment they would gladly leave but for the potential catastrophic loss of existing insurance coverage. Something needs to be done, as the presidential candidates all acknowledge.

One fact remains obvious, however. Americans have long been dissatisfied with the nation’s medical arrangements, but our political system has been unable to come up with a solution that satisfies enough of the public to overwhelm the institutional and interest group barriers to reform.¹⁶ There is now, to be sure, once again a remarkable consensus that American medical care, particularly its financing and insurance coverage, needs a major overhaul. The critical unanimity on this point bridges almost all the usual cleavages in American politics: between old and young, Democrats and Republicans, management and labor, the well paid and the low paid. The overwhelming majority of Americans (including Fortune 500 executives) tell pollsters that the medical system requires substantial change. This level of

public discontent was good news for medical reformers in 1993, just as it is again.¹⁷

The bad news for reformers, then and now, is that, for ideological and institutional reasons, American politics makes it very difficult to coalesce around a solution that reasonably satisfies the requirements for a stable and workable system of financing and delivering modern medical care. Agreement on the seriousness of the nation's medical ills will not necessarily generate the legislative support required for a substantively adequate and administratively workable program. That is as true in 2007-2008 as it was in 1948, 1971, 1993, and 2000.

The most obvious point is that the presidential competition for 2007-2008 has already recapitulated the run-up to its parallels in earlier struggles. Contenders—particularly among the Democratic hopefuls—feel compelled to propose detailed plans or are put on the defensive for not doing so. To date, the result has been depressingly familiar in a number of ways. Not one candidate has stated straightforwardly the core values health reform should express. Rather, the enumeration of complaints has dominated. The result is a pattern of problem identification and gestures toward complicated steps to broader health insurance coverage. The differences in values between a plan presented by Governor Swartzennegar and any of the Democratic contenders are not easy to identify. None of the plans discussed—whether the expansions of child health insurance mentioned by Senator Clinton, the appeal to mandated coverage by Clinton and John Edwards (and incorporated in the California and Massachusetts plans), the Obama proposal of incentives for health insurance expansion, or the Bush administration's embrace of medical savings accounts and changes in the tax code's treatment of employer-arranged health insurance celebrated by Republican policy experts—seriously address persistent medical inflation. Yet it is the contemporary costs (16 percent of national income)

and the rate of increase (1.5 to 2 times the growth of American incomes) that is at the core of the coverage problems the United States faces.

The gap between diagnosis and remedy is not an oversight, however. Candidates understandably are wary of announcing who the losers would be if their favored approach were actually to become a program fact. After all, if our medical arrangements are to become more affordable, some of those whose incomes constitute health expenditures must get less in the future than they might like. But so far, the presidential campaign of 2007-2008 shows no sign of improvement over the Clinton period and has less clarity, about values or program structure, than the campaign of the early 1970s. That is not a healthy sign, but it is a good reason to reconsider the serious values debate: over values at stake, international experience, and a sober review of the United States' own history with public and private financing of medical care.

ABOUT THE AUTHOR

Theodore Marmor is professor emeritus of politics, public policy and law at Yale, coauthor of *America's Misunderstood Welfare State* (Basic Books, 1992), author of the *Understanding Health Care Reform* (Yale Press, 1994) and his most widely noted book, *The Politics of Medicare*, 2nd edition, 2000, Aldine de Gruyter is now available with Transaction Books. Marmor's most recent publication is *Fads, Fallacies, and Foolishness in Medical Care Management and Policy*, (Singapore: World Scientific Press, 1994).

REFERENCES

- ¹ The sketch of American medical politics and policy is drawn from my previous work: "Commentary," on Kenneth R. Wing, "American Health Policy in the 1980s," *Case Western Reserve Law Review* 36, 4 (1985-86): 608-85, at 686-92, and a review of Robert G. Evans, *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care* (Toronto: Butterworths, 1984), in *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 11, 1 (1986): 163-66 (for an expanded version, see *Perspectives in Biology and Medicine* 30, 4 (1987): 590-96).
- ² Edward M. Kennedy, *In Critical Condition: The Crisis in America's Health Care* (New York: Simon and Schuster, 1972).
- ³ In 1974, for instance, the now forgotten Kennedy-Mills proposal received extended consideration in the finance committees of the Congress, as did the Nixon CHIP plan and the catastrophic health insurance bill of Senators Long and Ribicoff. The politics of this period are reviewed in Lawrence D. Brown, *Politics and Health Care Organizations: HMOs as Federal Policy* (Washington, D.C.: Brookings, 1984); and T.R. Marmor, *Political Analysis and American Medical Care* (New York: Cambridge University Press, 1983).
- ⁴ For a varied discussion of these new elements in American medicine, see Jeffrey Goldsmith, "Death of a Paradigm: The Challenge of Competition," *Health Affairs* 3 (1984): 7-19; Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine* (New York: Basic Books, 1984); and T.R. Marmor, Mark Schlesinger, and Richard W. Smithey, "A New Look at Nonprofits: Health Care Policy in a Competitive Age," *Yale Journal of Regulation* 3 (1986): 313-49.
- ⁵ See, for instance, Henry J. Aaron and William B. Schwartz, *The Painful Prescription: Rationing Health Care* (Washington, D.C.: Brookings, 1983).

-
- ⁶ See Alan C. Enthoven, *Health Plan: The Only Practical Solution to Soaring Health Care Costs* (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1980); Clark C. Havighurst, "Competition in Health Services: Overview, Issues, and Answers," *Vanderbilt Law Review* 34 (May, 1981): 1115-78; and T.R. Marmor, Richard Boyer, and Julie Greenberg, "Medical Care and Procompetitive Reform," *Vanderbilt Law Review* 34 (May, 1981): 1003-28.
- ⁷ These ideas are drawn from T.R. Marmor and Jon B. Christianson, *Health Care Policy: A Political Economy Approach* (Los Angeles: Sage Publications, 1982).
- ⁸ Brian Abel-Smith, *Value for Money in Health Services* (London: Heinemann Educational Books, 1976).
- ⁹ For an extended presentation of the politics of medical inflation, see Wing, "American Health Policy in the 1980s."
- ¹⁰ *Ibid.*, 612.
- ¹¹ Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplemental Health Insurance Trust Funds, *2005 Annual Report*, March 23, 2005, <http://new.cms.hhs.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2005.pdf> (accessed February 27, 2006).
- ¹² J. Oberlander, *The Political Life of Medicare* (Chicago: University of Chicago Press, 2003); and Marmor, *The Politics of Medicare*. (New Jersey: Transaction Books, 2000, 2nd edition).
- ¹³ C. Boccuti and M. Moon, "Comparing Medicare and Private Insurers: Growth Rates in Spending over Three Decades," *Health Affairs* 22, num. 2 (2003): 235.
- ¹⁴ T.R. Marmor, "From the United States," in E. de Gier, A. de Swaan, and M. Ooijens, eds., *Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe: The Neighbours' View* (Amsterdam: Het Spinhuis, 2004), 111-34.
- ¹⁵ For some illustrations, see S. Butler and D.B. Kendall, "Expanding Access and Choice for Health Care Consumers

through Tax Reform,” *Health Affairs* 18, 6 (1999): 45-57; and H.J. Aaron and R.D. Reischauer, “The Medicare Reform Debate: What Is the Next Step?” *Health Affairs* 14, 4 (1995): 8-30.

- ¹⁶ While substantial change took place in the United States in the decades from 1980 to 2000, most of it was privately generated. What is called the “managed care” movement altered the way most American physicians practice and get paid, and it had a lot to do with the changing ownership and shape of American hospitals. These changes stand in contrast to the publicly organized reforms in the United Kingdom (internal markets in the 1990s) or Canada (national health insurance in the period 1957-1971). For more on health reforms, especially “nonpublic change,” see Carolyn H. Tuohy, *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada* (Oxford: Oxford University Press, 1999).
- ¹⁷ For more on the public desire for substantial change in health care, see Robert J. Blendon and John M. Benson, “American’s Views on Health Policy: A Fifty-Year Historical Perspective,” *Health Affairs* 20, 2 (March/April, 2001): 33-46. A New York Times/CBS news survey in February 2007 confirmed this historical pattern, with “an overwhelming majority” saying that “the healthcare system needs fundamental change or total reorganization.” Robin Toner, “U.S. Guarantee of Care for All, Poll Finds,” *New York Times*, March 2, 2007.

PRIVATIZATION OF PUBLICLY-FUNDED HEALTH CARE SYSTEMS VIA HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS AND INVESTOR-ACQUISITION OF HOSPITALS AND OTHER FACILITIES

David U. Himmelstein
Steffie Woolhandler

En la conferencia, la doctora Woolhandler explicó con detalle cómo las Organizaciones de Mantenimiento de Salud HMO's han creado infinitos problemas en los Estados Unidos, y se sorprende que el sistema se haya exportado a México, Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Suecia y Corea. / El sistema se basa simplemente en las reglas del mercado, y uno de los fundadores de las HMOs señala: "ganancias, es la condición mandataria para la sobrevivencia"; el objetivo de las HMO's es bajar los costos de operación, lo que lleva a escoger pacientes que no tienen graves problemas de salud, relegar a aquellos que tienen severas enfermedades crónicas o necesitan tratamientos costosos o prolongados, negar la atención a enfermos por diversas causas, controlar las decisiones de los médicos en cuanto a estudios médicos, de laboratorio y gabinete que pueden realizar, condicionar las intervenciones quirúrgicas o posponerlas, etcétera. / Como tal, el experimento HMO's es un experimento fallido, hay mayor mortalidad, más burocracia, costos más alto, el paciente es un "consumidor de servicios", por lo que el "producto" que es la salud, no se puede evaluar. / La comercialización de la salud en las HMOs, elevó los costos de la burocracia financiera, que en la actualidad consume el 31% del gasto total en salud. / En su resumen señaló: cuatro décadas de experiencias HMO's es suficiente; el modelo ofrece calidad inferior a precios elevados, favorece los negocios de médicos sin escrúpulos y empresarios voraces, mina las instituciones, y todo esto se debe a que los mecanismos del mercado solo buscan ganancias y beneficios financieros por lo que la salud quedó relegada; todo lo anterior debe alertar a otros países del mundo.

Many nations in Western Europe and the Americas are now borrowing market-based health care structures first developed in the United States, such as health maintenance organizations (HMO's) and investor-ownership of hospitals, kidney dialysis facilities, and nursing homes. Many of us in the United States wonder why anyone would choose to emulate the U.S.

healthcare system. Our costs per capita are about twice the average of other affluent nations. Forty-six million are completely uninsured. Many others with insurance face high out-of-pocket costs that hinder care and bankrupt more than a million annually.¹ Mortality statistics lag most other wealthy countries, and even for the insured, clinical outcomes and patient satisfaction are mediocre at best.^{2,3}

The United States' dismal health care record arises, we contend, directly from health policies that emphasize market incentives. Such policies redefine health care from a public service into a collection of commodities; they make (in the words of a chief architect of HMOs and managed competition) "profitability...the mandatory condition of survival" for health institutions.⁴ As a result, investor-owned firms have eclipsed the charitable, public and professional bodies that heretofore managed the financing and delivery of care. Government has channeled vast sums through private insurers and providers. Payment policies intended to reward efficiency have instead nurtured firms that tailor health care to profit and avoid unprofitable patients, locations and services. Conversely, hospitals and other providers unable or unwilling to subordinate clinical priorities to financial ones have withered, regardless of efficiency.

The U.S. government has largely abandoned its role in health planning, relying instead on survival of the financed. Paradoxically, while private firms increasingly dominate U.S. health care, government's share of health spending has grown.

Politicians elsewhere now push market-based health reforms that closely emulate U.S. policies, often while disavowing this similitude. We present in this paper a case study of the commercialization and marketization of U.S. healthcare. We emphasize U.S. programs that combine public funding and private delivery, which are closely analogous to schemes that have been recently

enacted or proposed in other nations. The appropriate response to such policies is quarantine, not replication.

Proponents of market-based reform seek economic efficiency and consumer responsiveness through competition among healthcare providers and even the participation of private firms in the provision of care. Thus reformers in Mexico have sought to shrink direct government provision of health care, and increase the use of tax dollars to purchase health care in the private sector. Similarly, Canada's Kirby Commission⁵ and Alberta's Third Way would enlarge the role of for-profit providers within Canada's publicly-funded system. In the U. K., investor-owned firms play an ever greater role within the NHS, with government privatizing a widening range of management tasks⁶ and even contracting for GP services.⁷ For-profit hospital firms now flourish in Germany, under a DRG payment system borrowed from the U.S. And for-profit hospital ownership is on the agenda in Sweden and South Korea.^{8,9} In each case the reformers embrace U.S.-style competition among health care providers, but disavow America's private payment system as the wellspring of its healthcare inequity and inefficiency.

This view reflects a misperception of U.S. healthcare financing. In fact, public dollars account for the majority of U.S. health spending. While official figures peg the government's share of total health expenditures at only 45.4% in 2005,¹⁰ this figure explicitly excludes two major streams of government health funding: (1) tax subsidies for private insurance which cost the federal treasury \$188.6 billion in 2004 and predominantly benefit wealthy taxpayers.¹¹ And (2) government purchases of private health insurance for public employees like policemen, teachers, and even president Obama. Public workers account for 17% of all civilians workers with private health coverage (Himmelstein DU, Woolhandler S. Unpublished analysis of March, 2005 Current Population Survey), but fully 24.7% of employer spending

for private coverage.¹² The government paid private insurers \$120.2 billion for such coverage in 2005.

Including these two categories, government's share amounted to 9.7% of GDP in 2005, 60.5% of total health spending or \$4048 per capita (out of total expenditures of \$6697).¹³ By contrast, government health spending in Canada and the U.K. were 6.9% and 7.2% of Gross Domestic Product (GDP) respectively, or \$2337 and \$2371 per capita.¹⁵ Indeed, government health expenditure in the U.S. is, as a percentage of GDP, the highest in the world. In absolute terms, government health spending per capita in the U.S. exceeds TOTAL health spending –public plus private– in every nation except Norway, Switzerland and Luxembourg.

That government funds account for most U.S. health spending is a dangerous fact. It signifies that the nexus of the U.S. predicament is not private funding, but rather the combination of public funding and private management of care.

PRIVATE HMOS PARTICIPATION WITHIN THE U.S. MEDICARE PROGRAM

Recent reforms in Europe and the Americas closely mimic the combination of tax-payer funding and a market-oriented delivery system in the massive U.S. Medicare program (which covers all elderly Americans and some of the disabled). The U.S. Medicare program has a budget more than double that of the entire NHS.

Until 1965, many U.S. employers offered private coverage for their workers, but most of the elderly, poor and disabled were uninsured and forced to rely on threadbare government institutions or on charity. In 1965, Congress established the Medicare social insurance program covering the elderly. Private hospitals' gained a vast new market, and investors soon took note, launching for-profit chains that now account for

15% of U.S. acute care hospitals. When Medicare was expanded to include all end stage renal disease patients in 1972, for-profit firms established dialysis facilities to capture this new revenue stream.

Until the 1970s, private insurers (mostly founded and controlled by doctors and hospitals) and Medicare exercised minimal oversight of care and payment rates. But soaring costs prodded employers (who purchased most private coverage) and government to assert more control. In the private sector, “managed care” and HMOs—most of which were controlled by investors rather than health providers, and vigorously intervened in clinical care—rapidly gained a foothold.

Medicare’s embrace of market-oriented cost containment dates to 1983 when it shifted from reimbursing hospitals for their costs to fixed, per-admission (DRG-based) hospital payment. While this reform failed to control costs, it did stimulate the ascendancy of management. Under the old payment system, Medicare reimbursed hospitals for the cost of each patient’s care; none brought great profit or loss. The new system meant that some patients were profitable, and others caused losses. Hospitals were rewarded for exaggerating the severity of each patient’s illness, so called “upcoding”; recruiting patients in profitable DRGs (*e.g.* cardiac procedures) while avoiding those with unprofitable diagnoses, or social circumstances that might prolong the hospital stay; and squeezing patients out quicker (if sicker). The number of hospital managers doubled between 1983 and 1988 (Himmelstein DU, Woolhandler S. Unpublished analysis of data from the Current Population Survey).

In the mid 1980s, Medicare also began encouraging the elderly to enroll in private HMOs. Government paid the private plan a fixed monthly premium for each person who switched from traditional fee-for-service Medicare, with the HMOs taking over responsibility for purchasing (or, rarely, providing) care.

This arrangement was touted as a means to bring market efficiency to the public program and to broaden patients' choices.

Unfortunately, the first crop of Medicare HMOs yielded mainly scandal—*e.g.* a major political donor whose plan signed up thousands of aged patients in Florida (and collected tens of millions of government dollars) but neglected to contract with doctors or hospitals to care for them—. He fled prosecution, eventually seeking refuge in Spain.¹⁵

Subsequently, Medicare continued to pursue contracts with private HMOs but applied stricter regulations. The government set the HMOs payment at 95% of the average monthly cost of care for a patient in traditional (fee-for-service) Medicare, with the expectation of 5% savings through improved efficiency. Patients who chose an HMOs—attracted by offers of free eyeglasses, lower co-payments or other benefits not covered under the traditional Medicare plan—were free to return to traditional Medicare whenever they wished.

HMOs recognized an opportunity in the skewed distribution of health costs. Most patients use little care—indeed 22% of elderly individuals cost Medicare nothing at all in the course of a year¹⁶ while the fraction who are severely ill account for the lion's share of health expenditures. Astute HMOs executives quickly realized windfall profits through “cherry picking”—the recruitment of healthier-than-average seniors who brought hefty premiums but used little care— and “spitting out the pits”,—returning sick patients, and their high medical bills, to less savvy competitors or to the traditional fee-for-service Medicare program.¹⁷

HMOs marketing departments set to work on selective recruitment schemes to attract the healthy, *e.g.* free fitness club memberships, complimentary recruiting dinners at times and locales inaccessible to frail elders, and advertisements painted onto the bottoms of swimming pools. HMOs tailored financial incentives to doctors to enlist them in persuading unprofitably sick

patients to leave the HMOs; *e.g.* deducting payments to specialists from the primary care physician's own capitation payment. Hence, a primary care doctor could raise her income by advising a patient in need of hip replacement to leave the HMOs, and even convince herself that such advice might benefit the patient, who would then be freed of the HMO's restrictions on the choice of surgeon and hospital.

HMOs bent efforts to assure convenient and attractive care for the modest needs of healthy (and profitable) elders. Meanwhile, expensively ill patients fared poorly. Stroke patients, those needing home care, and others with chronic illnesses got skimpy care, suffered bad outcomes and fled HMOs.^{18, 19, 20} And when all else failed, when an HMOs found itself saddled with too many unprofitably-ill patients in a particular county, executives simply closed up shop in that area and returned the patients to fee-for-service Medicare, disrupting care for millions.²¹

By the late 1990s, private HMOs selective enrollment of the healthy elderly and disenrollment of the sick had raised annual Medicare costs by about \$2 billion.²² Yet despite this huge subsidy, HMOs couldn't effectively compete for patients with traditional Medicare. The burden of administrative costs, about 15% in the largest Medicare HMOs²³ (*vs.* 3% in traditional Medicare), was too great to overcome. Many HMOs couldn't sustain the extra benefits they had offered at the outset to attract enrollment.

As HMOs enrollment fell, the private plans launched a lobbying effort that persuaded politicians to bail them out; Congress upped the government payments to the HMOs.²⁴ At present, Medicare pays private plans \$77 billion annually and each of the 8 million Medicare enrollee who has switched to an HMO brings a payment more than 12% higher than the cost of care in the traditional Medicare program.²⁵

The Medicare HMO contracting program, originally touted as a market-based strategy to improve the public program's

efficiency has evolved into a multibillion dollar annual subsidy for private HMOs. Moreover, the massive financial power amassed by these firms (largely at government expense) has proven a political roadblock to terminating this failed experiment.

OTHER INVOLVEMENT OF INVESTOR-OWNED FIRMS IN PUBLICLY FINANCED CARE

Medicare's contracts with private HMOs are only the latest of a long train of disappointing results from using public money to buy care from private firms in the U.S. Costs for the private insurance that the federal government purchases for public employees have risen faster than Medicare's.²⁶ According to comprehensive meta-analyses, investor-owned renal dialysis centers (funded almost entirely by the special Medicare program that covers everyone with end stage renal disease, regardless of age) have 9% higher mortality rates than non-profit centers²⁷ despite equivalent costs; and investor-owned hospitals –which receive more than half of their funding from public coffers– top the non-profits in both death rates (2% higher)²⁸ and costs (19% higher).²⁹ Despite spending less on nurses and other clinical personnel, the investor-owned hospitals splurge on managers.³⁰

DIRECT GOVERNMENT PROVISION OF CARE IN THE UNITED STATES

While the failings of private contracting in the U.S. are underappreciated, so is the major success story of recent U.S. health policy: the Veterans Health Administration (VA) system. This network of hospitals and clinics owned and operated by government was long derided as a U.S. example of failed Soviet-style central planning. Yet it has recently emerged as a widely-recognized leader in quality improvement and information technology. At present, the

VA offers more equitable care,³¹ of higher quality,³² at comparable or lower cost³³ than private-sector alternatives.

THE COSTS OF CAVEAT EMPTOR (BUYER BEWARE)

The shift from a public service to a business model of health care delivery has raised costs, in part, by stimulating the growth of bureaucracy. The proportion of health funds devoted to administration in the U.S. has risen 50% in the past 30 years and now stands at 31% of total health spending, nearly twice the proportion in Canada³⁴ Meanwhile, administration has been transmogrified from the servant of medicine to its master, from a handful of support personnel dedicated to facilitating patient care to a vast army preoccupied with profitability.

Recent trends elsewhere indicate that the U.S. experience with bureaucratization is not unique. The advent of internal markets brought sharp upswings in administrative costs in the U.K.³⁵ and New Zealand³⁶ Canadian private insurers' overhead is ten-fold higher than overhead in the public provincial health insurance programs. In Australia, tax subsidies for private insurance have directed money through private firms whose overhead is 12% (*vs.* 3.5% in the public program);³⁷ the private hospitals favored by current policies are about 10% costlier than public ones.³⁸ As Germany's insurance plans have adopted an increasingly business-like mode of operation (including the adoption of DRG-based hospital payment), the red tape costs have soared, rising 63.3% between 1992 and 2003; meanwhile doctors complain about an avalanche of paperwork.³⁹

Two factors are at work. First, fragmenting the funding stream into multiple payers rather than a single government one, necessarily adds complexity and redundancy. Second, high administrative costs are intrinsic to the commercial mode (in medical care as elsewhere), the physical embodiment of the admonition "*caveat*

emptor” (i.e. buyer beware). Each party to a business transaction must maintain its own detailed accounting records, not primarily for coordination, but as evidence in case of disputes.⁴⁰ Moreover, investors and regulators demand verification by independent auditors, generating yet another set of records. Thus the commercial record replicates each clinical encounter in paper form before, during and after it takes place in the examining room. The sense of mutual obligation and shared mission to which medicine once aspired becomes irrelevant, even a liability. Hence, the decision to unleash market forces is, *inter alia*, a decision to divert health care dollars to paperwork.

MARKET FAILURE

Market theorists argue that while competition may increase administration, it should drive down total costs. Why hasn't practice borne out this theory?

Investor-owned health care firms are not cost minimizers but profit maximizers. Strategies that bolster profitability often worsen efficiency. U.S. health firms have found that raising revenues by exploiting loopholes or lobbying politicians is more profitable than improving efficiency or quality. Columbia/HCA—the giant hospital firm controlled by the family of the former leader of the U.S. Senate— inflated its revenues by embellishing the severity of diagnoses,⁴¹ falsifying ledgers that form the basis of Medicare's payments,⁴² and ping-ponging patients among its hospitals, subacute facilities and home care agencies in order to bill multiple times for each episode of illness. Tenet, the second largest hospital firm, has a long history of fraud. In the 1980s (when the firm was known as National Medical Enterprises) it paid kickbacks to boost referrals and improperly detained psychiatric patients in order to fill beds, resulting in legal settlements totaling nearly \$700 million.⁴³ Recently, Tenet hospitals performed hundreds

of cardiac procedures on healthy patients;⁴⁴ again offered kickbacks for referrals;⁴⁵ and collected hundreds of millions in unearned payments from Medicare.⁴⁶

For-profit executives' incomes also drain money from care. When Columbia/HCA's CEO resigned in the face of fraud investigations he left with \$324 million in company stock.⁴⁷ Tenet's CEO exercised stock options worth \$111 million shortly before being forced out in 2003.⁴⁸ The head of HealthSouth (the dominant provider of rehabilitation care, mostly paid for by Medicare) made \$112 million in 2002, the year before his indictment for fraud. Our former Harvard colleague, geriatrician John Rowe earned \$225 000 each day (including Sundays and holidays) in his 65 months running the Aetna health insurance company.⁴⁹ Bill McGuire made \$1.6 billion after giving up the practice of pulmonary medicine to run UnitedHealthcare.⁵⁰

While private contracting has benefited executives and shareholders, it has actually increased costs and worsened care for patients because the fundamental requirements for a functioning market cannot be met in health care. It is fashionable to reimagine patients as consumers, but the seriously ill (who consume most care) cannot comparison-shop, reduce demand when suppliers raise prices, or accurately appraise quality. They necessarily rely on their doctor's advice as to which tests and treatments to "purchase". Even for sophisticated buyers like government, the "product" of health care is notoriously difficult to evaluate, particularly since doctors and hospitals create the data used to evaluate and reward them; when Tenet hospitals performed heart surgery on healthy patients, the surgical outcomes appeared first rate. Even for honest firms, careful selection of lucrative patients and services is the key to success. Conversely, meeting community needs often threatens profitability—and hence institu-

tional survival. Emergency departments in the U.S.— magnets for both the very sick and for uninsured patients unable to pay — have fallen victim to this business imperative; 425 have closed in the past decade.⁵¹ At present, overcrowded U.S. emergency departments turn away an ambulance once a minute, on average.

Finally, a real market would require multiple independent sellers, with free entry into the marketplace. Yet, many hospitals and other health care providers exercise virtual monopolies; half of Americans live in regions too sparsely populated to support real medical competition.⁵²

WHAT'S DRIVING PRIVATIZATION?

Evidence from the U.S. is remarkably consistent; public funding of private care yields poor results. In practice, public-private competition means that private firms carve- out the profitable niches, leaving a financially depleted public sector responsible for the unprofitable patients and services. Based on this experience, only a dunce could believe that market-based reform will improve efficiency or effectiveness. Why do politicians —who are anything but stupid—, persist on this track? Such reforms offer a covert means to redistribute wealth and income in favor of the affluent and powerful. Privatization trades the relatively flat pay scales in government for the much steeper ones in private industry; the 15-fold pay gradient between the highest and lowest paid workers in the U.S. government gives way to the 2000:1 gradient at Aetna.

But even more important, the privatization of publicly-funded health systems uses the public treasury to create profit opportunities for firms in need of new markets. Once, U.S. private insurers focused on selling coverage to employer-sponsored groups, and shunned the elderly as uninsurable. Now, with em-

ployers cutting health benefits in the face of global competition, insurers have turned to public treasuries—in the U.S. and beyond—for new revenues. And why stop at selling insurance, why not tap into the trillions spent annually on care in hospitals and doctors offices?

CONCLUSIONS

Market fundamentalists conjure visions of an efficient medical market partnered with the government oversight and funding to assure fairness and universality. But regulation is overmatched; incentives for optimal performance are at best imperfectly aligned with the real goals of care. Matrices intended to link payment to results instead reward entrepreneurs skilled in clever circumvention. Their financial and political clout grows; those who guilelessly pursue the arduous work of good care lose in the medical marketplace.

Health systems in every nation need innovation and improvement. But remedies imported from the realm of commerce consistently yield inferior care at inflated prices.

We'd prescribe adequate dosing of public funds, professional leadership and sound public management rather than opening the lid to for-profit firms who will, like the genie in the tale *Aladdin*, refuse to get back in the bottle.

BOX 1 – KEY MESSAGES

The U.S. has four decades of experience with the combination of public funding and private health care management and delivery, closely analogous to reforms recently enacted or proposed in many other nations.

Extensive research, herein reviewed, has found that for-profit health institutions provide inferior care at inflated prices.

The U.S. experience also demonstrates that market mechanisms nurture unscrupulous medical businesses and undermine medical institutions unable or unwilling to tailor care to profitability.

The commercialization of care in the U.S. has driven up costs by fueling a vast increase in management and financial bureaucracy which now consumes 31% of total health spending and diverting money to profits.

The poor performance of U.S. healthcare is directly attributable to a reliance on market mechanisms and for-profit firms, and should warn other nations from this path.

BOX 2 – KEY HALLMARKS OF MARKET-BASED REFORMS

Market reforms aim to bring medicine into the realm of commerce where commodities (homogeneous goods or services) are bought and sold for profit.

The first stage of this process involves parsing the medical enterprise into discreet, saleable units (commodities) and creating buyers and sellers. Examples include separating responsibility for financing and providing care, and moving from global hospital budgets to fixed payment for a specific procedure.

Once medical commodities are defined, the sellers (medical providers) are forced to compete, giving rise to financial winners and losers. Because most medical commodities are necessarily inhomogeneous (stroke patients are not a uniform set) providers can gain a decisive advantage by market segmentation – *e.g.* caring for a relatively healthy subgroup of patients with a particular diagnosis.

Ultimately, medical providers' financial success determines their survival; profitable ones attract investors and amass the financial (and political) power to expand their opportunities.

ABOUT THE AUTHORS

David U. Himmelstein is a primary care physician at Cambridge Hospital, where he directs the Division of Social and Community Medicine. He also serves as an associate professor of medicine at Harvard Medical School and was a co-founder of Physicians for a National Health Program.

Steffie Woolhandler is a primary care physician at Cambridge Hospital. She is an associate professor of medicine at Harvard Medical School, where she co-directs the General Internal Medicine Faculty Development Fellowship Program. She was a co-founder of Physicians for a National Health Program, whose 15 000 physician members advocate non-profit, national health insurance for the United States. See www.PNHP.org.

ACKNOWLEDGEMENT

Thanks to Professor Howard Waitzkin for useful comments on an earlier draft of this paper. Errors are ours alone.

Both authors declare that the answer to the questions on your competing interest form bmj.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1 are all No and therefore have nothing to declare.

The authors received no outside funding for this work.

The two authors wrote this together.

REFERENCES

- ¹ Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S. "Illness and Injury As Contributors To Bankruptcy". *Health Affairs (Milwood) Web Exclusive*, 2005 Feb 2; [Epub ahead of print].
- ² Davis K, *et al.* *Mirror, Mirror on the Wall: an International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. The Commonwealth Fund, New York: 2007. Available at: http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=482678 (accessed August 28, 2007).
- ³ Guyatt G. *et al.* "A Systematic Review of Studies Comparing Health Outcomes in Canada and the United States". *Open Medicine*, 2007; vol 1, no 1. Available at: <http://www.openmedicine.ca/article/view/8/1> (accessed August 28, 2007).
- ⁵ Ellwood PM , Jr. *et al.* "Health Maintenance Strategy". *Medical Care*, 1971; 9:291-8.
- ⁶ *Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The health of Canadians – the Federal Role*. Volume six: recommendations for reform. Ottawa: October, 2002:
- ⁷ Jeffcoate W. "Mismanagement as a Prelude to Privatization of the UK NHS. Comment". *The Lancet*, 2006;368:98-100.
- ⁸ Dyer O. "European Subsidiary of US Group Wins Derbyshire GP contract". *BMJ*, 2006;332:194
- ⁹ *Commission on Profit or Not-for-profit in the Swedish Health System. Can for-profit benefit Swedish healthcare*. Stockholm SOU, 2002:31. Available at: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/04/45/70/581ad355.pdf> (accessed June 12, 2006).

-
-
- ¹⁰ Kim, C-Y. “The Korean Economic Crisis and Coping Strategies in the Health Sector: Pro-welfarism or Neoliberalism? *Int J Health Services*, 2005; 35:561-78.
- ¹¹ “Office of the Actuary. National Center for Health Statistics. Table 1: National health expenditures, aggregate and per capita amount, percent distribution and average annual percent growth, by source of funds: selected calendar years 1960-2005”. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf> (Accessed August 27, 2007).
- ¹² Sheils, J; Haight, R. “The Cost of Tax-exempt Health Benefits in 2004. *Health Affairs Web Exclusive*,” posted February 25, 2004. Available at: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.106v1> (accessed June 12, 2006).
- ¹³ *National Center for Health Statistics. Sponsors of health care costs: businesses, households, and government, 1987-2005.* Available at: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg06.pdf> (accessed June 13, 2006).
- ¹⁴ Woolhandler, S; Himmelstein, DU. “Paying for National Health Insurance—and not getting it”. *Health Affairs* 2002; 21 (4) 88-98. (Updated by the authors)
- ¹⁵ “Organization for economic cooperation and development”. *OECD Health Data*, 2006. Paris, 2006.
- ¹⁶ “Wanted by the Federal Bureau of Investigation: Miguel Recarey”. Available at: <http://www.ibb.gov/fugitives/recarey.html> (Accessed June 12, 2006).
- ¹⁷ “Medicare and Medicaid statistical supplement, 2004”. *Health Care Fin Rev*, 2006 Suppl. Tables 6 and 16.
- ¹⁸ Morgan, RO; Virnig BA; DeVito, CA, Persily, NA. “The Medicare-HMO revolving door –the healthy go in and the sick go out”. *N Engl J Med* 1997; 337:169-175.

-
-
- ¹⁹ Shaughnessy, PW; Schlenker, RE; Hittle, DF. "Home health-care outcomes under capitated and fee-for-service payment". *Health Care Fin Rev*, 1994; 16(1):187-222.
- ²⁰ Retchin, SM; Brown, RS; Yeh, SCJ; Chu D; Moreno, L. "Outcomes of stroke patients in Medicare fee for service and managed care". *JAMA*, 1997;278:119-24.
- ²¹ Ware JE Jr, Bayliss MS, Rogers WH, Kosinski M, Tarlov AR. "Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study". *JAMA*, 1996; 276:1039-47.
- ²² Schoenman, JA; Parente, ST; Feldman, JJ., *et al.* "Impact of HMO withdrawals on vulnerable Medicare beneficiaries". *Health Care Fin Rev*, 2005; 26 (3):5-30.
- ²³ "Risk selection and risk adjustment in Medicare. Chapter 15" in: *Annual Report to Congress*. Washington, DC: Physician Payment Review Commission, 1996.
- ²⁴ "PacifiCare announces changes for Secure Horizons Medicare HMO health plans in 2002". *Medicare HMO Data Report*. September 21, 2001. Available at: <http://www.medicarehmo.com/mrepnr04b.htm> (accessed June 13, 2006).
- ²⁵ Pear, R. "Medicare actuary gives wanted data to Congress". *New York Times*, March 20, 2004:A8.
- ²⁶ Congressional Budget Office. Statement of Peter R. Orszag, Director, June 28, 2007. Available at <http://www.cbo.gov/ftpdocs/82xx/doc8265/06-28-MedicareAdvantage.pdf>: (accessed August 22, 2007).
- ²⁷ Davis, K; Cooper, BS; Capasso, R. *The Federal Employee Health Benefits Program: a model for workers, not Medicare*. New York, The Commonwealth Fund: November, 2003. Available at http://www.cmwf.org/usr_doc/davis_fehbp_677.pdf (accessed June 13, 2006).

-
- 28 Devereaux, PJ; Schünemann, HJ; Ravindran, N, *et al.* “Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers: A Systematic Review and Meta-analysis”. *JAMA*, 2002;288:2449-2457.
- 29 Devereaux, PJ; Choi, PTL, Lacchetti, C, *et al.* “A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Med Assoc J*, 2002; 166:1399-1406.
- 30 Devereaux, PJ; Heels-Ansdell, D; Lacchetti, C, *et al.* Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Med Assoc J*, 2004; 170:1817-24.
- 31 Woolhandler, S; Himmelstein, DU. “Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States”. *N Engl J Med*, 1997; 336:769-74.
- 32 Jha, A.K. *et al.* “Racial Differences in Mortality Among Men Hospitalized in the Veterans Affairs Health Care System,” *JAMA*, 2001; 285:297-303.
- 33 Oliver A. *The Veterans Health Administration: an American success story?* *Milbank Q* 2007; 85:5-35.
- 34 Hendricks, AM; Remler DK; Prashker, MJ. “More or less? Methods to compare VA and non-VA health care costs. Developments in cost methodology”. *Med Care*, 1999;37(VA Supplement):AS54-AS62.
- 35 Woolhandler, S; Campbell, T; Himmelstein, DU. “Costs of health care administration in the United States and Canada”. *N Engl J Med*, 2003; 349:768-75.
- 36 “Health Policy Network of the National Health Service Consultants’ Association and the National Health Service Support Federation. In practice: The NHS market in the United Kingdom”. *J Public Health Policy*, 1995; 16:452-491.
- 37 Coney, S. *Relentless unraveling of New Zealand’s health-care system.* *Lancet* 1996; 347:1825.

-
- ³⁸ Willcox, S. "Promoting private health insurance in Australia: Do Australia's latest health insurance reforms represent a policy in search of evidence?" *Health Affairs*, 2001; 20(3):152-161.
- ³⁹ Duckett, SJ; Jackson, TJ. "The new health insurance rebate: An inefficient way of assisting public hospitals". *Med J Australia*, 2000;172:439-442.
- ⁴⁰ Hyde, R. "An end to Germany's bureaucratic nightmare?" *The Lancet*, 2006;367:1717-18.
- ⁴¹ Braverman, H. "Labor and monopoly capital: the degradation of work in the twentieth century". New York: *Monthly Review Press*, 1974.
- ⁴² Gottlieb, M; Eichenwald, K; Barbanel, J. "Biggest hospital operator attracts Federal inquiries". *New York Times*, March 28, 1997:A1, D15.
- ⁴³ Eichenwald, K. "Health care's giant: artful accounting; hospital chain cheated U.S. on expenses, documents show". *New York Times*, December 18, 1997; A:1.
- ⁴⁴ "\$100 million settlement seen in Tenet suits". *New York Times*, July 30, 1997:D1.
- ⁴⁵ "How one hospital benefited from questionable surgery". *New York Times*, August 12, 2003.
- ⁴⁶ Pollack, A. "Tenet reports new investigation of its deal with doctors". *New York Times*, July 16, 2003:C4.
- ⁴⁷ "Tenet Healthcare reports \$55 million quarterly loss". *New York Times*, April 11, 2003:C2.
- ⁴⁸ Lowry, T. "Columbia's new caretaker physician heal thy firm: tall task ahead of CEO". *USA Today*, July 28, 1997:1B.
- ⁴⁹ Galloro, V; Benko, LB. "Are they worth it? Executive compensation, company performance don't always relate at top hospital, post-acute and insurance companies". *Modern Healthcare*, August 4, 2003:6-14.

-
- ⁵⁰ Dash, E. “Executive pay: a special report. Off to the races again, leaving many behind”. *New York Times*, April 9, 2006: Section 3:1-9.
- ⁵¹ Anders, G. “As patients, doctors feel pinch, insurer’s CEO is worth a billion”. *Wall Street Journal*, April 18, 2006:A1.
- ⁵² *Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*. Washington: National Academies Press, 2006.
- ⁵³ Kronick, R; Goodman, DC, Wennberg, J; Wagner, E. “The Marketplace in Health Care Reform – The Demographic Limitations of Managed Competition”. *N Engl J Med*, 1993;328:148-152.

LA MEDICINA ADMINISTRADA EN COLOMBIA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO

José Félix Patiño Restrepo

La Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia desarrolla un análisis continuo y estudio permanente de la profunda reforma de la seguridad social en salud de corte neoliberal que implantó la Ley 100 de diciembre 23 de 1993. Esta presentación resume la visión y la posición de la Academia ante la reforma del sistema de salud colombiano que creó el modelo de “medicina administrada”, en muchos aspectos similar al *managed care* norteamericano.^{1,2}

La reforma produjo una honda crisis en el sector y dio como resultado la privatización del sistema de salud, la desaparición del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y una posición dominante oligopólica de las corporaciones intermediarias aseguradoras con efectos muy negativos sobre la medicina como profesión y como ciencia. Aunque motivo de controversia según quien informa, los indicadores de salud pública no mejoraron, y algunos se han deteriorado. Las tasas de mortalidad por SIDA siguen aumentando; el índice anual parasitario de malaria asciende. Tenemos ahora problemas con enfermedades reemergentes. Los indicadores de salud materna, las tasas de complicaciones perinatales no muestran cambios significativos durante los últimos años; la tasa de embarazo en adolescentes es muy alta. Los programas de vacunación, que en una época dieron a Colombia una posición

destacada en el continente, se deterioraron, y sólo hasta ahora comienzan a repuntar.

Sin embargo, algunos informes sí muestran mejoría en los indicadores de salud, tales como mortalidad materna, mortalidad infantil o mortalidad por enfermedad diarreica aguda; la tasa de mortalidad por tuberculosis no muestra mejoría significativa.³

El gobierno colombiano, en cabeza del presidente Álvaro Uribe Vélez –quien como senador fue ponente de la Ley 100 en el parlamento de Colombia–, reformó la administración pública y fusionó varios ministerios, y con ello desaparecieron los Ministerios de Trabajo y de Salud y surgió el Ministerio de la Protección Social. Salud pasó a ser un viceministerio.

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) con el fin de lograr en una década el aseguramiento universal para la cobertura en salud de todos los ciudadanos. Aunque la meta de aseguramiento y cobertura total en el año 2003 no se cumplió, el SGSS sí ha incrementado en forma importante el aseguramiento en salud: la cobertura aumentó 27 puntos porcentuales, pasando de 56% en 2000 a 83,2% en 2006.⁴ Sin embargo, debe anotarse que la cobertura carece de equidad y que el Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado es inferior al POS del régimen contributivo, o sea que el aseguramiento mide la cobertura del sistema, más no el acceso a iguales servicios de salud.⁵ En el año 2004 se impulsó la cobertura mediante un programa de subsidios a las personas más necesitadas, pero de nuevo con un POS muy inferior al POS del régimen contributivo y aun al del régimen subsidiado. Cabe preguntar si esto es verdadera cobertura. Por fortuna una sentencia reciente de la Corte Constitucional (T-760/08) obliga a que el POS sea igual para todos los ciudadanos de Colombia.

