

PN 1AR6-857



LATIN AMERICA AND CARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY:

Technical Support for Policy,
Financing and Management

7200 Wisconsin Avenue
Suite 600
Bethesda, MD 20814
(301) 941-8490
FAX (301) 941-8449

This contract is implemented by:

International Science
and Technology
Institute, Inc. (ISTI)

Community Systems
Foundation (CSF)

Development Group, Inc. (DGI)

University Research
Corporation (URC)

URC is the prime contractor under
Contract No.
LAC-0657-C-00-0051-00
with the U.S. Agency for
International Development.

PN-ABW-259

**LA PRIVATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
DE SALUD EN TRES SISTEMAS DE SEGURIDAD
SOCIAL DE AMÉRICA LATINA**

John L. Fiedler, Ph.D.

Junio de 1995

**LA PRIVATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD
EN TRES SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE AMÉRICA LATINA**

John L. Fiedler, Ph.D.

Junio de 1995



**Documento preparado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
Internacional con arreglo al contrato No. LAC-0657-C-00-0051-00
Sostenibilidad en Salud y Nutrición para América Latina y el Caribe
University Research Corporation/International Science and Technology Institute
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814**

ÍNDICE

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introducción: Crisis de los sistemas de atención de salud de la seguridad social | 1 |
| II. | El origen de las reformas relacionadas con el sector privado en tres países de América Latina | 3 |
| III. | El Salvador | 10 |
| | A. Introducción y últimas novedades | 10 |
| | B. Deficiencias percibidas e insatisfacción de los consumidores | 11 |
| | C. Privatización parcial de la atención ambulatoria especializada | 11 |
| IV. | Perú | 13 |
| | A. Insatisfacción creciente con el acceso a la atención y la calidad de ésta | 13 |
| | B. Sector privado del Perú, Programa de cirugía menor | 15 |
| | C. El Programa de atención ambulatoria descentralizada | 15 |
| | D. Un sistema privado de salud | 17 |
| V. | Nicaragua | 20 |
| | A. Introducción y últimas novedades | 20 |
| | B. La nueva función de administrador, no de proveedor, de servicios de salud del INSSBI: el nuevo programa de seguridad sanitaria | 20 |
| | C. El Proyecto INSSBI del Ministerio de Salud | 23 |
| | 1. Mecanismo del Programa del INSSBI | 24 |
| | 2. Efectos anticipados del Proyecto INSSBI del Ministerio de Salud | 24 |
| | D. El Programa de riesgos profesionales del INSSBI | 26 |
| | 1. Administración del Programa de riesgos profesionales | 26 |
| | 2. Mecanismo del Programa de riesgos profesionales | 27 |
| VI. | Conclusiones y lecciones | 28 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------------|---|
| (ISSS) | Instituto Salvadoreño de Seguro Social |
| (IPSS) | Instituto Peruano de Seguro Social |
| (PAAD) | Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada |
| (INSSBI) | Instituto de Seguridad Social - Nicaragua |
| (MINSAL) | Ministerio de Salud - Nicaragua |
| (MS) | Ministerio de Salud |
| (FUSADES) | Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social |
| (SPS) | Sistema Privado de Salud |
| (OSS) | Organizaciones de Servicios de Salud |
| (MIFIN) | Ministerio de Hacienda - Nicaragua |
| (NAT) | Notificación de Accidente del Trabajo |
| (NOPAT) | Notificación Provisional de Accidente del Trabajo |
| (LIFAM 1) | Listado de Facturación por Atención Médica Ambulatoria |
| (LIFAM 2) | Listado de Facturación por Atención Médica Ambulatoria Especializada |

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

| | | |
|-------------|---|----|
| Gráfico 1: | Cobertura de la seguridad social en tres países de América Latina | 4 |
| Gráfico 2A: | Tendencias de la cobertura de la seguridad social y PIB real: El Salvador | 5 |
| Gráfico 2B: | Tendencias de la cobertura de la seguridad social y PIB real: Perú | 5 |
| Gráfico 2C: | Tendencias de la cobertura de la seguridad social y PIB real: Nicaragua | 5 |
| Gráfico 3A: | PIB real y provisión de atención de salud de la seguridad social: El Salvador | 6 |
| Gráfico 3B: | PIB real y provisión de atención de salud de la seguridad social: Perú | 6 |
| Gráfico 3C: | PIB real y provisión de atención de salud de la seguridad social: Nicaragua | 6 |
| Gráfico 4A: | Tendencias del PIB real y de los gastos en salud de la seguridad social: El Salvador | 7 |
| Gráfico 4B: | Tendencias del PIB real y de los gastos en salud de la seguridad social: Perú | 7 |
| Gráfico 4C: | Tendencias del PIB real y de los gastos en salud de la seguridad social: Nicaragua | 7 |
| Cuadro 1: | Organismos/actores e indicadores clave en el análisis de las posibles reformas de la seguridad social | 32 |

RESUMEN

Casi todos los institutos de seguridad social de América Latina son proveedores directos de servicios de atención médica para sus beneficiarios. Estos sistemas han representado por largo tiempo una gran proporción de los recursos totales para la atención de salud en numerosos países de América Latina, pero generalmente protegen solo a los trabajadores del sector formal y a sus dependientes, quienes constituyen una pequeña proporción de la población nacional. Como en el último decenio y medio muchos de los institutos han sufrido graves problemas financieros, se los ataca de manera creciente por: 1) exacerbar las desigualdades en el acceso a la atención de salud y su utilización; 2) contribuir aún más a la excesiva concentración geográfica de los servicios; 3) dedicar una cantidad desproporcionada de recursos a la alta tecnología y la atención curativa, mientras se excluye casi por completo la atención primaria de salud; y 4) tener recargo de personal administrativo y, más comúnmente, ineficiente.

En respuesta a estos diversos problemas e inquietudes, en los últimos años se han introducido un sinnúmero de reformas en los sistemas de seguridad social de los países de América Latina. En un esfuerzo por extraer lecciones que puedan ser útiles para las actividades reformistas de otros sistemas de seguridad social, este documento analiza las recientes reformas introducidas en El Salvador, el Perú y Nicaragua, todas las cuales entrañan algún grado de privatización.

El Salvador - El primer estudio de casos es una descripción de la privatización parcial introducida en 1991 por el Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) de la consulta externa de especialidades privatizadas. Este programa estaba inicialmente destinado a eliminar tres meses de consultas acumuladas con médicos especialistas y darlo por terminado después de logrado este objetivo.

El plan se sirve de médicos que generalmente trabajan parte de la jornada con el ISSS, pero que ahora prestan atención privada a los pacientes asegurados del ISSS. Al principio el programa se limitaba a una primera visita por un episodio patológico determinado, y solo podían participar los inscritos que vivían en la zona metropolitana de San Salvador. Al cabo de un año fue evidente que el programa resultaba satisfactorio y gozaba de aceptación entre los beneficiarios, proveedores y funcionarios del ISSS; se resolvió entonces modificarlo para que incluyera consultas ulteriores. Poco después el programa se introdujo en todo el país. Originalmente los pacientes se asignaban a ciertos médicos en particular. Pero en respuesta a la demanda de los consumidores, el programa se modificó a fin de que los pacientes pudieran elegir su propio médico de una lista de médicos participantes calificados.