El SGSS está sustentado en dos regímenes fundamentales: el régimen contributivo, para aquellas personas que poseen la capacidad económica de hacer aportes a la seguridad social a través de

su trabajo o de ingresos independientes, y el régimen subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiar el seguro que cubra el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La dirección del SGSSS reposa en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. L.A. Tafur, de la Universidad del Valle (Cali, Colombia) se refiere a una reciente reforma a la Ley 100 de 1993: “crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesoramiento y consultoría que lo hacen inoperante. Esta decisión concentra el poder en el Ejecutivo al ser el presidente de la República quien nombra a los comisionados y hace desaparecer la participación social e institucional. Es positiva la creación de la figura del defensor del paciente, aunque no se comparte su sujeción de la Superintendencia Nacional de Salud”.⁶

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS. La UPC es el valor que el SGSSS reconoce a la EPS (Entidad Promotora de Salud) por cada afiliado (*per capita*). La UPC es, entonces, el valor del aseguramiento por cada individuo que le otorga el derecho a recibir la atención en salud dentro de los límites del POS correspondiente. Se supone que sea independiente de su capacidad económica y de su aporte al sistema; pero como hay un POS para el régimen contributivo, uno menor para el régimen subsidiado, uno todavía menor para los “vinculados” y uno aún menor para los que reciben subsidio, el SGSSS colombiano resulta terriblemente desigual.

En el Régimen contributivo, el valor de la UPC en 2008 fue de Col\$43 048 800, que equivale a unos US\$187. En el régimen subsidiado el valor de la UPC fue muy inferior, de Col\$24 237 000, que equivale a unos US\$105.

Aquellas personas que no están afiliadas al régimen contributivo o al régimen subsidiado quedan dentro del Sistema como “vinculados”. Y una gran masa de población, formada

principalmente por los desplazados por la violencia, cerca de cuatro millones de personas en estimación de las Naciones Unidas, reciben subsidios del Estado para fines de cubrimiento en salud. El valor anual del subsidio parcial equivale a 42% de la UPC vigente en el Régimen Subsidiado para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, y en 39,5% para los demás municipios. El servicio que se puede prestar a esta gran masa de población es muy limitado, por razón del mínimo POS correspondiente. En realidad ya no es verdadera cobertura, pero sí aparecen como cobertura en las cifras que presentan los organismos gubernamentales.

Así las cosas, la falta de equidad del SGSSS de Colombia es evidente: el plan de salud para los más pudientes (Régimen Contributivo) es muy aceptable, pero no lo es para los del Régimen Subsidiado, y muchísimo menos para los “vinculados” o los que están “cubiertos” por subsidios.

La Academia Nacional de Medicina de Colombia ha expresado que los principios en que se fundamenta la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 son buenos porque corresponden a una concepción moderna de justicia y seguridad social integral. La adecuada ejecución de la ley debería constituir una verdadera reforma de aseguramiento universal independiente de la capacidad económica de las personas y un comprensivo plan de beneficios, igual para todos los ciudadanos. La reforma dice respetar la autonomía de los afiliados, a los cuales, en teoría, les confiere la capacidad de escoger, opinar e influir sobre el sistema de salud, en vez de ser sujeto pasivo de recepción de servicios; sin embargo, en la práctica las entidades aseguradoras imponen listas obligatorias y restringidas de profesionales y de instituciones prestadoras de servicios a los usuarios. Al abrir el “mercado de la salud”, la reforma debería estimular la asimilación y la inserción social del enorme avance científico y tecnológico de la medicina. Se basa en un modelo de cobertura universal y de competitividad derivada de la libre elección por un usuario consciente de la calidad

y de los costos. El modelo se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente. Es la hipótesis de la competencia regulada.

La ley ha significado un importante crecimiento de los recursos disponibles para el sistema. Pero, paradójicamente, la reforma, que abriría un vasto panorama de equidad social, ha llevado al consumo de los nuevos y cuantiosos recursos por un costoso mecanismo de intermediación y por utilidades corporativas, lo cual contribuye en forma significativa a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, en especial los hospitales públicos. Asimismo, la ejecución de la reforma, al crear serios peligros en cuanto a calidad, en última instancia viene a ser una riesgosa reconceptualización de la moral social.

La ejecución de la reforma ha desplazado el imperativo hipocrático basado en el arte, concebido como humanismo; la ciencia, entendida como avance y ordenación del conocimiento; la tecnología, percibida como instrumentación, y el profesionalismo, comprendido como autonomía intelectual y capacidad de autorregulación en un marco ético de deontología social, por una argumentación económica que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercadeo, y que convierte al médico en un operario medianamente calificado para el cumplimiento de una jornada laboral. En esencia, es la conversión de la medicina que, como disciplina intelectual, es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es la negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, ¿cuál es el ejercicio de curar y velar por la salud mediante el profesionalismo médico?. Al tiempo que la reforma debería brindar oportunidades, ha significado grandes peligros de perjuicio social. El principal de ellos es el deterioro de la calidad de la atención por causa de las barreras que imponen las entidades intermediarias,

precisamente en momentos en que la calidad debe ser óptima, en pleno auge de la sociedad del conocimiento y cuando las instituciones prestadoras de servicios han hecho enormes esfuerzos por modernizar su tecnología y adecuar sus estructuras para mayor beneficio comunitario.

La reforma inducida por la Ley 100 convierte al paciente, ser humano con dimensiones individuales de espiritualidad y de funcionamiento orgánico, en usuario, concebido ahora como cliente y consumidor de un producto industrial. Es la corporatización y la comercialización del acto médico, cuya administración ha sido delegada en empresas intermediarias que ahora conforman una nueva y poderosa industria, la industria de la salud.

Colombia es un país social de derecho, donde la Constitución reconoce la atención de la salud como derecho fundamental. Con la reforma, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernación política, y el concepto del rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida “ética corporativa”, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal.

La Academia Nacional de Medicina percibe que en el aspecto teórico de la competitividad controlada, el elemento de vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, ha sido casi inexistente y contrasta, por ejemplo, con los rígidos controles vigentes en la administración del régimen de pensiones o en el sector bancario.

En lo estructural, a los 15 años de expedida la Ley 100, se anota un serio defecto, como es la sorprendente ausencia de un sistema de información y de registro único, pilar fundamental en cualquier programa de salud. En el aspecto operativo, la Academia considera especialmente inconveniente la intermediación con ánimo de lucro.

La Academia ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. En la implementación de la Ley no se tuvieron en cuenta las notables diferencias de los niveles de desarrollo regional de Colombia.
2. No hay mecanismos efectivos de control: la Superintendencia Nacional de Salud no posee los recursos y estructura necesarios para el cumplimiento de su labor.
3. No existe infraestructura de información segura y confiable: todavía no hay un registro único de afiliados.
4. Se observa incapacidad administrativa y falta de seguimiento y control en el sistema, concomitante con falta de educación del usuario.
5. Se implantó la figura del intermediario/asegurador con fines de lucro, convirtiendo la salud en un bien de mercado.
6. Por falta de suficiente vigilancia y control, se ha establecido la posición dominante y abusiva de la intermediación con perjuicio de los prestadores de servicios, tanto instituciones como personas.
7. Los derechos del usuario han sido definidos en cuanto a su relación con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS, o sea los hospitales), y los médicos (por iniciativa de éstos), pero no en cuanto a su relación con el intermediario/asegurador.
8. Paradójicamente, se incrementaron los recursos del sector en forma significativa, pero hoy se observa una honda crisis financiera en el sistema.
9. La ejecución de la Ley ha conducido a un deterioro en la calidad de la prestación de los servicios de salud. No existen acciones orientadas al fortalecimiento del profesionalismo y del capital intelectual del sistema, con el consiguiente detrimento del acto médico.

10. En cuanto a los recursos destinados al sistema se encuentra:

- Un buen porcentaje es consumido por la burocracia administrativa y las utilidades de la intermediación.
- Los recursos no fluyen en forma rápida y eficiente debido a las múltiples instancias interpuestas en el sistema que incrementan las trabas de tipo administrativo y las oportunidades de corrupción.
- Por la inexistencia de un sistema de información, se hacen pagos indebidos por afiliación duplicada, y en ocasiones múltiple, dentro del SGSSS.
- Se registra importante incremento del patrimonio de varias empresas intermediarias sin que haya habido capitalización, lo cual indica utilización de los fondos destinados a la atención para otros fines.
- El incremento de capital de las empresas intermediarias se refleja en la construcción o adquisición de clínicas y hospitales que pasan a conformar redes propias de prestación de servicios, la denominada “integración vertical”.
- Se fortalece cada día la posición dominante de las empresas intermediarias, que imponen tarifas a los hospitales y a los profesionales de la salud y plantean exigencias tan absurdas como consultas médicas de 15 minutos, obstáculos a las órdenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, y a la referencia a especialistas, todo lo cual lleva a un ominoso proceso de desprofesionalización de la medicina.
- A esto se suman las glosas de las cuentas por servicios prestados por las IPS (los hospitales), el pago retrasado y el no reconocimiento de intereses de mora, la “cultura del no pago” que reina en el sistema.

-
-
- El incremento en el número de tutelas, lo cual indica el defectuoso funcionamiento del SGSSS. Tutela es el acto de entablar una demanda para reclamar el derecho fundamental a la atención de la salud que establece la Constitución colombiana.

Entre las muchas recomendaciones que ha hecho la Academia Nacional de Medicina, están las siguientes:

- Crear un excelente, confiable y ágil sistema de información, con un registro único de afiliados al SGSSS.
- Establecer mecanismos orientados al fortalecimiento de la medicina como profesión y como ciencia, salvaguardando la autonomía del acto médico y creando instrumentos que aseguren el crecimiento y la actualización del conocimiento biomédico con programas y actividades de capacitación e información que garanticen la continuada idoneidad profesional. Se recomienda establecer la recertificación profesional periódica mediante la acumulación de créditos por educación y capacitación.
- Crear un Fondo de Educación Médica de Posgrado e Investigación, sin interferencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y demás empresas intermediarias, para salvaguardar e incrementar el conocimiento biomédico.
- Establecer el soporte de documentación científica para la toma de decisiones con base en la evidencia objetiva. Esto significa la estructuración de un sólido sistema de documentación bibliográfica e informática biomédica, basado en centros de documentación y consulta fácilmente asequibles.
- Considerar la viabilidad de convertir las empresas intermediarias en entidades sin ánimo de lucro.

- Fortalecer los mecanismos de control y fiscalización del Ministerio y las secretarías de Salud, y fortalecer integralmente la Superintendencia Nacional de Salud, la cual debe quedar adscrita a la Presidencia de la República y no al Ministerio de la Protección Social, como lo es actualmente.
- Retornar al Ministerio y a las secretarías de Salud los recursos y las acciones de salud pública, promoción, prevención y vigilancia epidemiológica, sustrayéndolas de los planes obligatorios de salud.
- Establecer un mecanismo unificado, único, de facturación y de presentación de cuentas a los entes intermedios.
- Elaborar un reglamento administrativo único que integre, facilite y agilice la profusa y compleja normatización existente.
- Implementar la Sentencia de la Corte Constitucional para igualar el POS para todos los ciudadanos.

En conclusión, el SGSSS de Colombia tiene propósitos laudables, y con mejor control y vigilancia por parte del Estado, el acatamiento a la sentencia de la Corte Constitucional para hacerlo equitativo, la abolición de la posición dominante de la intermediación, el respeto por la medicina como profesión y como ciencia –cuya idoneidad es lo único que garantiza calidad– y, ojalá, la conversión del aseguramiento con propósito comercial a aseguramiento con propósito social, sería un modelo que efectivamente sirva al país y que podría ser reproducido en otras naciones.

REFERENCIAS

- ¹ Patiño Restrepo, JF y Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia. *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud*. Bogotá, Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, 1999.
- ² Patiño Restrepo, JF y Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia. *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Parte II*. Bogotá, Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2002.
- ³ Así Vamos en Salud. Accesible en: www.asivamosensalud.org
- ⁴ Contraloría General de la República. *Desafíos del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Informe Social 2007*. Bogotá, 2007 Accesible en: www.contraloriagen.gov.co
- ⁵ *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico. Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, C.E. Flórez, V.E. Soto. Facultad de Economía del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, O,L, Acosta, C, Karl y col. Fundación Corona, 2007
- ⁶ Tafur, L.A. *Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 11 de 22 de enero de 2007*. Colombia Médica, ISSN 1657-9534 versión on line, 2007.
Accesible en: colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No2

THE METAMORPHOSIS OF MANAGED CARE

Marc A. Rodwin

El análisis de la atención médica en los Estados Unidos inició con un relato histórico de lo ocurrido en ese país desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. /La metamorfosis de la atención médica es la respuesta a los intereses financieros y al enfoque que se ha dado desde que los sistemas de atención llamados Blue Cross (para hospitales) y Blue Shield (para atención médica), dieron paso al surgimiento de los Prepaid Group Practice, PGP (Grupos de práctica prepagada), que ofrecían medicina prepagada como un antecedente de las Health Maintenance Organizations, HMOs (Organizaciones de Mantenimiento de Salud); entonces pretendían dar más acceso a la atención a la salud y organizar la práctica médica, pero organizaciones como la Asociación Médica Americana (AMA) vieron cierto peligro para la libertad de acción de los médicos y se opusieron a esos grupos. /Entre 1955 y 1966, se creó la National Health Insurance, NIH (Seguro Nacional de Salud) para supervisar a las empresas de seguros médicos que comenzaban a controlar la actividad médica en forma creciente; en 1965 el presidente Lyndon Johnson creó Medicare y Medicaid para proteger a la población en aspectos de salud, pero en 1969 se crearon las HMOs dedicadas a controlar los costos y regular la atención a la salud. /Inicialmente se ostentaron como empresas no lucrativas, aunque al tiempo casi todas se consideraron organizaciones lucrativas y llegaron a cubrir, para el año 2000, a más de 80 millones de individuos. /El problema, que se discute ampliamente en la conferencia, son los grandes intereses en conflicto, los médicos, los dueños de los hospitales, los empresarios e inversionistas, etcétera, con lo que la salud y la atención a la salud han quedado relegadas a un asunto de mercado. /El doctor Rodwin termina con una reflexión: “¿Qué queda del profesionalismo médico después de la medicina administrada?”.

Discussions of managed care typically focus on its tools, which include practice guidelines, physician profiles, utilization review primary care physician gatekeepers, physician risk sharing, payment incentives, limited provider networks selective contracting, and quality assurance programs. Or they examine its organizational forms, such as health maintenance organizations (HMOs), preferred provider organizations (PPOs), independent practice associations (IPAs). Yet tools and organizational forms

alone do not capture managed care's significance. Moreover, the practice arrangements that we refer to as managed care evolved over time.

Private actors and the state used managed care tools to shape health care organization and policy. As a result, managed care reflects the social, political and economic struggles over health policy. And managed care metamorphosed in response to medicine's political economy. To illuminate managed care, this paper examines: 1) its changing role in medicine, 2) its relation to financial conflicts of interest, and 3) its effect on exit and voice.

I) MANAGED CARE AND THE POLITICAL ECONOMY: 1930 TO 1980 1930-1966: INCREASING ACCESS AND CHANGING MEDICAL CARE ORGANIZATION¹

At the beginning of the 20th century in the United States, commercial insurers believed that medical insurance was not viable due to adverse selection and moral hazard.

By adverse selection, they meant that individuals who needed medical care were more likely to purchase insurance than average, and so insurers could not predict their true costs based on population-wide statistics. (Adverse selection also refers to insurers marketing insurance to individuals less likely to need medical services than average). By moral hazard, insurers meant that having insurance would change an individual's use of medical services. Insured individuals would seek more medical therapy because they did not bear the cost, and physicians would prescribe more services to boost their income because insurance eliminated patients' spending constraints.

Furthermore, proponents of public insurance faced several obstacles. Organized medicine opposed national health insurance (NHI) fearing that the state would control medical practice and physician payment. It also opposed lay and corpo-

rate directed medical practice that employed physicians for the same reason.²

This was the context, in which two models of not-for-profit medical insurance emerged in the 1930s. The model that became dominant—later known as Blue Cross hospital and Blue Shield physician insurance—supplied medical benefits through an open network of providers, each of which set their own fees. Initially, Blue Cross supplied medical services, but soon they reimbursed patients for about 80 percent of their medical expenses. In effect, they were indemnity insurers.

Hospitals helped create the Blues, which served their need for stable financing. However, the birth and spread of the Blues was a social reform.³ In response to the private sector's failure to supply needed services, community-based not-for-profit organizations did so. They made health insurance available on equal terms to anyone in the community who opted to purchase it. They did not exclude any individual from purchasing insurance or vary individual premiums based on their existing medical condition or medical risk.

The Blues accommodated organized medicine's interests.⁴ They did not require patients to receive medical services from a restricted provider network and they let providers decide what services to supply. They also let providers bill patients the difference between their charges and the amount insurance reimbursed patients. The Blues did not challenge organized medicine's authority to oversee medical practice, physician discipline, and patient referrals. They deferred to organized medicine on issues of economics, ethics and policy.

The second model—prepaid group practice (PPGP)—was the origin of health maintenance organizations (HMOs), one form of what we now call managed care or managed care organizations (MCOs). PPGPs represented a more radical development than the Blues because they combined insurance with

the delivery of medical services, thereby linking financing to practice. They also allowed laity and not-for-profit entities to organize medical services rather than rely on self-employed physician-entrepreneurs.⁵

PPGP's supplied medical services rather than reimbursing patients for their medical bills and patients received medical services through a fixed network of providers.

PPGPs employed physicians or had exclusive contract arrangements with them. Thus

PPGPs paid physicians a salary, or, if they were self-employed, paid them by capitation (a fee for each patient) rather than by fee-for-service. Often, the PPGP owned and operated hospitals and other medical facilities.

PPGPs made two distinctive contributions. They increased access to health care at a time when the nation lacked an organized system of medical care financing. They offered a starkly different model for organizing medical practice, delivering services and paying providers.

Not surprisingly, organized medicine (*i.e.*, the American Medical Association's (AMA) national and local chapters) perceived PPGPs as a challenge to their authority. In an effort to stop their growth, organized medicine charged physicians who worked in PPGPs with unethical conduct and revoked their membership.⁶ The AMA local and national chapters developed ethical codes that restricted so-called contract practice, namely, organizations employing physicians for their employees or members. Their ethical codes also barred the corporate practice of medicine, namely, organizations employing physicians and selling medical services to the public.⁶ Although medical societies did not control medical licensing, without medical society membership physicians usually could not obtain malpractice insurance, referrals from other physicians, and privileges to practice in hospitals or to admit patients to hospitals.

Organized medicine succeeded in keeping PPGPs a marginal part of the medical economy.⁷ Many state courts interpreted state licensing statutes to prohibit the corporate practice of medicine and some legislatures passed similar statutes. Furthermore, in regions where PPGPs grew, medical societies responded by creating their own physician directed insurance networks in which physicians remained self-employed and the physician insurance network paid physicians either fee-for-service or by capitation.

These so-called Foundation Medical Plans were the model so-called Independent Practice Associations starting in the 1970s.

A few consumer cooperatives, physician reformers, labor leaders, and employers supported PPGPs. But other reformers set National Health Insurance (NHI) as their goal and saw PPGP's as a diversion. PPGPs did not require the federal or state government to take responsibility for medical services, cover the entire population, or create an entitlement to medical care. Instead, individuals voluntarily formed private groups locally to supply their collective needs. In that sense, PPGP followed the American tradition of volunteerism and self-help rather than rely on the state to finance or supply social services.

In sum, during the early PPGP phase, managed care represented a reform movement to increase medical access through community-based not-for-profit organizations. They were an alternative to traditional physician-owned, entrepreneurial private practices operated by solo practitioners or small physician groups.

1955-1966: INCREASED MEDICAL ACCESS WITHOUT MANAGEMENT

After the Blues spread widely, commercial insurers decided that they could insure medical risk. They competed with the Blues by offering similar coverage but priced that coverage based on the risk of the employer group or individuals that they insured. That

allowed commercial insurers to sell policies to low risk groups for less expensive premiums than the Blues, which charged everyone the same. Commercial insurers also refused to sell individual policies to individuals they considered high risk. This form of risk selection, or cream skinning, left the Blues with a higher risk group and raised their premiums, leading to a further exodus of low or average risk employer groups and individuals. By 1951, commercial insurers surpassed the Blues' market share.⁸ And by the mid 1950s over half the population received some form of hospital insurance benefits.

Private insurance dampened political pressure to enact NHI. However, even proponents of private health insurance acknowledged that it could not cover the elderly and poor. The elderly had high medical risk, so insurers either did not sell them insurance or charged high premiums. Often retired, seniors had less income, could not purchase insurance through an employer group—which would lower the price of insurance—and lacked employer subsidies. And the poor lacked means to buy insurance.

Thus, some proponents of private insurance joined with NHI supporters to back creating two public programs: Medicare for the elderly and Medicaid for the poor.⁹ Organized medicine marshaled its forces against these proposals in the early 1960s. But in 1964, Lyndon Johnson was elected in a landslide with a strong Democrat legislative majority, and in 1965, Congress enacted Medicare and Medicaid despite AMA opposition.

Medicare is federal social insurance for all those over 65 years. It includes mandatory hospital insurance funded by payroll tax and general revenue, and optional insurance for physician and supplemental services funded by an individual premium subsidized by general tax revenue. Medicaid is a joint federal-state program. States can choose to participate in the program. The federal government provides participating states between 50 and 75 percent of the amount that they spend on medical

services. The lower the state's per capita income, the higher the federal subsidy.

Medicaid covers groups often referred to as the "deserving poor": the blind, disabled, infants and mothers. States may include some additional populations of the poor and, if they do, they choose the income eligibility level. Although directed to the poor, Medicaid covers less than half of individuals falling below the federal poverty level. Today, some states expand Medicaid to cover some of its mandatory groups (children and pregnant women) that have income somewhat above the poverty line.¹⁰

Medicare was designed to defuse physician opposition. The statute's preamble stated that it would not change the organization of medical practice. "Nothing in this title shall be construed... to exercise any supervision or control over the practice of medicine or the manner in which medical services are provided...". Physicians who chose to participate in the program set their fees. Medicare paid physicians their usual fees but restricted reimbursement for each service to no more than the fees charged by 75th percentile of physicians in the region. Since physicians could and did raise their fees, the 75th percentile did not effectively cap fees. Furthermore, physicians could bill patients the difference between their fee and the amount Medicare reimbursed as they did with the Blues and commercial insurance.

Medicare and Medicaid turned federal and state governments into the largest medical payers. Collectively, they paid nearly half of national medical costs. Initially, these programs did not include a workable means to manage spending or oversee quality. They did not change the organization of medical practice or challenge organized medicine's authority. They did not supply medical services through governmental hospitals or with publicly employed physicians, use limited provider networks, or promote prepaid group practice. Medicare did not charge provider fees but Medicaid allowed states to set fees. In supplying funds with

few constraints, they fueled spending. Medical spending increased from 5 percent of the Gross Domestic Product in 1960 to 8.8 percent in 1970 to 12 percent in 1980 prompting the public and private sectors to search for ways to manage spending.¹¹

1966-1973: COST-CONTAINMENT, COMPETITION, AND SUBSTITUTE FOR REGULATION

Private and public insurance increased health care spending. In response, in the 1960s, states regulated hospital charges and restricted their expansion. Starting in New York, state insurance commissions set hospital per-diem rates and fees based on hospital cost data and information from public hearings. Federal legislation in 1972 promoted the trend; by 1980, 30 states set hospital rates.¹³

Beginning in 1964, New York required hospitals and nursing homes to obtain a state-issued certificate-of-need before new construction, expansion of existing facilities, or purchase of capital-intensive imaging equipment. Insurers could not reimburse facilities that lacked a certificate of need. The aim was to limit hospital beds and equipment and restrict unnecessary use of resources to control spending. Professor Milton Romer articulated the premise when he wrote “a built bed is a used bed”.¹⁴

In 1965, the Comprehensive Health Planning Act funded state health planning agencies to control hospital growth through certificate-of-need regulation. By the end of 1972, 20 states had such programs and Medicare did not reimburse capital costs of hospitals lacking certificates of need.¹⁵ In 1974, the National Health Planning and Resources Development Act created a health planning system overseen by federal health system agencies.¹⁶

Soon after Richard Nixon became president in January 1969, he declared there was a health cost crisis.¹⁷ For a while, he reluc-

tantly instituted price freezes in Medicare as well as instituting price controls in other parts of the economy.¹⁸ However, Nixon preferred not to regulate hospital fees or limit hospital construction. So the Nixon administration adopted PPGP –previously considered a radical idea– and promoted their growth under a new name: Health Maintenance Organizations (HMOs).¹⁹ It created subsidies to start HMOs, allowed Medicare beneficiaries to receive their benefits through HMOs, and sponsored legislation to promote HMOs, enacted in 1973.²⁰

Nixon's HMO policy represented public management of the medical economy. It was an alternative to the traditional strategy to control spending through rate setting, certificate of need, and other regulation. HMOs created incentives to reduce spending. They also changed the organization of medical practice. HMOs were also intended to compete with traditional medical practice and this competition, policymakers believed, would change traditional practice.

The HMO Act also promoted alternatives to the not-for-profit closed network model PPGP that employed physicians. It explicitly allowed for-profit HMOs, and Independent Practice Association HMOs, which allowed physicians to be self-employed and serve patients of multiple insurers.

Senator Edward Kennedy (D-MA) saw HMOs as setting ground for NHI and so ensured that the legislation required comprehensive benefits, open enrollment and community rated premiums (which the Blues were abandoning to compete with commercial insurers). As a result, HMOs did not cost much less than traditional insurance.

In 1970 there were 3 million HMO enrollees, and by 1976, only 6 million in federally qualified HMOs. Then, Congress dropped the requirement that HMOs have open enrollment and community rating and reduced requirements for services they must cover.²⁰ Still, by 1980, there were only 9.1 million enrollees. But by

1990, HMOs covered 33.6 million individuals and by 2000 over 80 million persons.²¹

In sum, during the early HMO phase, public policy promoted managed care to control medical spending. It used managed care to change financial incentives for providers and insurers, to spur changes in medical organization and to encourage markets as a means to oversee spending rather than regulate hospital rates and limit the growth of medical facilities.

FROM 1975 ON: INCREASED MARKETS AND THE GROWTH OF FOR-PROFIT FIRMS

Later changes extended market incentives. A 1975 lawsuit challenged bar association ethics rules that prohibited advertising. In deciding the case, the Supreme Court ended the professional exemption from antitrust law and prevented professional associations from disciplining members for engaging in commercial practices.²² Soon thereafter, the Federal Trade Commission sued the AMA for using its ethical code to restrict advertising and other commercial practices. By 1979, an appellate court upheld the FTC's decision that enjoined the AMA from restricting competitive practices and required it to revise its ethical code to remove rules that had that effect.²³

Market proponents clamored for deregulation. They pointed out that traditional hospital payment –which reimbursed hospitals their costs and added a percentage mark-up– fueled spending. Since mark-ups grew as costs increased, the higher their costs, the more hospitals earned. Moreover, HMOs could not develop lower cost provider networks if states required insurers to pay all hospitals the same rate.

Ronald Reagan ran for president in 1980, on a platform of limiting regulation and promoting markets. In 1983, Medicare stopped reimbursing hospitals for their costs and paid a fee for

each patient they treated, determined mainly by the patient's principal diagnosis. Hospitals that used resources frugally earned a surplus and those that did not bore most of the financial loss. The Reagan administration also ended federal health planning and many states then repealed their own certificate-of-need laws. States began to end hospital rate regulation, and today only Maryland regulates hospital charges.²⁴

When states stopped setting hospital rates, HMOs negotiated hospital discounts in return for steering patients to the hospital. Market competition squeezed hospitals.²⁵ Fiscal pressure led not-for-profit hospitals to reduce charity care and unprofitable services. Some not-for-profit hospitals converted into for-profit firms.

The Regan administration also ended federal subsidies for not-for-profit HMOs. It promoted HMOs for private investors, published an HMO guide for investors, and promoted the growth of HMOs in Medicare.²⁶ Tax policy also squeezed not-for-profit HMOs. In 1974, the Internal Revenue Service (IRS) indicated that to be tax-exempt, HMOs needed to supply community benefits, not just serve their enrollees. In 1978, a court reversed the policy.²⁷ But, the IRS then challenged the tax-exempt status of IPAs on the grounds that they were primarily in business for their physician members. These policies discouraged the growth of not-for-profit HMOs. Some not-for-profits HMOs converted into for-profit firms.²⁸ Between the late 1970s and 1985, 46 not-for-profit HMOs converted into for-profit firms and another 60 converted by 1997.²⁹

In sum, starting in the mid-1970s, public policies increased competition in medical markets. Antitrust law removed professional restraints on competition. The federal government also promoted the use of financial incentives to change medical practice through changing Medicare's hospital payment and by ending health-planning-limits on hospital construction. States ended

regulation of hospital rates. That allowed HMOs to play a greater role in reorganizing medical care. However, tax policy made it more difficult for HMOs and other not-for-profit medical organizations to obtain tax-exempt status and the federal government promoted the growth of for-profit HMOs. These policies set a new agenda for managed care and transformed it from a reform movement to a market-driven industry.

II) MANAGED CARE AND THE POLITICAL ECONOMY SINCE 1980. COMMERCIALIZATION

Managed care started as a reform movement. But as HMOs grew in the 1980s they became more commercially oriented, in part due to market pressures, and in part due to public policy. Two features characterize this change. First, for-profit firms overtook not-for-profits. In 1973 most HMOs were not-for-profit but by 1985 more than half were for-profit.³⁰ Enrollment in for-profit HMOs grew from 12 percent in 1981 to over 63 percent by 2000.³¹ Some not-for-profit HMOs also converted into for-profit firms.³²

Second, HMOs increased the use of physician risk-sharing, so physicians' income decreased if they did not limit the use of medical resources. Risk-sharing payment replaced salary payment or capitation payment that did not make physicians bear risk for the use of specialty care, or hospital services or other costs. Physicians bore risk for various services, including laboratory tests, drugs, or hospital care.³³

DIVERSIFICATION

In 1981, Professor Hal Luft published *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, his authoritative synthesis of research on HMOs.³⁴ Yet in 1986, he said we knew less

about HMOs then than we had ten years previously.³⁵ The reason? As HMOs grew, they diversified.

Initially, there were two dominant models: Staff-Model HMOs that employed a closed network of physicians that they employed; and Group-Model HMOs that had exclusive contracts with two or more physician groups. Independent Practice Association (IPA) HMO –the renamed Foundation Medical Plans that emerged at the time of PPGPs– had the smallest market share. IPA- HMOs contracted with self-employed physicians or group practices, or intermediary groups that contacted with self-employed physicians. Physicians could continue to treat patients covered by other insurers. They could join or leave the network based on local conditions. These features allowed IPAs to vary their contractual terms based on regional differences and changing

That allowed them to rapidly expand networks without incurring fixed employment costs. They eventually became the dominant model HMO.

HMOs, particularly –IPA-HMOs– developed widely different methods of finance, provider payment, contracts, utilization review, practice guidelines, and gate keeping.³⁶ As HMOs diversified, it was no longer possible to generalize about their organization or function; it became almost impossible to draw general conclusions about HMO performance.³⁷ Here are some key ways HMOs changed.³⁸

- The market share grew for IPA-HMOs, which created broad provider networks by contracting with self-employed physicians and independent hospitals. That led to declining market shares by integrated HMOs; i.e., those offering limited provider networks, employing physicians, and owning facilities.
- HMOs increasingly moved from directly contracting with physicians to contracting with intermediaries such as IPAs

and group practices, which in turn negotiated contracts with physicians.

- HMOs used a wide variety of payment and insurance arrangements. Moreover, a single HMO negotiated different payment terms with each physician group.
- HMOs developed a diverse set of practice guidelines, criteria to determine what medical care they deemed unnecessary, utilization review protocols, and methods to evaluate quality and oversee practice.³⁹ Sometimes HMOs, or firms that they contracted with to develop the guidelines, considered them as proprietary and did not disclose them to the public.⁴⁰ By 1997, 75 major organizations had over 1 800 practice guidelines.⁴¹ Individual firms had developed thousands of others.⁴²
- Health plan benefits varied. The Employee Retirement Income Security Act (ERISA) allowed employers that offer benefits through self-funded plans to bypass state insurance laws that mandate benefits. They can offer as few benefits as they wish. Initially, few firms offered health benefits through ERISA plans.

But by the 1990s, over half of American employees received health benefits through such plans. HMOs organized physician networks and managed benefits for such ERISA plans while leaving the employer to bear the insurance risk. In sum, managed care diversified. Rather than a single or two or three distinct models, there were multiple permutations. Within distinct organizational forms, there were differences in financing, payment, management, utilization review, contracting and provider networks. HMOs also varied due to local market differences: the insurer's market share, state regulation, and the physician and hospital supply.

INSURANCE CONVERGENCE CREATES MANAGED CARE

HMOs became less distinct from traditional indemnity insurance. HMOs with large, open or preferred provider networks overtook HMOs with closed provider networks, making them more like indemnity insurers. Furthermore, some insurers offered a blend between HMOs and indemnity insurance: the Preferred Provider

Organization (PPO). PPOs combine limited provider networks with open network indemnity insurance. Patients pay small co-payments when they receive services from preferred providers and pay high co-payments when they consult other providers. Insurers also offer point of service plans (POS) similar to PPOs. Indemnity insurers also increased their use of utilization review, making them more similar to HMOs than traditional indemnity insurers.

As distinct models of insurance and organizational arrangements gave way to a continuum of organizational, financial and practice arrangements, analysts and the public adopted the term managed care and managed care organizations (MCO) to refer to HMOs and other insurers that employed utilization review and some tools that were associated with HMOs. Nearly all insurance became a variation of managed care. Insurers began to offer multiple health plans. The same insurer began to offer a closed network HMO, IPA-HMO, PPO, and a POS.

HMOs also consolidated.⁴³ In 1983, organizations with more than one entity controlled 25 percent of HMOs. By 1986, 62 percent of HMOs and 73 percent of all enrollees were in national organizations.⁴⁴

MANAGED COMPETITION?

Alain Enthoven saw a role for both markets and public management and since 1978, advocated managed competition.⁴⁵ He wanted competition among HMOs, rather than other insurers,

because HMOs had tools to control spending and quality. He wanted HMOs to compete over price and quality, but believed they would not do so without regulation. If HMOs could exclude or charge higher premiums to high-risk individuals, they would not compete on price and quality. Moreover, in the absence of rules, HMOs would differentiate their product and offer many different benefit packages. That would make it impossible for consumers to discern the differences in price and quality of competing plans or to identify the cost of additional coverage.

Enthoven proposed that federal law to regulate MCO policies. It should specify a limited range of standard benefit packages so that individuals could readily compare the price of competing MCOs that offered competing plans. It should require consumers to pay part of the premium, so that they would have an incentive to choose a frugal benefit package. It should mandate that insurers offer policies to all individuals for the same premium so that they would compete on price and quality rather than by selecting risk. He advocated other regulation to manage competition.

These ideas inspired President Bill Clinton's 1993 health care reform proposal. To be sure, the Clinton plan modified these ideas, most notably, by creating a national cap on spending and by ensuring universal coverage. Still, the Clinton proposal envisioned universal health coverage through private insurance subject to federal management and oversight that encouraged competition among MCOs. It included federal subsidies for low-income individuals and firms but required that they contribute to the cost of insurance.⁴⁶

Congress did not pass the Clinton reforms. Private insurers opposed the plan, fearing loss of income and increased regulation. Republicans and Democrats on the right objected to a larger government role in paying for medical benefits or favored less governmental oversight of private insurers, benefits offered,

and spending. The left believed the proposal relied too much on markets and private insurers. Many insured individuals feared the plan would disrupt their current arrangements, raise their premiums or taxes, or limit their choices. After its demise, MCOs grew, but competed by differentiating their benefits and in other ways, rather than as Enthoven envisioned.

1994-2004: BOUNTY HUNTING FOLLOWED BY PUBLIC MANAGEMENT

Society paid MCOs to find ways to reduce spending. For-profit firms became more adept at this work than non-profits. Economist Uwe Reinhardt described them as bounty hunters.⁴⁷ They earned profits by reducing provider payment and eliminating unnecessary services, and, perversely, by reducing beneficial services.

Managed care restrictions irked the public and providers, precipitating political backlash.⁴⁸ The press reported on MCOs denial of necessary services and their high profits. Consumer groups formed alliances with providers to support state and federal regulation of managed care. Between 1995 and 2001, forty-seven states passed legislation that regulated managed care, referred to as Patients' Bill of Rights or Patient Protection laws. Such legislation represents public management of managed care.

Patient protection laws vary across states, but include common provisions. A key plank is so-called independent medical review (IMR). When an MCO denies a service, claiming that it is unnecessary, individuals can appeal to an independent review organization (IRO) that examines the medical record. If the IRO decides in favor of the patient, the MCOs must supply the service.⁴⁹ State laws also set certain standards. They establish rules for the adequacy of provider networks; they require health plans to

allow a minimum length of hospital stay for birthing, mastectomy and some other services; and they mandate disclosure of physician incentives and other information.⁵⁰

Political backlash, state regulation, and markets precipitated changes. MCOs focused utilization review on high cost items, relaxed gate-keeping, reduced physician risk-sharing, and broadened provider networks. Economist James Robinson proclaimed “the end of managed care”.⁵¹ Peter Jacobson and others inquired “who killed managed care?”⁵² Mark Hall performed a “regulatory autopsy”.⁵³

The obituaries were premature. Managed care morphed, rather than die. A sober assessment reveals that in Medicaid there was little reduction in managed care or relaxing of its constraints. Furthermore, the administration of President George W. Bush promoted the use of IPA-MCOs, and PPOs within Medicare. It also subsidized MCOs within Medicare with subsidies of several billions of dollars. Some Medicare beneficiaries opted to receive Medicare benefits through MCOs to reduce copayments and deductibles or to receive supplemental benefits.

True, private insurers changed the way they used practice guidelines and utilization review, but they did not abandon these tools. They reduced risk-sharing incentives, but introduced pay-for-performance incentives that rewarded outcome.⁵⁴

They increased managed care for drug and behavioral health benefits. Pharmaceutical benefit managers restricted drug formularies, oversaw prescribing through utilization review, negotiated discounts with wholesalers, dispensed drugs through mail rather than independent pharmacies and physicians, and used copayments to manage patient choices. Similarly, managers limited behavioral health provider networks, fees, and services.

2000 TO PRESENT: GLOBALIZATION

If managed care died, then it was reborn as an American export. Some countries adopted managed care ideas and tools such as alternatives to fee-for-service payment, practice guidelines, utilization review, and primary physician gatekeepers, or the idea of managed competition.⁵⁵ Others contracted with for-profit MCO.⁵⁶ These developments reveal that countries with a very different political economy than the United States can employ managed care tools and organizational forms. The role managed care plays, of course, depends on who uses these tools, which ones they select, and how then use them. Here are some examples.

Around 2000, France began reforms that set in place state-led managed care.⁵⁷ In 2004, it created an agency to adopt authoritative practice guidelines. It also scrapped the billing codes that physician had insisted on since 1930, which used only 28 basic categories and did not specify what services patients received. In its place, physicians now must indicate the precise service using codes with over 7 000 service categories. The new system makes utilization review possible. Starting in 2004, the state gave patients incentives to use primary physician gatekeepers, who coordinate referrals and oversee their care. Patients who consult specialists without their gatekeeper's referral pay higher co-payments. Inspired by Medicare's prospective hospital payment, the state is beginning to compensate hospitals based on their patients' diagnoses. This replaces global budgets for public hospitals, and per-diem and fee-for-service for private hospitals.

Japan also adopted managed care tools. It began phasing in electronic hospital claims review in 2005, and plans universal use by 2012. That allows computer-based utilization review. Japan has moved away from fee-for-service payment, to per-diems, bundled payment or a mix of fixed payment and fees for selected services. Japan is now implementing prospective hospital

payment, also inspired by Medicare's payment. Japan has also reduced physician incentives to prescribe drugs. It promotes hospital accreditation, physician certification, and education reform to change medical practice. Some Latin American countries have also experimented with Managed Care.⁵⁸

III) CONFLICTS OF INTEREST AND EXIT & VOICE: MANAGED CARE AS A CHANGE AGENT AND SUBJECT OF CHANGE

Managed care both transformed medicine's political economy and itself changed it in response to financial conflicts of interest and the interplay of exit and voice. Let us now look at each in turn.

CONFLICTS OF INTEREST

Traditional private practice in the United States was rife with financial conflicts of interest. As self-employed practitioners, physicians were entrepreneurs who bore the risk of financial loss and reaped the profits. In addition, fee-for-service payment encouraged physicians to increase medical services they supplied. Physicians' financial interest in supplying services compromised their independent judgment in assessing patients' needs, prescribing therapy, and exercising discretion to make choices for patients.⁵⁹

Prior to insurance, physician's entrepreneurial opportunities were restricted because most people lacked means to pay physicians or had significant budget limits. The spread of indemnity insurance removed budget constraints, so physicians could boost their income by recommending and supplying services.

Physicians multiplied their entrepreneurial conflicts of interest when they sold ancillary services that they could prescribe. Physicians began to supply drugs, laboratory and diagnostic

tests, medical imaging (X-rays, MRIs, CT Scans) and medical supplies as part of their practice. They also employed allied health professionals –such as physical therapists– and earned money from their services.

Similarly, physicians expanded their entrepreneurial opportunities by investing in, or owning medical facilities. They invested in clinics, hospitals, ambulatory surgery centers, specialty hospitals, pharmacies, diagnostic imaging centers, nursing homes, rehabilitation facilities, and clinical laboratories, among other facilities. In addition, physicians often developed ties with third parties, such as pharmaceutical firms. Commercial interests sometimes paid physicians kickbacks for referrals. More often, they offered gifts and subsidized physicians through grants for professional activities, such as continuing medical education, conferences, research and other activities.

One way to cope with such conflicts of interest is by having independent parties oversee medical practice. However, organized medicine steadfastly opposed laymen, corporations, and public authorities overseeing physicians. It blocked public authorities, insurers, and private organizations from exercising oversight until after Congress passed Medicare and Medicaid. Then the tide shifted as the government sought to control spending through regulation and by promoting market competition.

The HMOs Act of 1973 was a means to cope with physicians' conflicts of interest. Many early HMOs ended physician entrepreneurship by employing physicians. Others oversaw physician choices with utilization review and restricted specialty services through physician gatekeepers. Some changes –such as substituting salary and capitation payment in place of fee-for services– reduced physicians' conflicts of interest. Other changes –such as utilization review– mitigated them.

Later, HMOs changed physician payment to encourage physicians to prescribe services frugally through physician risk sharing and other incentives. These changes substitute incentives to increase services with incentives to reduce them. Rather than eliminate physicians' conflicts of interest, it introduced new ones. Cost-cutting conflicts of interest grew as the managed industry changed.

Early on, HMOs were mainly not-for-profit organizations with a public service mission. Over time, for-profit firms—driven to generate profits for investors—became dominant. In addition, physicians sought to maintain an entrepreneurial stake. They formed their own HMOs or assumed most of the financial risk from HMOs they did not own. In both situations, just as investors, physicians had strong incentives to cut services.