El programa solo paga los honorarios del médico privado; todos los análisis de laboratorio y rayos X requeridos o las recetas médicas aún deben obtenerse en los servicios del ISSS o ser pagados por el beneficiario. La participación en el programa puede ser, por lo tanto, incómoda y demandar mucho tiempo, según la índole de la consulta.

El ISSS ha concluido que el programa es eficaz en función de los costos. En 1993, el Instituto declaró que el programa es un elemento permanente de los servicios del ISSS. Últimamente el programa ha extendido la cobertura de la atención pediátrica a los beneficiarios menores de cinco años que se incorporaron al sistema del ISSS en virtud de las recientes reformas para extender la cobertura.

Perú - Un segundo estudio de casos describe los programas de cirugía menor y de atención ambulatoria descentralizada del Instituto Peruano de Seguro Social (IPSS) introducidos en 1991 y 1992, respectivamente. El programa de cirugía menor estaba destinado a reducir la acumulación de pacientes que pasaban hasta 3 meses haciendo cola para someterse a intervenciones quirúrgicas relativamente poco importantes, permitiendo así que los recursos de los hospitales terciarios del IPSS se dedicaran a la provisión de atención terciaria. El programa paga a los hospitales y a las clínicas privadas una tarifa fija predeterminada para que provean servicios quirúrgicos. Los establecimientos autorizados por el IPSS para que participen en el programa figuran en un folleto que se entrega a los beneficiarios del IPSS. Los beneficiarios pueden visitar a cualquiera de los proveedores de la lista para someterse a cualquiera de los tipos de cirugía menor estipulados sin contraer costos directos.

El efecto del programa en los asegurados del IPSS ha sido proveer a los pacientes de: 1) mayor elección para seleccionar un proveedor, y 2) reducir apreciablemente la tardanza en la programación de las intervenciones quirúrgicas, mejorando así el acceso a la atención. Según representantes de la industria del seguro privado de enfermedad, el programa ha contribuido a que se reduzca la demanda de seguros privados de enfermedad y a que aumente al mismo tiempo la demanda de servicios hospitalarios privados.

Alentado por la experiencia relativamente limitada, pero arrolladoramente positiva, del Programa de cirugía menor, en mayo de 1992 el IPSS introdujo un segundo programa con el sector privado, el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada, o PAAD). PAAD tiene como objetivo fomentar el desarrollo de un sistema de atención primaria de salud basado en un proveedor/custodio. El programa está destinado a mejorar el acceso de los servicios financiados por el IPSS mediante la reducción del tiempo transcurrido en viajes, la dilación de las citas y el tiempo de espera y por medio de la ampliación de la elección de médicos y lugares de provisión de servicios ofrecida a los consumidores.

Actualmente el PAAD está circunscrito a Lima y es un programa de distrito. Existe un trámite de certificación relativamente sencillo para los médicos del sector privado que deseen participar. Los pacientes asegurados con el IPSS pueden elegir como médico primario a cualquier médico participante en el PAAD del distrito donde residan y llenar simplemente el formulario correspondiente para inscribirse en el programa. El médico envía el formulario al IPSS y entrega al paciente una tarjeta de identificación del PAAD mediante la cual se puede seguir la provisión de atención individual relacionada con el PAAD. El paciente está autorizado, en virtud del programa, a recibir una cierta cantidad limitada de atención.

Al cumplir el primer año de operaciones el PAAD suministraba aproximadamente 60.000 consultas por mes. Las consultas del PAAD equivalían a un 50 por ciento del total de las consultas ambulatorias proporcionadas por el IPSS en la zona metropolitana de Lima y a un 25 por ciento de toda la atención ambulatoria proporcionada por el IPSS en el país. La rápida expansión de este programa de bajos honorarios/reembolso es prueba del excedente de capacidad en el sector privado. También demuestra el grado de dificultad de la demanda de servicios del IPSS por la falta de lugares de provisión de servicios y por la percepción de los consumidores de que la calidad de la atención es inaceptable (una combinación del grado de acceso a la atención--tiempo de viaje, tiempo de espera y tiempo de demora de las citas--y la calidad técnica de la atención proporcionada).

Nicaragua--La tercera experiencia descrita de un país es la total contratación externa de servicios por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSSBI), sistema que inicialmente se puso en marcha en noviembre de 1993. En el plan de Nicaragua, los beneficiarios del seguro social se afilian por un año a una organización proveedora pública o privada acreditada a la que el seguro social le paga, en nombre del individuo, una cuota anual fija per cápita para que le proporcione a éste toda la atención de salud.

En el nuevo modelo el INSSBI se encarga de: 1) acreditar a las dependencias proveedoras de atención de salud participantes; 2) pagar 94,5 córdobas (US\$14,21 en julio de 1994) por asegurado por mes a la fuente designada de atención de salud; 3) supervisar el cumplimiento del convenio; y 4) efectuar verificaciones médicas de la calidad de la atención proporcionada.

Para estar acreditadas, las organizaciones proveedoras deben demostrar su capacidad para suministrar atención ambulatoria y hospitalaria de acuerdo con determinadas normas. Con solo el 5 por ciento de la dotación total de camas en los hospitales privados, este requisito ha llevado al desarrollo de numerosos enlaces entre entidades públicas y privadas--específicamente entre agrupaciones de médicos privados y los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA). Se prevé que el programa servirá para aumentar la eficiencia del hospital al aumentar las tasas de ocupación, distribuyendo así los costos fijos entre un número mayor de pacientes y reduciendo los costos por unidad. Además, como ya se ha establecido legalmente que los hospitales del MINSA podrán retener las entradas generadas por su participación en el programa, los hospitales se verán motivados a mejorar su eficiencia y a instituir controles y supervisión más estrictos en la utilización de recursos y en la manera en que se prestan los servicios. La recontractación anual significará que los hospitales pueden adquirir o perder asociaciones con las organizaciones proveedoras de servicios ambulatorios según cuán adecuada o deficientemente se desempeñen en un año dado, lo que añade un aliciente más para la eficiencia.

En el documento también se señalan consideraciones políticas y factores técnicos, inclusive las características del mercado de atención de salud, que han configurado estos esfuerzos y condicionan su probabilidad de éxito, a saber: el tamaño, composición, nivel de utilización de la capacidad, grado de organización y distribución geográfica de los recursos del sector privado; y la magnitud y naturaleza del mercado privado de seguros de enfermedad.

Antes de emprender la reforma de la seguridad social, es imperativo identificar los problemas principales, sus causas y las distintas posibilidades de reforma relacionadas con el mercado de atención de salud en particular. El primer paso crítico en los preparativos para introducir reformas es un análisis técnico de las tendencias a largo plazo y de los indicadores del sector salud, incluidos el financiamiento, la cobertura y la utilización de los servicios existentes. Luego se analizará la satisfacción de los consumidores y proveedores con los servicios de salud del seguro social. Las experiencias del Perú, Nicaragua y El Salvador sugieren que los países deben dar los siguientes pasos para planear la estrategia, el diseño y la ejecución de la reforma de la seguridad social: 1) realizar un análisis para identificar a los grupos interesados; 2) concentrarse inicialmente en un problema a pequeña escala de gran visibilidad y con probabilidad de modificarse satisfactoriamente; 3) ampliar gradualmente la esfera de la reforma; 4) proceder lentamente para no politizar el proceso; 5) buscar puntos de confluencia para debilitar la oposición; 6) institucionalizar los cambios lo más pronto posible; y 7) instituir la participación voluntaria de los médicos y los pacientes.

I. INTRODUCCIÓN: CRISIS DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El seguro social para prevenir la pérdida de ingresos y proveer de atención médica existe en América Latina desde hace 80 años. La mayor parte de los programas del seguro social de la región datan de fines de los años cuarenta y principios de los cincuenta. Si bien la índole y estructura de estos programas varían considerablemente de un país a otro, casi todos ellos consisten en una combinación de programas que se ocupan de: 1) la atención de salud; 2) las pensiones por vejez, incapacidad y supervivencia; 3) las prestaciones pecuniarias por accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo; y 4) la compensación por desempleo (Mesa-Lago 1989). Aunque el presente documento versa solo sobre el componente de servicios de atención de salud de estos programas, nos referiremos a este componente con el término "seguridad social".

Los sistemas latinoamericanos de seguridad social han estado tradicionalmente financiados por los impuestos sobre nóminas destinados para ello y administrados por instituciones paraestatales semiautónomas. La vasta mayoría de los sistemas han recibido financiamiento tripartita, en el cual los empleadores del sector moderno, los empleados y el gobierno central aportan, cada uno por su parte, un porcentaje fijo del sueldo del trabajador.

El advenimiento de la grave recesión mundial de principios de los años setenta trajo como resultado condiciones macroeconómicas adversas que desgastaron las bases tradicionales de la seguridad social en América Latina (esto es, los empleados industriales, del sector formal), dejando a los sistemas en una situación financiera devastadora. La situación se ha exacerbado por el deterioro de los sueldos reales de los que siguen empleados y el rápido crecimiento de la incidencia de empleadores y gobiernos centrales con problemas financieros que están atrasados en el pago de los impuestos de la seguridad social. Al mismo tiempo, los valores en cartera de la inversión de muchos de los sistemas han sido devastados por las quiebras comerciales y la acelerada caída de los ingresos reales por intereses, todo lo cual ha contribuido a reducir las entradas del sistema de seguridad social. Mientras tanto, los costos de los medicamentos y equipos médicos han aumentado rápidamente. Agobiados por la espectacular caída de las entradas y los costos rápidamente crecientes, en la segunda mitad del decenio de 1980 muchos sistemas de seguridad social de América Latina acumularon considerables déficit y experimentaron un serio desequilibrio actuarial, lo que provocó la demanda de reformas estructurales (McGreevey 1990, Mesa-Lago 1993).

Las críticas fundamentales de los sistemas de seguridad social de América Latina que han contribuido a los crecientes pedidos de reforma han surgido a raíz de otros problemas, además de los derivados del financiamiento.

- En la mayor parte de los países de América Latina los sistemas de seguridad social tienen cobertura asistencial limitada. En Colombia, el Perú, el Ecuador, Bolivia, el Paraguay, Guatemala, El Salvador, Honduras, Haití y la República Dominicana, por ejemplo, menos del 25 por ciento de la población tiene cobertura asistencial.

- La afiliación a los sistemas de seguridad social de la mayor parte de los países de América Latina está circunscrita a los asalariados del sector moderno, de modo que los pobres quedan excluidos, exacerbándose así las pronunciadas desigualdades que caracterizan a la sociedad de casi toda la América Latina.
- Como el sector moderno está generalmente concentrado en zonas urbanas, casi todos los sistemas de seguridad social de América Latina han concentrado sus infraestructuras en la ciudad capital, contribuyendo así a que la disponibilidad de servicios de atención de salud muestre marcadas desigualdades geográficas.
- En su mayor parte, los componentes de salud de los sistemas latinoamericanos de seguridad social constituyen programas independientes mucho más generosamente financiados que los sistemas del Ministerio de Salud (MS), de los que a menudo son un duplicado. Los sistemas del MS generalmente atienden a una población de 3 a 6 veces mayor. En estos casos los sistemas de seguridad social son inherentemente ineficientes y perpetúan una minoría laboral selecta.
- La cobertura de la seguridad social y sus gastos aumentan y disminuyen con el nivel de actividad económica del sector moderno. Debido a la naturaleza cíclica de la seguridad social, cuando vacila el comportamiento macroeconómico de un país, las listas de la seguridad social se contraen y el número de personas sin seguro de enfermedad aumenta. Como acaban de perder el empleo, muchas de estas personas se dirigen al MS para recibir atención, y no al sector privado. Pero cuando hay escasa actividad económica, el presupuesto del MS se mantiene constante en el mejor de los casos, o más probablemente también se contrae a causa de la recesión. El resultado es una crisis nacional de la atención de salud.
- Los sistemas de atención de salud de la seguridad social en América Latina están abrumadoramente orientados hacia la atención curativa hospitalaria de alta tecnología. En vista de los perfiles epidemiológicos de la mayoría de los países, este nivel de atención es inapropiado, innecesariamente caro y reduce el posible efecto de los gastos de la atención sanitaria en el estado de salud de la población.
- Los sistemas de atención de salud de la seguridad social de América Latina tienen altos costos administrativos y su administración ha sido ineficiente (McGreevey 1990).

En respuesta a estos diversos problemas e inquietudes, en los últimos años se introdujo una cantidad de reformas en los sistemas de seguridad social de muchos países latinoamericanos. La más radical ha sido el proyecto de municipalización de Chile (Bossert, 1993). Otras importantes reformas son: 1) la creación de programas especiales en el Brasil, el Ecuador, México y Costa Rica para brindar servicios de atención primaria de salud a la población rural pobre; 2) la integración de los sistemas de atención de salud del Ministerio de Salud y seguridad social en el Brasil, Nicaragua, Costa Rica, y la iniciación de este proceso en Panamá, y 3) una variedad de reformas fragmentarias y (por lo menos al principio) más

modestas, inclusive varios experimentos en privatización que, en algunos casos, se han ido ampliando gradualmente.