Thus, while managed care helped cope with some physicians' conflicts of interest, it often did so by creating new ones. Even when MCOs countered physicians' conflicts of interest, they did not effectively mitigate their own conflicts of interest. This led some observers to ask: what remains of medical professionalism after managed care?⁶⁰ It required political backlash and state legislation to address MCO's conflicts of interests.⁶¹

EXIT AND VOICE

Albert Hirschman's book *–Exit, Voice and Loyalty–* spawned a literature on interplay of exit and voice in markets, organizations and states.⁶² Dissatisfied individuals may exit and spur change in the process. In markets, consumers typically exit by purchasing goods or services from an alternative source. In organizations, individuals exit by ending their membership or by resigning their job or position. When enough individuals exit, firms lose revenue and organizations lose members or their talent.

An alternative means for individuals to resolve problems is to exercise voice. Typically associated with politics, voice includes

complaints, protest, and advocacy. In markets, voice includes complaints to producers or to political authorities. In organizations, voice includes criticizing policies and participating in governance.

Sometimes individuals can employ either exit or voice, or both. But markets and organizations may restrict either exit or voice, thereby requiring individuals to rely on one of the two. When exit is blocked or too costly, individuals must exercise voice to express dissatisfaction. Monopolies, for example, preclude exit to purchase services from alternative suppliers. States that have a single political party preclude switching party affiliation to promote change. In a similar vein, when organizations repress dissent and businesses do not respond to complaints, dissatisfied individuals must rely on exit: leave, drop out, or not purchase services.

INDEMNITY INSURANCE

When indemnity insurance was predominant, individuals could switch physicians and hospitals without restraints from insurers, an option that sometimes rewarded providers who catered to their patients. However, most patients could only choose from physicians who had conflicts of interest arising from being entrepreneurs paid fee-for service.

AMA opposition prevented most individuals from obtaining services through a prepaid group practice, or other organized system of medical care. Patients had only what Charles Weller calls “guild free-choice”.⁶³ Exit, thus offered only limited options.⁶⁴

Furthermore, switching physicians was often difficult and did not produce much change. From the 1930s until 1960, a doctor shortage made it difficult for patients to readily find an alternative provider and easy for physicians to secure more patients than they could serve. That insulated physicians from economic jeopardy when dissatisfied patients exited, and reduced pressure to respond. In addition, when patients switched physicians, they

did so as individuals, which minimized exit's effect. Had groups of patients collectively switched physicians, their clout would have been greater.

Moreover, patients were not well informed, and that hampered the value of freedom to choose. Patients had limited information about medicine; professional ethics restricted advertising prices or other matters; hardly any evaluations of physicians and hospitals were publicly available. Most physicians did not tell patients about their options or consult them regarding choices that involved competing values.

Furthermore, switching physicians often requires severing a long-standing relationship. The sick and the frail have difficulty shopping for providers.⁶⁵ Patients with a chronic illness face greater obstacles making such changes because they seek a provider familiar with their history who has worked with several other medical personnel. Thus, many, patients endure problems and reserve exit as a last resort.

Patients had even more difficulty exercising effective voice than they did using exit strategies. Physician Jay Katz described the patient-physician relationship as a "silent world".⁶⁶ Physicians were paternalistic and did not elicit patients' views or participation in decisions. Medical and social norms encouraged patients to play a passive sick role, depend on doctors, and not raise questions.⁶⁷

Nor did patients have opportunities for voice on medical matters outside the patient-doctor relationship. Patients did not view themselves as consumers or perceive themselves as having common quality problems stemming from the way medicine was organized. Thus, patients did not form organized groups to assert their interests. And society lacked institutions to amplify their individual voices.

The organization of medical care also impeded consumers from expressing their voice. There was no entity responsible for co-

ordinating or overseeing health care to which consumers could complain. Patients received medical care through a decentralized and fragmented delivery system. Furthermore, no governmental authority oversaw medicine. Patients could complain of egregious conduct to state licensing boards, but these boards had limited powers. Typically, licensing boards exercised their power only to revoke or suspend the licenses of doctors who had been convicted of criminal offenses or were impaired by alcohol or drug use.⁶⁸ Courts provided a forum for patients injured by medical malpractice, but this was a very limited and costly form of consumer voice.⁶⁹

MANAGED CARE

Managed care changes the interplay of exit and voice. MCOs reduce exit options.⁷⁰ They restrict patients to providers in the network, or offer patients financial incentives to use preferred providers. Even when available, exit often has limited value. Switching physicians within a plan may not produce new clinical choices because MCOs influence the medical practice of all physicians through financial incentives and rules.

Ownership of MCOs is also becoming concentrated. When a few oligopolies dominate the market, they become complacent about the risk of losing market share and less responsive to consumer switching.⁷¹ Albert Hirschman characterizes their behavior as “lazy monopoly”.⁷² Such firms may prefer to lose difficult customers rather than improve performance. MCOs may prefer to lose patients with high-cost illnesses because it will increase their profit. In that case, dissatisfied customers may find equally unresponsive competitors when they exit.

In fact, most employees have very little choice among health plans. In 1996, fifty two percent of mid-sized firms offered employees only one health plan and only twenty four percent offered

three or more.⁷³ Typically they allow employees to switch health plans only once a year. The poor have even fewer exit options.⁷⁴ Many state Medicaid programs lock beneficiaries into an MCO, generally the one with the lowest premium.⁷⁵

Switching health plans is a crude tool because they offer a bundle of varied medical services, medical providers, and health insurance. Consider a family of three, each with different medical problems: the father with a cardiac problem, the mother with breast cancer, and the child with asthma. Suppose that the family must choose among three MCOs, each of which is strong in only one area of medical care that the family needs.⁷⁶ Which MCO should the family choose?

Managed care's restrictions on exit suggest that policy should promote voice within MCOs.⁷⁷ Some early PGP's were consumer cooperatives and members had voice in their operations. However, there are hardly any consumer-directed MCOs today.

The limitations of exit as a means to change MCOs are illustrated by the political backlash against managed care in the 1990s. Market theory suggests that MCOs would respond to public dissatisfaction by changing their policies. It suggests that at least some MCOs would carve out a market niche by offering different policies than their competitors. In fact, the market did not lead MCOs to modify the policies that the public resented. It took voice through the political process for legislatures in 47 jurisdictions to regulate managed care. The legislation set some standards, but also mandated grievance procedures that allowed individuals to appeal denials of service, a form of voice.

Legislation can set general rules, but this is no substitute for other mechanisms that make organizations accountable to those they serve. It behooves MCOs to facilitate patient voice within their organizations, including participation in governance.

CONCLUSION

What we call managed care arose as a cluster of arrangements that evolved over time, to organize and finance medical services. Tools may be neutral, but their use is not.

They further the goals of those who use them. The significance of managed care arrangements lies in how people and organizations use them to change medical practice and public policy. To help understand managed care, this paper examined its role in the political economy of medicine and social, political and economic conflicts. Different groups have used managed care in various ways. These include:

- Cooperatives, to finance medical care for their community;
- Laymen, to increase their access to medical care;
- Laymen, corporations, and government, to challenge organized medicine's dominance, entrepreneurialism, and monopoly;
- Reformers, to innovate, improve medical quality management, and efficiency;
- Governments, to promote competition in medical and insurance markets;
- Policymakers, to manage medical practice and medical markets;
- Policymakers, insurers, and employers, to control medical spending;
- For-profit firms, to earn bounties through cost-savings;
- Governments, as a means of public management over medical practice;
- Governments, reformers and insurers, to eliminate, oversee, or cope with physicians' conflicts of interest;
- Governments and insurers, to manage individual patient/consumer choices;
- Physicians, to control their medical practice and income.

REFERENCES

- ¹ For some of the leading histories of American medicine and health policy see Starr, Paul. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books. Stevens, Rosemary. 1989. *In sickness and in wealth: American hospitals in the twentieth century*. New York: Basic Books.
- ² Burrows, James G. 1977. *Organized medicine in the progressive era: The move toward monopoly*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Ch 8 Contract Practice, 119-132.
Chase-Lubitz, Jeffrey F. 1987. "The corporate practice of medicine doctrine: An anachronism in the modern health care industry". *Vanderbilt Law Review* 40, num. 2: 445-488.
- ³ Cunningham III, Robert and Robert M Cunningham Jr 1997. *The blues. a history of the blue cross and blue shield system*. Dekalb: Northern Illinois University Press.
- ⁴ Starr, Paul. 1982. *Op. cit.*
- ⁵ Schwartz, Jerome L. 1965. "Early history of prepaid medical care plans". *Bulletin of the History of Medicine* 39, num. 5: 450-475.
Hansen, Horance R. 1950. "Laws affecting group health plans". *Iowa Law Review* 35, num. 2: 209-236.
- ⁶ Laufer, Joseph. 1939. "Ethical and legal restrictions on contract and corporate practice of medicine". *Law and Contemporary Problems* 6, num. 4: 516-27.
- ⁷ The succeeded, despite the federal government successfully prosecuting the ama in 1942, for violation of antitrust laws by excluding physicians in Group Health Association, a Washington, D.C. PPGP.
- ⁸ "Statistics on U.S. population from Statistical Abstracts of the U.S.. Statistics on enrollment in insurance plans from: Fein, Rashi. 1986. *Medical care, medical cost: The search for a*

national health insurance policy. Chapter 1 “In sickness and in health”. Cambridge: Harvard University Press.

- ⁹ Marmor, Theodore. 1994. *The politics of Medicare* (2nd ed.) Aldine Transaction, Oberlander, Jonathan. 2003. *The political life of Medicare*. Chicago: University of Chicago Press.
- ¹⁰ Fein, Rashi. 1986. *Op. cit.*
- ¹¹ OECD *Health Data* 2002.
- ¹² P.L. 92-603 (1972).
McDonough, John. 1997. “Tracking the demise of state hospital rate-setting”. *Health Affairs* 16, num. 1: 142-49.
- ¹³ Roemer, Milton I. and Max Shain. 1959. “Hospital utilization under insurance”. Mimeographed. Ithaca: Cornell University School of Business and Public Administration.
- ¹⁴ However, planning agencies did not directly control funds for construction or reimbursement, which undercut their effectiveness See, Rodwin, Victor. 1984. *The health planning predicament: France, Québec, England, and the United States*. Berkeley: University of California Press.
- ¹⁵ States were required to create state health planning agencies and implement a system to issue certificates of need which would be necessary for new hospital construction or expansion. Health System Agencies regulated providers, but the majority of members represented consumers. The boards would make recommendations to state agencies on issuing certificates of need, and to the federal government on use of federal funds. Planning agencies and PSROs were supposed to develop explicit standards for determining need. Employers and consumer groups participated in decisions about allocation of resources which had previously been left to physicians and hospitals.
- ¹⁶ At the time, many leaders believed Congress would soon pass NHI. Because of this, Nixon later introduced his own proposal for NHI, which might have become law, had not the Watergate scandal forced his resignation.

- ¹⁷ Altman, Stuart and Jospeth Eichenholtz. 1981. "Inflation in the health industry: Causes and cures". In, *Economics and health* (Eds). Altman, Stuart and Jospeth Eichenholtz. Cambridge: MIT Press.
- ¹⁸ Nixon was familiar with PPGP because one of the oldest, largest and most known –the Kaiser Health Plan– was in California. Nixon was not alone in promoting them. New York's governor, Nelson Rockefeller also championed them.
- ¹⁹ Brown, Lawrence D. 1983. *Politics and health care organization: HMOs as federal policy*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.
- ²⁰ 1976 Amendments to the HMOs Act.
- ²¹ Data from Inter-study, summarized in Gray, Bradford. 2006. The rise and decline of the HMOs. In Stevens, Rosemary, Charles E. Rosenberg, and Lawton R. Burns. *History and health policy in the United States: Putting the past back in*. New Brunswick: Rutgers University Press, 309-339, at 312. By 29001, HMO enrollment declined to 71.8 million. Inter-study 2002. The Inter-study competitive edge 3.2. *Excelsior*, MN: Decision Resources, Inc.
- ²² Goldfarb *v.* Virginia State Bar 421 U.S. 773 (1975).
- ²³ In re American Medical Ass'n, 94 F.T.C., 701, 801 (1979); [1979-1983 Transfer Binder] Trade Reg. Rep. (CCH) p. 21, 955 at 22, 418-19.
- ²⁴ McDonough, John. 1997. *Op. cit.*
- ²⁵ Goldsmith, Jeff. 1981. *Can hospitals survive? The new competitive health care market*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- ²⁶ Touche Ross & C. 1982. *Investors' guide to health maintenance organizations*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
Gray, Bradford. 2006. *Op. cit.*
- ²⁷ Sound Health Association *v.* Commissioner of Internal Revenue Service (13 November, 1978.)

-
- ²⁸ See the Health Affairs theme issue on conversion, Hospital & health plan conversion *Health Affairs* 1997, 16, num. 2. See especially, Gray, Bradford H. 1997. Conversion of HMOs and hospitals: what's at stake? *Health Affairs* 16, num. 2: 29-47; Claxton, Garry Judith Feder, David Shactman, and Stuart Altman. 1997. "Public policy issues in nonprofit conversions: an overview". *Health Affairs* 16, num. 2: 9-28.
- ²⁹ Binsberg, A. and A. Bucholtz. 1990. "Converting to for-profit status: Corporate responsiveness to radical change". *Academy of Management Journal* 33: 445-447.
- Gailey, Anne L. 1994. Charities win, lose in health shuffle. *Chronicle of Philanthropy*. The restrictions on tax exemption also affected the Blues and hospitals. The Tax Reform Act of 1986 repealed the Blues federal tax exemption, but taxed them at 20 percent instead of the usual corporate tax rate of 34 percent if they had low financial reserves. (Internal Revenue Code, Section 501(m)). Once the Blues paid taxes, there was no need for them to remain not-for-profit, and by 1997, two Blue Cross plans (WellPoint and WellChoice) converted into for-profit firms. Blue Cross Blue Shield Association. 2004. For-profit conversions and merger trends among blue cross blue shield health plans.
- ³⁰ Inter-study. 1985. The Inter-study 7 HMO Summary: June 1985. Excelsior, MN: Decision Resources, Inc.
- Inter-study. 1987. National HMO firms 1986: A report on companies that own or operate HMOs in two or more states. Excelsior, MN: Decision Resources, Inc.
- ³¹ Williams, Claudia, Justin Treloar, Janet Lundy, Jain Wang and Larry Levitt. 2002. *Trends & indicators in the changing health care marketplace, 2002 chart book*. Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation Center for Medicare & Medicaid Services.

-
- ³² Kuttner, Robert. 1998. "Must good HMOs go bad? The commercialization of prepaid group health care". *The New England Journal of Medicine* 338, num. 21: 1558-1563.
- Kuttner, R. 1998. "Must good HMOs go bad?-the search for checks and balances". *New England Journal of Medicine* 338, num. 21: 1635-1639.
- ³³ Hellinger, Fred J. 1996. "The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence". *Medical Care Research Review* 153, num. 3: 294-314.
- ³⁴ Luft, Harold S. 1987. *Health maintenance organizations: Dimensions of performance*. New Brunswick: Transaction Books.
- ³⁵ Comment made in public presentation, Heller School, Brandeis University, fall 1986.
- ³⁶ Weiner, Jonathan and Gregory de Lissovoy. 1993. "Raising a tower of Babel: A taxonomy for managed care and health insurance plans". *Journal of Health Politics Policy and Law* 18, num. 1: 75-97.
- Welch, William P, Alan Hillman and Mark V. Pauly. 1990. "Toward new typologies for HMOs". *The Milbank Quarterly* 68, num. 2: 221-243.
- ³⁷ However, Luft and others did evaluate managed care performance. See, e.g., Miller, Robert. H. and Hal. S. Luft. 1994. "Managed care plan performance since 1980: A literature analysis". *Journal of the American Medical Association*. 271, num.19: 1512-1519.
- Miller, Robert. H. and Hal. S. Luft. 1997. "Does managed care lead to better or worse quality of care?" *Health Affairs*, 16, num. 5: 7-25.
- Miller, Robert H. and Harold S. Luft. 2002. "HMOs plan performance update: An analysis of the literature, 1997-2001". *Health Affairs*, July 21, num. 4: 63-86.
- ³⁸ Gabel, Jon. 1997; "Ten ways HMOs have changed during the 1990s". *Health Affairs* 16, num. 3: 134-145. Draper, Debra

-
- A. Robert E. Hurley, Cara S. Lesser, and Bradley C. Strunk. 2002. "The changing face of managed care". *Health Affairs*, 21, num. 1: 11-23. Hacker, Jacob S. and Theodore R. Marmor. 1999. "The misleading language of managed care". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24, num. 5: 1033-43.
- ³⁹ For a history of utilization review programs see, Gray, Bard H. and Marilyn J. Fields, eds. 1989. *Controlling costs and changing patient care: The role of utilization management*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- ⁴⁰ Soumerai, Stephen B., Lipton, Helene L. 1995. "Computer-Based Drug-Utilization Review-Risk, Benefit, or Boondoggle?" *New England Journal of Medicine* 332. num. 24: 1641-1645. Shapiro, Martin F., Wenger, Neil S. 1995. "Rethinking utilization review". *New England Journal of Medicine* 333: 1353-1354.
- Kassirer, Jerome P. 1994. "The use and abuse of practice profiles". *New England Journal of Medicine* 330. num. 9: 634-636
- ⁴¹ Gabel, Jon. *Op. cit.*
- ⁴² Firshein, Janet. 1995. "Measuring Progress towards Practice Guidelines, Clinical Guidelines, and Doctors". *Business and Health June*: 38.
- ⁴³ Robinson, James C. 1999. "The future of managed care organizations". *Health Affairs* 18, num. 2: 7-24.
- ⁴⁴ National Industry Council for HMO Development. 1983. *The health maintenance organization industry: Ten year report 1973-1983*. Washington, DC: Washington Industry Council for HMO Development.
- Inter-study. 1987. National HMOs Firms. 1986. "A report on companies that own or operate HMOs in two or more states". *Excelsior*. MN: Decision Resources, Inc.
- ⁴⁵ Enthoven, Alain C. 1978. "Consumer choice health plan: a national health insurance proposal based on regulated

- competition in the private sector”. *New England Journal of Medicine* num. 23: 650-658 and num. 30: and 709-720.
- Enthoven, Alain C. 1980. *Health plan: The only practical solution to the soaring cost of medical care*. Reading: Addison Wesley.
- Enthoven, Alain C. 1993. “The history and principles of managed competition”. *Health Affairs* 12: Supplement num. 1: 24-48.
- ⁴⁶ Skocpol, Theda. 1997. *Boomerang: Clinton’s health reform and the turn against government*. New York: WW Norton.
- ⁴⁷ Reinhardt, Uwe E. 1996. “A social contract for 21st century health care: Three-tier health care with bounty hunting”. *Health Economics* 5, num. 6: 479-499.
- ⁴⁸ Rodwin, Marc A. 1999. “Backlash as prelude to managing managed care”. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24, num. 5: 1115-1126.
- Brown, Lawrence and Elizabeth Eagan, “The paradoxical politics of provider re-empowerment”. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29, num. 6: 1045-1072.
- ⁴⁹ Dallek, Geraldine & Karen Pollitz, *External review of health plan decisions: An update*. Kaiser Family Foundation (2000), <http://www.kff.org/insurance/upload/ExternalReview.pdf>.
- ⁵⁰ Rodwin, Marc A. 1996. “Consumer protection and managed care: Issues, reform proposals, and trade-offs”. *Houston Law Review* 32, num. 5: 1319-81
- Rodwin, Marc. A. 1996. “Managed care and consumer protection: What are the issues?” *Seton Hall Law Review* 26, num. 3: 1007-54. A series of articles on managed care regulation appears in a symposium issue of the Seton Law Review, 1996, 26, num. 3. For discussions of market failure and managed care regulation see, Korobkin, Russel. 1999. “The efficiency of managed care ‘patient protection’ laws: Incomplete contracts, bounded rationality, and mar-

ket failure". *Cornell Law Review* 85, num. 1: 1-88; Hall, Mark A., and Frank A. Sloan. 2002. "Market failures and the evolution of state regulation of managed care". *Law and Contemporary Problems* 65, num. 4: 169-206. For more recent reviews of managed care regulation see, Furrow, Barry R., Thomas L. Greaney, Sandra H. Johnson, Timothy Stoltzfus Jost and Robert L. Schwartz. 2000. *Health law* (2nd ed). Saint Paul, MN: West. "Regulation of Managed Care", 501-508; Hall, Mark A., and Frank A. Sloan. 2002. "Market failures and the evolution of state regulation of managed care". *Law and Contemporary Problems* 65, num. 4: 169-206; Altman, Stuart, Uwe Reinhardt, and David Schactman. 1999. *Regulating managed care: Theory, practice, and future options*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. For discussion of quality standard regulation, See, Brennan, Troyen A. 1998. "The role of regulation in quality improvement". *The Milbank Quarterly* 76, num. 4: 709-732.

- ⁵¹ Robinson, James C. 2001. "The end of managed care". *Journal of the American Medical Association* 285, num. 20: 2622-28.
- ⁵² Jacobson, Peter D. 2003. "Who killed managed care? a policy whodunit". *St. Louis University Law Journal* 47; num. 2: 365-396l.
- ⁵³ Hall, Mark A. 2005. "The death of managed care: A regulatory autopsy". *Journal of Health Politics Policy And Law* 30, num. 3: 427-452.
- ⁵⁴ Rosenthal, Meredith, Bruce E. Landon, Sharon-Lise T. Normand, *et al.* 2006. "Pay for performance in commercial HMOs". *New England Journal of Medicine* 355, num. 18: 1895-1902.
- ⁵⁵ Jacobs, Alaim. 1998. "Seeing difference: Market health reform in Europe". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23, num. 1: 1-33.

- Le Grand, Julian. 1999. "Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service". *Health Affairs*, 18, num. 3: 27-39.
- ⁵⁶ Stocker, Karen Howard Waitzkin, and Celia Iriart. 1999. "The exportation of managed care to Latin America". *New England Journal of Medicine* 340, num. 14: 1131-1136.
- Weiner, Jonathan P., Johnna Case Famadas and Hugh R. Water. 2008. "Managed care and private health insurance in a global context." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33, num. 6: 1107-1131
- ⁵⁷ Rodwin, Victor G. and Claude Le Pen. 2004. "Health care reform in France –the birth of state– led managed care". *New England Journal of Medicine* 351, num. 22: 2259-2262.
- ⁵⁸ Homedes, Antonio Ugalde. 2005. "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America". *Health Policy* 71, no 1: 83-96; Laurell, Asa Cristina. 2001. "Health reform in Mexico: The promotion of inequality". *International Journal of Health Services* 31, num. 2: 291-321. Celia Iriart, Emerson Elías Merhy and Howard Waitzkin. 2001. "Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform". *Social Science & Medicine* 52, num. 8: 1243-1253.
- ⁵⁹ Rodwin, Marc A. 1993. *Medicine, money and morals: Physicians' conflicts of interest*. New York: Oxford University Press.
- Rodwin, Marc A. 2010. *Conflicts of interest & the future of medicine: The United States, France & Japan*. Rodwin, Marc A. 2007. "Medical commerce, physician entrepreneurialism, and conflicts of interest". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 16, num. 4: 387-397.
- ⁶⁰ Sullivan, William M. 1999. "What is left of professionalism after managed care?" *The Hastings Center Report*, 29, num. 2: 7-13.
- ⁶¹ Rodwin, Marc A. 1995. "Conflicts in managed care," *New England Journal of Medicine* 332, num. 9: 604-607.

-
- ⁶² Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hirschman, Albert O. 1970. *Exit and voice: An expanding sphere of influence*. In *Rival views of market society and other recent essays*. New York: Viking Press.
- ⁶³ Weller, Charles D. 1985. "Free choice as a restraint of trade, and the counterintuitive contours of competition", *Health Matrix* 33, num. 2: 3-23.
- ⁶⁴ Rodwin, Marc A. 1999. "Exit and voice in American Health Care". *Michigan Journal of Law Reform* 32, num. 4: 1041-67.
- Rodwin, Marc A. 2001. "Consumer voice and representation in managed health care". *Journal of Health Law* 34, num. 2: 223-272.
- ⁶⁵ Hibbard, Judith H. and Edward C. Weeks. 1987. "Consumerism in health care: Prevalence and predictors," *Medical Care* 25, num. 11: 1019-1032.
- ⁶⁶ Katz, Jay. 1984. *The silent world of doctor and patient*. New York: The Free Press.
- ⁶⁷ Parsons, Talcott. 1975. "The sick role and the role of the physician reconsidered," *Milbank Quarterly* 53; num. 257: 266-71.
- ⁶⁸ Derbyshire, Robert Cushing. 1969. *Medical licensure and discipline in the United States*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 77-85.
- Ameringer, Carl F. 1999. *State medical boards and the politics of public protection*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- ⁶⁹ Bell, Peter A. and Jeffrey O'Connell. 1997. *Accidental justice: The dilemmas of tort law*. New Haven: Yale University Press.
- Weiler, Paul C. et al. 1993. *A measure of malpractice: Medical injury, malpractice litigation, and patient compensation*. Cambridge: Harvard University Press.

- ⁷⁰ Rodwin, Marc A. 1995. *Op. cit.*
- ⁷¹ Starr, Paul. 1982. *Op. cit.*
Kronick, Richard, David C. Goodman, John Wennberg *et al.* 1993. "The marketplace in health care reform: The demographic limitations of managed competition". *New England Journal of Medicine*. 328, num. 2: 148- 152.
- ⁷² Hirschman, Albert O. 1970. *Op. cit.*
- ⁷³ Telephone Interview with John Gable, Co-Director of Health Care National Consulting, Center for Survey Research (Apr. 19, 1998) (describing the KPMG Peat Marwick publication of Health Benefits in 1996).
- ⁷⁴ Shelley I. White-Means. 1989. "Consumer information, insurance, and doctor shopping: The elderly consumer's perspective". *Journal of Consumer Affairs* 23, num. 1: 45.
- ⁷⁵ Hurley, Robert and Deborah Freund, and John Paul. 1993. *Managed care in Medicaid: Lessons for policy and program development*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- ⁷⁶ Klein, Rudolph. 1980. "Models of man, and models of policy: Reflections on exit, voice, and loyalty ten years later". *Milbank Quarterly* 58, num. 3: 416.
- ⁷⁷ Rodwin, Marc A. 1996. "Consumer protection and managed care: The need for organized consumers". *Health Affairs* 15, num. 3: 110-123.

CHRONIC DISEASE IN EUROPE: WHAT CHALLENGES FOR THE HEALTH SYSTEMS?

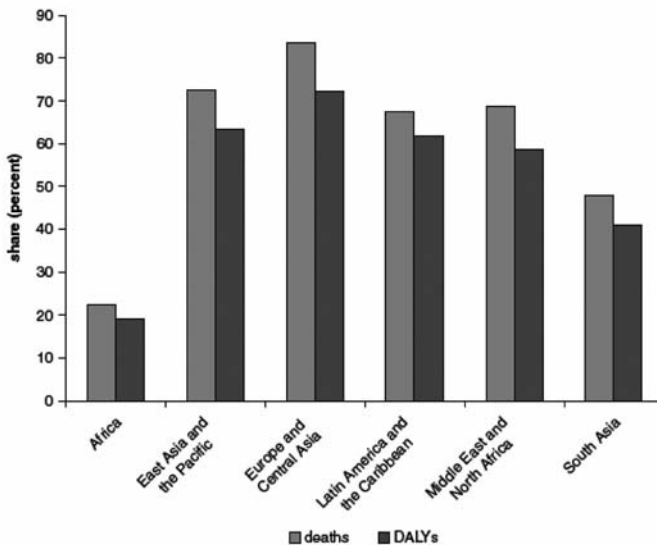
Dina Balabanova

Crece el reconocimiento internacional de la gravedad y relevancia de las enfermedades crónicas, que son cada vez más frecuentes y crean una demanda creciente de atención y servicios. Este problema es mundial, pero se presenta más en los países poco desarrollados y medianamente desarrollados, en donde la morbimortalidad por estas enfermedades aumenta constantemente. /Poco a poco muchas enfermedades se vuelven enfermedades crónicas que tendrán que ser tratadas y enfocadas de una forma diferente y novedosa. La falta de previsión para atender estos padecimientos tiene consecuencia desastrosas, como las que se han visto en Ucrania, en Georgia y en la República Kirguisa, en donde la falta de previsión de medicamentos aumentó la mortalidad de la diabetes. /El modelo de atención crónica (Chronic Care Model, CCM) de la Organización Mundial de la Salud tiene variaciones de país a país, pero parece ser el marco adecuado para atender estas enfermedades. Para lograrlo, las autoridades de salud deben tener en cuenta el costo, las fuentes de financiamiento y la forma de operación. /Para que el manejo de las enfermedades crónicas sea adecuado, es preciso desde el principio involucrar al paciente, a sus familiares y a los proveedores de servicio, para así lograr la integración entre familias de equipos de salud y comunidades, así como una continuidad y coordinación entre los niveles de atención y lograr la adopción de estrategias financieras, de control y de regulación, que sean exitosas. /Sabido que los costos de atención aumentan constantemente más allá de la capacidad para cubrirlos, es importante la responsabilidad de los pacientes y sus familiares, porque de otro modo los centros de atención a enfermedades crónicas serán insuficientes.

There is growing international recognition of the rising burden of chronic diseases worldwide and, in particular, the complex demands that they pose for health and social sectors (Jamison *et al.*, 2006). Longer life expectancy, changing lifestyles and chronic disease risk factors (smoking, drinking, diet, lack of physical activity and environmental factors), and the growing ability to intervene to keep people alive who previously would have died, have combined to increase the burden of diseases confronting health systems.

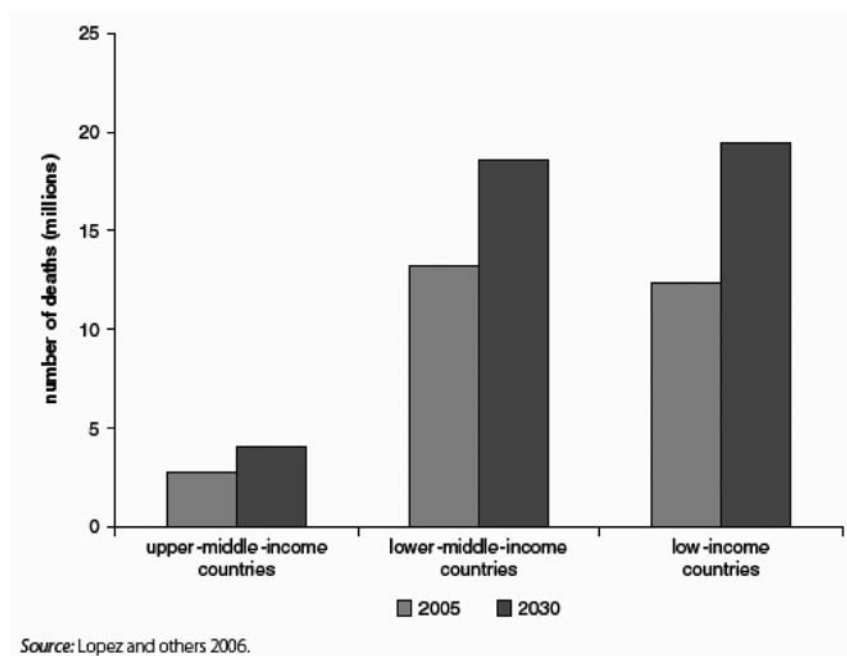
While the problems are more acute in low-resource settings, middle and high-income countries in all regions are facing an epidemic of chronic diseases (Figure 1). The burden of chronic NCD in the next decades is predicted to be particularly severe in middle-income settings, where rates from many chronic conditions are increasing, but health care systems are already overstretched (Figure 2). The challenges for the health systems are to reduce the prevalence through reduction in risk factors, and to keep people alive and in a healthy state ensuring appropriate interventions. As life-expectancy increases, the burden of ill health and disability in certain age groups is likely to increase as well, requiring interventions across health and social sectors.

Figure 1
Share of the Disease Burden Attributable to NCD's
by World Bank Region, 2002



Source: WHO 2004, annex table 4.
Note: DALYs = disability-adjusted life years.

Figure 2
Projected Deaths due to NCD's
by Country Income Level, 2005 and 2030



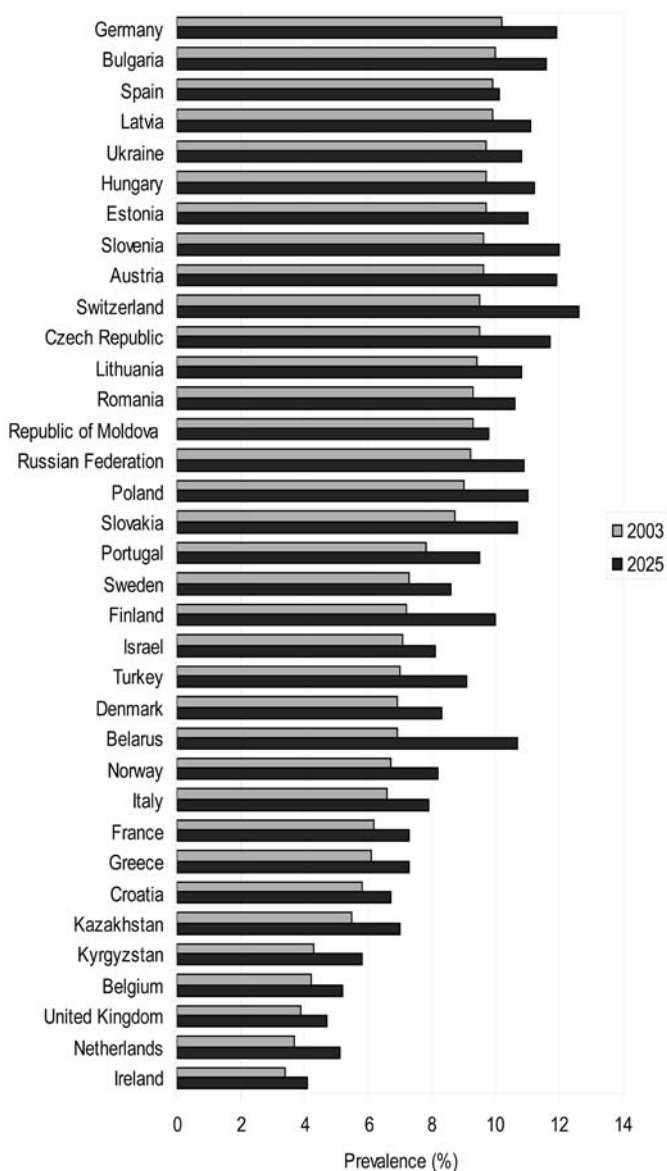
Our understanding of what constitutes chronic disease is expanding. There is a rising burden from heart disease, diabetes, asthma, injuries, developmental abnormalities, cancer, depression, disabilities such as blindness, and mental illnesses (Figure 3). Moreover, HIV/AIDS/ TB and other infectious diseases can often be controlled over a longer time period through effective medication, are rapidly becoming chronic. We are moving to a future in which most diseases will become chronic, to be managed at home, with an active involvement by the patient and their families.

However, patterns of disease are now changing, new technologies are rapidly becoming available, and public expectations are higher given the rising health care costs and better awareness. Many of the challenges we see now relate to the nature of

chronic disease. Chronic conditions are often life-long or require a prolonged treatment. They may involve a succession of contacts, access to variety of specialist skills at different levels of the system (for main illness and its complications). Successful management involves rapid diagnostic, ensuring adherence to treatment, and clear responsibility for patient follow-up, care is thought as a continuum. Many conditions require practical and financial support for lifestyle changes. Effective care is dependent on strong linkages between different episodes of care, such as referrals, exchange of information between providers, follow-up. Often there are potentially fatal consequences if successful control is not achieved. These system-wide failings are all the more tragic given the range of available treatments and models for effective care. Thus St. Vincent Declaration adopted in 1989 providing recommendations on control of diabetes and its complications, based on self management and community support. This situation challenges the traditional disease-oriented treatment, and instead calls for a comprehensive patient-focused approaches taking account of multiple coexisting conditions and needs, for example, in primary care settings.

Chronic disease poses complex demands on the health systems in countries of any income level. Many health systems have been largely designed to respond to acute episodes of illness or implement one-off public health campaigns. Specialists have often had a lead role, with limited scope for patients to participate in decision around their own care or actively manage their own condition. Yet existing approaches to health system reform often fail to promote the complexity of the responses required to address the challenge of chronic disease. Thus, health systems need to move beyond notions of individuals seeking care for isolated events to one that considers the integrated management of long-term illness characterized by multiple care episodes and a complex interaction between providers and patients.

Figure 3
Estimated and projected prevalence of diabetes mellitus
in 2003 and 2025, selected countries in Europe



In response to these challenges, many middle and high income countries have implemented comprehensive service delivery frameworks and guidelines. However, in some industrialized countries organizational factors, professional training and incentives arising from payment systems combine to produce fragmented models of care, rather than the integrated models that are most effective. Even where the overall outcomes are improving, there are variations in outcomes among different population groups, which are exposing inherent weaknesses in the way people with chronic disease are treated and supported. Thus juvenile onset diabetes is an example of a previously fatal disease for which a life-saving treatment, insulin, means that in having diabetes is consistent with an almost normal lifespan, there are still large variations in survival and outcomes across socio-economic or ethnic groups that reflect characteristics of the health care systems involved (Legetter *et al.*, 2002; Heuer *et al.*, 2004). There are also dramatic variations in diabetes outcomes in different countries (Matsushima *et al.*, 1997; Nolte *et al.*, 2006). While a basic minimum funding level is clearly necessary, it is not simply shortage of funds, as shown by the higher death rates in the USA than in other high-income countries (McKee & Nolte, 2004).

Middle and low income countries struggle with the complexity involved in ensuring that the drugs necessary to preserve or enhance life with chronic diseases are in the right place at the right time, and the service provided responds to the needs of those affected in a timely and effective manner. As a consequence, in many low income settings diabetes is frequently a sentence of death (Yudkin, 2000). In transition countries, where once functioning health systems have deteriorated, deaths among young people with diabetes have increased 7-8 fold in many former Soviet Republics and a study in Ukraine has shown how this is linked to deterioration in health care, with erratic insulin supplies being a major factor (Telishevska *et al.*, 2001). Analysis

shows that deficiencies in health systems have had a major contribution to worsening outcomes for people with diabetes.

The complexity of many chronic conditions means that there are significant variations in the experience of many users. Let me illustrate this with a vignette showing some of the possible scenarios, using the case of diabetes.

Box 1: Diabetes: contrasting experiences

John lives in an industrialised country and developed type 1 diabetes at the age of 5. When he reached adolescence, he started to disregard his diet and his diabetes is often out of control. By his early 30s he had developed diabetic eye disease; at 35 he was blind in one eye and partially sighted in the other. His kidneys failed when he was 40 but he has since had a successful renal transplant. He now has extensive coronary artery disease although the presence of autonomic neuropathy means that he does not experience angina. He knows that his life expectancy is limited.

Elizabeth lived in a rural part of a low income country. She developed type 1 diabetes at the age of 9. She began to lose weight and slowly wasted away. After several months her family raised enough money to take her to a doctor in a nearby town, where her diabetes was diagnosed. However her family could not afford insulin and she died 18 months after the onset of her disease.

Peter lives in a middle income country. His diabetes developed when he was seven. He was able to get insulin supplies from a government health centre, but often with interruptions. He cannot get a glucometer or test strips that would allow him to monitor his condition. Although he tries to stick to his diet, it is very difficult to obtain the right types of food. When he was 30 he developed an ulcer on his foot although because his diabetes had damaged his nerves he did not at first feel it. There was no-one who could provide the specialist care he needed and shortly afterwards his leg was amputated above the knee. He is now unable to work and finds it increasingly difficult to manage his diabetes.

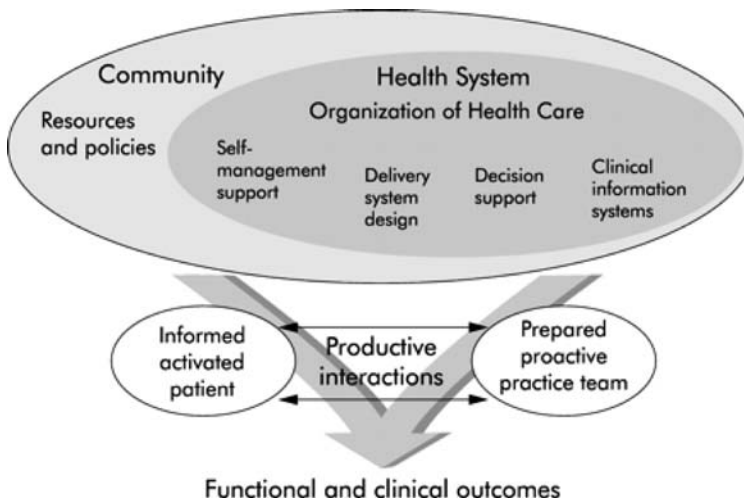
Jane lived in a middle income country. She developed diabetes aged 10. Although she adhered to her diet and was careful with her insulin dosage, she found her diabetes very difficult to control as the advice given from different physicians conflicted. Often she was unsure who to consult and whether she was entitled to free service. One evening she missed a planned meal and fell into a hypoglycaemic coma and died.

Sarah lives in an industrialised country. She developed diabetes at the age of six. She has always stuck to her diet and been careful with her insulin dosages. Despite having diabetes she leads an active life. She attends for checkups regularly and is particularly careful to ensure that her eyes are checked every year. She has now reached the age of 55 and has had no complications of her diabetes.

CONCEPTUAL FRAMEWORKS FOR NCD CONTROL:
WHAT DO WE KNOW

Recognizing the failures of health systems that remain, a range of well established models for chronic disease management emphasizing the need for integrated approaches to chronic care have been developed. Among the most influential are the Chronic Care Model and its variations, widely used in many high-income countries for different chronic diseases, such as Canada, UK, Australia. (Bodenheimer *et al.*, 2002a; Wagner, 1998) (Figure 4). The CCM aimed to provide a comprehensive framework of care, comprising four interacting components that are seen as critical for providing good care for chronic disease: self-management support, delivery system design, decision support and clinical information systems. Delivery of care is coordinated with complementary community resources and policies. The available evidence on whether these models improve outcomes for people with chronic conditions better than the sum of their elements is inconclusive.

Figure 4
The Chronic Care Model



WHO has adapted the model to middle- or low-income setting (WHO, 2002; Epping-Jordan *et al.*, 2004). While the WHO model upholds the principles of the Chronic Care Model, it emphasizes that an effective system response to chronic conditions is essentially about:

- a) *Partnership* between families, health care teams and communities;
- b) *Continuity* and *coordination* between levels of care;
- c) Adapting the strategies to the specific *context* (e.g. type of financing, regulation).