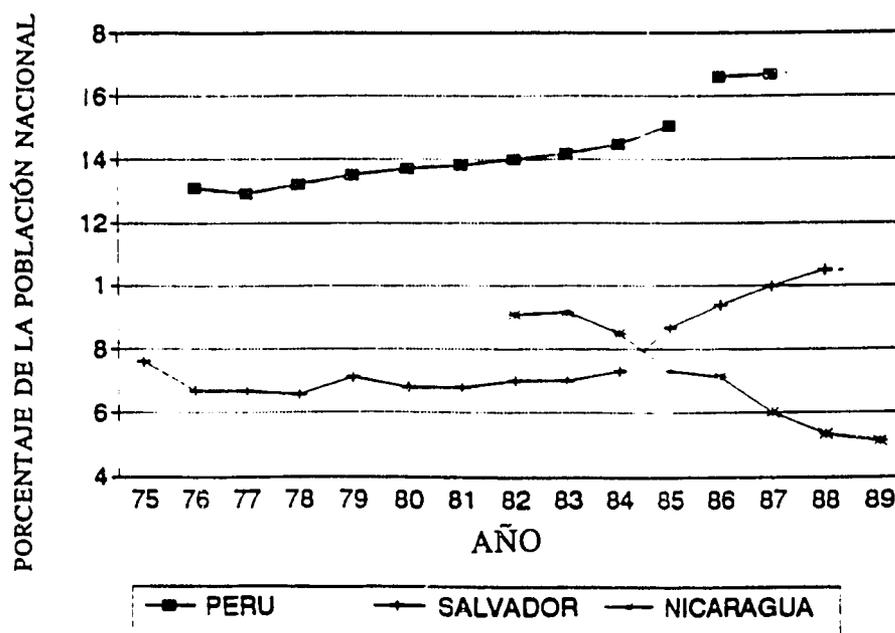
En el presente documento se analizan los esfuerzos recientes por reformar los sistemas del seguro social de salud en tres países de América Latina. Si bien en los tres casos se ha recurrido a la privatización, el grado de variación en que estos países se adhieren a la privatización es pronunciado y ofrece conceptos interesantes a otros países latinoamericanos y en desarrollo. Las reformas discutidas en orden de magnitud, de la más modesta a la más radical, son las siguientes:

- 1) La introducción en El Salvador en 1991 de la opción de escoger un proveedor privado calificado para la atención ambulatoria únicamente, a quien se le paga un honorario fijo por la consulta de acuerdo con el sistema de honorarios por servicios (Fiedler, 1994).
- 2) El Programa de cirugía menor y el Programa de atención ambulatoria descentralizada del Perú en 1991 y 1992, respectivamente, en los cuales los beneficiarios de la seguridad social eligen un proveedor privado calificado a quien se le reembolsa un honorario fijo predeterminado por los servicios prestados. Se examinará, además, la reforma propuesta de la organización del sistema sanitario, que entrañaría cambios estructurales de mucho mayor alcance.
- 3) La total subcontratación de servicios de Nicaragua, llevada a cabo en mayo de 1994 por la cual los beneficiarios del seguro social se afiliaban a una organización proveedora calificada y la seguridad social pagaba a la organización un cuota fija anual per cápita para proveer de atención de salud a los afiliados.

II. EL ORIGEN DE LAS REFORMAS RELACIONADAS CON EL SECTOR PRIVADO EN TRES PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Históricamente, el sistema de seguridad social de cada uno de los tres países del estudio: El Salvador, el Perú y Nicaragua, poseía casi todas las características antedichas de los sistemas de seguridad social de América Latina que dieron lugar a los pedidos de reforma. Como puede observarse en el Gráfico 1, la cobertura de la seguridad social en los tres países ha sido muy limitada. Los inscritos representan un 16 por ciento de la población nacional del Perú, mientras que en Nicaragua el total de beneficiarios (inscritos y dependientes aceptables) constituye aproximadamente el 5 por ciento de la población y en El Salvador alrededor del 10 por ciento.

GRÁFICO 1: COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN TRES PAÍSES DE AMÉRICA LATINA



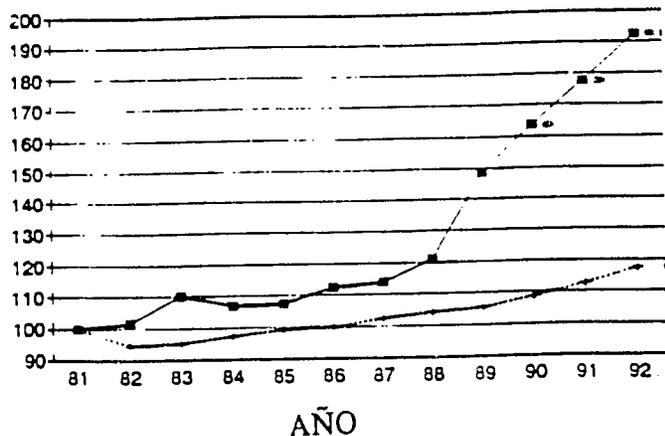
A raíz de la creciente preocupación causada por la desigualdad del acceso a la atención y la insuficiencia de la cobertura en el Perú y El Salvador, en los últimos años han surgido numerosas reformas para ampliar la cobertura. Las reformas debilitan la relación entre el PIB y la cobertura, como se observa en los Gráficos 2A y 2B. Por ejemplo, los cambios progresivos en la esfera del sistema explican el súbito incremento de la proporción de población atendida por el Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) en El Salvador a partir de 1980. Sin los ajustes, el sistema se hubiera contraído.

El Perú también introdujo a mediados de los años ochenta reformas que ampliaron la cobertura. No se sabe con precisión, sin embargo, en cuánto se la amplió. El Instituto Peruano de Seguro Social (IPSS) no tiene un mecanismo para mantener al día las fichas de inscripción de los beneficiarios. Los datos del Perú como se aprecia en el Gráfico 1, presentan una larga tendencia de crecimiento lento, y es una extrapolación lineal de la población económicamente activa ajustada para tener en cuenta la probable tasa de aseguración. La ininterrumpida tendencia gradual alcista de la cobertura del IPSS es, por ende, un reflejo del método empleado por el Instituto para estimar esta porción de información fundamentalmente importante pero no disponible. No cabe duda de que la cobertura del IPSS ha sido mucho más esporádica y ha declinado en los últimos años al vacilar el comportamiento de la economía, especialmente desde 1987.

Como se observa en el Gráfico 2B, la actuación económica llegó a su apogeo en 1987 y sufrió desde entonces una caída espectacular. En Nicaragua la economía experimentó un modesto crecimiento de 1980 a 1983 y luego comenzó a deteriorarse (véase el Gráfico 2C).