RESPONDING TO NCD: THE NEED FOR BROADER HEALTH SYSTEM RESPONSES

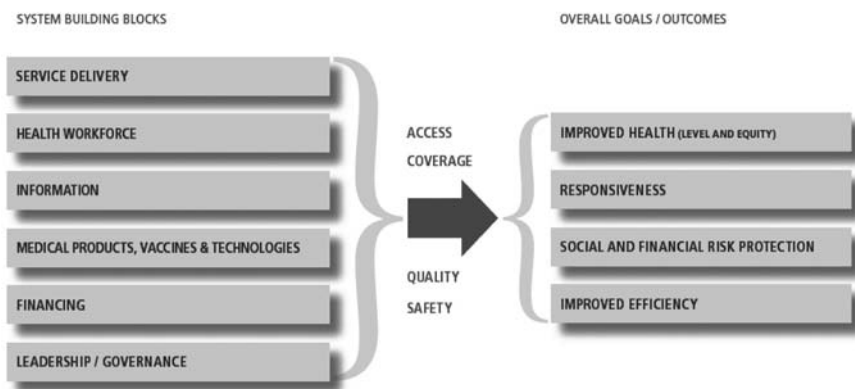
The chronic disease management models are still based on the premise that chronic disease could be managed through a package of planned and integrated services involving provider and patients acting in a partnership. However, most of these models remain vertical and diseased-focused and do not seek to achieve synergies with other programs or address system-level constraints to achieving integration of care. They may not be the most effective approach given the increasing pressure (cost, prevalence), complexity (multiple co-morbidities) and decreasing resources. Chronic diseases demand a whole system response, embracing not just individual elements of health care, or even just the health care system. They include areas such as procurement and distribution (or pharmaceuticals and equipment), education, and social policy.

Thus, it is recently argued that to effectively cope with chronic disease, there is a need for a broader health system perspective. Recent work by the European Observatory, WB, WHO has aimed to explore the challenges of chronic disease not

just for the health systems but for the public policy generally, and formulate strategies (Nolte & McKee, 2008; Adeyi, Smith *et al.*, 2007; WHO, 2002). This approach demonstrates the cross-cutting impact of chronic disease, and wider impact at both household and societal level.

Here, I will consider specifically the health system perspective when addressing chronic disease, but before I do that, I will talk briefly about the goals and core elements of a health system. In a widely accepted framework, WHO defines the main goals of a health system to be: to improve health, to be responsive to its users, to provide social and financial risk protection (limit catastrophic expenditure), and do so in an efficient manner (WHO, 2007; WHO, 2000). (Figure 5). In achieving these goals to a reasonable level, we can say that a health system is performing well. While the core building blocks presented in the left column have changed in successive revisions, the underlying values in the right side of the figure are shared across the global health community.

Figure 5
The Who Health System Framework



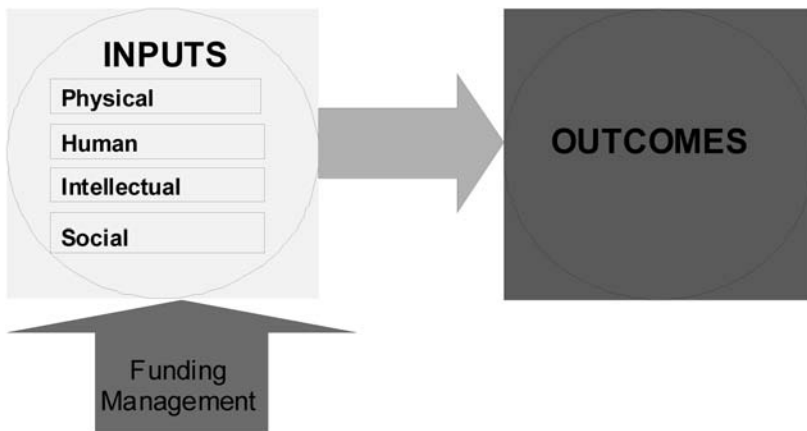
However, achieving these health system goals in relation to chronic diseases is increasingly complex and requires particular attention. Responding to chronic disease requires very different capacities and resources within health systems, in terms of: *cost*, *resources*, and *system operation*.

- A. Cost. It has been shown that chronic disease in Europe will have significant cost implications. In the context of high and middle income countries, models show that the cost of chronic disease control is likely to be faster than the resources that are available (Nolte & McKee, 2008). In low income settings, the chronic NCD have added macroeconomic consequences and may hamper socio-economic development (Adeyi, Smith *et al.*, 2007).
- B. Health system inputs. Health systems require a range of inputs that are essential for a functioning system of chronic care, and we have developed the following framework identifying the prerequisites for effective care (McKee & Healy, 2002; Pawson *et al.*, 2005, Hopkinson *et al.*, 2004). It was initially designed to reflect the experience of users and frontline providers, reflecting the ultimate goal of the health systems. A good level of funding and management is a pre-condition, but in many cases, availability of financing is only part of the problem. While a good level of funding is clearly necessary, it is not simply shortage of funds, but also making sure that these are absorbed and allocated according to need. A greater supply of funds to a dysfunctional system is unlikely to improve the situation.

Inputs should include: physical inputs such as facilities and equipment; human resources inputs, such as trained staff with appropriate skills and empowered patients; intellectual resources,

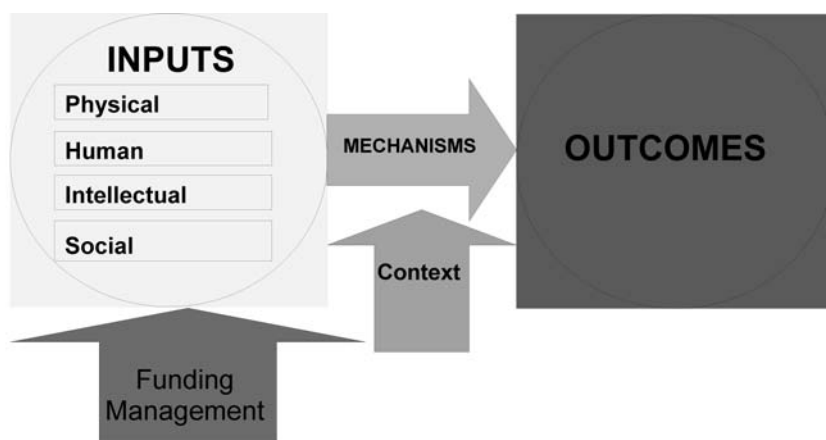
including systems to increase uptake of effective interventions, both by patients and health professionals; and social resources, including patient support systems, functioning communication and regulatory systems that empower patients and health professionals (Figure 6).

Figure 6



- C. Operational processes. Adequate funding and level of inputs is not enough to ensure improvement in outcomes. In order to translate resources into outcomes, a range of mechanisms or processes have to be present in the health systems (Figure 7). Two things are essential. First, the inputs need to be coordinated with each other. Second, the inputs have to be adapted to the particular context. What mechanisms are feasible will also depend on context.

Figure 7



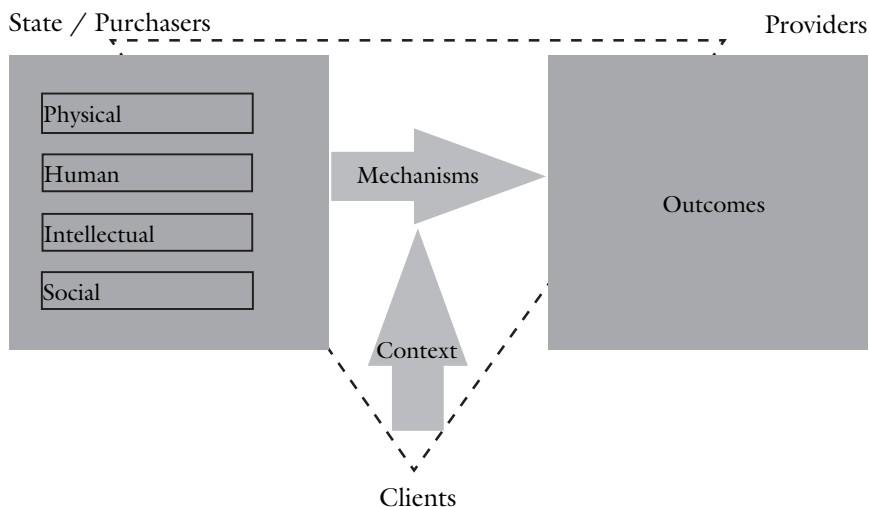
- D. While achieving outcomes is key, these have to be the right outcomes, compatible with the needs and demands of different population groups. Drawing on the idea that health systems have to be accountable is essential. WHO considers the governance function of the health system, operating as “leadership”, as fundamental to all other functions (delivery, resources, financing, etcetera) (WHO, 2000; WHO, 2007). It requires a range of institutional capacities, such as oversight, planning, regulation, intelligence, accountability. The latter is particularly important in responding to chronic disease due to the complexity, unpredictability and high costs.

I will briefly consider accountability here. The Chronic Care Model emphasizes accountability to clients (patients), and is less explicit about other relationships. Other models incorporate responsibility to wider community and to national health priorities as an integral part of the model (“public health perspective”).

The above presented framework can be modified to incorporate the accountability processes drawing on the 2004 World Development Report (World Bank, 2004). This model implies that the lines of accountability are complex and multi-faceted (Figure 8). Agency relationships play a key role in the way that services are provided and whether they are responsive to need. Clients (patients, citizens) could influence policy-makers through elections, or may choose particular services and ensure they attract more resources. Most often, purchasers (insurers and health authorities) act on behalf of patient to negotiate with health sector professionals (agents) about the scope and type of service to be provided to the patients (Figueras, 2005). Governments and their agencies could influence providers through hierarchical and managerial relationships, and require that the purchasers promote healthy public policies. The emphasis on patient-centered care means that health sector professionals should be equally responsible to purchasers as well as patients and communities, although the demands may be contradictory. For example, strategies to contain costs may clash with best practice guidelines for empowering patients.

The complexity of the response to chronic diseases means that it is unlikely that any of those currently situated within the system, whether as patients or providers, will have a comprehensive picture of how the system is operating, or how it should operate. Consequently, it will often be necessary for purchasers of health care, working in association with those in a stewardship role, to play a key role in designing, implementing and evaluating innovative policies.

Figure 8



DIABETES AS A TRACER FOR HEALTH SYSTEM PERFORMANCE

We have conducted a series of health system assessments using diabetes as a tracer condition in Kyrgyzstan, Kazakhstan, Georgia, and diabetes and hypertension in a Russian region; work in other countries is still in progress (Hopkinson *et al.*, 2004; Balabanova, 2009). The reason we chose to focus on diabetes is that it is a good example of a chronic condition where the diagnosis is clear, the outcome of failed health care easily measurable, and the patient pathway potentially extremely complex. Evidence shows that successful control depends on many different elements of the health system working together, such as a reliable supply of pharmaceuticals and access to interlinked, well managed, primary and secondary care; coordinated involvement with a range of appropriately trained health professionals; access to appropriate care for those suffering complications; patient education and social support systems. Failure of any one of these components may seriously disrupt the effective management of

diabetes, manifesting as adverse health outcomes such as amputations, blindness, disability and premature death. Where diabetes is controlled, some people can live essentially normal lives.

Beyond the health systems, diabetes helps us investigate the adequacy of social security support, employment-related and labor market regulations. People suffering from life-long chronic diseases such as diabetes are especially vulnerable to policies that reduce public spending and which impair accessibility and quality of health care. They may also suffer from discrimination, higher rates of unemployment or reduced opportunity to observe appropriate lifestyles.

As these issues are common to many chronic diseases, diabetes provides a means of identifying pressure points for improvement in the health system responses to not only diabetes but also to other complex non-communicable conditions.

The *input-mechanisms-output* framework described earlier was applied to diabetes care. It was adapted to each country context, but it broadly covered the following areas. The study adopted a system-wide approach, identifying the health system requirements for effective diabetes control (McKee and Healy, 2002) including physical, human, intellectual and social resources required; the mechanisms for making sure these resources are best used, and seeking to link this inputs to outcomes. The work sought to identify critical weaknesses in the management of diabetes and its complications, taking a system-wide approach, and second, to identify policy options to improve systems for diabetes care, that are feasible and applicable to the country context.

The framework was operating specifically for diabetes in the following way:

Inputs:

- Physical resources: supply of insulin, hypoglycemic drugs, diagnostic and monitoring equipment, appropriate facilities and diets.
- Human resources: empowered patients, trained staff with resources; effective policy-makers; *ethos* of empowerment of patients and staff.
- Intellectual resources: self care; responsive and effective clinical care; access to evidence; guidelines and policies introduced and implemented.
- Social resources, such as social support.

Mechanisms:

- Health system integration and linkages between primary, general hospital and specialist care; effective referrals.
- Communication and collaboration throughout the health system.
- Inter-sectional collaboration to prevent social exclusion.
- Regulation and monitoring of quality of care for diabetes compared with best practice (based on St. Vincent Declaration and other nationally endorsed strategies), considering resource constraints.
- Health seeking behavior, including access to and patterns of utilization (access; adherence), formal and informal pathways to care.

Health and social outcomes:

- Mortality from diabetes.
- Complications of diabetes, such as records of lower limb amputations or blindness, or other pathology caused by diabetes.
- Patient participation in the labor market and ability to obtain income.
- Ability to maintain paid employment.

The case studies were multi-method: examination of routine statistics and surveys on clinical and social outcomes from diabetes, legislative, regulatory and policy documents, and triangulating data from interviews with key informants, users and health care professionals, observation of practice at facilities. All levels of care were represented, from primary (urban and remote rural), to regional and national (hospitals, specialist endocrinology departments, teaching centers, emergency services), Ministry of social protection/labor, insurers, professional organizations, diabetic patients NGO.

Findings show the difference in how these challenges are managed in diabetes care across different countries. In Georgia, diabetes-related mortality is among the worst in Europe and Central Asia. Surprisingly, given the history of conflict, economic collapse and weak health system capacity, the main constraints identified are non-financial. The government has invested considerably in the system for diabetes care. Many of the essential inputs for diabetes care are already in place such as free insulin, a guaranteed package of care, and some will soon be added: primary care physicians trained to manage diabetes, subsidies for poor groups.

Despite increased financing, the major problem is that these inputs are not coordinated and often fail to achieve their intended effects. As a result delivery of accessible and affordable care is lacking. For example, despite a targeted government policy on funding free insulin for all those suffering from diabetes, supply is problematic in rural areas due to poor procurement and distribution practices. Obtaining free insulin requires multiple visits to health facilities and designated pharmacies; this is aimed to ensure proper checks and reduce corruption, but adds to the burden on the users. The complexity of pathways to key stages of care obstructs continuity. Obtaining syringes, supplies and hypoglycemic drugs and self-monitoring equipment remains difficult everywhere, as it is not funded.

The inadequate mechanisms to make sure the invested resources are used effectively are generic to the Georgian health system as a whole. There are poor linkages between primary and secondary care and ineffective patient follow-up or monitoring of outcomes. The scope of work of primary care practitioners is limited and they rarely diagnose and manage diabetes (similarly to other chronic disease), which instead takes place within the vertical systems. Diagnosis and treatment of diabetes complications involve hospital admission and unaffordable out-of-pocket payments. There are no evidence-based guidelines on diabetes management (or many other chronic NOD's), formal support and quality assurance. Prevention and effective management of complications is limited, increasing adverse outcomes.

The main areas where improvement are similar to what is seen to be key in the UK and USA —the key is not the overall level of resources and inputs but the way health systems processes and operation. In Georgia, improving diabetes outcomes will involve simplifying pathways to care and drugs, reassessing staff roles and insulin distribution systems. This would require better co-ordination of the inputs into the system (e.g. primary and secondary care physicians having a mechanism to share information). In summary, what is needed is not more money but development of an integrated and responsive health systems.

Our work in Kyrgyzstan showed a similar lack of coordination, with some inputs taking precedence over others, and lack of linkages between actors in the health system (Hopkinson *et al.*, 2004). As in Georgia, the problem was not so much in the availability of insulin and drugs (it was fully financed by donors in the 1990s), but ensuring a reliable supply responding to need. Despite tenders and tight state control, minor glitches disrupted the procurement and distribution systems. This and the fact that on discharge, the hospitals are not allowed to provide supplies of insulin, meant disruption in taking insulin for people in rural areas.

Despite the presence of extensive but basic infrastructure and human resources, the lack of evidence based care or care for complications have undermined national efforts to improve diabetes control. We interviewed one of the physicians who underwent a training course in the UK to manage foot problems in diabetes patients, but who lacked the equipment, supplies and support to perform any procedures. She reported how patients with relatively minor foot ulcers are routinely referred to surgical departments where the standard treatment is an above-knee amputation. Lack of resources (including high out-of-pocket payments by patients) is only part of the problem. There is also a lack of procedures in the health system to manage protracted diseases and ensure access to care for co-morbidities and complications.

In both Georgia and Kyrgyz Republic, there was a certain sense of fatalism as people with diabetes were seen to have a short life span, and a little effort to promote self-care, adherence to drug regimens and appropriate lifestyle. The lack of interest to empower patients and ensure their cooperation is observed for other conditions as well, as is permeating the health systems. Adapting to the constraints imposed by the system was especially great among children, with reports of children unwilling to take insulin and adults accepting that the children would die prematurely. A common statement was that “we don’t have any future”. Perhaps the worst case was of a 24 year old woman who had already had one leg amputated and had renal dysfunction. She had essentially confined herself to bed to wait for death.

While the health systems developed in the former Soviet Union were geared towards providing acute care and scaling up basic interventions, both countries faced difficulties adapting to changing demands. In Kyrgyzstan, although most of the elements needed for care were present to some extent, and in some places, the overall system was weak and fragmented disrupting continuity of care and care for complications (McKee, Healy *et al.*, 2002).

MEASURING HEALTH SYSTEM PERFORMANCE – WHAT CAN WE LEARN FROM CHRONIC NCD

As demonstrated above, chronic disease is a useful lens through which we can analyze health system performance in a country, or across countries. It reflects many dimensions of the health system. Indeed recent work by Nolte and McKee (2008) has done that –looking at the outcomes from amenable mortality (many of these relating to chronic disease) as a marker for health system performance.

For example, a system that fails to achieve effective distribution of insulin is unlikely to be much more successful with contraceptives, anti-malarias', or other drugs, although clearly it is necessary to confirm that this is the case. Similarly, a lack of evidence-based practice in one area is unlikely to be an isolated phenomenon.

But how can we measure health system performance in relation to chronic illness? Different approaches involve measuring:

Outcome indicators. For example for diabetes, this would be mortality from diabetes and its complications; rate of acute complications (coma, limb amputation, blindness, diabetes-related renal disorders) that could be prevented or mitigated through appropriate health system interventions; and survival. Given that those affected can be easily identified, they can be followed over time within the routine systems. Although outcome indicators provide a more reliable picture of effectiveness of diabetes care, in many low-income countries routine statistics will be unreliable.

Output indicators. They include access or use of care, availability of appropriately trained staff, functioning pharmaceutical supply chain, rate of hospitalizations or use of emergency services due to severe complications; having regular access to designated

health provider; uninterrupted use of insulin and blood sugar lowering drugs; use of appropriate access channels for diabetes for routine and specialized care; self-control of blood sugar using a glucometer.

Process indicators. Some of the processes involved are multifaceted and difficult to measure, for example effective team work, communication, self-management, patient involvement. At the same time, they are the ones that are often seen as key factors influencing health system responsiveness. A focus on readily measurable indicators will not be sufficient to capture sufficiently well patient and user experience.

CONCLUDING REMARKS

As discussed earlier, health systems are challenged by a growing burden of chronic diseases, and new models of treatment and care need to be developed. It is likely that there will be a significant shift to a working partnership between health care professionals and clients, and introducing care models that take into account both health and social needs, and is adapted to the particular context. There is a need for more flexible, system-wide approaches, introduction of intermediary staff roles helping patients to navigate the system, and effective primary care, which can support people with chronic diseases, but can also rapidly interface with other levels of the system where needed (e.g. in the case of complications). It is important to measure progress and learn from innovations in coping with chronic disease in different settings. Understanding the changes required and implementing these is likely to be one of the greatest challenges facing health systems globally in the twenty-first century.

REFERENCES

- Adeyi, O., O. Smith, S. Robles, (Ed.) (2007). *Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases*. Washington D.C.: The World Bank.
- Balabanova, D., M. McKee, N. Koroleva, I. Chikovani, K. Gogvadze, T. Kobaladze, O. Adeyi, S. Robles. *Navigating the health system: diabetes care in Georgia. Health Policy Plan*, January 2009; 24: 46-54.
- Bodenheimer, T., E. Wagner, K. Grumbach. (2002). "Improving primary care for patients with chronic illness". *JAMA*. vol. 288, num. 14, p. 1775-9.
- Department of Health. National Service Framework for Diabetes (2003). Delivery Strategy, UK.
- Diabetes Care and Research in Europe: *the St Vincent Declaration* (1989). <http://www.idf.org/webdata/docs/SVD%20and%20Istanbul%20Commitment.pdf>, accessed 30 March 2009.
- Epping-Jordan, JE, SD. Pruitt, R. Bengoa, EH. Wagner. (2004). "Improving the quality of care for chronic conditions". *Qual Saf Health Care*, num. 13, p. 299-305.
- Hopkinson, B., D. Balabanova, M. McKee, J. Kutzin. (2004). "The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan". *Int J Health Plann Mgmt*. num. 19, p. 43-61.
- Jamison, DT., G. Alleyne, J. Breman, M. Claeson, DB. Evans, P. Jha, AR. Measham, A. Mills, PR. Musgrove (eds) (2006). *Disease control priorities in developing countries*. (2nd. edition). Oxford: Oxford University Press.
- Legetter, S., N. Chaturvedi, JH. Fuller, ME. Edmonds. (2002). "Ethnicity and risk of diabetes-related lower extremity amputation". *Arch Intern Med*. num. 162, p. 73-78.

- Lewis, R., & J. Dixon. (2004). "Rethinking management of chronic diseases". *BMJ*, 328(7433), 220-222.
- Matsushima, M., RE. LaPorte, M. Maruyama, K. Shimizu, R. Nishimura, N. Tajima. (1997). "Geographic variation in mortality among individuals with youth-onset diabetes mellitus across the world. DERI Mortality Study Group. Diabetes Epidemiology Research International". *Diabetologia*. vol. 40, num. 2, p. 212-6.
- McKee, M. and J. Healy (ed) (2002). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- , E. Nolte. (2004). "Responding to the challenge of chronic disease: ideas from Europe". *Clin Med*. num. 4, p. 336-42.
- Nolte, E.; M. McKee. "Caring for people with chronic conditions: A health system perspective". Open University Press (Maidenhead) 2008.
- ; C.M. McKee; *Measuring the health of nations: updating an earlier analysis*. Health Aff (Millwood), 2008; 27(1):58-71.
- , C. Bain, M. McKee. (2006) "Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems". *Diabetes Care* 29, 1007-1011.
- Pawson, R., T. Greenhalgh, *et al.* (2005). "Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions." *Journal of Health Services Research & Policy* 10(Supplement 1): 21-34.
- Telishevska, M., L. Chenet, M. McKee. (2001). "Towards an understanding of the high death rate among young people with diabetes in Ukraine". *Diab Med*. num. 18, p.3-9.
- Wagner, EH. (1998). "Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?" *Effective Clin Pract.* num. 1, p. 2-4

-
- WHO (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva; Non-communicable Diseases and Mental Health.
- WHO (2005). *Preventing Chronic Diseases: A vital investment*.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_en.pdf
- WHO (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Bank. *World Development Report 2004. (2004) Making Services Work for Poor People*. Washington, DC.
- Yudkin, JS. (2000). "Insulin for the world's poorest countries". *Lancet* num. 355, p. 919-21.

LA RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD

Paulina Rivero Weber

La filosofía actual incrementa día con día su interés en problemas de salud pública, y esto no es extraño. Como lo ha dicho Hans-Georg Gadamer, uno de los más notables filósofos de nuestra época, “No existe otro terreno en el cual los progresos de la investigación moderna penetren tanto en el campo de tensiones de política social, como en el terreno de la salud”. (Gadamer, 1996, p. 9) Pero ya que la política social se conforma de éticas y morales individuales, y de sus repercusiones políticas y sociales, al centro del debate actual sobre la responsabilidad del Estado en materia de salud se encuentra en juego una cierta concepción de cuatro entidades: la ética, la moral, la política y el Estado. Examinaremos, estos conceptos para distinguir primeramente la ética de la moral y examinar después la relación de cada una de ellas con el ámbito de la política y del Estado. Con base en lo anterior, intentaré dilucidar, con ayuda de diversos pensadores, lo que desde la perspectiva de la filosofía de hoy son las obligaciones fundamentales del Estado en materia de salud pública.

ÉTICA, POLÍTICA Y MORAL
SON ÁMBITOS QUE SE TOCAN UNO A OTRO

La moral, como resulta evidente, es un asunto gregario: nos remite al conjunto de normas que hemos heredado y aceptado

de la tradición, y que debemos seguir si queremos ser agentes moralmente dignos para la sociedad en que vivimos. En cambio, la ética, aunque proyecta al individuo hacia su sociedad, nace de manera no gregaria desde el fondo de su más íntima soledad: la ética conlleva el esfuerzo personal e individual de pensar por cuenta propia y, por lo mismo, conlleva la obligación de cuestionar las normas morales vigentes. El ser humano vive inmerso en la moral, independientemente de que cumpla con ella o no. No sucede lo mismo con la ética: para lograr un cuestionamiento ético personal y auténtico, hay que remar a contracorriente, lo que aquí significa remar a contramoral. La moral sigue normas, la ética, las cuestiona y delibera sobre ellas. Y al final de su deliberación, puede aceptarlas o no, pero lo hace con razones y no por mera aceptación ciega de la tradición. Por eso podemos decir que la ética demanda que el individuo se atreva a pensar por cuenta propia y dejar de seguir simplemente normas morales. Pero tanto la moral como la ética tienen evidentes implicaciones políticas tanto en la filosofía como en la realidad. De hecho, la ética y la política, filosóficamente hablando, nacieron de la mano y convivieron en la misma cuna por muchos años en la antigua Grecia. Y su separación filosófica, aunque es palpable y suele ubicarse en Maquiavelo, tiene sus orígenes en la realidad. Sin embargo, en el mundo cotidiano las implicaciones políticas de la ética o la moral se tornan desmesuradas para aquellos que desde el mando, desde el poder, tienen la posibilidad de dictar las normas, ya sea sobre la salud pública o sobre cualquier otro asunto del Estado la responsabilidad de quienes trabajan para el Estado, no podría ser mayor; porque cuando hablamos de la responsabilidad del Estado, no hablamos de la responsabilidad de una enteleguía abstracta a la que llamamos “Estado”, sino de los hombres de Estado, los hombres o mujeres que detentan temporalmente el poder y que, por lo mismo, tienen la posibilidad de incidir en la normatividad de un Estado: de esa responsabilidad ética hablamos aquí.

Desde la filosofía podemos decir que el Estado nace para proteger al ser humano. Como bien lo ha visto Friedrich Nietzsche, en la relación entre el Estado y el individuo se juega una especie de trueque: el individuo enajena, sacrifica o entrega parte de su libertad y de sus bienes para adquirir el derecho de vivir en una comunidad. Así, por ejemplo, el individuo renuncia a seguir impulsos violentos, para cumplir con las normas del Estado que le cobija. También todo ciudadano de un Estado entrega a éste parte de sus ganancias para que pueda crear la infraestructura necesaria para su ciudadanía; de esa manera todos los habitantes de un Estado construimos, a través de él, calles, escuelas, alumbrado público u hospitales. A cambio de la libertad y los recursos económicos que el individuo entrega al Estado, éste se compromete a protegerle creando normas que garanticen su seguridad y estableciendo de la infraestructura necesaria para su bienestar. La existencia del Estado, en ese sentido, tiene su origen y justificación en un pacto social en el que tanto el individuo como el Estado adquieren derechos y responsabilidades. Cuando el individuo no cumple con sus responsabilidades, es obligación del Estado establecer una pena que evite ese tipo de conductas. Cuando un Estado no cumple con los compromisos adquiridos, el individuo no puede imponer pena alguna, sino simplemente suele considerar injusto cumplir con el Estado que le ha fallado. Es cuando surgen las evasiones de responsabilidad por parte de los ciudadanos: evasiones fiscales tanto como evasiones de la ley. Por eso, el resultado de un Estado incapaz de cumplir sus compromisos es sumamente peligroso, pues al crear un clima propicio para las evasiones de las responsabilidades individuales, suele llevar al país a la violencia e impunidad que sólo pueden terminar en la anarquía y la barbarie.

Las relaciones entre individuos morales, éticos y políticos con el Estado se complican aún más en nuestra era, que atinadamente Heidegger llamó la era de la ciencia moderna. En realidad,

ciencia siempre ha habido, desde los antiguos griegos, egipcios, árabes o chinos, hasta nuestros días. Pero existen ciertos componentes de la ciencia moderna que hacen de esta etapa de la humanidad la era de la ciencia. El más fundamental de todos radica en el dominio que, a partir del conocimiento científico, el ser humano ha sido capaz de ejercer sobre la naturaleza. La explotación de las riquezas naturales y la modificación artificial de la vida gracias a la aplicación tecnificada de las ciencias, han dado frutos maravillosos y apenas imaginables. Pero también han desencadenado procesos negativos que todavía no estamos seguros de poder revertir en el futuro. Y, sin embargo, no debemos confundir responsabilidades; la ciencia no es responsable más que de lo que siempre ha sido: estudiar, descubrir y avanzar en el conocimiento. La responsabilidad de sus aplicaciones corresponde al ámbito de la política social, y en esto resulta evidente que la ética y la política se han quedado rezagadas; no han avanzado en sus logros al mismo ritmo que lo ha hecho la ciencia. Frente a una ciencia titanésca, vivimos en un raquitismo ético y moral que no ha sabido aprovechar esos avances para el beneficio de la humanidad y del planeta.

De todos esos procesos desencadenados por una mala aplicación de los avances de la ciencia al interior de un Estado, conviene ahora meditar sobre aquel aspecto que el filósofo Eduardo Nicol llamó “la agonía de Proteo”. Hasta ahora, el ser humano ha sido proteico: ha tomado mil caras y ha ido más allá de lo imaginable en su audacia inventiva. Recordemos que Proteo es ese ser mitológico capaz de transfigurarse en cualquier forma, por lo cual es el símbolo de la multiplicidad moral, ética, política o cultural. Tanto Heidegger como Nicol mostraron en su obra cómo esa capacidad de transformación, de cambio y movimiento propia del ser humano, está en sumo peligro cuando el saber se institucionaliza. Pero, por necesidad, todo Estado tiende a eso, y la institucionalización de la medicina forma parte

de ese complejo proceso mundial. El peligro radica que en toda institucionalización el individuo es incorporado, con una función determinada, a ese todo mayor que conforma la institución. Lo anterior le otorga al individuo una función bien específica y, por lo mismo, reduce la necesidad de un cuestionamiento y una orientación propia. El trabajador acota sus acciones de acuerdo con las normas de la institución a la que pertenece, y así debe ser, ya que toda institución cultiva y premia las virtudes del acomodamiento y del ajuste uniforme a su organización: ninguna premia el anarquismo.

Pero el acotamiento de Heidegger nos deja ver que mientras más institucionalizado se encuentre un campo del saber, tanto menos se practicará y se requerirá el uso individual del autocuestionamiento. De esta manera, el trabajador de una institución suele tener cada vez menos oportunidades de tomar decisiones libres, pues sobre sus cuestionamientos éticos giran constantemente los dictados morales uniformes de la institución: podríamos decir que triunfa la moral institucional y no la ética individual. Si se requiere un ejemplo concreto de lo anterior, pensemos en un médico cuya conciencia ética individual le dicte la pertinencia de la eutanasia en un caso concreto: él no podrá aplicarla si la institución para la cual trabaja no lo permite. “Para qué cuestionarse entonces –pensará el médico– si de cualquier manera está prohibida”. Tenemos por lo mismo que en toda institución existe una fuerte tensión entre la moral, esto es, entre las reglas que la sociedad y sus instituciones consideran como válidas, y la ética, que son las normas individuales que dicta la conciencia particular de cada individuo. Y es por ello que una primera obligación para todo Estado es la de no propiciar la agnía de Proteo: la de permitir que sus médicos continúen siendo creativos, inventivos y, sobre todo, librepensadores. Todo médico debiera contar con el espacio y las garantías necesarias para ejercer la medicina de acuerdo con sus propias convicciones, cumpliendo

con el principio fundamental de nunca dañar. Todo médico debería tener acceso a crear las normas para su ejercicio que, por supuesto, son necesarias, pero que debieran ser lo suficientemente laxas para permitir la multiplicidad ética, y acotadas únicamente lo necesario para salvaguardar la salud de un pueblo.

Por todo lo anterior, a aquellos que ejercen el poder en el Estado, en el marco de su acción política les está vedada una ética de convicciones personales. Porque el bienestar de un pueblo no se logra con convicciones personales; en materia de política, de nada sirven las éticas de las convicciones. Cuando Max Weber hizo la diferenciación entre las éticas de convicciones y las éticas de consecuencias, ya todo estaba ganado en el terreno político para la preeminencia de las éticas de consecuencias. ¡Consecuencias! Poco importan las bellas ideas y los bellos ideales, poco importan nuestras más íntimas convicciones, si por ejercerlas se va a lograr el sufrimiento del otro. Y mucho menos importan las convicciones personales si en su ejercicio se juega la salud de un pueblo. Un político está obligado éticamente a olvidar sus convicciones y llevar a cabo únicamente aquellos actos cuyas consecuencias benefician a su pueblo, a su país.

Las convicciones quedan para la noche oscura, cuando, a solas con su alma, el político reflexiona, como Pedro o como Juan, sobre el bien y sobre el mal. La atención de un pueblo requiere a gritos de políticos que ejerzan éticas de consecuencias saludables más allá de las convicciones personales, porque un pueblo no tiene por qué pagar las creencias y convicciones personales de sus mandatarios. Ésas quedan en la intimidad, y aún ahí suelen estorbar. Una ética debe ser siempre de consecuencias sanas, saludables, biofílicas.

Por todo lo anterior, podemos enunciar una primera obligación ética para aquellos que tienen en sus manos el poder del Estado en materia de salud: “No imponer en las políticas de salud, ni la moral gregaria a la cual se encuentren adscritos, ni su

ética personal, ni mucho menos sus creencias individuales, sino buscar siempre más allá de sus convicciones personales, una ética social de consecuencias favorables para su país”.

De esa manera, temas tales como el aborto o la eutanasia quedarían resueltos a través del respeto y la tolerancia, conceptos clave para toda política de Estado. Nuevamente aquí aplica la conocida frase de Voltaire: “yo no pienso como tú, pero daría mi vida por defender tu derecho a expresarte”. La mujer que considere que no debe abortar, no debe abortar, la que considere que debe abortar, debe abortar. Pero claro, surge entonces el más temido fantasma: el fantasma del relativismo moral, y se escuchan sus voces: ¿qué va a pasar si cada quien hace lo que considera?, ¿no va a existir acaso una norma exacta, finita y puntual que nos diga qué hacer y qué no hacer, que nos obligue a todos a actuar exactamente igual?, ¿no caeríamos entonces en el caos y el desorden, en el relativismo moral? En efecto, sólo hay dos caminos posibles para todo individuo y para todo Estado: el absolutismo moral o el relativismo ético. Todo individuo o sociedad se mueve en torno a uno de estos dos polos. El relativismo acepta que, como su nombre lo indica, los puntos de vista son relativos, esto es: tienen relación con el individuo que los plantea y sus circunstancias, y por lo mismo no pueden ser absolutos. El relativismo moral demanda respeto. El absolutismo, en cambio, considera que existe una verdad absoluta y todos, TODOS, la deben seguir. Pero reflexionemos un momento: ¿Cuándo hemos sabido de una guerra provocada por la tolerancia del relativismo moral? Decir: tú piensas así y yo no, respetémonos y sigamos adelante, no es algo que conduzca a una guerra. En cambio, decir: HAY una verdad, y esa verdad es absoluta... eso sí es peligroso. Porque el que cree que hay una verdad, no cree que ésa sea la de su vecino, sino que asume que esa verdad es la propia: “yo tengo la verdad y tú debes seguirla”. Eso se llama absolutismo moral. Y en políticas de salud, nada ha hecho más daño que los absolutismos morales y

nada ha sido más benéfico que la aceptación de un relativismo moral acotado únicamente por las normas necesarias para proteger la salud de un pueblo.

Ahora bien, hemos visto el peligro de la institucionalización: el absolutismo moral que tiende a ejercer una institución. Hemos mencionado una posible vía para restringir ese peligro: la flexibilidad de la norma y el respeto a la multiplicidad ética y moral. Pero hablemos también de las virtudes de la institucionalización, que las tiene y resultan fundamentales. Porque las instituciones nacen para cobijar a sus gentes, nacen para estructurar el trabajo que beneficia a sus gentes. En el caso de las instituciones del servicio de salud, ellas han nacido para proteger a los mexicanos del sufrimiento y la enfermedad. Pero para nuestra vergüenza y nuestro dolor, hoy, como ayer, en materia de salud México sigue siendo el país de las grandes diferencias. Contamos con hombres que aparecen en las listas de los individuos económicamente más poderosos del mundo, y contamos con familias que viven en jacales de cartón y se alimentan de agua teñida con granos de café y un poco de frijoles. No me baso en estadísticas, porque parto de lo que he visto y he caminado con mis propios pies: en México existe no sólo la pobreza, también existe la miseria. Y en una sociedad desigual como la nuestra, resulta fundamental que tanto los servicios de salud como los de educación, busquen y logren equidad social.

De acuerdo con las cifras de la OCDE, hacia el año 2003 en nuestro país únicamente 3% de la población contaba con un seguro privado de salud, mientras que 32% se encontraba asegurado por medio del IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y demás instituciones similares; 13% contaba con algún sistema de protección en salud o con el seguro popular y el resto simplemente no tenía forma de atender su salud. Si en nuestro país sólo 3% cuenta con una seguro privado y 97% se atiende en hospitales públicos o no tiene en dónde atenderse, podemos olvidar lo que sucede en los

hospitales privados y abocarnos a prever la manera en que el Estado puede ser capaz de responder a ese 97% de la población.

Un intento para lograr lo anterior se ha dado en recientes años a través del Seguro Popular, que pretendía en sus inicios llegar a una cobertura universal en salud. De ser así, las instituciones de salud en México estarían generando una verdadera equidad: le darían más y mejor servicio a los que no tienen acceso a seguros y hospitales privados. Sin embargo, las cifras de avance respecto a este intento dejan ver, nuevamente, que seguimos viviendo en el país de las grandes diferencias. Hasta donde reportan cifras de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, el avance en la afiliación al seguro popular dista mucho de los objetivos que originalmente se había propuesto. Pero, sobre todo, respecto a las metas proyectadas, pues las diferencias de un estado con respecto a otro son abrumadoras. Mientras que en Aguascalientes el avance es de 100%, en el D.F. es de 30%, y en estados como Guerrero es de 5% con respecto a las metas proyectadas para este año. En situación similar a Guerrero se encuentran los estados de Oaxaca, Puebla, Veracruz y Chiapas.

El problema es el de siempre: la desigualdad económica provoca todas las demás desigualdades: la política, educativa y sanitaria. Esto que he dicho con tanta simpleza ha sido elaborado en teorías filosóficas desde Aristóteles hasta Norman Daniels. Este último, filósofo norteamericano contemporáneo de cuño rawlsiano, ha insistido en las repercusiones que tiene la equidad económica de un país en la salud de un pueblo. En ese sentido no interesa aquí el hecho de que México sea o no un país pobre, sino que México es un país desigual, o que carece de equidad. Norman Daniels (Daniels, Kennedy and Kawachi, 2000) ha mostrado en sus trabajos que la salud de la población no depende tanto del tamaño de la economía como de la forma en que se distribuye la riqueza en ella. Por eso es que se puede ser un país

pobre y tener, sin embargo, un buen nivel en servicios de salud, y por eso es también que países ricos, con una distribución más equitativa de ingresos (como es el caso de Japón o Suecia), tienen un promedio de vida más alto que países más ricos con una riqueza distribuida de manera no equitativa, como lo es Estados Unidos. Todo esto redundando en que individuos de países pobres puedan lograr una mejor salud que los de países ricos, y también que un individuo de clase media en una sociedad desigual tenga una salud inferior a la de una persona de la misma clase en una sociedad más equitativa. Por eso, el éxito de los servicios de salud de un país no depende de su grado de crecimiento económico, sino de una distribución más justa de sus ingresos: a menor desigualdad, mayor salud en todas y cada una de las clases sociales de un país.

Barbara Starfield (profesora de Medicina en Johns Hopkins University), al repensar la propuesta de Norman Daniels, propone una forma de hacer algo mientras que “la lucha por la redistribución de ingresos continúa”, la cual es muy similar a la que ha hecho el doctor Rivero en la inauguración de este congreso: la de una reorientación de los sistemas de salud hacia los cuidados básicos. Según Starfield, esto implicaría un acceso limitado a especialistas y, a la vez, un reforzamiento de la medicina general o familiar. Considera que el deseo del paciente de ser tratado por un especialista es tan erróneo como peligroso, pues el paciente cree que el especialista puede mejorar su salud de manera más eficiente que el médico familiar. Sin embargo, Starfield insiste en que está demostrado que el médico especialista es quien más uso hace de tecnología y medicamentos innecesarios, lo cual es, de acuerdo con esta autora, una de las principales causas de muerte en Estados Unidos.

Todo lo anterior corrobora lo que Rivero Serrano (Rivero Serrano, 2000, p. 32-38) ha dicho en muchos de sus libros: la medicina se encuentra sobretecnificada, sobreadministrada, y es

profundamente iniquitativa. Una primera pista a la que apuntan tanto Rivero como Starfield tiene que ver con los beneficios que presupone para el paciente la relación a largo plazo con los médicos generales. La presencia curadora del médico (Rivero, *op.cit*), que hace decir a un paciente: “apenas llegó usted y me sentí mejor”, en la actualidad queda obstruida por elementos interruptores (Rivero, *op.cit.*) que minan la confianza de esa relación curativa. No es raro, pues, que tanto Starfield como Rivero coincidan en la misma propuesta para la planificación de la salud por parte del Estado: ese último la enuncia de la siguiente manera:

Para entender cómo económicamente es factible concebir un sistema de atención universal a la salud, es necesario tener claramente concebida la estratificación de la atención a la salud en tres niveles: el primero el que ofrece la medicina general, el segundo el que ofrecen las cuatro especialidades troncales: la medicina interna, la ginecobs-tetricia, la cirugía general y la pediatría y el tercero todas las demás especialidades.

De esta manera, como diría Starfield, mientras que “la lucha por la redistribución de ingresos continúa”, los servicios de salud pueden comenzar por cubrir en 100% el primer nivel en toda la población. Una vez logrado lo anterior, se puede proceder a cubrir el siguiente nivel, y así sucesivamente, hasta donde sea factible, pero de la manera más equitativa posible.

Por todo lo dicho, las responsabilidades del Estado en cuanto a la salud pública parecen claras. Primeramente, las políticas de salud de un Estado tienen la obligación de no imponer las creencias o los valores personales de sus dirigentes, sino que su deber es actuar bajo una ética de consecuencias que busque sólo las mejores para su pueblo. En segundo lugar debiera coadyuvar en la creación de una sociedad menos desigual por medio de la

equidad en servicios de salud, para lo que sería necesaria una reorientación de estos servicios hacia la atención primaria.

Todo esto es muy claro y está muy bien para todo aquel que pretende una sociedad más justa, pero, ¿cómo lograrlo? Como decía el filósofo Baruch Spinoza, el ser humano nace ignorante de sus causas, con inclinaciones a su propio provecho, y en este caso ese propio provecho nos habla de un problema económico. El propio provecho de los ricos no quiere verse afectado por propuestas que promuevan un poco de equidad social. Por eso, en su participación en el debate abierto por la propuesta de Daniels, que hemos ya comentado, Emmanuela Gakidou, Julio Frenk y Christopher Murria (Daniels, *op.cit*), consideran que las organizaciones y secretarías de salud tienen una capacidad muy limitada para poder influir en las políticas económicas de distribución de la riqueza, que es el núcleo de la propuesta de Daniels: sociedades más equitativas. Y sin embargo, en nuestro país los políticos de la salud pueden encontrar un fuerte respaldo para acrecentar sus capacidades e influir en las políticas económicas en las recomendaciones realizadas por la misma OCDE. La primera recomendación hecha a México tiene como meta evidente una mayor equidad y coincide en todo el espíritu del pensamiento de Norman Daniels: Introducir una reforma fiscal y poner en marcha reformas a las pensiones del sector público para garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud. (OCDE, 2005.)

Ésa es la primera sugerencia de varias similares que hace la OCDE a México. Para garantizar un sistema de salud adecuado es necesario crear una infraestructura conveniente, y para ello se requiere financiamiento: de ahí la propuesta de una reforma fiscal. De nada sirven los decretos ni las buenas intenciones. El seguro popular es una idea noble, pero desgraciadamente la justicia social requiere de algo más que eso. La justicia social no se logra a través de decretos, sino por medio de la construcción de las condiciones materiales reales para llevar a cabo sus

decretos y sus propuestas. De hecho, no harían falta decretos si *de facto* se atendiera la salud del pueblo.

Se deja ver ahora con toda claridad el porqué de la necesidad de una ética de consecuencias y de políticos que asuman las consecuencias de sus actos, independientemente de cuáles sean sus intenciones. Si el avance en la creación de las condiciones mínimas necesarias en materia de salud, esto es: si el avance en la construcción de consultorios, laboratorios, hospitales y sanatorios equipados con lo necesario para funcionar, continúa como hasta ahora, el seguro popular pasará a la historia como una nueva falta del Estado a los compromisos adquiridos. Y como ya lo dije, un Estado que no cumple sus compromisos, genera individuos que evaden sus obligaciones, lo que termina por forjar un país de impunidad y barbarie.

El sistema económico en que vivimos actualmente se encuentra quebrantado desde sus cimientos en el ámbito mundial, no en balde ha sido bautizado como un “capitalismo salvaje”. Este sistema debe dar paso a uno diferente, en el que la equidad sea la preocupación y la ocupación fundamental del Estado. Lo demás vendrá por añadidura: aquí sí, nos guste o no, el factor económico es determinante en última instancia. Pero mientras se da la lucha por una sociedad más equitativa, la obligación fundamental y urgente para el Estado es, de acuerdo con los especialistas en este tema, dar un paso: reorientar los servicios básicos de salud hacia una medicina general de muy alta calidad. Ésa sería la obligación fundamental y el primer paso antes que cualquier decreto. Y al proponer una reorientación de los servicios básicos de salud hacia una medicina general como un primer paso, no olvidemos que un camino de mil leguas comienza con un paso.

REFERENCIAS

- Daniels, Bruce y Kawachi. *Is Inequality Bad For Our Health?* Boston: Beacon Press, 2000.
- Gadamer, Hans-Georg. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Geidsa, 1996.
- Herzlinger, Regina, *Who killed health care?* New York: McGraw-Hill, 2007.
- Lizama Carrasco, Guillermo. “Seguro popular: ¿para los más pobres?”. Artículo en el periódico *Reforma*, febrero 1, 2009.
- OCDE *Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos sobre Sistemas de Salud*. México. París, 2005.
- Porter, Roy. *Historia de la medicina de la Antigüedad hasta nuestros días*. México: Editorial Taurus, 2004.
- Rivero Serrano, Octavio. *Medicina NO equitativa. La situación en México*. México: Facultad de Medicina- Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V., 2006.
- , Miguel Tanimoto. *El ejercicio actual de la medicina*. México: Siglo XXI - Facultad de Medicina, 2000.
- , Miguel Tanimoto. *El ejercicio actual de la medicina. Segunda parte*. México: Siglo XXI - Facultad de Medicina, 2003.
- , Miguel Tanimoto. *El ejercicio actual de la medicina en la segunda mitad del siglo XX*. México: Siglo XXI - Facultad de Medicina, 2005.
- Sierra, Claudia de la. “Un panorama sobre la discusión actual en justicia sanitaria”, en *Revista Actio*, núm. 9, noviembre de 2007, Argentina.

LA SALUD EN MÉXICO.

ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Rubén Argüero Sánchez

El sistema Nacional de Salud en México presenta una desigualdad evidente en su sistema de atención familiar y más aún en las áreas de atención especializada, lo que da lugar a un verdadero desequilibrio en diversas áreas como: financiamiento, organización, atención y eficiencia; así observamos que en diferentes estados, y más evidente en aquellos de escasa población y, por consecuencia, de escasos apoyos financieros, que están en relación directa con el número de población adscrita a los sistemas de seguridad social y responsabilidad o atención a la salud, de igual manera que a la capacidad para la elaboración del diagnóstico y terapéutica correspondiente, dando lugar a que el paciente sufra las consecuencias negativas derivadas de esta situación organizacional.

De tal manera que encontramos algunos estados que cuentan para la prestación de los servicios de salud, independientemente del total de la población, con más de 12 instancias prestadoras de servicios, con diferentes objetivos, diverso presupuesto, diferente organización y, al parecer, todas con la idea de ofrecer servicios de atención médica, por supuesto con diferente nivel de operación, muy distantes del ideal. Vg: IMSS, ISSSTE, SSA, DIF, Seguro Popular, Pemex, Marina, Ejército Nacional, Bancos, Aseguradoras nacionales e internacionales, para los diferentes niveles de atención, así como la posibilidad de que se establezca

un contrato en forma individual o empresarial, beneficencia u hospitales privados.

A pesar de que estas diferentes instancias gubernamentales, privadas o de otro carácter, tienen como misión teórica prestar o proporcionar servicios de salud, observamos inconsistencia en el otorgamiento de los servicios y en la cobertura de necesidades médicas, y urgencias, sentidas y no sentidas, de la población, éstas son insuficientes y en su mayoría de mala calidad, según las diferentes encuestas de satisfacción realizadas.

Por otro lado, es evidente que en los cinturones de miseria en las poblaciones de las grandes ciudades y entre los habitantes de las sierras pobremente comunicadas y sin desarrollo urbanístico, no reciben la atención médica con que dignamente deben de contar, con las consecuencias negativas inobjetable; más aún, y no muy alejados de las concentraciones de población o dentro de ellas, existen mexicanos que viven en las alcantarillas con la mínima o nula atención médica correspondiente.

Si analizamos por los temas más elementales o las tareas relacionadas con la salud, encontraremos que existen capítulos con verdaderas disparidades, por ejemplo en lo relacionado con el binomio educación y salud, que permite el progreso y establece la diferencia entre los países.

Educación y salud

Al analizar la pirámide de salud observamos que en los primeros cinco lugares se encuentran: las cardiopatías, las neoplasias, hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad.

Estos estados patológicos constituyen un nicho de oportunidad para instituir programas de educación tendientes a evitar estas situaciones patológicas, prevenir las complicaciones inherentes a estas alteraciones o mejorar y promover el cambio en el estilo de vida y, por ende, la calidad de vida de los pacientes

que las sufren, de tal manera que: las instancias gubernamentales, las instituciones prestadoras de servicio y la población médica en general deben involucrarse a fin de cumplir éticamente con responsabilidad, en la que nos encontramos inmersos.

Familias protegidas

Entre los objetivos que se relacionan con los servicios de salud con calidad se encuentran, entre otros, los temas de educación, los servicios básicos en salud y la seguridad pública, que deben quedar implícitos en estos rubros y como tarea fundamental.

Asimismo, establecer programas tendientes a incrementar: salud e investigación; impactar con personal de salud competitivo, y pertenecer como sector vanguardista, ya que está claro que, sin salud, no existe posibilidad de desarrollo, por lo que es necesario reflexionar o vislumbrar lo que se expone a continuación:

LA INTEGRACIÓN DEL SECTOR SALUD EN TODA LA REPÚBLICA

Para esta propuesta consideramos que se pueden establecer las siguientes estrategias: reforzar los programas preventivos, terapéuticos, y de rehabilitación, entre otros: prestar particular interés a los fenómenos estrechamente ligados a la transición demográfica y epidemiológica, pues de su estado actual y dinámica dependerán las acciones a tomar; en relación con esta dinámica o fenómeno transicional nos encontramos que, como resultado del aumento en la esperanza de vida, se presentan con mayor frecuencia, y como problema de salud pública, las enfermedades crónico degenerativas, reemplazando en forma impresionante a las enfermedades infecciosas, así como los siguientes estados patológicos: insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, complicaciones de la diabetes, los traumatismos y el cáncer.

Las cuestiones patológicas antes señaladas ocasionan un aumento considerable en el gasto en materia de atención médica y representan una preocupación económica en todo el mundo, y México no escapa a esta situación; así observamos que constituye, en algunas regiones, la mayor erogación económica en este rubro de responsabilidad.

Por otro lado, es necesario establecer una política de salud participativa y, de vital importancia, buscar la equidad en todas las acciones.

La integración del Sector Salud en toda la República debe estar proyectada hacia un desarrollo humano sustentable. Es evidente que todas las acciones imaginables deben emprenderse con una visión no menor a 30 años y, desde luego, con la participación porcentual en la producción del gobierno federal por actividad económica.

PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN LA PRODUCCIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA

Algunas notas de interés apoyan la necesidad de contar con una mayor participación del gobierno en el binomio “educación-salud”: Efectivamente, los datos existentes muestran cifras de interés, por ejemplo: en educación en el año de 1993 se observó una participación gubernamental del 35.8%; cinco años después, en 1998, subió a 37.9%, y en 2004 disminuyó a 36.4%; en servicios médicos, en 1993 participó con 17.7%, y en 2004 tan sólo con 18.7%.

Esto a diferencia de lo que observamos en otros rubros como lo que ocurre en lo relativo al capítulo de la administración pública y defensa: en 1993, participó con 46.5%, y en 2000 con 46.6%.

Estas cifras claramente expresan la diferencia existente entre los servicios médicos, la educación y los datos aportados para la

administración pública y la defensa nacional; en la actualidad, la variación es aún mayor: no omitimos que en este último rubro las prioridades han cambiado; sin embargo, se sigue observando limitación en el crecimiento de los recursos en salud, por lo que es importante establecer un “plan integral” que permita: incrementar la participación porcentual del gobierno federal en los recursos necesarios en salud.

Lo anterior se refiere a que en el periodo de los últimos 15 años se observó un mínimo crecimiento de los recursos destinados a la salud; como lo demuestra el hecho de que en 1993 se destinó 46.5% del ideal y en 2000 se aumentó a 46.6%.

PRINCIPALES INDICADORES EN INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1990 A 2004

En este capítulo encontramos que de las camas censables por 100 mil habitantes en 1990 era de 73.1 y en 2004 de 73.8; en lo relacionado con el personal de salud por mil habitantes; en 1995 era de 1.03 por 100 mil habitantes y en 2004 fue de 1.21 por 100 mil.

La OMS refiere que los indicadores básicos para prestar servicios de salud a la población de un país en vías de desarrollo se basan fundamentalmente en contar con: una cama censable por cada mil habitantes y un médico por cada 2 400 habitantes; esta diferencia numérica habla por sí sola de la necesidad de mayor participación federal.

LA SALUD EN MÉXICO: ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Infraestructura necesaria: al hacer un análisis somero de la situación existente advertimos que es evidente la heterogeneidad en la prestación de servicios de salud a la población. En este segmento apreciamos que cada una de las instituciones

que conforman el Sector Salud determinan sus estrategias individuales para prestar servicios de salud, lo que da por resultado la diferencia existente entre las instituciones prestadoras de servicio de salud entre otras acciones como: salud pública, salud reproductiva y materno infantil, salud ocupacional y en el trabajo, atención médica, educación e investigación médica, así como en los sistemas de información y de salud médica.

La heterogeneidad en la prestación de servicios está, entre otros fenómenos, relacionada con que el equipo médico, mobiliario e instrumental médico están obsoletos en su mayoría, por años de servicio y tecnología atrasada, además de que, y en forma frecuente, sin mantenimiento y, por consecuencia, en pobres condiciones de operación. Es necesario estandarizar la prestación de servicios de salud, así como el presupuesto asignado para su ejercicio.

Es evidente que esto constituye un nicho de oportunidad, por lo que resulta incuestionable que deben incluirse estrategias que permitan suministrar en forma continua y efectiva los insumos necesarios, la sustitución e innovación tecnológica o contratar a la iniciativa privada para contar con nuevos servicios que solucionen esta problemática; vg: “servicios integrados”.

INTEGRAR EL SISTEMA DE SALUD: ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN

Incidir en el potencial humano

El capital más importante de cualquier empresa está relacionado con el recurso humano, de tal manera que no es necesario insistir en la importancia de este capítulo, ya que integrarlo en los procesos en operación como elemento muy importante y primordial, permitirá alcanzar el beneficio de toda la población; para ello se requiere establecer los mecanismos de selección de personal,

formación y capacitación para que la prestación de servicios se realice con un trato digno en la atención a la población que demanda servicios. En este segmento advertimos que la calidad de la prestación de servicios es poco deseable; la población usuaria de los servicios en el Sector Salud exhibe de modo sistemático insatisfacciones y quejas, en particular en la forma en que son prestados los servicios de salud en las instituciones, y este fenómeno radica en particular, y en orden de importancia, en las siguientes categorías: recepcionistas (asistentes médicas o de consultorio), paramédicos, enfermeras y médicos.

Por otro lado y en paralelo, para lograr la integración de los servicios de salud es indispensable optimar los recursos e infraestructura existentes, pero no desaparecer o cambiar en forma radical lo que se encuentra en operación, pues ocasionaría problemas políticos, sindicales, laborales innecesarios.

De igual manera, para apuntalar la capacidad resolutive del Sistema de Salud, y alcanzar las metas en todo el país es conveniente regionalizar los servicios en cada una de las especialidades, evitando con ello la pulverización de recursos, la repetición de servicios de mala calidad, gastos innecesarios y duplicados para cada una de las instancias responsables de la misma acción, es decir, prestadoras de servicio; la integración de servicios de salud en las diferentes regiones está independientemente ligada a su afiliación y que permitan establecer metas anuales a lograr; repito, en la misma especialidad, tal y como lo han mostrado en forma exitosa otros países.

Normar de manera colegiada

En este rubro debemos considerar los derechos y obligaciones con apego a los aspectos éticos en el ejercicio de la medicina; y no de menor importancia, lo relacionado a la dignidad en el ejercicio de esa ciencia; analizar los salarios, el menú de servicios

que pueden ofrecer equipos de trabajo u organizaciones médicas, etcétera. Consideramos que se debe nuevamente imaginar la posibilidad de que sea a través de un cuerpo colegiado de carácter nacional quien se encargue, en un futuro mediano, de hacer el análisis y brindar propuestas para alcanzar el ideal en este nuevo intento para lograr la cobertura total a toda la población, y con nivel de excelencia, sin perder el concepto de beneficio mutuo en el capítulo de cobertura total.

Es incuestionable que se debe de tomar en cuenta la experiencia aludida en las Unidades de Valor Relativo (UVR), que consideran para el capítulo de salarios, entre otros factores, la experiencia, el nivel y actividades académicas, los resultados de su práctica clínica, el prestigio del profesional.

ESTRATEGIAS

INCREMENTAR LOS RECURSOS. SALUD E INVESTIGACIÓN

En cuanto a los recursos asignados a salud, la participación porcentual del gobierno federal en servicios de salud, en los últimos 12 años, se ha incrementado un punto porcentual y corresponde a un porcentaje bajo en relación con educación y administración y defensa del país, situación que ha limitado el crecimiento de los recursos en salud, por lo que se estima necesario crear un plan integral que permita incrementar la participación porcentual del gobierno federal en los recursos necesarios en salud.

Debemos reflexionar que para la prestación de los servicios de salud la infraestructura médica debe contar con equipo médico mobiliario e instrumental médico útil y con tecnología actualizada, ya que el existente se encuentra en estado de obsolescencia debido a los años de servicio, tecnología atrasada que los convierte en instrumentos y equipo no útil y con baja productividad o no congruente a las necesidades de la población demandante.

Se requiere una actualización por institución del Sector Salud de las condiciones de operación y establecer las estrategias necesarias para activar un suministro de dichas condiciones mediante la sustitución, innovación tecnológica o el diseño de nuevos servicios como el conocido como servicio integral que garantice su operación, conservación y actualización permanente, servicios que ya se encuentran en operación, y con buenos resultados, en diferentes instituciones del Sector Salud en México.

En nuestro país es necesario corregir el desequilibrio de los recursos asignados para prestar servicios de salud mediante el establecimiento por institución de salud de un plan de inversiones (sexenal) que permita corregir paulatinamente el desequilibrio, con la directriz del gobierno federal.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Es necesario hacer un análisis crítico de las 92 escuelas de medicina existentes y responsables de la formación de recursos humanos, para identificar a las que no cuentan con perfiles académicos, y proceder en consecuencia.

REINGENIERÍA A LA SALUD

En este rubro conviene aprovechar lo existente, incorporarse a la modernidad, favorecer y conocer la riqueza del capital humano y ayudar a la integración de las propuestas públicas con las privadas; fortalecer la relación médico-paciente en un ambiente de trabajo y de atención satisfactorio; cumplir con los indicadores básicos de la OMS y la OPS: una cama censable por cada mil habitantes, un médico por cada 2 400 habitantes, servicios de alta especialidad, un servicio de alto grado de especialidad como neurocirugía y cirugía cardiotorácica, entre otros, por cada 1.5 millones de habitantes.

SEPARAR LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ATENCIÓN AL DAÑO:

Atención a la salud:

Salud comunitaria

El nivel de corresponsabilidad entre población y gobierno incluye:

- atención “integrada” a la salud a grupos, AGEB (agrupación geoestadística básica);
- acciones de prevención, educación higiénica y dietética y fomento a la salud;
- enlace con los comités de participación social, con impacto y efectos de las acciones epidemiológicas, y acciones de curación basada en la automedicación responsable, además de lograr el enlace con la medicina de familia y con las áreas de educación.

Promotor de salud

Es necesario cambiar el concepto de atención a la salud y tener continuamente presente la importancia que tiene la medicina de familia.

Medicina de familia

El médico de familia es obligatorio que cuente con: amplia capacidad resolutoria con apoyo tecnológico e inmobiliario y, hasta donde sea posible, lograr que su ejercicio profesional se alcance a través de atención continúa mediante equipos cooperativos; en este rubro, la población tiene como requisito básico cierto grado de cultura e información elemental que le permita la “libre elección del médico”.

En lo relativo a la “Atención al daño”, son los hospitales generales los escenarios en donde ocurre: la resolución oportuna de la demanda; se lleva a cabo la atención generalista; constituyen el eje de la suficiencia zonal, con autonomía de gestión, y

pueden operar con mezcla público-privada; asimismo se puede atisbar, por consecuencia, la competitividad en enseñanza e investigación. En estos sitios el personaje central y con responsabilidad debe quedar en manos del jefe de servicio.

Atención al daño:

Hospitales de especialidad

En este programa básico de la “Atención al daño”, y en el nivel de alta especialidad, son los hospitales de especialidades las que tienen como principal responsable en el área médica al jefe de División; estos hospitales, con alta capacidad resolutive, son los encargados de la rectoría médica regional en este rubro de la alta especialidad, asimismo de la auditoría médica para la calidad.

Responsable: Secretaría de Salud.

Operatividad financiera

Financieramente, la atención al daño constituye un punto de vital importancia y no de fácil solución, de tal manera que desde este punto de vista financiero, y dado que la cobertura corresponde al universo de 100% de la población, estará basada en: impuestos generales y donativos para acciones epidemiológicas específicas, cuotas de afiliación de los sistemas de seguridad social: IMSS, ISSSTE, PEMEX, Seguro Popular, seguros de gastos médicos, aportaciones privadas, donativos, inversiones industriales, programas de financiamiento de la pequeña y mediana industria, aportaciones de fundaciones, etcétera.

Seguridad social y medicina privada

Es insustituible el objetivo de ofrecer calidad de la prestación de servicios con la forzosa madurez y efectividad en los procesos de atención, ya que es necesario ir más allá del aseguramiento de la calidad, además de medir y evaluar el desarrollo de los diferentes sistemas, mantener una cultura de calidad y mejora continua,

a través de: trabajo en equipo: compromiso en la práctica cotidiana, constancia, valores, y principios de calidad. Garantizar el acceso a la salud con apoyo si es necesario de la subrogación de servicios, o contratar servicios integrales, para alcanzar la homologación y la cobertura universal en los Servicios de Salud.

Impacto

Se alcanzará este compromiso ineludible de la cobertura universal, sin dejar de proceder a un incremento en la infraestructura, un adecuado suministro de medicamentos, mantener constantemente con información y supervisión necesarias y, de esta forma, proporcionar una política de calidad y calidez en los servicios.

UN MÉXICO QUE DÉ OPORTUNIDAD A TODOS PARA LA SALUD

Lo anterior en gran parte está relacionado con lo que expresó el secretario de Salud, doctor José Ángel Córdova Villalobos, y su grupo de colaboradores, en la sesión correspondiente celebrada en la Academia Nacional de Medicina, en febrero del 2009, sitio en el que expuso el proyecto de PRONASA, que se basa en el Plan Nacional de Desarrollo, y contiene seis ejes, todos orientados a la descentralización de los servicios de salud. Anotó que la Secretaría se convierte en una entidad distinta a las otras secretarías, ya que los estados tienen secretarios nombrados por el gobernador y, por ello, la rectoría es central para alcanzar los objetivos de PRONASA. Hizo énfasis en la necesidad de contar con un sistema único de salud, ya que se requiere una visión integral del sector, con la convergencia de todas las instituciones, para ello en el Consejo Nacional de Salud, desde 2008, se integran todas las instituciones.

Los retos que hay que enfrentar son los de la reestructura organizacional y funcional de las instituciones, se busca que a

mediano plazo se logre un sistema único de salud, otro reto es la actualización de los sistemas de salud de acuerdo a las necesidades y condiciones epidemiológicas y socio-antropológicas. El sistema de salud debe ser unido, sincronizado, homologado y sinérgico. Para ello se requiere del consenso.

En dicha sesión se comentó que el Sistema Integrado de Servicios de Salud, pretende integrar a través de diversos proyectos que permitan la factibilidad de servicios y la convergencia, que permiten acceder a servicios independientemente de filiación, y la estandarización de los mismos. Cobertura de servicios médicos, y la figura normativa de guías de práctica clínica, para esto informó: que ya se cuenta con 120 guías terminadas y 68 en desarrollo, acción en la que ha participado la Academia Nacional de Medicina.

Otra línea de acción es el intercambio de servicios, que aun es limitado y se espera ordenar la demanda y equilibrar recursos. Por otro lado, se está apoyando la integración a través del “Plan Maestro de Infraestructura”, lo que evitará duplicidades, además anotó que ya se tiene una herramienta en plataforma informática para conocer la distribución de las unidades, lo que servirá para integrar redes de servicio. En cuanto a viabilidad del proyecto: se integrará un padrón universal, estando en proceso la integración de los padrones del IMSS e ISSSTE. Además se busca contar con una credencial única y un expediente clínico electrónico, todo ello para apoyar la integración de los servicios de salud.

Al abordar el tema y los retos de la Prevención y Promoción de la salud, se mencionaron las cuatro líneas a considerar: sostener logros y solventar rezagos, intervenir en las grandes epidemias, asegurar capacidad de respuesta y la integración sectorial. El reto de la rectoría sigue siendo grande, en 2009 hay 11 mil millones de pesos para prevención a la salud.

Por otro lado, el PRONASA prevé la ampliación de la infraestructura: los recursos han crecido al doble con ejercicio en las entidades federativas.

El doctor Ruiz de Chávez, presidente de la Academia Nacional de Medicina, está de acuerdo en que el trabajo que se hace para terminar con la fragmentación del sistema de salud es ineludible en nuestro México; el secretario de Salud en turno señala, además, que la integración permitirá llevar a la baja el costo de los servicios, el tiempo de espera en las diferentes instituciones de seguridad y, en ocasiones, hasta la pérdida del empleo derivado de esta desviación en la calidad de la prestación de servicio.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

- En nuestro país, la prestación de servicios de salud a la población permanece con una clara heterogeneidad; en este segmento advertimos que cada una de las instituciones prestadoras de servicio determina sus estrategias, lo que da como resultado acciones diversas y, en ocasiones, opuestas, en los diferentes capítulos de: salud pública, salud reproductiva y materno infantil, salud ocupacional y en el trabajo, atención médica, educación e investigación médica, así como en los sistemas de información y de salud médica, razones por las que es indispensable que el Sistema de Salud debe ser unido, sincronizado, homologado y sinérgico.
- Existe inconsistencia en el otorgamiento de los servicios de salud, y la cobertura de necesidades médicas y urgencias, sentidas y no sentidas, de la población son insuficientes y en su mayoría de mala calidad.
- Es manifiesto y sistemáticas las quejas e insatisfacción de la forma en que son prestados los servicios de salud en las instituciones; este fenómeno, y en orden de importancia, se da en las siguientes categorías: recepcionistas, asistentes médicos o de consultorio, paramédicos, enfermeras y médicos.

-
- Es evidente que en los cinturones de miseria de las grandes ciudades y los pobladores de las sierras pobremente comunicadas y sin desarrollo urbanístico, así como entre los mexicanos que “viven” en las alcantarillas no reciben atención médica elemental.
 - Al analizar la pirámide de salud, observamos, en los primeros cinco lugares: las enfermedades del corazón, la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, las neoplasias, la diabetes y sus complicaciones y la obesidad.
 - La integración del Sector Salud en toda la república no debe postergarse, y ésta se puede lograr paulatina y escalonadamente en todos los estados.
 - La integración del Sector Salud en toda la república debe estar proyectada hacia un desarrollo humano sustentable, con una visión no menor a 30 años, con el objetivo fundamental de alcanzar la cobertura total a todos los mexicanos.
 - Es indiscutible la necesidad de instituir o reforzar programas de educación tendientes a evitar, prevenir o que incidan directamente en los estados patológicos que ocupan los primeros lugares en la pirámide de salud.
 - Para apuntalar la capacidad resolutive del Sistema de Salud y alcanzar las metas en todo el país es conveniente regionalizar los servicios, integrarlos en forma paulatina y con el cabildeo, y realizar los convenios necesarios en forma progresiva, y en cada una de las especialidades, lo que permitirá evitar la pulverización de recursos, la repetición de servicios, gastos innecesarios y duplicados para cada una de las instancias responsables y prestadoras de servicio.
 - Para lograr la integración de los servicios con salud es indispensable optimar los recursos e infraestructura existentes, no desaparecer o cambiar en forma radical lo que se encuentra en operación.

- Es incuestionable la necesidad de contar una mayor participación del gobierno en el binomio “educación-salud”.
- Es posible admitir que entre las acciones tendientes a la cobertura total se vislumbre la posibilidad de que un cuerpo colegiado y de carácter nacional se encargue de hacer el análisis y dar propuestas de opinión sobre: salarios, menú de servicios, aspectos éticos del ejercicio de la medicina y estrategias para lograr la cobertura total, entre otras acciones.
- En la integración del sistema de salud a nivel nacional y en particular en la reingeniería que ésta requiere, conviene: aprovechar lo existente, cumplir con los indicadores básicos de la OMS y la OPS, separar la atención a la salud de la atención al daño.
- Para la operatividad financiera, y dado que la coberra corresponde a 100 % de la población, ésta debe estar apoyada en: cuotas de afiliación de los sistemas de seguridad social, seguro popular, seguros de gastos médicos, impuestos generales y donativos, aportaciones privadas, donativos, inversiones industriales, programas de financiamiento de la pequeña y mediana industria, aportaciones de fundaciones etcétera.

La Secretaría de Salud, en conjunto con la Academia Nacional de Medicina, cuenta con un “Plan Maestro de Infraestructura” a través del proyecto PRONASA que, aunado a otras acciones mínimas como el contar con un padrón universal, credencial y expediente único, permitirán la integración de los servicios de salud con cobertura total a la población de México.

“Un México unido que dé oportunidad a todos para la salud”

ESTRATEGIA GENERAL PARA ALCANZAR
LA COBERTURA TOTAL DE SALUD EN MÉXICO

Objetivo:

Desarrollar acuerdos y convenios de participación (programas, financieros, de investigación y acciones de salud) para la cobertura universal de salud con:

- Instituciones de seguridad social.
- Secretaría de Salud y Sector Salud en general, instituciones descentralizadas, federales, gubernamentales y privadas.
- Aseguradoras.
- Cruz Roja.

Responsables para su implementación:

Gobierno federal con la colaboración de los estados a través de:

- Poder Legislativo.
- Instituciones de Seguridad Social.
- Secretaría de Salud y Sector Salud en general, instituciones federales, gubernamentales, descentralizadas y privadas.
- Aseguradoras.
- Cruz Roja.

Participantes y líderes de opinión:

Instituciones:

- Universidades
- INEGI
- Academias.
- Asociaciones y federaciones médicas.
- Iniciativa privada.
- Industria química farmacéutica.
- Empresas del ramo y proveedores en general.

Profesionistas, Académicos, Empresarios

- Médicos: cirujanos, internistas, epidemiólogos
- Administradores
- Abogados
- Sociólogos
- Actuarios
- Contadores
- Ingenieros
- Biólogos
- Otros

Acciones Relevantes: Hacer diagnóstico situacional de:

- Pirámide de Salud
- Referencia demográfica
 - Situación Poblacional
 - Instituciones de Educación en Salud y nivel de especialización.
 - Relación núm. de camas por habitantes.
 - Relación núm. de médicos por habitantes
- Situación epidemiológica
- Recursos disponibles y requeridos
 - o Humanos
 - o Financieros
 - o Infraestructura

REFERENCIAS

- Argüero S., Rubén. “La Salud en México”. Encuentro Nacional de Expertos y Líderes en Salud. “Hacia una nueva cultura de la Salud en México”. Presentación en el WTC al Lic. Felipe Calderón Hinojosa. 2006.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). 20 principales causas de mortalidad general nacional: www.salud.inegi.gob.mx
- Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx
- Secretaría de Salud del Distrito Federal: www.salud.df.gob.mx
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)*, junio 2008.
- Estadísticas de Salud de las Américas, edición 2006.
- Instituto Nacional de Salud Pública: www.insp.mx
- Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (Cenapra), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: www.dgepi.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística e Informática: www.inegi.gob.mx
- Organización Mundial de la Salud. www.ops.gob.mx
- Organización Panamericana de la Salud. www.ops.gob.mx
- Ángel Córdova Villalobos y col. Academia Nacional de Medicina. Sesión reglamentaria. “La salud en México”, proyecto PRONASA. 11 de marzo del 2009. aacadmed@servidor.unam.mx

MEXICO'S HEALTH SECTOR REFORM, ARE WE GOING IN THE RIGHT DIRECTION?

Sebastián García Saisó

México inició los pasos para la cobertura universal de salud en 2004; su objetivo era aumentar la eficiencia del sistema, contener costos e incrementar el acceso de la población a los servicios de salud. /El establecimiento del Seguro Popular tiene como objetivo cubrir a esa fracción de la población que no está protegida por otros regímenes de cobertura en salud y espera así igualar la atención en todo el Sistema de Salud. /Una de las formas como el gobierno de México ha intentado promover el Seguro Popular ha sido la creación de mercados internos locales, que aunque han funcionado en algunos estados como Jalisco, han encontrado oposición en diversos niveles por el peligro de “mercantilizar” la atención a la salud. /El sistema de seguro en Salud se inició con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social al que después se han añadido otros sistemas, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE y otros; los intentos de integración de estos sistemas llevaron a la reforma de 1996, con el interés de evitar la duplicación de servicios. /A cinco años de la instauración del Seguro Popular, éste dista mucho de haber cumplido su objetivo; para lograrlo, el sistema debe fortalecer la cobertura, aumentar la calidad de la atención, reforzar el marco institucional y sobre todo tener sustentabilidad económica. Hasta este momento, esto no se ha logrado y persiste un enorme gasto administrativo; además, la participación de capital o empresas privadas en la atención se ha visto como una amenaza de “privatización” del sector. /Se ha propuesto que la cobertura universal de salud pase por tres etapas: la primera en la que el Seguro Popular se añade a los sistemas actuales de seguro, la segunda en la que se homogenizan los sistemas, y la tercera en que el sector privado participa con empresas de atención a la salud, compitiendo y complementando los servicios. /México está en una encrucijada, deberá resolver los problemas que se presentan en cada fase de este cambio para poder acceder a la cobertura universal.

Overall, this presentation aims to show the major reforms to the Mexican health sector since its creation in a sequential and logical manner. This will be followed by the analysis of how some of these changes have been implemented and the results that can be observed at this point. It will also propose the major areas of challenge that the Mexican health sector will face in the upcoming years.

Thailand, Colombia, Sri Lanka, Korea, among other low and middle income countries have been adopting different universal health care coverage models in recent years (Mills, 2007). Mexico entered this arena in 2004.

To introduce universal care, reforms have had to be made in to the financing and provision of health services, promoted partly by international organisations such as the World Health Organisation and the World Bank to improve efficiency, responsiveness and equity of health systems (World Health Organization, 2000; Frenk, Sepulveda *et al.*, 2003; Knaul and Frenk, 2005).

Since the 1990s, “marketisation” has been in the centre of health policy debate (Mills and Broomberg, 1998; Frenk, Sepulveda *et al.*, 2003). These mechanisms have also been linked to the recent reforms towards universal coverage as a response to the same detected problems in public health systems, lack of efficiency, choice, equity and responsiveness. “Marketisation” refers to a diverse set of measures implemented in both developed and developing countries, from true “quasi-markets” to simple purchaser-provider split and contractual relations (Mills and Broomberg, 1998). The main objectives in the implementation of internal markets are improvements in efficiency and consumer choice, towards cost containment and improved access to health services (Shackley and Healey, 1993; Gerdtham, Rehnberg *et al.*, 1999). On the supply side of such models there is competition between service suppliers as expected in any market (Propper, Burgess *et al.*, 2002). However, the direct user does not exercise the choices concerning purchasing decisions; they are often carried out by a third party representing the users’ interests (Le Grand and Bartlett, 1993).

Mexico is pursuing universal coverage through Seguro Popular de Salud (Popular Health Insurance) while also promoting the introduction of some market oriented mechanisms. Seguro Popular de Salud (SPS) consists of a voluntary health insurance

scheme to cover those not enrolled in the social security. It aims to equalise access to health services for the entire population (Secretaría de Salud. Mexico 2001).

In 2004 the implementation of SPS juridical changes and the attached financial reform came into effect. By 2007, all 32 states in Mexico had implemented the scheme and were receiving major new funds from SPS (Frenk, 2006).

The Federal Government, as part of the suite of health reform policies, considered the creation of internal markets or purchaser-provider split (PPS) as a way to improve efficiency and responsiveness (Knaul and Frenk, 2005; Frenk, Gonzalez-Pier *et al.*, 2006). It also encouraged states to create public-private partnerships (PPP) as an option to increase access to health services while maintaining public funding.

Mexico's central authorities provide guidelines on how the new funds should be spent (Secretaría de Salud. Mexico 2001). However, the decision of whether to split the system's functions between purchasers and providers or whether to incorporate private providers in the public health system is purely a state-level matter (OECD, 2005). It has been argued that there are incentives for states to incorporate such reforms (Knaul and Frenk, 2005; Gakidou, Lozano *et al.*, 2006), but it is not clear what determines the state's decision.

Although the government has encouraged states to move towards PPS and/or PPP, few experiences have been implemented. One exception is the state of Jalisco, where PPPS have been included in the public health system. Overall, there is little evidence of the country's process towards the creation of internal markets and the incorporation of private providers (Nigenda, Gonzalez *et al.*, 2006). Furthermore, there has been considerable public and political opposition (observed in media coverage) to "marketisation" reforms both at the Federal and state level.

The policies that will be examined in this analysis were formulated and implemented in the context of decentralisation trends nationwide and changing balance between the public and private sectors in financing and delivery of health care. In Mexico both, the public and private sectors play an extensive role in financing and provision of health services. In 2002 health care accounted for 5.6% of the country's gross domestic product (GDP), the social security sector for 33% of the total health spending; the health secretariat represented an additional 13%. The remaining 54% of health care expenditure was directly financed by households and services provided by private instances (96% out of pocket payments and 4% through prepaid insurance) (Barraza-Llorens, Bertozzi *et al.*, 2002).

Private sector presence within the health system has not implied a direct transfer of goods and resources from public instances (privatization), as observed in other areas of the economy, such as transport and communications (Frenk, 2006). The Mexican state has an irrevocable obligation to guarantee access to health care to all the population, as stated in a combination of articles included in the Mexican Constitution (Mexico, 2003). So far it has implied that both, public and private services are independent providers sometimes competing for the same targeted population.

HISTORICAL BACKGROUND

The Mexican health and social security system was created in 1943. It consisted mainly of three public institutions; IMSS,¹ ISSSTE² and ISSFAM³ which insure the privately employed and those employed by the government and army forces respectively. All those uninsured, mainly those employed in the informal market and agriculture, received services through an uneven system of public clinics controlled by the Health Secretariat (SSA)

and private providers (Barraza-Llorens, Bertozzi *et al.*, 2002). In 2007 social security institutions covered approximately 45.6% of the population,⁴ while the remaining 54.4% were covered either by SSA and the new SPS, or independent private services (Secretaría de Salud 2007).

There have been a number of recognised problems with the health system's setup. These have included its segmentation and institutional stratification, lack of regulation, differentiation between social security and other institutions, duplication of coverage of the uninsured population and inequities in access to services (Nigenda, 1999; Uribe and Lopez, 2001; Frenk, Sepulveda *et al.*, 2003). IMSS, ISSSTE, ISSFAM and the SSA have independent regulation, financing mechanisms, investment, infrastructure as well as supply of services to their populations without interacting among them. As a result there is inefficient utilization of resources and services (Uribe and Lopez, 2001).

In its origins, the system was designed so that the criteria to determine eligibility were neither based on health needs nor demographic or epidemiological characteristics of social groups. Instead, service delivery was structured around occupational groups, and health policy was heavily influenced by the economic and political leverage of unions, state workers, urban groups and other organised structures. Therefore most resources were allocated to the provision of services for organised labour in urban areas and in return these groups played a key role in the political stability of the country and the corporatist arrangements⁵ of the PRI led government (Gonzalez Rossetti, 2002; OECD, 2005).

The first reforms to the system were made during the 1982-88 presidential period. These introduced a plan to decentralise the health services and modify the structure of all institutions covering the uninsured population. The plan redistributed the responsibilities of central, state and municipalities' governments and integrated the services provided to the uncovered population

under the management of state governments. Although decentralisation⁶ was described as a devolution process, it started as a deconcentration process, transferring the health secretariat personnel to lower government levels and to the states agencies.

This first decentralisation attempts were met by economic constraints and resistance, there was significant political disagreement between the main actors: IMSS, SSA and health sector workers' union (SNTSSA) (Frenk, Sepulveda *et al.*, 2003). It became impossible for the federal government to achieve its original goals, and resulted in only 14 out of the 32 states being decentralised. Evaluation at this point showed that decentralisation had offered the urban (better-off) population benefits while neglecting the rural areas due to operative deficiencies (Gonzalez-Block Miguel, 1989; Arredondo and Orozco, 2006). It was also only a partial reform in that it addressed SSA services exclusively.

The next major step was in 1996 when the Health Sector's Reform Programme was published. The federal government tried to expand the social security coverage, to avoid duplication in services, to introduce incentives for quality improvements through the decentralisation of services and to provide essential health care for the population not covered (Secretaría de Salud. Mexico, 1996). This can be seen as the continuation of early decentralisation attempts that had been on hold since the late 1980's.

During this phase, the first real financial delegation from central authorities to the states took place (Gonzalez-Block Miguel, 1989; Gershberg and Jacobs, 1998; Nigenda, 1999). From 1997, state-level health secretariats were allowed to contract non-public entities in cases where the public network was not sufficient to provide services (Poder Ejecutivo Federal 1996). However, this option remained dormant, since no fresh funds were made available to contract alternative providers (OECD 2005).

During the last administration in Mexico (2000-2006), a third generation of reforms was set forth to encourage decentralisation and change the vertical segmented model with a new universal coverage model (Secretaría de Salud. Mexico, 2001). The reform indicated that decentralisation should allow the municipalities to allocate resources and set priorities; the federal government was perceived as a steward of the system, involved in planning and regulating, and encouraging other actors to be involved in provision of care, under clear rules.

In the same period, a financial reform took place in the Health Secretariat. Through SPS the states gained new funds to carry out contracting. The national Congress passed an amendment to the General Health Law to provide a legislative anchor for the strategy (Program of Social Protection for the Poor). The program requires federal and state governments to provide a proportional amount of funds to finance the package of services in the states. Since 2004, the budget authorized for this program has increased to the point of tripling the budget that the federal Health Secretariat had at its disposition in 2000 and that had remained stagnant for more than two decades. The objectives towards the health system reform were: to establish an equitable mechanism for resource allocation; complete the health secretariat's decentralisation; consolidate the deconcentration of the health services offered by IMSS (as it remains controlled by its federal authorities, not state governments); strengthen interstate collaboration in public health and specialized services; reinforce the coordination role of the central government through the National Health Council and bring the health services to the municipality level (Secretaría de Salud. Mexico, 2001).

Five years after the implementation of SPS, Mexico is still far from providing a true universal health care coverage to its population. The health sector budget has increased dramatically since the reform; however, efficiency, responsiveness and equity of the

system have not shown the expected improvements. Of course more money is available to offer services, but the system's sustainability may be at risk. The fiscal reform proposed to the National Congress in 2003 was directly linked to the financial wellbeing of SPS. Approximately a thousand million pesos were expected to flow from the fiscal reform. Since its rejection late in 2003 important cuts to the programme's reach have had to be made, and while, more population and interventions are added to the programme there is a bleak image of the programme's future (Nigenda, 2005).