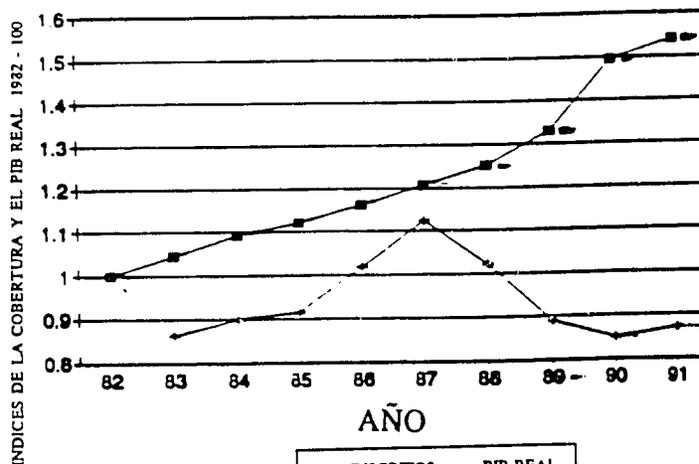
INDICES DE LA COBERTURA Y EL PIB REAL 1981 - 100

GRÁFICO 2A: TENDENCIAS DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL PIB REAL: EL SALVADOR



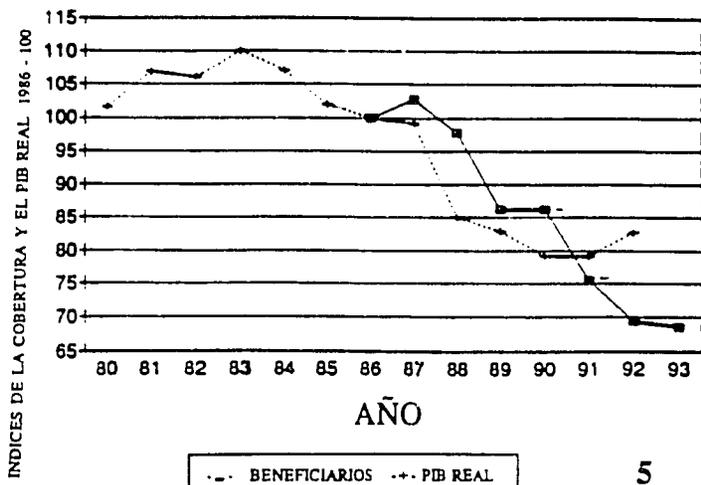
--- BENEFICIARIOS -+- PIB REAL

GRÁFICO 2B: TENDENCIAS DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL PIB REAL: PERÚ



--- INSCRITOS -+- PIB REAL

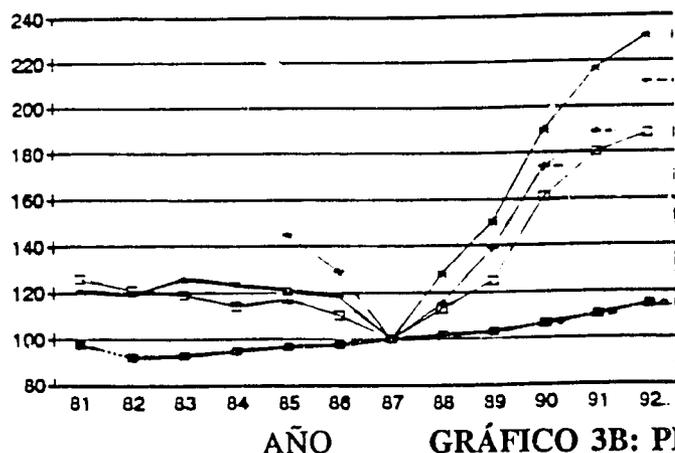
GRÁFICO 2C: TENDENCIA DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL PIB REAL: NICARAGUA



--- BENEFICIARIOS -+- PIB REAL

INDICES DEL PIB Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD (1987 = 100)

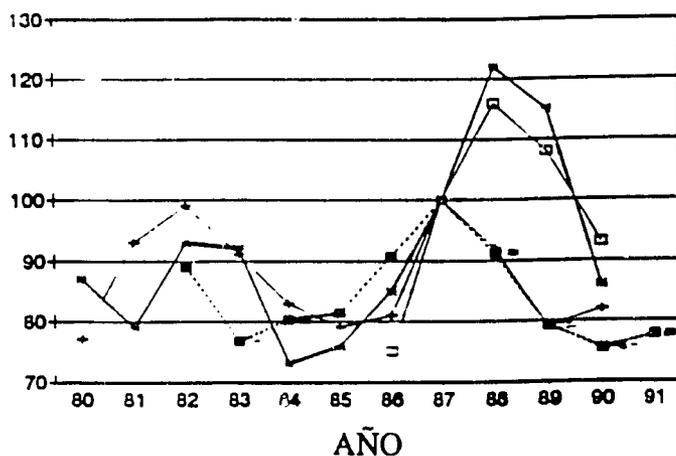
GRÁFICO 3A: PIB REAL Y PROVISIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: EL SALVADOR



--- BIP REAL --- DÍAS DE INTERNACIÓN
 -x- VISITAS AMBULATORIAS -o- INTERNACIONES

INDICES DEL PIB Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD (1987 = 100)

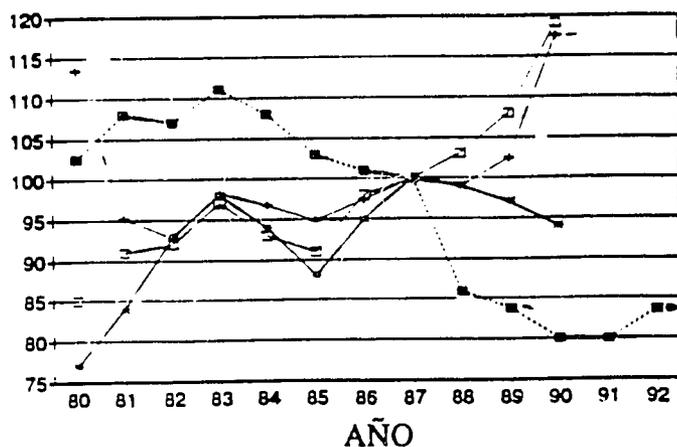
GRÁFICO 3B: PIB REAL Y PROVISIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: PERÚ



--- BIP REAL --- DÍAS DE INTERNACIÓN
 -x- VISITAS AMBULATORIAS -o- INTERNACIONES

GRÁFICO 3C: PIB REAL Y PROVISIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: NICARAGUA

INDICES DEL PIB Y DE LA ATENCIÓN DE SALUD (1987 = 100)



--- BIP REAL --- DÍAS DE INTERNACIÓN
 -x- VISITAS AMBULATORIAS -o- INTERNACIONES

GRÁFICO 4A: TENDENCIAS DEL PIB REAL Y DE LOS GASTOS EN SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: EL SALVADOR

INDICES DEL PIB Y DE LOS GASTOS EN SALUD (1987 = 100)

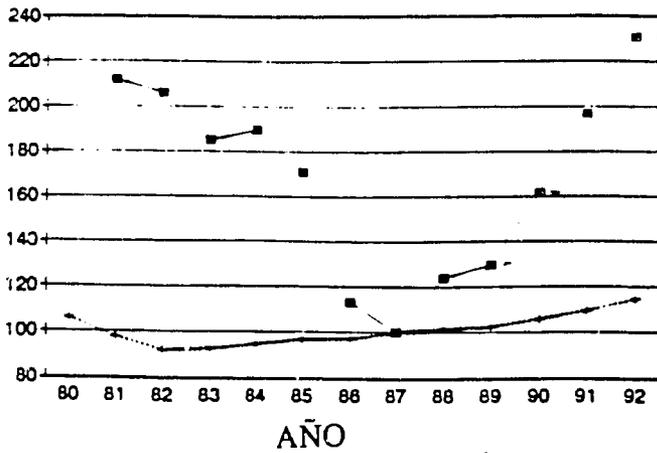


GRÁFICO 4B: TENDENCIAS DEL PIB REAL Y DE LOS GASTOS EN SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: PERÚ

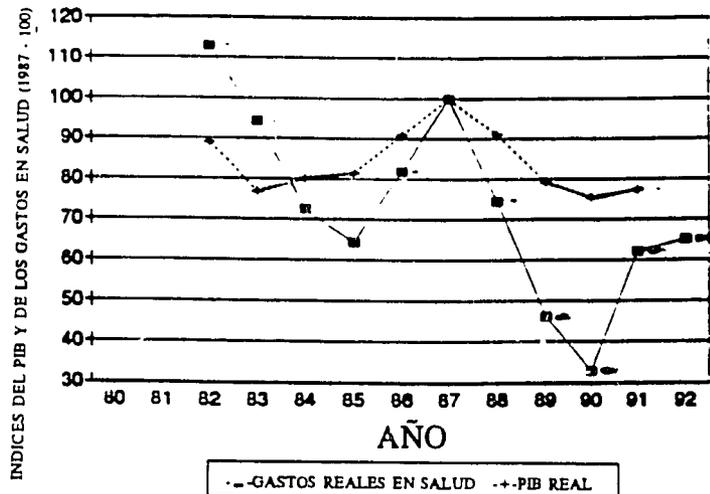
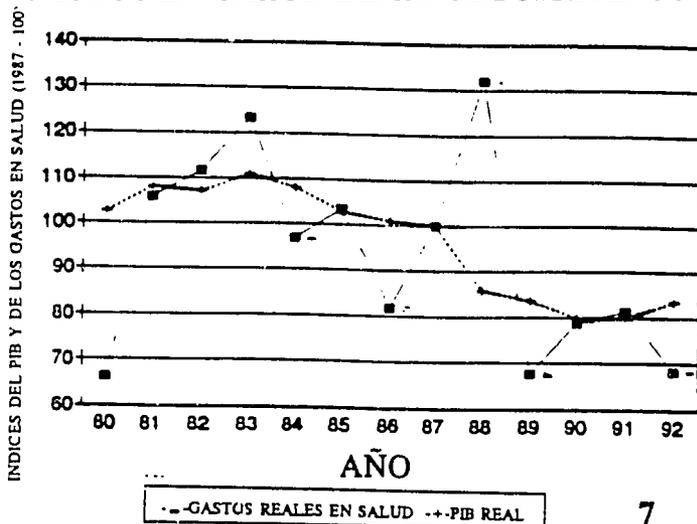


GRÁFICO 4C: TENDENCIAS DEL PIB REAL Y DE LOS GASTOS EN SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL: NICARAGUA



El ritmo de declinación se aceleró de manera pronunciada en 1987, y hasta 1990 la situación no llegó a estabilizarse. En ambos países, 1987 constituyó el año de referencia que marcó el comienzo de una época particularmente difícil.

La oportunidad y el sentido de la inversión de la actuación macroeconómica de El Salvador y sus repercusiones para el sistema de seguridad social son diferentes de los de Nicaragua y el Perú. En el Salvador la economía sufrió una caída repentina en 1982, y luego creció a un ritmo muy lento pero que se fue acelerando.

Los Gráficos 3A-C se refieren a los índices del PIB y a tres medidas de la provisión anual de servicios de atención de salud de la seguridad social (días de internación, número de internaciones y número de visitas ambulatorias) de cada país. En todos los índices se toma como año de referencia 1987 y se establecen las medidas de un país en particular en 1987 igual a 100. El índice de las cifras de los demás años se calcula dividiendo la cifra del año en particular por la cifra del año base y multiplicando por 100. De modo que el valor del índice de cualquier año en particular puede interpretarse como porcentaje de la cifra correspondiente a 1987.

La naturaleza cíclica de la seguridad social es patente cuando se comparan las tendencias del PIB real con las de los tres indicadores de la provisión de servicios (véase el Gráfico 3B) y con los gastos reales en salud de la seguridad social (Gráficos 4A-C). Generalmente las estadísticas sobre provisión de servicios están un año a la zaga del PIB debido al lapso transcurrido entre la contracción de la economía general, el despido de trabajadores y la pérdida subsiguiente de cobertura del seguro social por parte de los trabajadores. La relación directa entre la provisión de servicios y el PIB es especialmente notable en el Perú, donde, en 1987 tanto el PIB como la provisión de días de internación del instituto de seguridad social llegaron al máximo. Al año siguiente el número de días de internación se redujo en un 20 por ciento. Las internaciones y las consultas ambulatorias llegaron al punto máximo el año siguiente, 1988, y luego se redujeron en proporciones aún mayores.

En El Salvador, 1987 también fue un año de referencia, pero más propicio. Con un PIB que comenzó a aumentar ese año simultáneamente con una apreciable alza de los gastos del ISSS, El Salvador entró en una fase opuesta a la del Perú. Después de disminuir todos los años desde 1981, las internaciones en los hospitales del ISSS y el total de días de internación bajaron al mínimo en 1987, pero luego aumentaron rápidamente todos los años siguientes. Las visitas ambulatorias siguieron un curso parecido, alcanzando su punto más bajo en 1987, antes de rebotar firmemente y llegar a su apogeo en 1992, con una cifra 130 por ciento mayor que la mínima de 1987.

El impacto de las crisis macroeconómicas de Nicaragua y el Perú en las entradas y los gastos de sus respectivos sistemas de seguridad social para la atención de salud es patente en los Gráficos 4B y 4C. Los gastos reales del IPSS llegaron al punto máximo el mismo año que la mayor parte de los indicadores de la provisión de servicios. También en Nicaragua se experimentó más o menos en esa misma época una crisis del financiamiento de la salud

pública. Como puede verse en el Gráfico 4C, entre 1988 y 1992 los gastos reales del INSSBI disminuyeron en un 48 por ciento, aunque en Nicaragua las crecientes restricciones financieras parecían haber afectado cuantitativamente solo la atención de los pacientes ambulatorios, pero no la de los internados. (No tenemos información sobre los efectos cualitativos, pero los datos anecdóticos indican firmemente que la calidad de toda la atención sufrió efectos adversos.)

En El Salvador la índole procíclica de la seguridad social también es evidente, aunque en menor grado. Pero la experiencia salvadoreña es más alentadora, pues la economía ha sido alcista, contribuyendo por ende a incentivar la ampliación de la cobertura y la provisión de servicios del sistema de seguridad social. En El Salvador, 1987 marcó la ruptura definitiva con el pasado, al aumentar el total de gastos reales en atención de salud en un 27 por ciento, y al aumentar las internaciones, los días de internación y la provisión de atención ambulatoria en un 13, 15 y 27 por ciento, respectivamente.