In addition, very few states have incorporated the suggested financial and legislative reforms to move towards the universality of the health sector, so far, the majority have simply used the extra funds hoping the golden budget will never go away.

In those terms, it has been discussed that important inefficiencies in Mexico's health care system constrain supply, which in turn has led to a high-level of out-of-pocket spending, particularly among the poor. Evidence shows that SPS has helped to reduce catastrophic health costs among Mexican families, and led to higher utilization of healthcare services (World Bank, 2007), however, important challenges still remain. This includes increasing supply of the basic health services in poor areas (particularly in the most deprived municipalities), improve targeting of SPS, and promote greater accountability in order to improve the quality of health services at the local level (World Bank, 2007).

CHANGES THAT WERE AND ARE STILL REQUIRED

The evolution of the health sector requires significant changes to be made. The changes have to bring:

- i) increased coverage
- ii) improved quality of services

-
- iii) strengthened institutional framework
 - iv) assured financial sustainability of the system

These four areas of development relate to an important component of the SPS programme that up to now has been delayed in its introduction. This includes the required structural reforms within the health sector and the introduction of mechanisms to improve efficiency, quality, choice and responsiveness of the Mexican health system.

Up to now, the public health care system in Mexico is based on supply-side benefits with no purchaser-provider separation or production-based provider payment mechanisms. Budgets are based on historical allocation of resources, resulting in prevalent inefficiencies which in turn limit the level of improvements from programs such as SPS, showing previously acquired supply constraints. Administrative expenses are high even by OECD standards and constrain the supply of needed inputs, such as pharmaceuticals and equipment (OECD, 2005; World Bank, 2007).

The lack of modern contracting practices has resulted in a public health care delivery system that is highly fragmented and inefficient, with high production costs. As previously mentioned, the current structure of the system, which is vertically integrated (so that each sub-sector serves only a part of the population), makes it impossible to achieve economies of scale or exploit comparative advantages afforded by different health care providers in the system (World Bank, 2007). In Mexico, alongside the public sector operates an unevenly regulated private sector. Both the insured and the uninsured populations have commonly relied on the private sector for hospital care, although data from 2000 indicates that (at least prior to introduction of SPS) the uninsured relied on the private sector more heavily than any other group (Valdespino, Olaiz *et al.*, 2003).

Part of the strategies to bring structural change to the public health system in Mexico includes the creation of purchaser-provider splits at the state level. Upon the adoption of SPS as the main health programme offered to the uncovered population by state governments, such reforms were supposed to follow. Up to 2007, only one state had modified its health sector structure to fit the reforms.

In the centre of such reforms is the separation of functions between a public purchaser of services and providers. The main example that can be observed in Mexico was done through the creation of a decentralised public entity (OPD by its Spanish acronym). Such entity operates under SPS legislation and has been denominated Social Protection for Health Network (REPSS by its Spanish acronym).

PURCHASER-PROVIDER SPLIT AND PRIVATE PARTICIPATION IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR WHY IS IT NOT PRIVATIZATION? WHAT DO THEY OFFER?

Purchaser-Provider split can also be named quasi-markets or internal markets. These terms were initially described by Oliver Williamson in 1975 and have since been used to describe internal markets. According to the definition Le Grand and Bartlett give of quasi-markets, they are called markets as they replace monopolistic state providers with competitive independent ones (even though this is not necessarily present in all cases). They differ from conventional markets in several elements within both the supply and the demand side, for which they are considered quasi.

On the supply side there is competition between productive enterprises or service suppliers as it is expected of any market. Thus there are independent institutions competing for costumers (Propper, Burgess *et al.*, 2002). The difference being that such organisations not necessarily are profit-maximisers nor privately

owned. This raises the doubt regarding such enterprises' objectives (when they are non-profit organizations) and their ownership structure. On the demand side, consumer purchasing power is not expressed in money terms, instead, it can take the form of an earmarked budget destined to the purchase of a specific service allocated to users, or it can be centralised in a single purchasing agency. In most cases, it is not the direct user who exercises the choices concerning purchasing decisions; instead those choices are often carried out by a third party representing the users' interests (Le Grand and Bartlett, 1993).

In conventional markets consumers bring their own resources into the market to purchase goods and services, in the case of quasi-markets, the government is responsible to raise the funds and allocate them to the different agents that purchase on behalf of the end users. The role of governments is an integral part of a quasi-market and another reason why it is called "quasi". Le Grand summarises in a simple way: "in quasi-markets purchasers funded by general taxation buy services from providers. The purchasers may be the service users themselves, but, more commonly, they are agents appointed by the state to purchase on behalf of the end-users" (Le Grand, 1991). On the other hand, suppliers can be for-profit or not-for-profit, private or public.

At the end, these models tend to increase managers' control over production and delivery of goods and services while decreasing the power of politicians over the same process (Propper and Le Grand, 1997), what partially explains the resistance and obstacles *vs.* promotion observed from different stakeholders in settings where such mechanisms have been implemented such as the UK's NHS.

It is common to observe that even when the ideal description of quasi-markets is the one outlined above, a minority of cases actually meet the criteria. The description given by Le Grand and others includes competition as a central part of the model,

however, many of the quasi-markets described in the literature, including the UK's NHS are far from competitive and many times are represented by local monopolies in either or both supply and demand sides (Le Grand and Bartlett, 1993; Maynard, 1994). This not necessarily calls for government intervention as a pro-competitive actor in the system, as monopolies may be able to act efficiently given certain circumstances and that both sides behave in a socially desirable way (Propper and Le Grand, 1997).

In all the different cases from Europe and the USA that can be observed relating to PPS and quasi-markets, the main objectives commonly encountered are improvements in efficiency and consumer choice, towards cost containment and improved access to health services (Shackley and Healey, 1993; Gerdtham, Rehnberg *et al.*, 1999).

Private participation in public sector on the other side can be defined in different ways. The reasons for these interactions may also be different according to context and also the authors describing it (Burchardt, 1997). Some of these motifs may be limitations within the public sector (Mills and Bromberg, 1998), private participation as a way to tackle health services challenges, and private participation as an economic tool to contain costs and increase efficiency in the health sector (Frenk, Lozano *et al.*, 1994).

Private participation in the public sector has been a common source of controversy as it is mistaken for privatisation of the public sector (Harding and Preker, 2003; Loevinsohn and Harding, 2004). Privatisation relates to the transfer of property, management and overall control from public instances to private ones, implying the transference of financing and production of services to the private sector (Starr, 1987). In these scenarios government participation tends to be reduced in order to let market forces operate into and efficient market.

Away from the concepts of privatisation, private participation in the public sector means combining strengths of both entities and the civil society towards common goals in health, without representing transference of goods, property or specific functions from one to the other. Each sector will seek specific objectives and functions outlined by all parties, while maintaining their own identity and independence (Buse and Walt, 2000). The state remains as a steward of the system, regulating participation of both sides (Evans, 2006).

Different modalities of public-private partnerships (PPP) have been implemented in many different contexts throughout the last 30 years (Evans, 2006). Evidence of such cases can be easily found on the literature and describe public-private relationships as collaboration, donations and formal contracts between parties (McPake, Banda *et al.*, 1994; de la Jara and Bossert, 1995; Diderichsen, 1995; Mills and Broomberg, 1998; Palmer, 2000; Widdus, 2001; Kumaranayake, Hongoro *et al.*, 2003; Lilani Kumaranayake, Charles Hongoro *et al.*, 2003; Nigenda, Troncoso *et al.*, 2003; Palmer, Mills *et al.*, 2003; Söderlund, Mendoza-Arana *et al.*, 2003; Zurita and Ramirez, 2003; Gonzalez, Nigenda *et al.*, 2005; Evans, 2006).

One or more of these relationships may be present within a system at any given time. Moreover, governments are relying on contracting, regulation, training, franchising, and the incorporation of private providers into public service networks as an alternative to increase supply while utilizing the private sector's capacities (Harding, 2003).

Evidence has shown that certain conditions may work in favour of the implementation of PPP such as a political environment supporting involvement of the private sector, economic and financial crisis that may orient the public sector towards innovative approaches to service provision, and legal frameworks

to guarantee transparent and credible relationships between actors (Jütting, 1999).

Arguments in favour of using market mechanisms in health care can be summarised in:

- Increased provider competition to increase technical efficiency on the supply side and as a result allocative efficiency within the system.
- Contractual relationships enhance efficiency on the purchaser and provider sides via the incentive structure inherent in the contract.
- The contracting process itself may promote transparency in trading and decentralisation of managerial responsibility, both with beneficial effects on efficiency.

These arguments relate to a perfect model which assumes a well defined information structure, actor's preferences predetermined and an unlimited capacity for processing information (Palmer, 2000).

The main advantages of market models become somewhat less evident when confronted with the characteristics of most low and middle-income countries such as Mexico, which include: Poorly developed institutional capacity, shortage of administrative and contract writing skills and poorly developed markets; resulting in the capacity of markets to behave competitively and transparently and/or of governments to support the creation of such markets likely to be limited (Schick, 1998).

SEGURO POPULAR VS. A TRULY UNIVERSAL HEALTH CARE MODEL

Mexico's health sector institutional framework requires significant reforms to be able to provide true and equitable universal

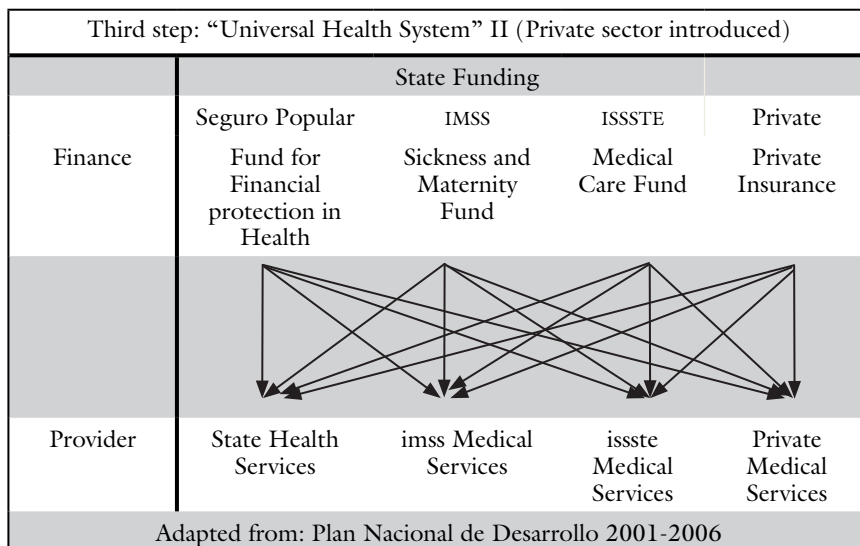
health care. Its strengthening should be focused on delivery of social protection, including better integration of existing programs and benefits under clear and consistent sets of rules. At the moment, Mexico's social protection system is still characterized by the fact that it is fragmented, with numerous institutions operating by different rules and providing different levels of benefits (even across the formal social security institutions, such as IMSS and ISSSTE) and with no portability across schemes and states (OECD, 2005; World Bank, 2007).

SPS was introduced as a third insurance scheme in the country. In order to implement the totality of the program, it was divided in 3 main steps. The first one, where the health care system remains as a segmented system composed by different providers with independent organization and management but all the population is covered. The second step, designed to render a homogenous health care in the different public institutions under regulated conditions but without including the private sector. And finally the third step where the private sector is introduced in form of Health Care Enterprises (ISES/GPPPs). Therefore constituting the health system with several payers/insurers, one source of funding (the state), and several competing and complementing providers.

First Step: Creation of Seguro Popular				
	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	Private
Finance	Fund for Financial protection in Health	Sickness and Maternity Fund	Medical Care Fund	Private Insurance
	↓	↓	↓	↓
Provider	State Health Services	imss Medical Services	issste Medical Services	Private Medical Services

Second step: "Universal Health System"			
	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE
Finance	Fund for Financial protection in Health	Sickness and Maternity Fund	Medical Care Fund
Provider	State Health Services	imss Medical Services	issste Medical Services

Adapted from: Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006



Although the introduction of SPS is an important step towards the universality of health care in Mexico, on its own does not represent the solution to achieve equity, efficiency, responsiveness and choice across the health sector. It has to be followed by structural reforms that could eventually result in a true universal system where the state remains as the financier of health care while different institutions provide all required services to the entire population.

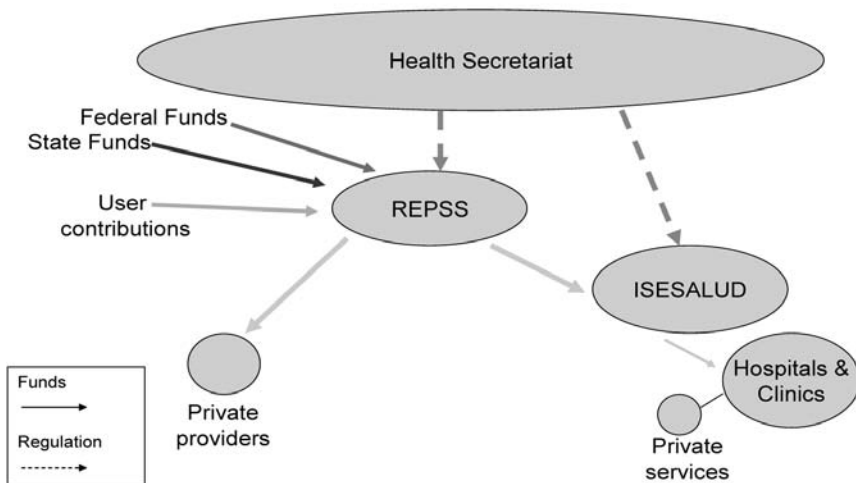
Equity in the financing and access to health services is one of the key characteristics of a truly universal health system. Not until every Mexican has access to the same coverage package and health services, regardless of their social, employment and economic status, is that we will be able to claim that Mexico has a universal health care system.

The mechanism to achieve this goal, described above, was stated in the original policy documents related to SPS (Gobierno de la Republica Mexico, 2001; Secretaria de Salud. Mexico, 2001). However, states have been slow in implementing the structural

reforms that will eventually allow the portability and convergence of funding and provision of health care across institutions and states.

Furthermore, as can be seen from the “third step” figure, state funding is at this stage still fragmented in three main service purchasers/insurers while the ideal would include a single state purchaser. This means that a fourth step would be needed to homogenise and eventually merge purchasers/insurers into one main state purchaser. Which will then allow Mexico to achieve economies of scale and to exploit comparative advantages afforded by different health care providers in the system (World Bank, 2007).

Figure 1
Flow of funds and regulation among
the different instances at the state level



REFORMS AT THE STATE LEVEL

Up to 2007 there was only one example where two separate structures were created within the health sector. In March 2005 Baja California's governor decreed the creation of the OPD "Baja California's Social Protection for Health Regime" (Regimen de Protección Social en Salud de Baja California, REPSS). This was set out to split the purchasing and provision functions of the state's health services. It aimed to "guarantee social protection actions in health within the state through financing and efficient, opportune and systematic coordination of personal health services according to the General Health Law (Federal) and the different local laws and agreements" (Baja California, 2005). REPSS, which shares the similar juridical structure as the main service provider in the state (ISESALUD), has since 2005 been in charge of pooling all the funds flowing from federal sources, state treasury and user contributions towards a common fund. It is also within its duties to guarantee that patients affiliated to SPS have access to medical care from any one of the providers contracted. REPSS acts as the insurer/purchaser of medical services while also in charge of enrolment to the programme and supervision of services.

The creation of two different entities to carry out the separation of functions within the state's health system was also a step towards the contracting of private providers. The figure below represents the regulatory and financial flow in Baja California's health system since 2005. The health Secretariat in the state remains as the main regulatory body while funds and contracting are controlled by REPSS. ISESALUD remains as the main provider of health services but is now accompanied in this task by a network of private providers.

ISESALUD is the main provider of all primary and secondary health care and its services are contracted through an official agreement between REPSS and ISESALUD (REPSS-ISESALUD, 2006). The network of private institutions is potentially included as part of the supply of health services. They are accessed by REPSS when provision of services by ISESALUD is not sufficient or when there is a lack of emergency or close-by facilities. In 2007 very few of these potential private providers had been contracted by REPSS.

ISESALUD is responsible for all the facilities that were under the control of the state's Health Secretariat. It includes all primary care units (124) and all secondary care hospitals (5). Within ISESALUD services had also been contracted to private providers, such cases include image and x-rays services, pharmacy services, and laboratory services in all 5 general hospitals.

Service providers (ISESALUD and private providers' network) were reimbursed by three different payment mechanisms:

- Fee for services (26%), which represents a fixed amount per case treated (described in SPS's Universal Catalogue for Services) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2006) in secondary care hospitals.
- Projects (25%), which represent investment provided for specific projects developed by medical units towards better facilities, training and service provision.
- Capitation (49%), a prospective payment made for all services provided by primary care units. Calculated based on 3.5 consultations per enrolled family per year.

Population enrolment in the program in Baja California was expected to cover 100% of their target (226 940 families) at the end of 2006. REPSS receives annually 563 828 200 pesos

(53 912 620 dollars),⁷ 69% from the federal level and 31% from the state budget (Secretaria de Salud Baja California 2006).

Although this innovative model seems like a solid attempt to carry out the desired reforms, in reality, the system as it was stipulated in 2005 and described above does not exist anymore. REPSS and ISESALUD do not hold efficient mechanisms to promote quality and efficiency of services provided. Most contracts with the private sector are no longer in place due to intrinsic deficiencies of the contracting system and the relative victory of politicians to regain control over the health care budget. Part of the political opposition and manipulation of the new scheme has also meant that although only the first two deciles of the economy should be exempt of contribution, according to Federal guides, since the last electoral campaigns, every family in the state is exempt. Placing the financial security of the programme at stake.

CONCLUSIONS

There is not one single health care model that would fit all contexts. Each nation has to adapt its own health sector to fit their health needs and particular social, political and economic circumstances.

Health sector reforms are not a new area in Mexico, throughout the years and since its creation the health system has followed a series of adaptations to accommodate the changing context and national needs.

Golden budgets and increased spending in health care do provide dramatic improvements in service provision. However, more than just money is required to improve quality of services, strengthen the institutional framework and assure the financial sustainability of the system in the long run.

Although market oriented reforms are not a panacea to solve all issues related to health care systems, they have been

successfully implemented in many countries (mainly European) along strong national public health systems to achieve the universality of health care together with desired outcomes in terms of equity, efficiency, choice and responsiveness.

Mexico is today at a crucial point in its health sector development. Consensus has to be reached in terms of what should be expected of the system and how this will be reached. Education and health should not just remain as ideal goals and constitutional rights without being a real fact in every citizen's life, as they are key in the individual development and the national strengthening to guarantee a future.

Mexico, more than ever, has to show a strong political will across all political and social sectors to be able to go beyond interesting ideas and mechanisms and manage to implement and consolidate a comprehensive reform to its health system. Now more than ever a strong leadership has to be in place to guarantee the appropriate stewardship of the health sector across all institutions and states and allow the implementation and correct functioning of a truly universal health care system, with one payer/purchaser and state funding, and several providers that could guarantee efficient provision and quality of health services.

NOTES

- ¹ Mexican Social Security Institute (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS).
- ² Social Security and Services for State Employees Institute (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE).
- ³ Social Security for the Armed Forces Institute (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México, ISSFAM).
- ⁴ 108 576 411 inhabitants.
- ⁵ “A system of representation of interests in which societal groups are organised in a limited number of categories: unique, obligatory, not competitive, hierarchically ordered and functionally differentiated, recognised or authorised (even created) by the state. These categories are granted a deliberate representative monopoly in exchange for accepting certain controls in the selection of their leaders and limiting their demands”. Schmitter, P. (1981). “Interests Representation and Regime Governability in Contemporary Western Europe and North America”. *Organising Interests in Western Europe: Pluralism, Corporatism, and the Transformation of Politics*. S. Berger. Cambridge, Cambridge University Press.
- ⁶ Decentralisation is described in 4 different categories according to Bossert T. (1998): deconcentration, delegation, devolution and privatization. Deconcentration is defined as shifting power from the central offices to peripheral offices of the same administrative structure (e.g. Ministry of Health and its district offices). Delegation shifts responsibility and authority to semi-autonomous agencies (e.g. a separate regulatory commission or an accreditation commission). Devolution shifts responsibility and authority from the central offices of the Ministry of Health to separate administrative structures still within the public administration (e.g. local

governments of provinces, states, municipalities). Privatization transfers operational responsibilities and in some cases ownership to private providers, usually with a contract to define what is expected in exchange for public funding. Bossert, T. (1998). "Analyzing the Decentralization of Health Systems In Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance". *Soc. Sci. Med* 47(10): 1513-1527.

⁷ Exchange rate 1USD = 10.4581 pesos.

REFERENCES

- Arredondo, A. and E. Orozco (2006). "Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico". *Rev Saude Publica* 40(1): 152-160.
- Baja California, G. d. E. (2005). Decreto de creación del régimen de protección social en salud de Baja California. E. Estatal, *Diario Oficial de la Federacion*.
- Barraza-Llorens, M., S. Bertozzi, *et al.* (2002). "Adressing Inequity in Health and Health Care in Mexico". *Health Affairs* 21(3): 47-56.
- Bossert, T. (1998). "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance". *Soc. Sci. Med* 47(10): 1513-1527.
- Burchardt, T. (1997). Boundaries between public and private welfare: a typology and map of services. *Centre for Analysis of Social Exclusion*. London, London School of Economics: 69.
- Buse, K. and G. Walt (2000). "Global public-private partnerships: Part I—A new development in health?". *Bull World Health Organ* 78(4): 549-61.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2006). Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006. Secretaría de Salud, SSA: 193.

-
- De la Jara, J. J. and T. Bossert (1995). "Chile's health sector reform: lessons from four reform periods". *Health Policy* 32(1-3): 155-66.
- Diderichsen, F. (1995). "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden". *Health Policy* 32(1-3): 141-53.
- Evans, D. B. (2006). "Use of contracting in public health". *Bulletin of the World Health Organization* 84 (11).
- Frenk, J. (2006). "Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico". *Lancet* 368: 954-961.
- , E. Gonzalez-Pier, *et al.* (2006). "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico". *Lancet* 368(9546): 1524-34.
- , R. Lozano, *et al.* (1994). *Economia y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en Mexico. Informe Final*. Mexico D.F., Fundacion Mexicana para la Salud.
- , J. Sepúlveda, *et al.* (2003). "Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico". *Lancet* 362: 1667-71.
- Gakidou, E., R. Lozano, *et al.* (2006). "Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card". *Lancet* 368: 1920-1935.
- Gerdtham, U. G., C. Rehnberg, *et al.* (1999). "The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden". *Applied Economics* 31: 935-945.
- Gershberg, A. I. and M. Jacobs (1998). *Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua*. Washington, DC, Inter-American Development Bank.
- Gobierno de la Republica Mexico (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de la Republica. Mexico.

- González, L. M., G. Nigenda, *et al.* (2005). Public Private Mix in Health in Mexico, Center for Global Development/Fun-salud.
- González Rossetti, A. (2002). The Politics of Health Reform in Mexico (first draft), UNRISD: 34.
- González-Block, Miguel, L. R., Óscar Zapata, Ricardo Loewe and Javier Alagon (1989). "Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy". *Health Policy and Planning* 4(4): 301-315.
- Harding, A. (2003). "Introduction to Private Participation in Health Services". *Private Participation in Health Services*. A. Harding and A. S. Preker. Washington, DC., the World Bank's Human Development Network: 7-73.
- . and A. S. Preker (2003). "Private Participation in Health Services". *Health, Nutrition, and Population Series*. Washington, DC., the World Bank's Human Development Network.
- ISESALUD-Botica Solymar (2006). Contrato de subrogación para suministro de productos farmacéuticos a pacientes incorporados al régimen de protección social en salud, que celebran por una parte el Instituto de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) y la C. Olivia Piña Dedako, propietaria de la negociación denominada Botica Solymar. Pharmacy, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-El Fénix de Tijuana (2006). Contrato de subrogación para el suministro de productos farmacéuticos a pacientes incorporados al régimen de protección social en salud de Baja California, celebrado por una parte el ISESALUD y por otra parte el C. Xavier González Ziri6n representante legal de la negociación denominada "El Fénix de Tijuana". Pharmacy, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-Farmacias Benavides (2006). Contrato de subrogación para el suministro de productos farmacéuticos a pacientes in-

- corporados al régimen de protección social en salud de Baja California, celebrado por una parte el ISESALUD y por otra parte la empresa denominada "Farmacias Benavides, S.A. de C.V". Pharmacy, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-IMAXESS (2004). Contrato de arrendamiento de equipo médico especializado para realizar diagnósticos por imagen que celebran por una parte el Instituto de Salud Pública del estado de Baja California (ISESALUD) y la empresa "Radiología y Tomografía de Baja California S.A. de C.V". (IMAXESS). I. a. X. Rays, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-Pallach (2006). Contrato abierto de prestación del servicio integral para realizar pruebas de laboratorio clínico con suministro de equipos y bienes de consumo para los hospitales del ISESALUD celebrado entre ISESALUD y "Distribuidor científico Pallach S.A. de C.V". Laboratory, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-Pey Pharma (2006). Contrato de subrogación para el suministro de productos farmacéuticos a pacientes incorporados al régimen de protección social en salud de Baja California, celebrado por una parte el ISESALUD y por otra parte la empresa denominada "Pey Pharma Distribuidora S.A. de C.V". Pharmacy, *Diario Oficial del Estado*.
- ISESALUD-Tomo Scan (2004). Contrato de arrendamiento de equipo médico especializado para realizar estudios radiológicos y diagnósticos por imagen que celebran por una parte el Instituto de Servicios de Salud Pública en el Estado de Baja California (ISESALUD) y la Dra. Ma Isabel Mellado Zataráin, propietaria de los equipos en arrendamiento "Tomo Scan". I. a. X. Rays, *Diario Oficial del Estado*.
- Jütting, J. (1999). *Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector*. ILO workshop on "The extension of social protection", Geneva: Center for Development Research.

- Knaul, F. and J. Frenk (2005). "Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform". *Health Affairs* 24(6): 1467-76.
- Kumaranayake, L., C. Hongoro, *et al.* (2003). Coping with private health markets –regulatory (in)effectiveness in sub-Saharan Africa. *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Neil Söderlund, Pedro Mendoza-Arana and J. Goudge. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research: 47-59.
- Le Grand, J. (1991). "Quasi-Markets and Social Policy". *Economic Journal* 101: 1256-1267.
- and W. Bartlett (1993). *Quasi-Markets and Social Policy*. London: The Macmillan Press.
- Lilani Kumaranayake, Charles Hongoro, *et al.* (2003). Coping with private health markets –regulatory (in)effectiveness in sub-Saharan Africa. *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Neil Söderlund, Pedro Mendoza-Arana and J. Goudge. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research: 47-59.
- Loevinsohn, B. and A. Harding (2004). "Contracting for the delivery of community health services: a review of global experience". *Health, Nutrition and Population*. A. S. Preker. Washington, DC, the World Bank's Human Development Network.
- Maynard, A. (1994). "Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. national health service". *Soc Sci Med* 39(10): 1438-45.
- McPake, B., E. Banda, *et al.* (1994). "Contracting out of health services in developing countries". *Health Policy Plan.* 9(1): 25-30.
- Mexico (2003). Constitución Política del Estado Mexicano. Mexico, Gobierno de la Republica Mexicana.

-
- Mills, A. (2007). Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? T. H. S. K. Network. Geneva, WHO: 46.
- . and J. Broomberg (1998). “Experiences of Contracting Health Services: an Overview of the Literature”. HEFP working paper 01/98: 59.
- Nigenda, G. (2005). *El Seguro Popular de Salud en México. Desarrollo y Retos para el Futuro*. A. Medici. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo: 20.
- , L. M. González, *et al.* (2006). *Interacción público-privada en la prestación de servicios de salud en México*. Mexico: Fundacion Mexicana para la Salud A.C.
- Nigenda, G., Ruiz, José Arturo. (1999). “The Decentralization of Human Resources and the Health System in Mexico”. *World Health Organization, Human Resource Development Journal*, 1999: 11.
- , E. Troncoso, *et al.* (2003). “Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México”. *Caleidoscopio de la Salud*: 229-242.
- OECD (2005). Mexico. *OECD Reviews of Health Systems*. Paris, France, OECD: 187 pp.
- OECD (2005). *Reviews on Health Care Systems: Mexico*. Paris, OECD: 187.
- Palmer, N. (2000). “The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries”. *Bulletin of the World Health Organization* 78(6): 821-829.
- , A. Mills, *et al.* (2003). “A new face for private providers in developing countries: what implications for public health?” *Bull. World Health Organ.* 81(4): 292-297.
- Poder Ejecutivo Federal (1996). Acuerdo de Caracter Nacional para la Descentralizacion de los Servicios de Salud, *Diario Oficial de la Federacion*.

- Propper, C., S. Burgess, *et al.* (2002). "Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market". *cmpto Working Paper Series* num. 00/27.
- . and J. Le Grand (1997). "Central Government and Quasi-Markets: The Case of Health Care". *LSE Health, The London School of Economics & Political Science*. Discussion Paper num. 6: 25.
- REPESS-ISESALUD (2006). Convenio de coordinación interinstitucional relativo a la prestación de servicios de salud, que celebran el Instituto de Servicios de Salud Pública del estado de Baja California y el régimen de protección social en salud de Baja California, *Diario Oficial del Estado*.
- Schick, A. (1998). "Why most countries should not try New Zealand's reforms". *World Bank Research Observer* 13(1).
- Schmitter, P. (1981). Interests Representation and Regime Governability in Contemporary Western Europe and North America. *Organising Interests in Western Europe: Pluralism, Corporatism, and the Transformation of Politics*. S. Berger. Cambridge, Cambridge University Press.
- Secretaría de Salud (2007). Población 2007 por municipio (total y sin seguridad social), Sistema Nacional de Información en Salud.
- Secretaría de Salud Baja California (2006). Presupuesto de Ingresos y Egresos. P. y Finanzas.
- Secretaría de Salud. México (1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud. México, Gobierno de la República.
- Secretaría de Salud. México (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de Salud: 201.
- Shackley, P. and A. Healey (1993). "Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model". *Health Policy* 25(1-2): 153-68.

-
- Söderlund, N., P. Mendoza-Arana, *et al.* (2003). *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Starr, P. (1987). The limits of privatization. *Prospects for privatization*. S. Hanke. NY: The Academy of Political Science: 124-137.
- Uribe, M. and M. López (2001). *Reflexiones acerca de la salud en México*. Mexico City: Medica Sur, Editorial Medica Panamericana.
- Valdespino, J., G. Olaiz, *et al.* (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Widdus, R. (2001). "Alianzas de los sectores público y privado en pro de la salud: principales objetivos, diversidad y futuras orientaciones". *Bull. World Health Organ.* vol. 79 (num. 8): p. 713-720. ISSN 0042-9686.
- World Bank (2007). *Mexico 2006-2012: Creating the Foundations for Equitable Growth*. Washington, D.C.: The World Bank: 396 p. : il. – (Report num. 39993-MX).
- World Health Organization (2000). "World Health Report 2000". *Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- Zurita, B. and T. Ramírez (2003). "Desempeño del Sector Privado de la Salud en México". *Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud*: 153-161.

FINANCIAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA VISIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Luis Durán Arenas

INTRODUCCIÓN

Desde 1982 se inició en el mundo una gran cruzada para reformar todos los sectores de la sociedad con base en la organización de mercados y el establecimiento de estrategias y mecanismos para lograr que estos fueran la única forma de organización a la sociedad. Esta obsesión acompañó a un personaje en particular, Alain Einthoven, quién después de terminar su colaboración con el proyecto Polaris, dedicó sus esfuerzos a diseñar un sistema de *vouchers* (vales) para que la educación en los Estados Unidos se basara en mercados, en lugar del arreglo en ese momento (1960), con una fuerte y decidida participación del Estado, en particular de los gobiernos locales. A pesar de sus esfuerzos, este sistema no funcionó en Estados Unidos de América (aunque algunos políticos mexicanos, en particular del Partido Verde, lo han encontrado y lo han propuesto en México). Después de este fracaso, Einthoven decidió orientarse a la salud.

En el campo de la salud, Einthoven inició sus trabajos al final de los años setenta, buscando cómo los mercados imperfectos de la salud, ampliamente reconocidos en su país, podrían ser perfeccionados. Como uno se podía imaginar, empezó ideando sus conocidos *vouchers* (vales) y cómo ellos permitirían que el

financiamiento siguiera al paciente y, por lo tanto, eso libraría al mercado de una de sus principales limitaciones, la asimetría entre el paciente y el proveedor de servicios de salud. Una vez más, como ha sido la tradición en los EUA, el problema de los servicios de salud se centraba en el financiamiento para crear las condiciones para el desarrollo de mercados.

Pero este arreglo rápidamente mostró sus limitaciones a Einthoven. La experiencia de las HMO's en los EUA le recordó que no era suficiente garantizar el financiamiento, sino que era necesario tener el mercado organizado para hacer uso efectivo del financiamiento. Esto le generó una gran contradicción: para que el mercado funcionase necesitaría organizarse (*managed competition*), una forma suave de hablar acerca de la necesidad de regulación de los mercados (Einthoven, 1988).

Las ideas de Einthoven recibieron la mejor de las bienvenidas por parte de los gobiernos de Thatcher y Reagan, y obtuvo impulso al volverse el asesor de los gobiernos de Inglaterra y Suecia para la reforma de los sistemas de salud en los años ochenta a través de su propuesta de *managed competition*. A pesar de esto, el modelo de Einthoven no fue del todo utilizado y, de hecho, en los noventa se experimentó una importante contrarreforma en estos países (Einthoven y Fuchs, 2006).

Ustedes se preguntarán, ¿por qué esta larga desviación por los terrenos de Einthoven? Porque el que no conoce la historia de la reforma en los países desarrollados no puede apreciar en su total extensión lo que ha sucedido en los últimos veinte años en México y otros países como el nuestro. En estos años, los países pobres y de economías de ingresos medios del mundo, han centrado la reforma de sus sistemas de salud en el financiamiento, como un requisito *sine qua non*, para la organización con base en mercados.

Sin embargo, si tempranamente Einthoven y sus seguidores reconocieron la necesidad de organizar los mercados, ¿por qué

no se completaron las reformas? Y aún más importante ¿cuáles han sido los resultados de estas reformas incompletas? (Einthoven y Fuchs, 2006).

En la literatura sobre los sistemas de salud en el mundo es claro que cuando se evalúa el desempeño de éstos, los que muestran los mejores resultados son aquellos que cuentan con un sistema organizado y con amplia participación del Estado (gobierno), como el Sistema Nacional de Salud Inglés (NHS). Resulta paradójico que aún en países con sistemas organizados con base en mercados como en EUA, los cambios organizacionales y en particular el uso de sistemas integrados de prestación de servicios de salud (Integrated Health Care Delivery Systems) sean propuestos como la solución a los problemas de efectividad y eficiencia que sufren en ese país (Arrow, 2009).

Más aún, William Hsiao, uno de los investigadores que han apoyado la reforma de los países pobres y de ingresos medios en el mundo llegó a la siguiente conclusión: “Más dinero para el sistema de salud es una condición necesaria, pero no suficiente para una mejor salud” (Hsiao, 2007).

En este contexto, el documento busca responder a una pregunta central para lograr la cobertura universal en nuestro país, ¿cuál es el sistema de salud que queremos los mexicanos? Para dar una respuesta a esta cuestión revisaremos, primero, el financiamiento de la salud y su impacto en Estados Unidos de América (EUA) y diferentes países desarrollados; a continuación revisaremos los riesgos del financiamiento dentro del sistema de salud mexicano, y terminaremos analizando las implicaciones de la situación actual para el logro de la cobertura universal en el sistema de salud mexicano.

REFLEXIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Y SU IMPACTO: LA EXPERIENCIA EUA Y OTROS PAÍSES DESARROLLADOS

En esta sección analizaremos dos aspectos, por una parte las estrategias que durante el siglo XX fueron utilizadas en los Estados Unidos de América para contender con los problemas de financiamiento de la atención a la salud, y en segundo lugar la situación que guardan diferentes países en el mundo en una serie de indicadores a nivel de los sistemas de salud. La revisión de estos aspectos nos permitirá entender mejor las ofertas de reforma que han seguido países como México y valorar sus limitaciones en el momento actual.

En cuanto al primer punto, es importante tomar en cuenta que en EUA las estrategias para el desarrollo de su sistema de salud siempre fueron vistas en el contexto de una organización con base en mercados. Por lo tanto, al menos con base en la implantación de estas estrategias, podemos decir que no se consideraron alternativas de financiamiento en la oferta de servicios de salud por parte del Estado.

La creación de Blue Cross y Blue Shield (1930)

La primera ocasión en que se llevó a cabo un esfuerzo por garantizar la existencia de financiamiento para la atención a la salud en gran escala fue la creación de Blue Cross y Blue Shield, orientadas al pago de los servicios médicos y hospitalarios respectivamente. Estas dos aseguradoras en salud fueron creadas después de la gran depresión. El concepto de Blue Cross lo inicia en 1929 un empresario innovador, Justin Ford Kimball. El ofreció un programa para 1 300 profesores de escuela en Dallas, Texas, para financiar hasta por 21 días de atención hospitalaria, a través de un prepago mensual al Hospital de la Universidad de Baylor. Casi al mismo tiempo, el concepto de Blue Shield se desarro-

lló en los campos madereros y mineros del Pacífico Noroeste de los Estados Unidos. Los empleadores que deseaban proveer atención médica a sus trabajadores empezaron a hacer arreglos con médicos, quienes recibían pagos mensuales por sus servicios (Blue Cross Blue Shield Association, 2009).

Cobertura

La afiliación en estos planes de las conocidas como las compañías Blue creció de 1 000 personas en 1929 hasta casi 3 millones en 1939. Para 2006, las compañías Blue cubrían más de 94 millones de norteamericanos (Blue Cross Blue Shield Association, 2009).

Las compañías Blue Cross y Blue Shield fueron siempre amparadas por contratos relacionados con el trabajo, por lo que su relación con los sindicatos siempre fue muy buena. En el momento actual estas compañías proveen servicios de salud a más trabajadores y retirados que ninguna otra compañía en EUA.

Cuando el Congreso aprobó el acta de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Act) en 1959, Blue Cross y Blue Shield, a lo largo del país, se hicieron cargo de este programa para los trabajadores federales. Casi 50 por ciento de los trabajadores federales y sus familias son cubiertos por las compañías Blue.

La existencia de Blue Cross y Blue Shield permitió el crecimiento de la red hospitalaria privada en los EUA y la profesión médica en general. Sin embargo, creó, un rezago muy importante en la atención a la salud de aquellos que no podían pagar estos seguros. Por una parte, los jubilados, y por otra, los pobres valiosos. Como veremos en la siguiente sección, estas razones fueron la base de la creación del sistema de seguridad social pública en los Estados Unidos de América.

LA CREACIÓN DE MEDICARE Y MEDICAID (1965)

No pretendemos hacer una revisión exhaustiva de estas estrategias, sino más bien presentar sus principales aspectos. Es importante notar que a pesar de que en Canadá y en Estados Unidos de América (EUA) se estaba discutiendo la definición de sistemas de salud, al mismo tiempo en los años sesenta, en EUA se decidió lanzar dos programas dirigidos a poblaciones específicas, mientras que en Canadá se estableció un sistema de seguro nacional de salud con cobertura universal (Williams S y Torrens P, 1980).

Medicare

Medicare es un sistema de aseguramiento de la salud dirigido a la población de 65 años y más; a la población de menos de 65 años de edad con ciertas discapacidades, y a gente de todas las edades con enfermedad renal terminal (que requieren diálisis o trasplante renal). Originalmente Medicare tenía dos componentes (Medicare, 2009):

PARTE A. ASEGURAMIENTO HOSPITALARIO. En este componente, la mayoría de la gente no paga una prima por esta parte A, ya que el titular o su esposa pagaron cuotas a través de impuestos al trabajo mientras estaban trabajando. Este componente ayuda a cubrir la atención de la hospitalización de los afiliados, incluyendo acceso a hospitales de urgencia y algún tipo de atención en el hogar. Los beneficiarios de este programa deben reunir ciertas condiciones para recibir estos beneficios.

PARTE B. ASEGURAMIENTO MÉDICO. La mayoría de la gente paga una prima mensual por la parte B. Este componente ayuda a cubrir los servicios que los médicos dan

y los gastos ambulatorios de la atención. También cubre otros servicios médicos que la parte A no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de atención en el hogar. La parte B ayuda a pagar estos servicios y sus suministros cuando son justificados médicamente.

En el año 2006 una nueva adición se ofrece bajo Medicare, la cobertura de medicamentos por receta. La mayoría de la gente paga una prima mensual por esta cobertura. Este componente es un seguro, la cobertura es ofrecida por compañías de seguros privadas. Los beneficiarios escogen el plan de medicamentos y pagan su prima mensual.

Es importante señalar que Medicare siempre se ha mantenido cercano a las aseguradoras de salud. En 1966, cuando Medicare arrancó, Blue Cross y Blue Shield proveyeron la infraestructura que permitió que el programa fuera implementado y continúa a la fecha integrado en su estrategia de cobertura a través de organizaciones de medicina administrada (*managed care*).

Medicaid

Medicaid es el programa de salud en EUA para individuos elegibles y sus familias con bajos ingresos y recursos. Es un programa que evalúa los ingresos del individuo y sus familias para afiliarlos (*means tested*) y que es financiado en forma conjunta por los gobiernos estatales y federal. Entre los grupos de personas cubiertos por Medicaid se encuentran padres de familia elegibles por bajo ingreso, por ser adultos mayores y gentes con discapacidades. Ser pobre o aún muy pobre, no necesariamente califica a un individuo para que sea cubierto por Medicaid; es necesario ser un “pobre valioso”, de acuerdo con los criterios antes descritos. Es estimado que aproximadamente 60% de los americanos pobres no están

cubiertos. A pesar de esto, Medicaid es la fuente más grande de financiamiento de servicios médicos y relacionados con la salud para gente con ingresos limitados en EUA (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2009).

La participación de los estados es voluntaria. Sin embargo, desde 1982 todos los estados de la unión americana participan; el último fue Arizona que estableció su programa en dicho año. Medicaid es un programa administrado por los estados y cada uno pública sus lineamientos respecto a la elegibilidad y servicios que cubre. En sentido estricto hay 52 variantes de Medicaid en EUA.

A diferencia de Medicare, Medicaid esta disponible sólo a ciertos individuos de ingresos bajos y sus familias, que cumplen con los criterios de elegibilidad que fijan las leyes federales y estatales. Medicaid no reembolsa directamente a las personas; en lugar de esto paga directamente a los prestadores de servicios de salud. Dependiendo de las reglas estatales, los individuos pueden ser requeridos de un co-pago para algunos servicios médicos.

Muchos grupos son cubiertos por Medicaid. Aun dentro de dichos grupos ciertos criterios deben ser cumplidos, éstos incluyen la edad, si los individuos son discapacitados, viejos o ciegos y, en el caso de madres solteras si están embarazadas; el ingreso, incluyendo recursos como propiedades, cuentas de banco y otros ítems que puedan ser vendidos. Finalmente, si se trata de un ciudadano de los EUA o un inmigrante admitido legalmente en el país (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2006).

El Centro para Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services-CMS), conocido anteriormente como la Health Care Financing Administration (HCFA), es una agencia federal dentro del departamento de salud y servicios humanos que administra el programa de Medicare y trabaja en sociedad con los gobiernos estatales para administrar Medicaid.

En breve, Medicare y Medicaid lograron ampliar el acceso a la atención a un grupo importante de la población de EUA. Incrementó la utilización de servicios de salud en jubilados y pobres; en este momento se estima que 50% del gasto en salud en los EUA se da a través de estos dos programas. En lo negativo, Medicare y Medicaid cooperaron para que la expansión del gasto en salud creciera sin precedentes rebasando 15% del Producto Interno Bruto de EUA.

Otro aspecto relevante es la similitud de Medicaid con el programa del Seguro Popular en México. En ambos casos es un programa que se lleva a cabo por los estados con financiamiento federal y estatal. Están dirigidos a grupos específicos de la población, y por lo tanto, deja fuera de la cobertura a quien no cumpla con los criterios de elegibilidad. Es un programa que ofrece un paquete limitado de servicios; en el caso de EUA no alcanza a cubrir los servicios de Medicare, en el caso de México no alcanza a cubrir los servicios que cubre la seguridad social. Finalmente, 60% de los pobres en los EUA no está cubierto por este programa, situación similar a la de México, en donde 50% de los pobres no están cubiertos por el Seguro Popular, de acuerdo con las cifras oficiales de cobertura del Seguro Popular en México (Seguro Popular, 2009).

LA EXPANSIÓN DE LAS ORGANIZACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE SALUD (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS - HMOs) Y LA EMERGENCIA DE LA MEDICINA ADMINISTRADA (MANAGED CARE-1980s)

Una HMO (por sus siglas en inglés) es una organización para el mantenimiento de la salud, un tipo específico de plan de atención a la salud en los EUA. A diferencia de la cobertura tradicional de la salud, una HMO fija los lineamientos bajo los cuales los médicos pueden operar. En promedio, la cobertura de servicios de salud

cuesta menos que programas tradicionales de seguros privados de salud comparables, aunque existen limitaciones de la amplitud de los servicios disponibles en las HMOs (Luft, 1994).

Las HMOs tienen sus raíces en los inicios del siglo XX. Muchos negocios empezaron a ofrecer a sus empleados programas médicos prepagados, bajo los cuales la atención a su salud fue cubierta, siempre y cuando fueran del tipo permitido en el contrato de estos programas. Las HMOs que existían tuvieron una vida buena hasta los años sesenta, cuando al surgir Medicare empezaron a declinar. Sin embargo, en 1973 el Departamento de Salud y Servicios Humanos pasó el acta que ayuda a consolidar a las HMOs como una parte del universo médico de EUA (Luft, 1994).

La forma en que una HMO es capaz de ofrecer atención menos costosa a la salud está basada en dos aspectos: primero, mediante la contratación con proveedores específicos de servicios de salud y con el manejo de un volumen importante de pacientes. Así, las HMOs son capaces de negociar mejores precios que los que pagarían los pacientes de otra manera. En segundo lugar, mediante la eliminación de tratamientos que las HMOs consideran innecesarios para enfocarse en la prevención las HMOs para reducir costos.

Cuando los individuos se unen a una HMO, deben de elegir a su médico de atención primaria. Este doctor, entonces, desempeña un papel dual, como agente de la HMO y como responsable del manejo integral del paciente. Cuando el médico determina que no puede resolver el problema de salud del paciente, lo refiere a un especialista, con la excepción de las visitas de urgencia, que no son controladas por el médico de atención primaria.

Es importante reconocer que algunas HMOs han sido desde su formación original como "Kaiser Permanente", que se fundó en 1945, y es considerada la organización no lucrativa de atención a la salud de los EUA. Otras, conforme el sistema de salud

fue transformándose, ellas se modificaron; tal es el caso de las compañías de Blue Cross y Blue Shield. Los beneficios y los daños que se les han atribuido a las HMOs son muchos, pero también lo son las variantes de las HMOs. En este sentido, Harold Luft, uno de los investigadores más importantes en este campo, decía que “cuando conoces una HMO, conoces una HMO” (Luft, 1995). Por ejemplo, no es lo mismo la forma de Staff HMO de Kaiser permanente, la más prestigiosa de las HMOs, que la forma dominante en los EUA: las organizaciones de proveedores preferenciales; estas últimas son las que se han asociado en forma general a los efectos negativos de las HMOs (Miller, 2002).

MEDICINA ADMINISTRADA (MANAGED CARE)

Por medicina administrada se entiende a una variedad de técnicas para influir en la conducta clínica de los prestadores de servicios de salud y/o los pacientes, con frecuencia mediante la integración del pago y la entrega de servicios de salud. El objetivo principal de la medicina administrada es controlar el costo, la calidad, o el acceso a servicios de atención a la salud en una población específica de afiliados (Alain C. Enthoven, Sara J. Singer, 1999).

Una de las técnicas usadas en la medicina administrada es la capitación. Ésta incluye el pago de una cantidad fija prospectiva al médico por cada paciente, independientemente del costo generado por la atención del paciente. Otra técnica es el uso de organizaciones de prestadores preferenciales, que incluyen arreglos entre los médicos y los compradores de servicios, en los cuales los médicos aceptan ofrecer descuentos de sus cargos usuales o pagos a cambio de atender las necesidades de salud de un grupo de pacientes.

La medicina administrada está estructurada alrededor de una serie de incentivos para estimular la práctica de medicina costo-efectiva y para minimizar la variación en los patrones de práctica

médica. Por “eficiencia” se entiende proveer un producto, en este caso, la atención a la salud, mientras se minimizan los recursos utilizados (dinero). La mayor parte de las veces, la eficiencia es alcanzada mediante incrementos en la productividad mientras se mantienen fijos los costos. Por lo tanto, la medicina administrada crea presiones para hacer más con menos: menos tiempo para el paciente, medicamentos menos costosos y menos exámenes y procedimientos con diagnósticos costosos.

Incentivos monetarios son frecuentemente utilizados para influir en la conducta del médico entre otros, recompensar a los médicos que practican una medicina sencilla y de bajo costo a través de la entrega de bonos a aquellos que proveen la atención más costo-efectiva. También existen incentivos no monetarios para limitar la entrega de servicios, tales como usar la presión de sus pares, o la presión de superiores, sobre aquellos que fallan en tomar en cuenta el bienestar financiero de la empresa de medicina administrada. Estos incentivos monetarios y no monetarios sustentan la preocupación ética de que los médicos puedan comprometer su papel fiduciario con el paciente, al considerar el logro de ahorros para la empresa en los costos de la atención (University of Washington, 2009).

EL PLAN CLINTON PARA EL SECTOR SALUD (1992-2000)

EUA es la única nación rica y desarrollada que no provee un sistema de salud universal. Bill Clinton, en la elección presidencial de 1992, realizó una fuerte campaña sobre el cuidado médico en EU. Su meta era proporcionar atención médica universal para todos los americanos, la base del plan propuesto era que los patrones proporcionaran cobertura del seguro médico a todos sus empleados mediante organizaciones competitivas, pero reguladas, fundamentalmente por organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs).

Clinton propuso el establecimiento de “alianzas regionales corporativas” con los proveedores de salud para estar sujeto a un pago por servicio. La gente de bajos ingresos no pagaría nada. El financiamiento para dicho plan iniciaría en \$13.5 mil millones en 1993 y alcanzaría los \$38.3 mil millones de dólares en 2003 (Moffit, 1993).

En agosto de 1994, el líder de la mayoría demócrata del Senado George J. Mitchell introdujo una propuesta compromiso que retrasaría los requerimientos a los empleadores hasta el año 2002. A pesar de este esfuerzo, la propuesta no fue aceptada y unas semanas después Mitchell anunció que su plan compromiso estaba derrotado y que sería necesario esperar hasta el siguiente Congreso. En la elección de medio camino de 1994 los republicanos tomaron control del Congreso lo que cerró las posibilidades para la reforma del sistema de salud de Clinton. No ha sido considerada una propuesta seria para alcanzar la cobertura universal de salud en EUA desde entonces (Cohn, 2007).

A pesar del rechazo de la propuesta de Clinton, el sector de medicina administrada creció de una forma impresionante. Logró cubrir a casi 114 130 084 millones de americanos para el año 2007, ver cuadro 1. (HMOs, POs y PPO) (AIS, 2007).

Cuadro 1
Afiliación total por tipo de Plan de Salud en los EUA,
2003-2007

	HMOs	POs	PPO	Indemnity	Medicare
2003	43 444 550	16 923 170	66 123 892	10 434 167	5 340 933
2004	43 070 852	14 456 011	70 797 063	8 948 584	5 197 952
2005	49 718 449	15 458 577	87 386 698	7 498 689	5 751 847
2006	48 871 034	13 369 598	81 334 863	6 649 152	8 088 842
2007	42 446 202	12 730 524	58 953 358	5 051 766	12 277 417

	Medicaid	Other Public Program	CDH	Medicare Supplement	Other	Total
2003	18 338 167	2 046 506	63 111	3 583 671	7 570 771	197 373 823
2004	19 090 830	2 084 586	364 739	3 752 272	7 848 993	198 038 863
2005	20 021 257	2 847 907	1 394 091	3 836 402	10 563 019	208 201 136
2006	20 304 218	2 459 127	2 915 865	3 794 156	13 950 619	206 226 739
2007	21 388 634	2 745 417	3 476 404	5 788 496	36 001 437	204 635,370

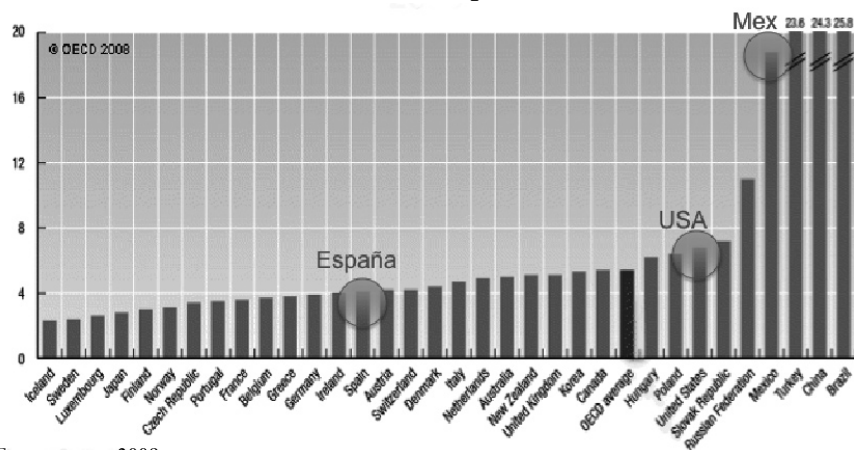
Fuente: Tomado de AIS's 2003-2007 Health Plan Enrollment Statistics: Comparative 5-Year Market Share, Trends and Data.

Sin embargo, se estima que cerca de 47 millones de americanos aún no tiene acceso a servicios de salud y los paquetes de beneficios de las diferentes alternativas de medicina administrada han sido acotados en un esfuerzo por contener costos. Nunca se ha resuelto el problema de acceso en EUA, y sí se ha incrementado el desperdicio en el sistema de salud. Esta situación paradójica es la marca del siglo XXI en el sistema de salud de los EUA (Leibovic, 2009; Marmor, 2009; Lancaster, 2009).

LA EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES DESARROLLADOS (INDICADORES SELECCIONADOS)

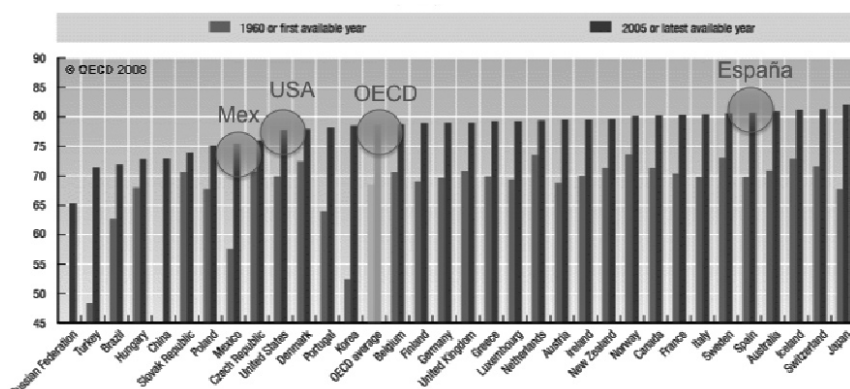
A pesar de las mejoras en diferentes medidas de resultados en salud, los EUA se mantienen en niveles bajos comparados con otros países miembros de la OCDE. En el gráfico 1 se presentan las tasas de mortalidad infantil; en este indicador los EUA ocupan el lugar 27 de 33 países; México ocupa el lugar 30 y España, el lugar 14.

Gráfico 1
Tasas de mortalidad infantil en países de la OCDE, 2005



Fuente: OCDE, 2008.

Gráfico 2
Esperanza de vida al nacimiento en países de la OCDE, 2005

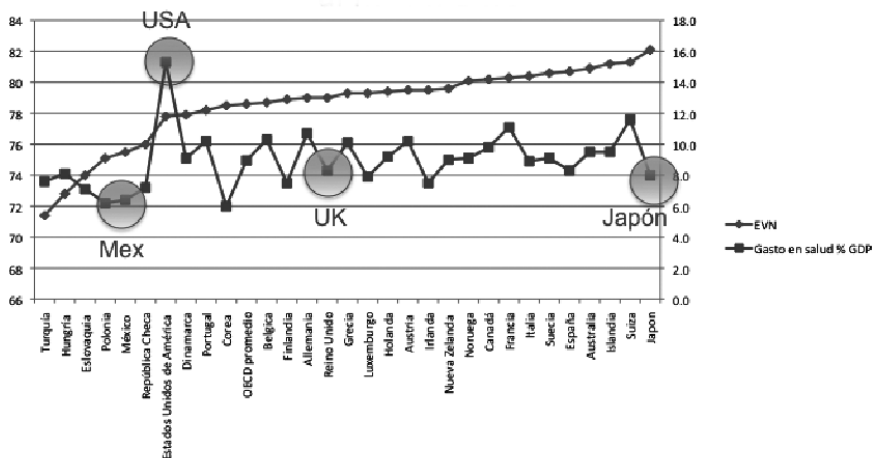


Fuente: OCDE, 2008.

Cuando se analiza el gasto como porcentaje del producto interno bruto, EUA supera por más de 4.5 punto porcentuales a su más cercano perseguidor, Suiza. Sin embargo, se puede observar que no existe una clara relación entre gasto y esperanza de vida

al nacer; por ejemplo, EUA gasta mucho y su esperanza de vida al nacer es de las más bajas. Por otra parte, Japón gasta la mitad que los EUA en términos porcentuales (8%) y tiene la mayor esperanza de vida al nacer de todos los países miembros de la OCDE (82 años). México es de los países que menos gasta: 6.5% y su esperanza de vida es de las más bajas, sólo por arriba de los países de Europa del Este y Turquía.

Gráfico 3
Relación entre gasto en salud (% GDP)
y esperanza de vida al nacimiento



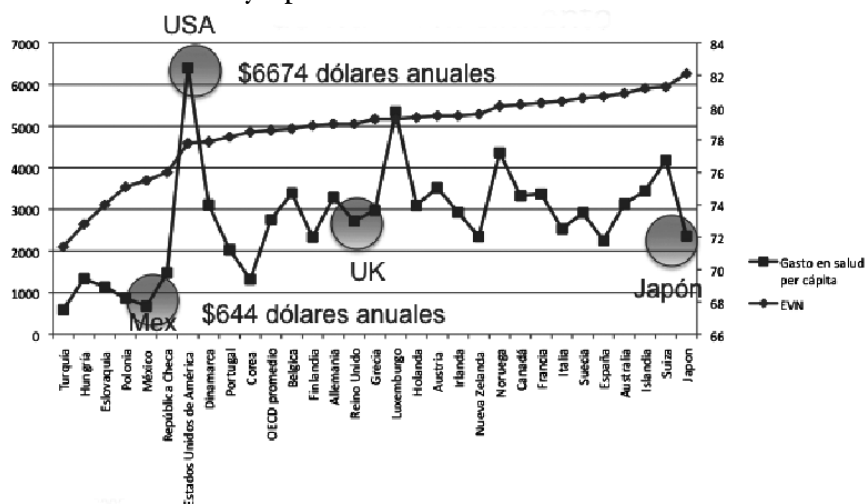
Fuente: OCDE, 2008.

Esta situación es más apreciable cuando se usa el indicador de gasto per cápita, EUA gasta 10 veces más que México (US\$ 6 000 y US\$ 614, respectivamente), y más del doble que el Reino Unido y Japón. En particular es de llamar la atención que sólo Turquía tiene un gasto per cápita inferior a México en 2005 (gráfico 4).

Mientras que seguramente existen factores más allá del sistema de salud en sí mismo que contribuyen a esta brecha en el desempeño en los sistemas de salud, es claro también que los países que más gastan tienen potencial de mejorar sus indicado-

res de salud sin incrementar su gasto. Por otra parte, en países como México, el nivel de financiamiento es un factor central para explicar su rezago.

Gráfico 4
Relación entre gasto en salud (per cápita)
y esperanza de vida al nacimiento



Fuente: OCDE, 2008.

Existen dos mecanismos que se pueden utilizar para explicar esta brecha entre resultados en salud y gastos en salud: en primer lugar, el acceso desigual a los servicios de salud, ya sea por falta de servicios en general o por políticas de aseguramiento privado deficientes; en segundo lugar por ineficiencias y desperdicio en los modelos de seguros de salud pública en los países.

En este sentido, cabe hacer mención a un trabajo reciente del connotado economista Amartya Sen en donde refiere que “la falla de los mecanismos de mercado para proveer atención a la salud para todos ha sido flagrante en el mundo y más notable en los Estados Unidos de América”. (Amartya Sen, 2009).

Los gobiernos de los países del mundo con mayor rezago han reconocido la necesidad de hacer de la cobertura universal de la salud una de sus principales políticas. En EUA, el presidente Obama se ha comprometido a lograr la cobertura universal; una situación similar ocurre en China que abandonó la seguridad universal en 1979 y ahora tiene que hacer rectificaciones de gran magnitud no sólo para la salud, sino como elementos centrales para encarar la crisis económica y lograr una transformación a largo plazo de sus sociedades. (Amartya Sen, 2009; Lancaster, 2009).

En concordancia con las ideas de Amartya Sen, los más grandes retos los encaran países que, a pesar de tener un gasto per cápita importante, tienen un pobre desempeño y un sector de su población sin cobertura. Ciertamente ése es el caso de EUA y, en al menos dos de estos aspectos, lo es el caso de México también. En parte el problema es de actitud y entendimiento del público y sus representantes. Existen percepciones gravemente distorsionadas de cómo un servicio nacional de salud trabaja, y estas visiones deben ser corregidas a través de una discusión pública. Por ejemplo: dónde termina lo público y empieza lo privado en los sistemas de salud, y cuál puede ser una combinación óptima.

En el contexto de la crisis económica, los europeos han mantenido tasas de desempleo mayores que las de Estados Unidos sin colapsarse. Esto en gran medida es resultado de la forma en que el sistema de bienestar social trabaja en esos países, con un sistema muy fuerte de seguro de desempleo, y más relevante aún, con servicios médicos básicos para todos los habitantes provistos por el Estado (cobertura universal de salud). (Amartya Sen, 2009)

LOS RIESGOS DE LA POLÍTICA DE FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Modelo de reforma en América Latina

El modelo de reforma de América latina es un derivado del modelo de mercados de Einthoven de 1987 para los sistemas de salud inglés y sueco. Londoño y Frenk elaboraron el modelo de pluralismo estructurado a imagen y semejanza del de Einthoven (Londoño y Frenk, 1997), el cual fue experimentado en Colombia en 1993 y ha sido ampliamente criticado.

En México se implantó en forma parcial; de hecho no comprende la mayor parte de los componentes del modelo original de pluralismo estructurado y se limitó al lanzamiento de un nuevo sistema de subsidio a los estados, centralizado, para administrarse federalmente a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en 2004. Este programa tiene tres componentes: 1. La entrega de un pago per cápita a los estados de acuerdo con el número de gente afiliada al Seguro Popular en el Estado; 2. Un fondo de gastos catastróficos que paga por servicio a un número limitado de intervenciones consideradas catastróficas, y el Seguro Médico para una nueva Generación (SMNG), que también se paga por servicio y que cubre 103 intervenciones dirigidas a los niños que nacieron a partir del 1° de diciembre de 2006. (Seguro Popular, 2009).

Este programa conocido como el Seguro Popular tiene grandes similitudes con el programa de Medicaid de 1964. En primer lugar se buscó desarrollar un pago de capitación a los estados, pero sin capacidad de orientar el financiamiento. Los estados, a pesar de firmar acuerdos de gestión, reciben el dinero de este componente y lo usan de la forma en que ellos deciden. No hay capacidad de supervisión de la parte capacitada del Seguro Popular, por lo tanto, cada estado lo maneja de forma distinta.

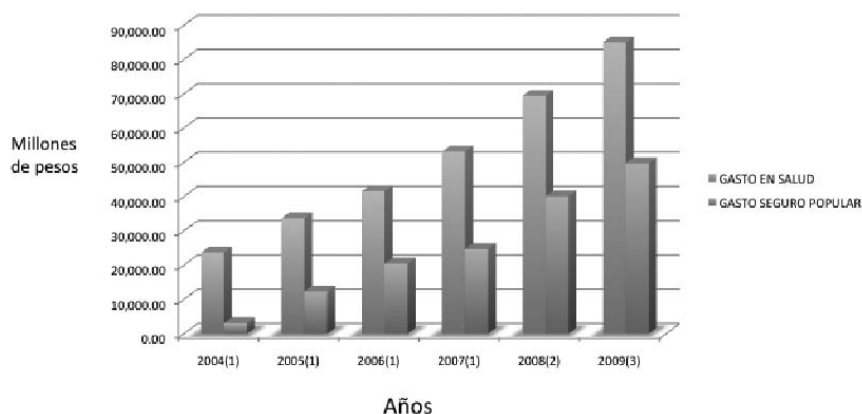
Los otros dos componentes funcionan como un fondo de dinero para pagar por servicios, lo que genera efectos no deseados, en particular la inflación en el sistema de salud. El incentivo es producir más de estos servicios que son cubiertos de acuerdo con una estimación de costos muy general y poco estandarizada (gastos catastróficos y SMNG).

El riesgo más importante es que este subsidio no vaya al seguro público que se supone debe ser. A pesar de la justificación del programa como una forma de solucionar la falta de equidad por la fragmentación del sistema, ha resultado ser un fragmento más del mismo y, al parecer, se ha creado un nuevo sector de la población que no es lo suficientemente pobre para participar del programa ni lo suficiente estable en su trabajo para ser parte de la seguridad social.

IMPLICACIONES PARA LA COBERTURA UNIVERSAL EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.

En el gráfico 5 se presenta la magnitud del crecimiento del financiamiento para el Sector Salud, a expensas del crecimiento del Seguro Popular. Este gráfico muestra un fuerte crecimiento del financiamiento, el cual pasó de 3 000 millones de pesos en el 2004 a cerca de 45 000 millones de pesos presupuestados para el 2009.

Gráfico 5
Crecimiento del gasto en salud en pesos mexicanos constantes en el periodo 2004-2009



Fuente: Cuentas Públicas de la Federación, 2004-2007; Presupuesto de Egresos de la Federación, Gasto Programable, 2008-2009. Pesos Constantes (utilizando 3% de inflación con el año de base de 2004).

Sin embargo, a pesar del optimismo que estos números generan, el rezago de México, como fue ampliamente presentado en los gráficos anteriores, hace que los avances no alcancen los beneficios esperados. Aunque el gasto per cápita se incrementó de 644 dólares en 2005 a 844 dólares en 2008, no pasamos los niveles de los países de Europa del este y sólo estamos por arriba de Turquía entre los países miembros de la OCDE. Finalmente, como se muestra en el gráfico 6, los avances que se alcanzaron entre 2005 y 2008 en el gasto per cápita, se perdieron rápidamente en los primeros cuatro meses de 2009 como consecuencia de la devaluación del peso frente al dólar.

Gráfico 6
Implicaciones para la cobertura universal
en el sistema de salud mexicano



Fuente: Estimaciones a partir de datos de OCDE 2008 y Cuentas Públicas de la Federación, 2004-2007.

¿CUÁL ES EL SISTEMA DE SALUD QUE QUEREMOS LOS MEXICANOS?

Si parafraseamos a Hsiao, no es suficiente con incrementar el financiamiento, el sistema de salud en México no está organizado para obtener el mayor provecho de sus recursos. Existe suficiente evidencia de los efectos de la fragmentación del sistema de salud en México sobre la salud de la población mexicana y las grandes brechas entre diferentes sectores de la sociedad (Secretaría de Salud, 2007).

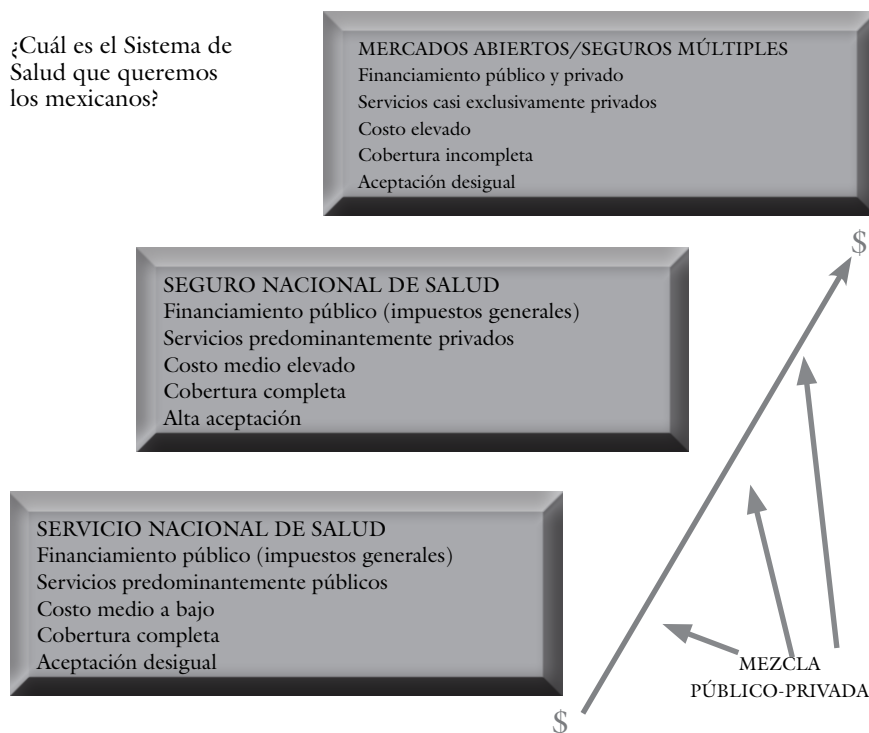
Recientemente se ha enfocado la discusión entre las autoridades del país en buscar la forma en que se pueda colaborar dentro del Sector Salud. Conceptos como el de portabilidad, convergencia e integración funcional han sido lanzados como posibles soluciones para los problemas del sector. Sin embargo, sólo existe portabilidad dentro de las instituciones de seguridad social que garantizan que una persona derechohabiente puede ser atendida en cualquiera de sus unidades del país, con una atención similar en términos de calidad. La portabilidad y la

convergencia se convierten en ejercicios fútiles cuando los beneficios no son equivalentes entre los diferentes componentes del Sector Salud.

Ahora bien, ¿por qué tenemos que quedarnos con el arreglo actual de nuestro sistema? En la figura 1 se presentan los tres escenarios alternativos que resumen los resultados de la revisión de los sistemas de salud actuales en el mundo.

Figura 1
Escenarios alternativos para el sistema de salud en México

¿Cuál es el Sistema de Salud que queremos los mexicanos?



En primer lugar debemos considerar que cualquiera que sea el escenario que escojamos implica lo que se ha llamado la mezcla público-privada. Casi la totalidad de los sistemas de salud en el mundo contienen algún tipo de mezcla público-privada, y nosotros, en realidad, no podemos prescindir del componente privado.

Entonces la pregunta se modifica, ¿cuál es el escenario que mejores posibilidades ofrece a nuestro país? Me gustaría empezar por eliminar el escenario actual, que corresponde con el modelo de mercados abiertos y seguros múltiples. Este modelo es el que se ha seguido en EUA y ha resultado en una gran cantidad de desperdicio, sin alcanzar la cobertura universal y con niveles de salud inferiores a los de países que han seguido los modelos alternativos. Si los EUA no han podido alcanzar la cobertura universal con dicho modelo, ¿por qué habría México de ser diferente?

La opción que nos queda es escoger entre dos posibles escenarios: el modelo de seguro nacional de salud o el modelo de servicio nacional de salud. Ambos han alcanzado la cobertura universal en los países que los han seguido. Más aún, en estos sistemas se ofrecen paquetes de beneficios más amplios que en los modelos de mercados. Finalmente, son inherentemente equitativos, todos reciben los mismos beneficios al momento de expresar la necesidad de salud.

El problema se centra en que para escoger cualquiera de estos dos modelos es necesario contar o desarrollar una política de Estado. Esto implica la concertación de actores políticos y sociales diversos. Las experiencias de los países que han sido exitosos, con recursos similares a los de México, existen. El caso de España es claro y contundente; como se presentó en este documento, sus indicadores de salud son muy buenos y el gasto en salud no es de los más altos (\$2 200 dólares per cápita, por abajo del promedio de los países de la OCDE).

Otro factor importante es que la implementación de la transformación del sistema que elijamos tomará más de 12 años. En la mayoría de los casos ha tomado hasta 20 años consolidar el sistema. Un indicador claro es el caso de la seguridad social en nuestro país que llevó más de 20 años consolidar al Instituto Mexicano del Seguro Social. Dada esta ventana de tiempo para la implementación, los planes deberán de pasar la prueba de los sexenios, para lo cual el apoyo de la sociedad civil y de sus representantes debe ser muy amplio.

Consideramos que este apoyo se puede generar a través de la creación de una Comisión Nacional que defina las bases del sistema de salud que queremos los mexicanos. Esta comisión deberá estar integrada por miembros de la sociedad civil (ONGs, universidades, ANM, etcétera), gobierno federal, estatal y local, y las cámaras de representantes. Sólo con una amplia participación se puede soportar un esfuerzo de esta envergadura.

Finalmente, en todas las experiencias exitosas siempre ha existido un referente para la transformación, (*Champion*) que ha mantenido el interés y el esfuerzo para el desarrollo de los sistemas de salud. En Inglaterra es muy fácil identificar la figura de Aneurin Bevan, quien fue el líder del equipo que diseñó el servicio nacional de salud del Reino Unido en 1948; en Canadá, la figura fue Emmett Hall, quien presidió la Comisión Real de Servicios de Salud establecida por el gobierno federal en 1961 para la creación del Medicare canadiense. Es importante reconocer que estos no fueron procesos mesiánicos sino colegiados, como lo atestiguan los cambios del Medicare canadiense y su orientación a la prevención en la época de Marc Lalonde.

En nuestro país, el proceso requiere de características congruentes con los valores de nuestra sociedad y el momento político que vivimos. De manera tal que es necesario construir la figura del *Champion*, no con base en los individuos sino en las instituciones, que cuenten con el prestigio y el reconocimiento

de propios y extraños y que garanticen la convocatoria de todos los sectores de la sociedad. También que incluya a los talentos individuales, desprendidos de su representatividad institucional particular. Todo esto para que exista una representación y una política de Estado que nos guíe para el logro del sistema de salud que queremos los mexicanos.

REFERENCIAS

- Enthoven, Alain C.. “Managed competition: an agenda for action”. *Health Affairs*, 7, num. 3 (1988): 25-47
- and Victor R. Fuchs. “Employment-Based Health Insurance: Past, Present, and Future”. *Health Affairs*, 25, num. 6 (2006): 1538-1547.
- , Sara J. Singer. “Managed Care Backlash: Unrealistic Expectations Born of Defective Institutions”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, October, 1999.
- Arrow K, Auerbach A, Bertko J, Brownlee S, Casalino LP, Cooper J, et al. *Toward a 21st-century health care system: recommendations for health care reform*. Ann Intern Med. 2009;150:493-5.
- Hsiao, W. “Why is a systemic view of financing necessary?”. *Health Affairs* 24(4): 950-961. 2007.
- Blue Cross Blue Shield Association. <http://www.bcbs.com/about/history/> tomado el 25 de mayo de 2009.
- Torrens P. “Overview of the health services system”. En: Williams S. y Torrens P. *Introduction to Health Services*, Cap. 1, pp. 1-29, New York, EUA: John Wiley & Sons, 1980.
- Medicare. <http://www.medicare.gov/Publications/Search/Results.asp?PubID=10116&Type=PubID&Language=English>, 2009.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>, 2009.

- Centers for Medicare & Medicaid Services. *Emergency Medical Treatment & Labor Act*. August 30, 2006.
- Seguro Popular. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/seguro_popular/, 2009.
- Luft, Harold S. "HMOs, Market Competition, and Premium Cost", (editorial). *Journal of Health Economics* 14 (1995): 115-119.
- . "Health Maintenance Organizations: Is the United States Experience Applicable Elsewhere?" in Health Policy Studies num. 4, *Health: Quality and Choice*. Organization for Economic Co-operation and Development 1994:45-61.
- Miller, Robert H. and Luft, Harold S. "HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature, 1997-2001." *Health Affairs* 2002; 21(4) (July/August): 63-86.
- Washington University, School of Medicine. *Ethics and Medicine. What ethical concerns does managed care raise?* <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/manag.html>. 2009
- Moffit, Robert. "A Guide to the Clinton Health Plan", Heritage Foundation (1993-11-19).
- Cohn J. "Hillary was Right - The health care plan that dares not speak its name", *The New Republic*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.
- AIS's 2003-2007 Health Plan Enrollment Statistics: Comparative 5-Year Market Share, Trends and Data. (www.aishealth.com/MarketData/MCEnrollment/MCEnrol_fiveyr02.html)
- Amartya, Sen. *Capitalism Beyond the Crisis*. Volume 56, number 5. March 26, 2009.
- Londoño, J. y Frenk J. *Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo núm. 353. Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
- Leibovich M. "Hold the eulogies, Kennedy says". *New York Times*. 22 February 2009:1.

- Marmor T, Oberlander J, White J. "The Obama administration's options for health care cost control: hope versus reality". *Ann Intern Med.* 2009;150:485-9.
- Lancaster GI, O'Connell R, Katz DL, Manson JE, Hutchison WR, Landau C, *et al.* "Healthcare Professionals for Healthcare Reform. The expanding medical and behavioral resources with access to care for everyone health plan". *Ann Intern Med.* 2009;150:490-2.
- Secretaría de Salud. Salud: México 2006, información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud, 2007.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Insuring America's Health: Principles and Recommendations*, Institute of Medicine at the National Academies of Science. *The Case for Single Payer, Universal Health Care for The United States*.
- Overview - What is not Covered*, U.S. Department of Health & Human Services
- Estrich, Susan (2005). *The Case for Hillary Clinton*. HarperCollins. ISBN_0060839880.p. 104.
- Longman, Phillip (2007). *Best Care Anywhere: Why VA Health Care Is Better Than Yours*. PoliPointPress. ISBN 0977825302.p. vii.
- Gratzer, David. "The Return of HillaryCare" *The Weekly Standard*. 05/23/2005, Volume 010, Issue 34. Retrieved 2007-August-07.
- Clinton, Bill. *Address to Joint Session of Congress as Delivered (2003-09-22)*.
- "Events leading up to Clinton's Healthcare Address to Congress", Timeline from PBS's *The System*. Accessed June 10, 2007.

- Cohn, Jonathan. "Hillary was Right - The health care plan that dares not speak its name", *The New Republic*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.
- Hodgson, Godfrey. *The Gentleman from New York: Daniel Patrick Moynihan: a Biography*, page 349 (2000): "Hillary Clinton was out in front on this project to a degree unprecedented among presidential wives".
- Bok, Derek. "Political Leadership in the Great Health Care Debate of 1993-1994" in *Public Discourse in America: Conversation and Community in the Twenty-First Century* by Stephen P. Steinberg, Judith Rodin, page 96 (2003): "the President took the unprecedented step of naming his wife."
- Idak, J. Gregory (1993). "Amicus Brief of J. Gregory Sidak in Association of American Physicians & Surgeons v. Hillary Rodham Clinton". *Social Science Research Network*. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=971067. Retrieved on 2007-08-21.
- Association of American Physicians and Surgeons, Inc. v. Hillary Rodham Clinton*, 997 F.2d 898 (D.C. Cir. 1993).
- "Judge Rules Government Covered Up Lies on Panel", By Robert Pear. From the *New York Times*, December 19, 1997; accessed January 3, 2008.
- "Court Clears Clinton Aide in Lying Case", by Neil A. Lewis. Published in the *New York Times*, August 25, 1999. Accessed January 3, 2008.
- H.R. 3600, Health Security Act (1993-11-20). <http://www.nytimes.com/2007/01/18/opinion/18edsall.html?ex=1326776400&cen=4ac5968a31842091&ei=5088&partner=rssnyt&emc=rss>
- Hernandez, Raymond and Pear, Robert. "Once an Enemy, Health Industry Warms to Clinton", *The New York Times*, July 12, 2006. Accessed June 9, 2007.

- “The Rise and Fall of the Political Catchphrase”, *Time*, February 14, 1994. Traces the origins of the Republican counter-argument “there is no health care crisis.” Accessed June 8, 2007.
- Will, George. “Inoculated for Exuberance?” *The Washington Post*, November 10, 2006. Accessed June 9, 2006.
- Kramer, Michael. “The Political Interest”, *Time*, January 31, 1994. “Slowly but surely, Bill Clinton’s health-care plan is headed for the triage unit.” Accessed June 8, 2007.
- Pantel, Kant and Rushefsky, Mark. *Politics, Power, and Policy Making: The Case of Health Care Reform in the 1990s* (1997).
- “The Evolution of Hillary Clinton”, *New York Times*, July 13, 2005. Accessed June 8, 2007.
- Thomas, Evan. “Decline and Fall”, *Newsweek*. (2006-11-20).
- Clinton, Hillary Rodham. “Now Can We Talk About Health Care?” *The New York Times*, April 18, 2004. Accessed June 8, 2007.
- “Gingrich, Clinton Collaborate on Health Care Bill”, *Associated Press* in the *Washington Post*, May 12, 2005. Accessed June 10, 2007.
- Milbank, Dana. “The Reformer and the Gadfly Agree on Health Care”, *Washington Post*, July 22, 2005. Accessed June 10, 2007.
- Toner, Robin and Kornblut, Anne. “Wounds Salved, Clinton Returns to Health Care”, *The New York Times*, June 10, 2006. Accessed June 8, 2007.
- Krugman, Paul, and Wells, Robin. “The Health Care Crisis and What to Do About It”, *New York Review of Books*, March 23, 2006.
- Cannon, Michael. “What Mitt and Hillary Have in Common”, *The National Review Online*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.

“Romney: Clinton health care plan is ‘bad medicine’”, *CNN Political Ticker*, 2007-09-17. Accessed 2007-09-20.

Paul Starr, “The Hillarycare Mythology”, *The American Prospect*, 2007-09-14. Accessed 2007-09-18.

EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD

José Narro Robles

En los próximos minutos trataré el tema de la equidad y justicia en salud. Haré una breve introducción sobre algunos temas centrales, en especial las paradojas que nos ofrece nuestro mundo.

La desigualdad, es un gran problema, uno de los más grandes que tenemos, sintetiza la pobreza, los asuntos que tienen que ver con la exclusión, las enormes diferencias que hay en el país y me preocupa que la salud no esté exenta de esto, para terminar haré unas propuestas y conclusiones muy simples, la más simple de ellas es: necesitamos un servicio médico público fundamentalmente descentralizado, que tenga un modelo de atención, que sea integral y que por supuesto parta de lo que ya tenemos en nuestra sociedad hoy en día. Quiero reiterar, que una sociedad sin salud no es una sociedad que tenga un buen pronóstico, una sociedad en la que no se cultiva la salud como un valor general, colectivo y como una responsabilidad del estado nacional, es una sociedad a la que algo le está fallando, para nosotros, y aquí estamos muchos trabajadores de la salud, comprometidos con la salud, este es uno de los temas centrales y creo, con honestidad, que es un gran prerrequisito para otras cosas, ¿podemos educar a una sociedad, podemos avanzar en términos de educación cuando no hay salud? la respuesta es muy elemental, obvia, de sentido común, no, ¿podemos mejorar en productividad en

una sociedad enferma o con niveles inconvenientes de salud? no, ¿podemos conseguir que una sociedad sea verdaderamente libre, que tenga un progreso, un desarrollo humano real sin salud?, mis respuestas son negativas a todas estas preguntas, por eso tiene que haber un Estado nacional que genere políticas y mensajes clarísimos, y acciones contundentes en favor de la salud, y no lo estamos haciendo, ese es el problema, tan no lo estamos haciendo que tenemos problemas muy serios, por ejemplo, el hecho de estar a punto de ser o francamente de ser ya el país que tiene mayor índice de obesidad y de sobrepeso en el mundo, es terrible, cuando uno revisa los porcentajes de obesidad infantil se queda uno realmente muy, muy preocupado.

En este auditorio he dado en el pasado una conferencia sobre las paradojas que vive nuestro mundo, porque tenemos que darnos cuenta de esto, es un mundo maravilloso sin duda, extraordinario sin duda, fantástico, pero podrían por ejemplo los jóvenes de hoy, presentes aquí en el auditorio, no podrían entender cómo cuando estudiaba o cuando empecé a dar clases aquí en los años 70 no teníamos acceso a las tomografías, pues no teníamos disponible esa tecnología, empezaba a desarrollarse de manera experimental en otros países, los ingleses la tuvieron por ahí de mediados de los años 70, no podrían entender que cuando era secretario general de la Universidad, en 1985, no había celulares y que los primeros que llegaron a México, por ahí de 1989-1990, eran verdaderamente unos aparatos que había que agarrar con las dos manos, tampoco se podrían imaginar o entender como nos comunicábamos los seres humanos si no había mensajes que mandar por celulares, si no había Internet y si no había cibercafés, para ustedes me imagino que el mundo debe ser impensable sin todo esto, pues así era nuestro mundo hace apenas unos cuantos, no muchos, lustros o unas menos décadas, la verdad, han pasado cosas maravillosas en el terreno de la ciencia, del desarrollo tecnológico y hemos tenido extraordinarios

impactos en los niveles de salud y de vida por todo ese desarrollo científico y tecnológico que nos ha acompañado.