La crisis de la macroeconomía y de la seguridad social en estos países se ha agravado a raíz de la crisis más general del sector salud que la seguridad social generalmente ha exacerbado. Desde 1987 los institutos de seguridad social del Perú y El Salvador han pasado a ser actores relativamente más importantes en sus respectivos sectores de salud, como se determinó por 1) la proporción de gastos totales en atención sanitaria asignados a la seguridad social (definida como Ministerio de Salud más seguridad social), y 2) la proporción del total de servicios de atención sanitaria proporcionada por la seguridad social. Por ejemplo, en 1987 el ISSS de El Salvador gastó 37 por ciento del monto de gastos del MS y suministró 16 por ciento de las internaciones hospitalarias y 41 por ciento de las visitas ambulatorias. En 1992 el ISSS gastaba 87 por ciento del monto de gastos del MS y suministraba 34 por ciento de las internaciones y 84 por ciento de las visitas ambulatorias.

Los Ministerios de Salud de estos países están oficialmente encargados de proporcionar atención a 70-80 por ciento de toda la población. Mientras la atención de salud del seguro social representa ahora una proporción creciente de todos los gastos de la atención sanitaria, la cobertura de la seguridad social se ha ampliado muy poco. Esto indica que han habido desigualdades rápidamente crecientes en la cantidad y calidad de la atención de salud de los beneficiarios de la seguridad social en comparación con la del resto de la población. Los que tuvieron la fortuna de seguir siendo beneficiarios de la seguridad social estaban en una posición cada vez más privilegiada a juzgar por los gastos medios en atención de salud por beneficiario. En el caso del Perú, al menos con respecto a la atención ambulatoria, la disparidad es realmente notable. Mientras el presupuesto del IPSS, comparativamente con el del MS, ha aumentado constantemente del 119 por ciento en 1987 al 184 por ciento en 1992, la parte que le corresponde de la provisión total de servicios ha disminuido del 68 al 62 por ciento del total de visitas ambulatorias.

Estas crecientes desigualdades son motivo especial de preocupación ya que la sociedad de cada uno de estos países ha padecido las trágicas consecuencias de extendidos y violentos disturbios políticos y sociales durante todos los años ochenta. Estas crisis se reflejan y tienen

graves repercusiones en el comportamiento económico de todos estos países. Las crisis sociopolíticas y económicas se exacerbaron mutuamente e intensificaron la crisis nacional de estos países. Estos acontecimientos les han dado a los políticos el ímpetu y la necesidad, y también relativamente mayor libertad de maniobrar para: 1) experimentar con la introducción de reformas en los sistemas de seguridad social para que, como mínimo, tengan acceso a una mayor participación, y 2) comenzar a explorar la posibilidad de introducir cambios estructurales más fundamentales.

En las secciones siguientes se analizan las reformas de los sistemas de atención de salud de la seguridad social de cada país relacionadas con el sector privado. La descripción de las reformas está precedida de una breve introducción sobre cada sistema en la que se destacan las nuevas circunstancias y la percepción que tiene el público de la suficiencia de la atención y, más generalmente, la aceptación del *statu quo*.

III. EL SALVADOR

A. Introducción y últimas novedades

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) fue establecido en abril de 1954 y proporciona atención de salud a trabajadores y jubilados inscritos, a sus cónyuges y, hasta relativamente poco tiempo atrás, a los hijos no mayores de seis meses. Al principio la cobertura del ISSS estaba limitada a establecimientos industriales, comerciales y de prestación de servicios en solo 9 de los 262 municipios de El Salvador. En 1973 el ISSS extendió sus servicios a todo el territorio nacional. Los inscritos continúan concentrados en 9 municipios de la zona metropolitana de San Salvador. En 1976, 64 por ciento de los inscritos del ISSS, o "cotizantes", estaban en los 9 municipios de la zona metropolitana, que contiene 26 por ciento de la población nacional. En 1992 esta proporción se había elevado al 72 por ciento.

Como resultado de una reciente serie de modificaciones en los criterios de afiliación del ISSS, la cobertura del Instituto se ha ampliado constantemente desde 1989. Los cambios introducidos más importantes fueron la extensión de la cobertura a: 1) los empleados del sector público de todo el país (anteriormente la cobertura abarcaba solo 3 de las 5 regiones administrativas), 2) los maridos de las aseguradas (hasta 1989 solo recibían beneficios las esposas) y 3) los hijos menores de dos años de los afiliados (anteriormente solo se atendía a los hijos no mayores de 6 meses). En los planes del ISSS se pide extender anualmente la categoría de beneficiario a los hijos progresivamente mayores de los afiliados. En 1996 pertenecerán a esa categoría los hijos no mayores de seis años. El impacto de estos cambios ha sido considerable. En 1989, mientras el número de candidatos tradicionalmente admisibles se redujo en un 2 por ciento, el número creciente de nuevos afiliados admisibles y sus dependientes compensaron con creces esta declinación, llevando a que se ampliara la inscripción en el ISSS. Además, en 1989 el número total de beneficiarios experimentó un

aumento récord del 23 por ciento. Desde que la economía empezó a recuperarse en 1990, el número de inscritos y de beneficiarios del ISSS ha aumentado constantemente.

B. Deficiencias percibidas e insatisfacción de los consumidores

Por mucho tiempo ha sido común en todo El Salvador criticar los servicios de salud del ISSS. Debido a las largas demoras en obtener atención y al hecho de que el ISSS no atiende adecuadamente a los niños muy pequeños, un número considerable (pero no determinado) de firmas comerciales han optado por asegurar a sus empleados en compañías privadas mientras siguen cumpliendo con la obligación legal de pagar su aporte al ISSS. Esta decisión se toma generalmente por razones puramente económicas; el valor del tiempo de trabajo que se ahorra brindando a los trabajadores una fuente de atención más expeditiva compensa el costo de la prima del seguro. Otras firmas, guiadas por las mismas consideraciones económicas, han establecido su propia capacidad de prestación de atención de salud, empleando por lo común uno o más proveedores de atención de salud en el lugar de trabajo, sea con horario parcial o completo. No se ha efectuado ningún análisis sistemático para identificar la cantidad y las clases de arreglos de ese tipo. Está claro, sin embargo, que son un reflejo de las deficiencias percibidas en el sistema de prestación de servicios del ISSS.

Si bien no hay datos definitivos sobre el número de personas con seguro privado de enfermedad en El Salvador, hay pruebas de que este mercado ha estado creciendo rápidamente en todo el último decenio. Entre 1980 y 1991 el total anual pagado en concepto de primas de seguros privados de enfermedad aumentó, término medio, a razón de un 25,1 por ciento anual, lo que pone de manifiesto el alto grado de insatisfacción con los servicios de salud del ISSS. En El Salvador los planes de los seguros privados de enfermedad son casi exclusivamente pólizas colectivas que adquieren los empleadores para todos los empleados de la compañía. Los expertos en seguros privados de enfermedad estiman que aproximadamente 100.000 personas tienen seguro de enfermedad. Esto equivale a cerca del 20 por ciento de todos los beneficiarios de la seguridad social, una proporción considerable, que pone de manifiesto el alto grado de insatisfacción generalizada con el sistema de atención de salud de la seguridad social.