Los tamaños de las economías no eran lo que hoy tenemos, por eso cuando viene una crisis la caída es fantástica porque se ha exagerado mucho en el tamaño de las economías, han crecido mucho y cuando se desinflan un poco, un poco, es decir, muchísimo, por eso lo que nos está pasando es en parte consecuencia de esto, no había hace poco tiempo los niveles del acceso a bancos de datos, a información, a sistemas educacionales a través de la red, las posibilidades que hoy tenemos son increíbles, pero eran impensables hace apenas dos o tres décadas, o la capacidad que tenemos para trasladarnos, para viajar, para intercambiar, para tener hoy lo que ayer estaba en el continente asiático, es verdaderamente fantástico, pero junto a eso, y siempre trato de ponerlo así, seguimos teniendo una sociedad profundamente contrastante, es parte de las paradojas del ser humano, y en especial de finales del siglo XX y ahora del siglo XXI, por lo menos de sus arranques, enormes niveles de pobreza y de desigualdad en el mundo, cantidades de pobres nunca vistas, se habla de miles de millones, más de dos mil quinientos millones de pobres que habitan este mundo, es decir, cuatro de cada diez seres humanos que viven en condiciones de pobreza.

Tenemos enormes niveles de desigualdad, un crecimiento poblacional desproporcionado, recuerdo que en este auditorio un día vino Giovanni Sartori a dictar una conferencia y hablábamos de eso por ejemplo, de su libro que se intitula *La tierra explota*, y la tierra explota en su visión, que comparto, porque somos actualmente más de 6600 millones de seres humanos y seguimos creciendo, y cada año todavía más de 70 millones de seres humanos se incorporan, que es una población semejante, parecida a la que tiene Alemania, por ejemplo, pues cada año hay que inventar un país del tamaño de Alemania, o de muchos países de nuestra región, los niveles de contaminación, el deterioro ambiental que

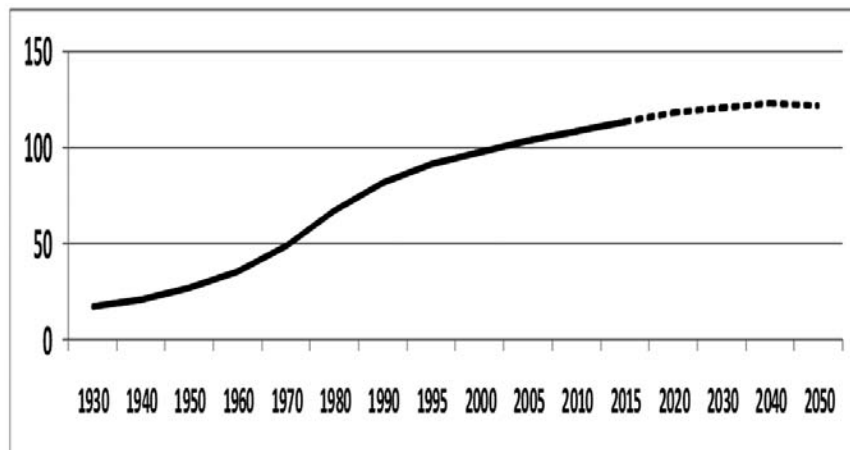
hemos alcanzado están afectando la cadena de vida en México y en el mundo, y se nos siguen muriendo, aquí y en el mundo, niños y adultos que no deberían morir, por causas absolutamente prevenibles, por patologías de las que conocemos, si no todo porque nunca se sabe todo, si sabemos como prevenirlas, diagnosticarlas, tratarlas y que; sin embargo, siguen siendo causa de muerte en nuestra sociedad, en nuestro mundo, hemos visto también por desgracia nuevas formas de dominación, más finas, recuerdo que cuando descubrí lo que es la trata de personas en 2009 en México, me horroricé de verdad porque son nuevas formas de esclavitud, más refinadas insisto, pero igualmente dolorosas, igualmente indignantes y no podemos aceptarlas, y si a todo le sumamos la crisis financiera que estamos viviendo esto, pues se nos ha juntado como dice el dicho “el hambre con las ganas de comer”. La crisis financiera nos tiene que preocupar enormemente, porque parte de esa crisis nos ha pegado más a nosotros por muchas razones, por nuestra dependencia de los recursos petroleros, por nuestra dependencia en la economía de las remesas, o por no tener una diversificación completa de nuestras actividades incluidas las comerciales, por eso cuando se dice que en el norte se genera un catarro, la pulmonía de nosotros, la neumonía es mayúscula porque no tenemos una buena diversificación.

Quiero compartir con ustedes una visión que a lo mejor a algunos les puede parecer pesimista, no lo es, es realista y está llena, eso sí, de preocupación, pero al mismo tiempo de mensajes de que somos capaces de romper con esos problemas, pero hay amenazas que sí tenemos que tener muy claras, hay amenazas porque de los derechos sociales hay muchos que presionan para que se vuelvan nada más derechos individuales, derechos de la persona y no derechos de la colectividad, y ahí hay una trampa, y ahí hay un engaño porque hay asuntos, y la salud es uno de ellos, que no tiene que ver nada más con la conducta individual, que

tiene que ver con la conducta social o colectiva, se nos quiere pasar de la solidaridad al individualismo, de esta cobertura universal que muchos proclamamos a una atención selectiva, de una regulación del Estado a las fuerzas del mercado, de un enfoque integral en la política social a la fragmentación de esa política, y lo vemos, y hay ejemplos, y nos tiene que preocupar.

Vamos a ver algunos asuntos sobre la población de México en medio de todo este gran marco, y lo primero es reconocer dónde estamos, de dónde venimos poblacionalmente hablando, y para dónde vamos, y aquí hay una pequeña gráfica que plantea la evolución de la población de México, población total, millones, entre 1930 y 2050.

Población total 1930-2050
(millones)

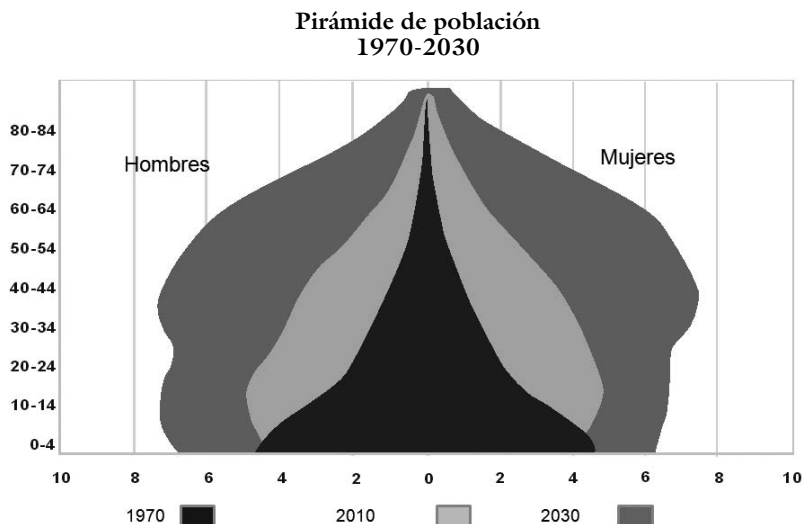


Fuente INEGI.

En 1930 andábamos por los 20 millones de habitantes, estamos ahora en poco más de 100 millones, debemos ser en números redondos 107 o 108 millones de mexicanos y no hay duda, a menos que sufriéramos una catástrofe terrible, vamos a ser por lo

menos 120 millones de mexicanos, esta es la estimación baja ya que hay estimaciones más altas, a mediados de este siglo, cuando algunos de los jóvenes estén en plena vigencia en su ejercicio profesional como médicos, químicos, odontólogos, personal de enfermería o de trabajo social. Hay que tenerlo presente no sólo para saberlo sino para actuar. Creo que parte de nuestro problema es que ya nos acostumbramos a muchas cosas. Analicemos estadísticamente el desarrollo poblacional, en la siguiente gráfica observamos la pirámide de 1970, seguida por la que se estima tendremos el próximo año, cambio radicalmente, y por último la que tendremos en 2030, enorme cambio en los grupos de edad.

Tan es el caso que pueden ver ustedes aquí lo que pasa en 1970, en 2008 y la estimada para 2050; está en millones, son tres grandes grupos de edad los menores de 15 años, de 15 a 64 y 65 y más, en 1970 éramos 48 millones de mexicanos, había una gran concentración en la población joven, 22.3 millones, y muy poca de 65 y más, 1.8 millones de mexicanos que estaban en ese grupo de edad.



Fuente: elaborada con datos de CONAPO.

**Población total por grupos de edad
1970-2050**

Grupos de edad (años)	1970	2008	2050 (estimada)
Menos de 15	22.3	31.3	20.5
15 a 64	24.1	69.4	75.6
65 y más	1.8	6.0	25.8
Total	48.2	106.7	121.9

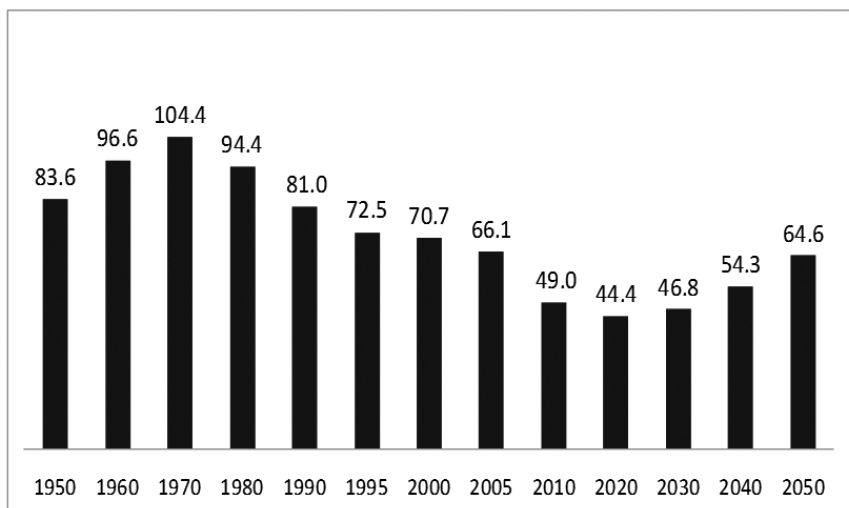
Fuente: INEGI.

Esto es lo que tenemos en la actualidad, una gran masa, un gran porcentaje, la gran mayoría de la población entre 15 a 64 relativamente creció, bueno no relativamente en términos absolutos, pero en términos porcentuales disminuyó sustancialmente este grupo de menos de 15, pero vean se triplicó, más que se triplicó el número de personas de 65 años y más, y en 2050 lo que vamos a tener, lo que van a ver muchos de ustedes, y siempre digo que yo no podré venir a esa presentación en esa oportunidad, no voy a estar disponible, pero muchos de ustedes sí, la gran mayoría de quienes están aquí sí y verán entonces que 25 casi 26 millones de mexicanos tendrán 65 años y más. Y les recuerdo aquel graffiti de un camión muy popular que decía, “para los que me están viendo, como se ven me ví y como me ven se verán”. Entonces ustedes estarán en este núcleo, en el grupo de 65 y más, y la población de menores de 15 años será de 20 millones, pueden ver que es apenas por encima del 15% de la población cuando lleguemos a que esto representará casi más de 40%, me parece que es 44%, o por ahí anda, pero más de 40% era en 1970. Entonces hubo un enorme cambio en la población, esto ha traído una disminución del índice de dependencia total.

En una sociedad los demógrafos estiman que los menores de 15 años y los mayores de 60 años en algunas estimaciones, o 65

en otras, son población dependiente y la población de 15 a 64 años tiene que hacerse cargo de esa población.

**Relación de dependencia total
(México 1950-2050)**



Fuente: Anexo II Informe de Gobierno, INEGI Y CONAPO.

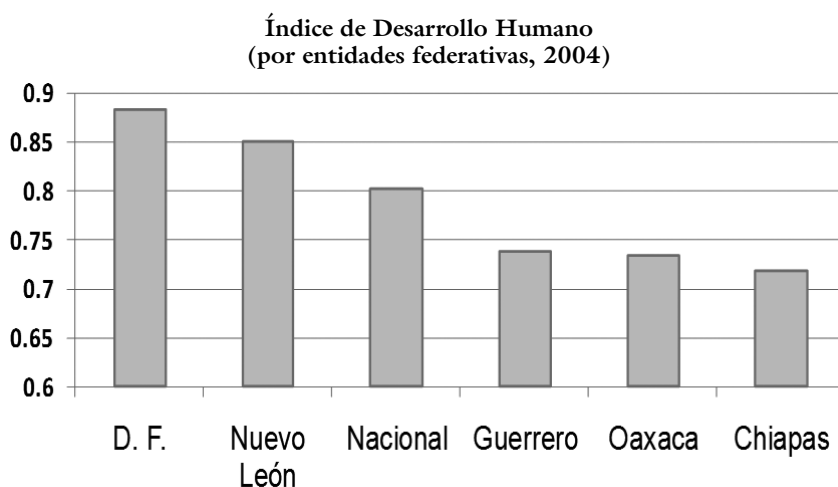
Pueden observar que en 1970 había por cada cien personas que contribuían a mantener a la población 104 que eran dependientes del trabajo de aquellos, esto ha venido disminuyendo, es lo que se llama el bono demográfico, la transición demográfica. Y francamente el bono demográfico, se nos va a acabar, empezará a revertirse nuevamente cerca del 2020, nos quedan muy pocos años, quince años para aprovechar esa condición demográfica que difícilmente se volverá a presentar, porque así es la dinámica demográfica, o pasará mucho tiempo para que se vuelva a repetir. ¿Y qué se tiene que hacer?, se tiene que invertir en salud y en educación. Se tiene que construir un sistema laboral que no está, como se decía hace todavía dos o tres años, fundado en changa-

rros, no, changarrizar el país es condenarlo a que no salga adelante, lo que tenemos que hacer es generar empleo suficiente, digno, pagado en buenas condiciones, con prestaciones, con la posibilidad de cotizar para tener seguridad social, para tener una pensión cuando llegue la hora del retiro, y no necesariamente lo estamos haciendo.

Revisemos algunas cifras seleccionadas de cómo estamos en la desigualdad, porque cuando uno se queda con los promedios, uno puede tranquilizar su conciencia. Cuando vemos el promedio de mortalidad infantil, o el promedio del ingreso per cápita en México, o cuando observamos muchos de nuestros promedios no andamos tan mal, pero si conocemos los extremos es extraordinariamente preocupante, para las almas sensibles, para los corazones débiles. Pueden ahorita abandonar el salón porque vamos a ver algunas cifras muy preocupantes, la verdad. Y sin duda los mismos factores económicos, educativos, alimentarios, culturales, inciden, entre otros, en la brecha que se da entre los mexicanos y más entre los servicios básicos y por supuesto el de la salud.

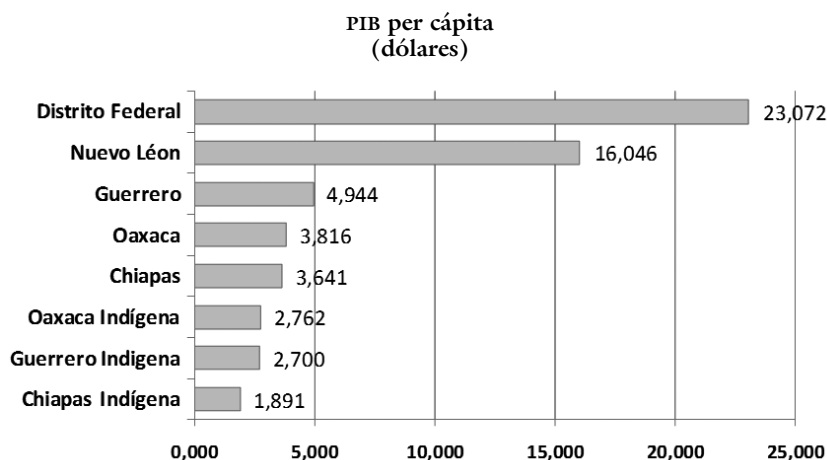
No quiero que se quede el auditorio con la impresión o de que todo está mal, porque no es cierto, o de que no se ha avanzado en este país, porque tampoco es cierto. Las dos premisas serían fácilmente derrotables en un debate, pero tampoco conviene dejar de reconocer que tenemos problemas muy serios, que hay situaciones que francamente nos tienen que preocupar. Que cuando vemos cómo comparan indicadores por género, por ejemplo, hay situaciones absolutamente inadmisibles, como que tengamos seis millones de mexicanos hoy en día que no saben leer ni escribir, también lo es que dos de cada tres de los analfabetos del país sean mujeres; así como es inadmisible el nivel de pobreza que tenemos en el país, reconocer que se concentra en algunos grupos socioeconómicos, incluso en algunos grupos étnicos, y peor aún es reconocer que en este país ser mujer y ser indígena

es estar condenado a la pobreza y a la exclusión, no podemos permanecer tranquilos frente a este tipo de situaciones. Vean lo que nos pasa. El índice de desarrollo humano, es de un estudio de 2006-2007 aunque los datos son para 2004, pero no ha cambiado, se los aseguro que no ha cambiado.



Fuente: PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano; México 2006-2007.

En el Distrito Federal, andamos casi pegándole a 0.9 como entidad federativa en nuestro indicador, pero en Chiapas apenas sobrepasa el 0.7, es un estudio y son datos de Naciones Unidas, absolutamente información oficial y nos marca una singular diferencia entre Chiapas, Oaxaca o Guerrero con el caso de las dos primeras entidades federativas, el Distrito Federal y Nuevo León.



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006.

Observen la distribución, la economía mexicana es una de las primeras 15 del mundo, médanla como la quieran medir, es una economía fuerte, importante. Pero revisen nada más lo que pasa, mientras en el Distrito Federal el per cápita, es de 23 mil dólares, y en Nuevo León, de 16 mil, en comparación con Guerrero que es menor de 5 mil, o Oaxaca menos de 4 mil o Chiapas, ahora compárelos y revisen el caso de nuestra población indígena en estos tres estados y vean en Chiapas 1 891. El PIB per cápita en el Distrito Federal es casi cinco veces el de Guerrero, más de seis veces el de Oaxaca y Chiapas y más de 12 veces el de la población indígena de esa entidad federativa.

¿Cómo puede uno estar tranquilo? No, perdón pero no se puede, no es un asunto ideológico, porque en ocasiones cuando comento que tenemos que revisar y cambiar nuestro sistema de desarrollo social y humano se piensa que hay una carga ideológica, en mi caso por lo menos no la hay, lo que hay es un compromiso de orden ético y éticamente esto es absolutamente insostenible.

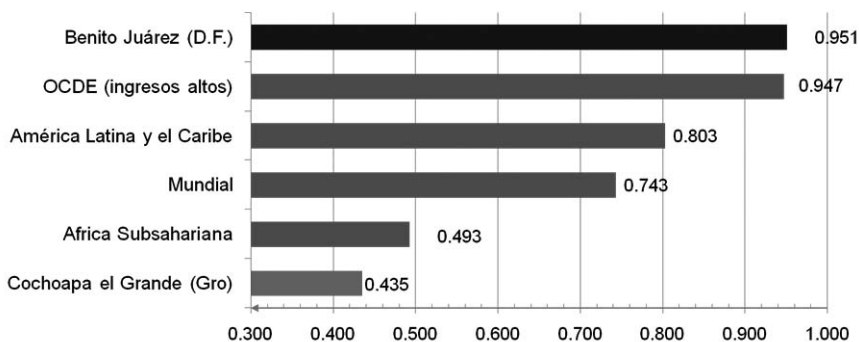
Revisemos lo que nos pasa cuando comparamos nuestro indicador de desarrollo humano, recordemos son datos de Naciones Unidas, PNUD.

**Informe sobre Desarrollo Humano
(comparativo entre entidades y países)**

IDH	Lugar (de 177)	Entidad Federativa	País
0.884	30	D.F.	Rep. Checa
0.851	42	Nuevo León	Eslovaquia
0.734	100	Oaxaca	Territorios Palestinos ocupados
0.718	106	Chiapas	Cabo Verde

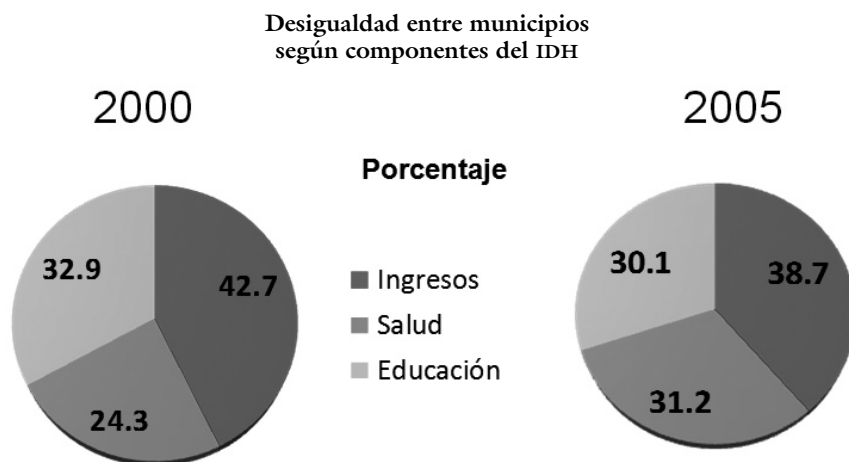
Si clasificáramos al Distrito Federal como un país, tendríamos muchas condiciones favorables, somos casi nueve millones de habitantes en el Distrito Federal, más grande que decenas y veintenas de países del mundo, ocuparíamos el lugar 30 y seríamos como la República Checa. Nuevo León se parecería a la República Eslovaca. Pero observen, Oaxaca sería el lugar número 100, parecido a los territorios palestinos ocupados, o Chiapas sería como Cabo Verde, un pequeño país en África.

**IDH de municipios
en el contexto internacial 2005**



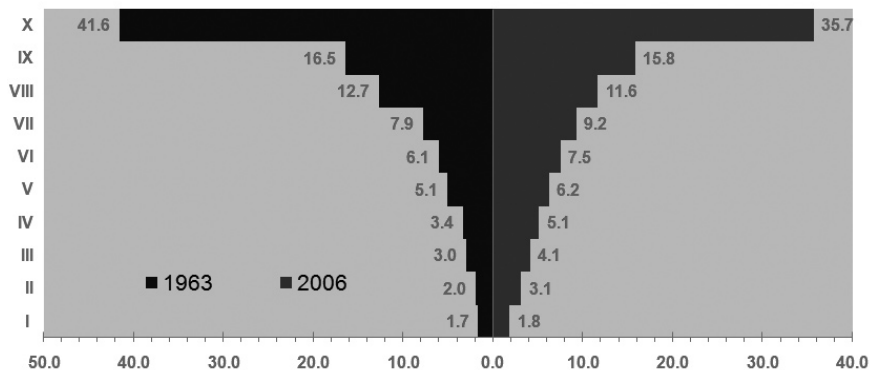
Fuente: Naciones Unidas, PNUD, datos oficiales proporcionados por los países del mundo

La verdad es que para los que no creen que todo está muy bien observen, cuando uno hace el análisis de la Benito Juárez en el Distrito Federal vemos que es la delegación de mayor desarrollo humano de México, está por encima de los países de la OCDE de ingresos altos, pero Cochoapa el Grande, un municipio de la montaña de Guerrero, está por abajo de los países de África Subsahariana, que son de los países más pobres, esa es nuestra realidad, esos son nuestros contrastes y eso es lo que nos pasa.



Esta gráfica demuestra que está cambiando el índice de desarrollo humano toma tres grandes componentes, el ingreso, la salud y la educación, y el porcentaje en México ha cambiado, ha disminuido la importancia de los ingresos y ha disminuido un poco el de la educación, pero el de la salud se ha incrementado, no estamos avanzando al mismo nivel en salud que en la parte de ingreso y en la parte de educación.

Desigualdad en la distribución del ingreso (1963-2006)



Fuente: Coeficiente de Gini 1963 tomado de Nora Lustig de la Desigualdad de la Distribución del Ingreso y la Riqueza; coeficiente de 2006 Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006

Esta simplemente es para decirles: los economistas miden la desigualdad y la concentración de la riqueza con el índice Gini, con este coeficiente si comparo los datos de 1963 con los de 2006 hay una disminución leve, en 40 años es menor de 10%, vamos caminando; pero con una lentitud tal que a este ritmo pasarán como dice la canción “muchos años, muchos más”, antes de que realmente podamos tener una sociedad más equilibrada, vean lo que pasa con el 10%, con el primer decil, los más pobres bajaron, concentran ya no el 1.7% del producto nacional, sino el 1.8%, ustedes digan si son buenas noticias o no tan buenas.

Veamos lo que nos pasa, todos son datos oficiales, nada está cuchareado, son fuentes INEGI, informes presidenciales, informes nacionales, etcétera, el 1% más alto, los más ricos del país concentra el 9.2%; el 1% más pobre el 0.07, esto es 130 veces de diferencia entre el uno por ciento más rico y el uno por ciento más pobre. Es la diferencia que existe entre el país que tiene el per cápita más alto que es Luxemburgo, y el que tiene el más bajo que siempre es un país africano del África Subsahariana que

a veces es uno y a veces otro, ese es el tamaño, insisto, de las diferencias y de las contradicciones.

Desigualdad económica

	Número de hogares	% del ingreso nacional
Uno por ciento más alto	265,440	9.2
Uno por ciento más pobre	265,440	0.07
31 por ciento más pobre	8'228,640	9.2

Fuente: INEGI – 2006.

En salud hay desigualdad, por supuesto, y también quiero decirlo, porque no me sentiría bien, hay enormes avances, lo que México ha avanzado en salud en los últimos 50 años es simplemente extraordinario, no hay ninguna duda, hay un gran avance, pero no es suficiente, otros países están avanzando más rápido que nosotros y eso es lo que no podemos aceptar. Por ejemplo, para mostrar avances, la esperanza de vida al nacimiento en medio siglo aumentó casi 25 años.

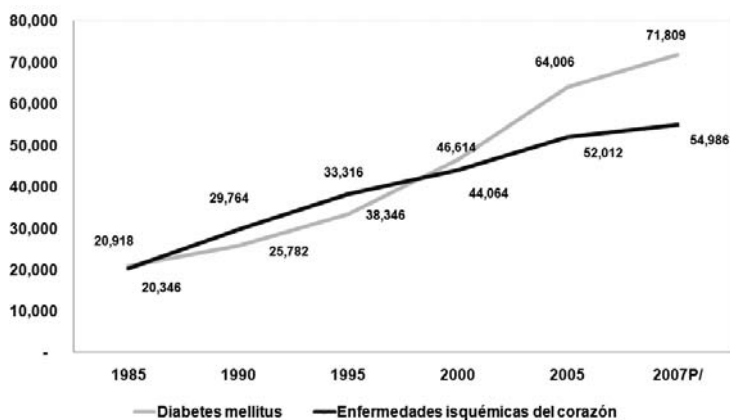
La estructura de la mortalidad general cambió radicalmente, todavía en los años 70 las dos primeras causas de muerte eran infecciones intestinales, gastrointestinales, infecciones respiratorias, se las alternaban dependiendo de algunos años, ahí estaba la explicación de un porcentaje muy alto y eran las primeras causas, o si se va uno un poco más atrás vería causas que hoy uno diría: “pero ¿cómo en 1930 se morían 20 mil mexicanos o algo semejante por paludismo?”, pues sí y se moría la gente por viruela y, por supuesto, por enfermedades que son hoy prácticamente de libro nada más de libro.

La mortalidad infantil en 50 años disminuyó 80%, hay un enorme avance, en 1950 no contábamos con la infraestructura de

salud que tenemos hoy en día en nuestro país. El Instituto Mexicano del Seguro Social era una institución vigorosa, pujante, pero apenas en desarrollo, en 1950 todavía no se inauguraba el Centro Médico La Raza, por supuesto, el Centro Médico Nacional no estaba ni en la proyección, algunos de nuestros institutos nacionales existían como tales, pero no tenían nada que ver con los institutos nacionales que tenemos, el ISSSTE como institución todavía no existía, sin embargo, vean ustedes lo que nos pasa.

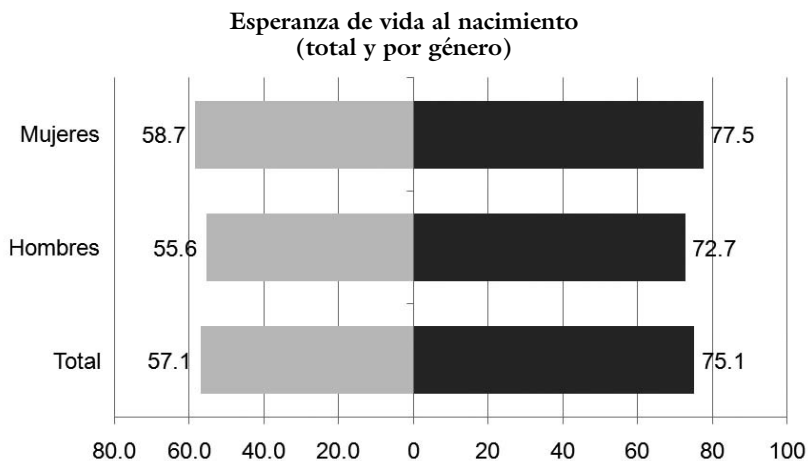
Por qué demonios insisto siempre en esto, aceptar que países de nuestra región como Cuba, Chile y Costa Rica, tengan en materia de mortalidad infantil, indicadores más bajos que nosotros. Por qué aceptarlo, por qué aceptar que este año se van a morir más, bastante más de 70 mil mexicanos por la diabetes, eso quiere decir casi 200 al día. Quiere decir que con la epidemia de influenza H1N1 hemos tenido el equivalente en estos dos meses de la epidemia, poco más seguramente tres meses a lo mejor cuatro, como de unas 12 horas y media de muertes por diabetes, y sin duda la cobertura en salud es muy desigual y terriblemente injusta.

Evolución de las dos principales causas de muertes actuales



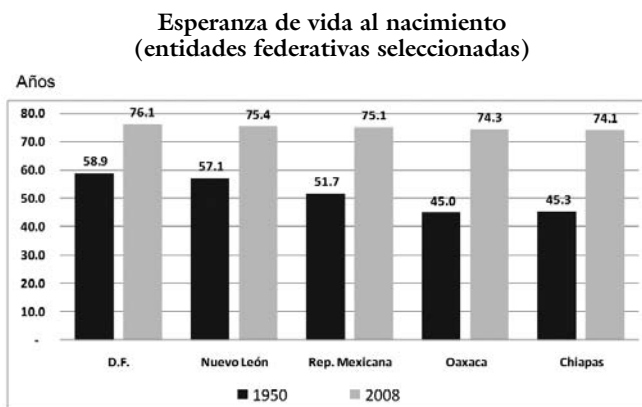
P / Datos preliminares

Fuente: Anexo estadístico del II informe de Gobierno



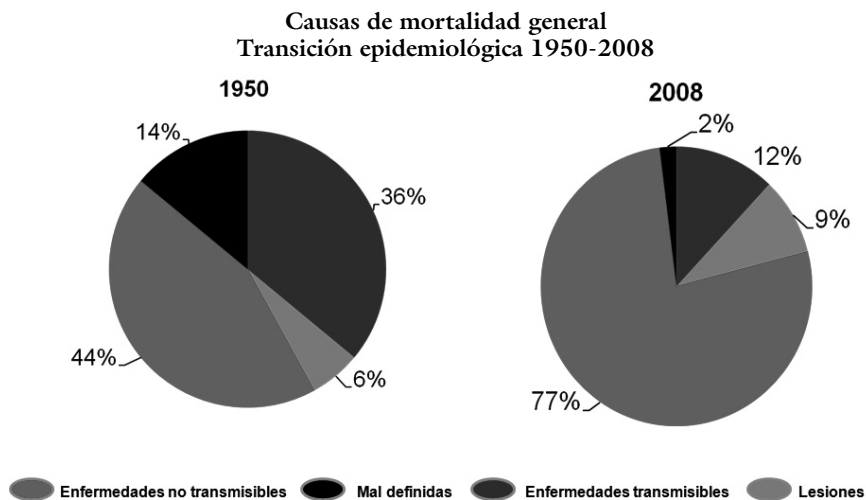
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población

Aquí está la evidencia de que sí hemos avanzado, observen la esperanza de vida al nacimiento mujeres, hombres y promedio en 1960-2008, claro que hay un enorme avance y tenemos en ese sentido que estar satisfechos, de hecho la brecha entre las entidades federativas con mayor desarrollo y las de menor desarrollo, medida esa brecha en esperanza de vida al nacimiento se ha cerrado.



Fuente: Estimaciones de CONAPO y INEGI 2008

Observen el Distrito Federal en 1950 y los datos de 2008; y el caso de Chiapas, pueden ver el crecimiento, se ha cerrado la brecha, pero todavía hay dos años de diferencia en la actualidad entre la esperanza de vida entre un niño promedio que nace en el Distrito Federal y uno que nace en Chiapas. Cuando uno hace las diferencias, las distinciones socio-económicas o por grupo étnico, por supuesto que se amplian enormemente, a tal grado que si uno compara una niña que nace en San Pedro en Nuevo León en la zona más acomodada de Monterrey y lo compara con un niño que nace en la Sierra en Oaxaca son como dos países distintos, es como comparar, y de verdad lo he hecho, Canadá con Haití, así hemos cambiado la estructura de la mortalidad, esta es una forma de representarla.



Fuente: Kumate J., "La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos? *Rev Fac Med (Mex)* 2002; 45 (3): 97-102

Observemos el 36% de enfermedades transmisibles como mortalidad en 1950 ahora son el 12%, las no transmisibles re-

presentaban el 44% ahora el 77% y esto implica muchas cosas, atender, cuidar, curar, prevenir, hospitalizar por una enfermedad infecciosa es mucho más barato que hacerlo por una enfermedad crónico degenerativa, por un problema de diabetes, uno de cáncer o de orden circulatorio. Aquí está lo que comentaba del caso de la diabetes, se ha disparado enormemente, desde hace ya varios años, digamos veinte, ha sido un grave problema. Era un grave problema que empataba con el caso de enfermedades sistémicas del corazón, pero a finales de los noventa y principios de este siglo se nos empezó a disparar todavía más, hasta convertirse en un problema realmente serio.

Aquí mostramos la mortalidad infantil:

Tasa de mortalidad infantil 2000-2005

Entidad	Municipio	Tasa de mortalidad infantil 2000	Tasa de mortalidad infantil 2005
Distrito Federal	Benito Juárez	17.65	3.02
Nuevo León	San Pedro Garza García	18.41	3.19
Chiapas	Santiago el Pinar	48.01	42.98
Veracruz	Tehuipango	60.25	56.00
Oaxaca	Coicoyán de las Flores	57.99	51.21
Chihuahua	Carichí	49.18	63.32
Chihuahua	Batopilas	59.96	78.83

Fuente: PNUD.- Informe de Desarrollo Humano Municipal 2000-2005.

Observamos que en Benito Juárez entre 2000 o 2005 comparado con algunos municipios de Chihuahua, por decir la parte de la Tarahumara, la indígena Carichi y Batopilas, no sólo permanece sino que se acentúan esas graves diferencias.

**Indicadores básicos de salud
Principales recursos por 1000 habitantes, 2005**

Entidad Federativa	Camas Censables	Médico en contacto	Enfermeras con paciente	Pediatras
Distrito Federal	2.5	4	4.4	0.9
Nuevo León	1.1	2.3	2.8	0.5
B. California Sur	1.2	2.4	2.9	0.4
NACIONAL	1.1	1.9	2.2	0.3
Oaxaca	0.7	1.3	1.4	0.1
Guerrero	0.7	1.4	1.7	0.2
Chiapas	0.6	1	1.3	0.1

* Contiene datos del sector público y privado. El sector público incluye: Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Estatales y Universitarios. El sector privado incluye solamente las unidades con servicio de hospitalización.

** Por 10 000 habitantes.

*** El denominador para este indicador son mujeres en edad fértil.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud.

Estos son algunos indicadores de recursos de salud, camas censables: en el Distrito Federal tenemos una infraestructura hospitalaria muy grande, 2.5, en comparación con Chiapas 0.6; médicos en contacto con paciente: cuatro en el Distrito Federal, Chiapas 1; enfermeras 4.4 D.F., 1.3 en Chiapas; especialistas pediatras: 0.9 contra 0.1, no es igual entonces nacer y vivir en Chiapas que nacer y vivir en el Distrito Federal.

**Población cubierta por la
seguridad social**

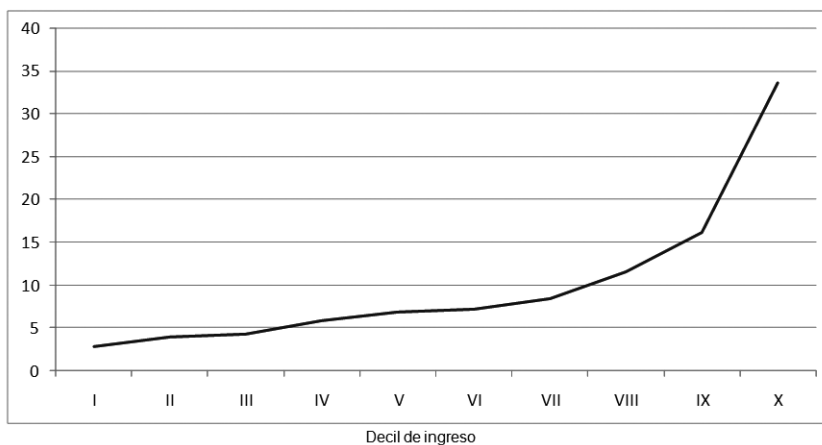
Año	%
1980	43.6
1990	57.8
1996	50.2
2000	55.8
2008	57.9

Fuente: Segundo Informe de Gobierno, 2008

Me preocupa mucho el estancamiento que hemos visto, que no es de unos cuantos años para acá, en la población con seguridad social. En 1980 y en 1990 subió muchísimo, casi 14 puntos porcentuales, pero de 1990 a 1996, se refleja el efecto de la crisis de 1995, mucho desempleo, pérdida de seguridad social, no nos hemos recuperado, estamos igual que hace 18 años en cobertura por la seguridad social, no crece proporcionalmente el empleo, y otro mecanismo de ver la desigualdad, lo que se gasta por decil de ingreso, este es el decil más potente económicamente y este es el menos potente, por supuesto, si no hay para atender las necesidades elementales como puede ser la alimentación, pues menos para gastar en salud.

Gasto de los hogares en cuidados médicos y conservación de la salud

Porcentajes



Fuente: INEGI; Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2006.

CONCLUSIÓN

Termino con cuatro conclusiones y cuatro propuestas muy breves:

- La desigualdad social es un problema del país y tiene repercusión en la atención a la salud. Soy de los que creen, me sumo a los que piensan y sostienen y documentan que:
- La salud no resuelve la desigualdad; pero sin salud no es posible combatir a la desigualdad, y por supuesto, como parte de mi credo de fe, la salud es indispensable para que tengamos un desarrollo humano real, sin salud no hay desarrollo humano;
- Combato, siempre que tengo que hablar de esto lo digo porque lo escuché muchas veces y me preocupa, la salud no es un nicho de mercado, no es una industria, el paciente no es un cliente y el médico no es un proveedor, tomar un lenguaje de esa naturaleza parece ser parte de la moda, no, cuando alguien, sobre todo los jóvenes estudiantes, les diga que el paciente es un cliente o que el médico es un proveedor no le hagan caso y corran a contárselo a quien más confianza le tengan.
- Y por último, se da por hecho, que lo público tiene que ser malo, si es público tiene que ser de baja calidad, tiene que ser ineficiente y si es privado es exactamente lo inverso, pues resulta que no, se los puedo garantizar y les echamos por delante el ejemplo de nuestra Universidad que es orgullosamente pública.

Algunas propuestas.

- Establecer un sistema de salud que sea único, público, descentralizado, de cobertura universal y escalonado, que se oriente hacia la prevención, la atención primaria y la hospitalización general. No podemos seguir con tantas duplicaciones, con tantos aparatos burocrático-administrativos duplicados, ya no, fue parte de nuestra historia, así crecimos, pero por qué seguimos manteniendo esto, tiene que ser público; no quiere decir que no pueda haber una concurrencia, que no pueda haber un sistema que también tenga una parte, un espacio para lo privado, por supuesto que sí pero sostengo que:
- Aumentar sustancialmente el financiamiento anual de la salud. El sistema como tal debe ser financiado públicamente, descentralizado, de cobertura universal, escalonado, que ponga mucho énfasis a la prevención, a la atención primaria y a la hospitalización general, que se aumente el financiamiento, ha mejorado, tengo que decirlo y reconocerlo, una ventaja, la única que yo le reconozco, del sistema del seguro popular ha sido que ha traído más recursos, que bueno, celebro que eso sea, no creo en muchas de las otras premisas; pero en esa hay que decirlo y reconocerlo si ha habido más recursos, todavía insuficientes.
- Uniformar el modelo actual de atención a la salud tanto en el sistema de seguridad social como en el de población abierta. Me resulta increíble que no seamos capaces, incluso con el sistema que tenemos fragmentado, de ponernos de acuerdo en un modelo de atención único, racional, acordado y que todo el mundo siga un mismo fin, tenemos que cambiarlo porque, si no, simplemente hay una brutal incompatibilidad de programas y de servicios, de actos de referencia y contrarreferencia que no

se dan, por último soy de los que creen que la medicina general y la medicina familiar tienen un espacio en nuestro sistema.

- Finalmente, fortalecer y extender el enfoque y la práctica de la medicina general y familiar como ámbito natural para el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente, la orientada a los grupos sociales en pobreza y pobreza extrema.

Termino simplemente reiterando mi agradecimiento al doctor Octavio Rivero y declarando clausurados los trabajos de este Primer Congreso Internacional Hacia una Cobertura en Salud.

*1er. Congreso Internacional sobre Medicina y Salud
Hacia una cobertura universal en salud*

Se terminó de imprimir el día 6 de noviembre de 2009, en Formas e Imágenes, S. A. de C. V., Av. Universidad #1953 Edif. 2 Loc. E, Copilco El bajo, C. P. 04340. En su composición se utilizaron fuentes de la familia ITC Galliard de 12, 11, 10 y 8 ptos. La impresión se realizó en papel Cultural de 90 gr. Su tiraje consta de 1 000 ejemplares