C. Privatización parcial de la atención ambulatoria especializada

Desde la destrucción del hospital primario del ISSS a raíz del impresionante terremoto de 1986, el Instituto tiene una larga lista de citas pendientes. Este cúmulo de trabajo atrasado--sobre todo las consultas con especialistas--dio lugar a que hubiera citas pendientes por tres meses o más y se convirtió en el blanco de algunas de las críticas más cáusticas del ISSS. En respuesta a este exceso de demanda, se cambiaron las horas de atención de la clínica de 8 a 12 horas por día. Pero esta medida resultó inadecuada, de modo que a partir de mayo de 1990, el ISSS introdujo lo que se pretendía que fuera un programa temporal muy concentrado

en eliminar lo peor de los pedidos pendientes de los pacientes: un programa que contara con médicos privados que prestaran atención ambulatoria especializada.

El plan de privatización cuenta con médicos que trabajan para el ISSS, pero que ahora actúan en su capacidad de profesionales privados en sus propios consultorios para proveer de atención a los pacientes asegurados con el ISSS. Los médicos reciben 40 colones (US\$5,06) por consulta. La cantidad reembolsada no se ha cambiado desde el inicio del programa cuatro años atrás. Al principio el plan de privatización se limitaba a la primera visita por un episodio patológico en particular y a los inscritos que vivían en la zona metropolitana de San Salvador. Alrededor de un año después de iniciado el programa, cuando se hizo evidente que daba buen resultado (desde el punto de vista del ISSS) y que gozaba de aceptación (entre los beneficiarios del ISSS), se modificó para incluir una segunda consulta. Poco después se hizo efectivo en todo el país.

Los beneficiarios del ISSS no pueden simplemente dirigirse a un proveedor del sector privado y pagar por los servicios recibidos. Los individuos deben primero visitar a un médico general del ISSS. Si se los remite entonces a un especialista y tienen que esperar más de tres días para obtener una cita, pueden optar por el plan de privatización. Al principio las personas que reunían estas condiciones y querían una consulta privada eran asignadas a un médico en particular. Esta práctica se modificó en 1993 en respuesta a los pedidos de ampliación de la elección de los consumidores. Los pacientes pueden ahora escoger un proveedor privado de una lista de médicos participantes.

También se ha pedido reiteradamente que se liberalice el sistema y se permita la participación de otros médicos distintos de los del ISSS. Hasta ahora los funcionarios del ISSS se han resistido, manteniendo que el programa está restringido a los médicos que trabajan por lo menos de tiempo parcial para el ISSS para evitar que el Instituto tenga que enseñar a los médicos participantes los criterios y normas del ISSS y vigilarlos más rigurosamente de lo que se sentirían obligados a hacer. Sesenta y seis por ciento de los 226 médicos del Instituto que trabajan en la región metropolitana participan en el programa de privatización.

El programa de privatización paga solo los honorarios del médico privado y no cubre ningún otro cargo contraído como parte de la consulta. Los beneficiarios del ISSS que participan en el programa deben aun obtener todos los exámenes de laboratorio, rayos X o recetas médicas requeridas de los servicios del ISSS o pagar por ellos. La participación en el programa puede ser, por lo tanto, incómoda, y además consume mucho tiempo, según la naturaleza de la consulta.

En los siete meses de 1991 durante los cuales el programa estuvo vigente, se suministraron 44.507 consultas privadas de especialistas y en 1992, 66.000. Al principio se había proyectado que este plan de privatización parcial sería un programa temporal que se mantendría en efecto por un tiempo limitado, lo suficiente para reducir el cúmulo de citas

atrasadas a un nivel aceptable. Los funcionarios del ISSS dicen ahora que el programa es un elemento permanente del sistema de salud del ISSS.

El plan se ha extendido también a los servicios de pediatría. Como ya se mencionó, el ISSS está procediendo a ampliar la cobertura de los hijos. Puesto que siempre se había atendido a los hijos solo durante los primeros 6 meses de vida, el Instituto no había tenido necesidad ni disponía de un grupo grande de pediatras. A fin de satisfacer la demanda creciente de servicios de pediatría, el ISSS ha extendido el plan de privatización a estas visitas.

De acuerdo con las estimaciones del ISSS, el costo total por consulta especializada (incluida la administración) era de 53 colones en 1990 y de 64 en 1991. El costo de la consulta privatizada es de 40 colones. Pero estos no son los costos completos del plan de privatización pues nunca se cuantificaron los costos administrativos. Si por otra parte, dejamos de lado los costos administrativos, encontramos que el costo de una consulta especializada suministrada por el ISSS era de solo 33 colones en 1990 y de 46 en 1991, lo que indica que el plan de privatización probablemente no haya sido una buena transacción financiera para el ISSS (como todos aclaman), al menos durante 1991. (No se dispone de datos más recientes sobre los costos.)

En 1991 la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), una influyente agrupación local de expertos sin fines de lucro, efectuó una encuesta sobre la satisfacción de los médicos y los consumidores con el plan de privatización y encontró que una mayoría abrumadora apoyaba el programa.

IV. PERÚ

A. Insatisfacción creciente con el acceso a la atención y la calidad de ésta

Durante toda la última mitad de los años setenta, la calidad de los servicios provistos por el Instituto Peruano de Seguro Social (IPSS) se deterioró apreciablemente. En primer lugar, el comienzo de una pronunciada inflación en el Perú redujo el nivel de los recursos financieros reales disponibles para la provisión de atención de salud por el IPSS. Más adelante, en 1982-83, una grave recesión económica llevó a que bajara el número de trabajadores afiliados al IPSS, lo que redujo aún más la base financiera de la organización e influyó solo de manera mínima en los altos costos fijos de las operaciones de los servicios de salud. Finalmente, la dirección de los servicios de salud del IPSS se deterioró considerablemente después de 1977 y perdió su reputación de administrador eficiente y de proveedor eficaz de servicios (Mesa-Lago, 1986). A mediados de los años ochenta se había convertido en una institución tachada de ser sumamente deficiente tanto desde el punto de vista administrativo como de la prestación de servicios de atención de salud de calidad aceptable. En un análisis llevado a cabo en 1985 se concluyó:

La cobertura médica provista por el programa del IPSS está entre las más bajas y de distribución más desigual de América Latina. Pero sus costos están entre los más altos de la región. Pese a que las tasas de aportación legalmente asignadas por mandato a los empleadores y empleados son superiores al promedio de América Latina, el programa comenzó a operar con déficit a pesar de que la economía del Perú era relativamente sana y continuó siéndolo de 1977 a 1984 inclusive. Los salarios reales en considerable deterioro creciente, la generalizada falta de recaudación, especialmente la falta de pago por parte del gobierno de sus propias aportaciones como empleador, provocaron el descenso de las entradas mientras aumentaban los gastos a causa de los altos costos administrativos y de personal, los servicios hospitalarios ineficientes y las costosas contrataciones externas de servicios (Mesa-Lago 1987, pág. 1).

Desde el punto de vista del paciente, estas ineficiencias administrativas se manifestaron de varias maneras que estimularon aún más el desarrollo de los seguros privados de enfermedad. Las horas de servicio del IPSS, por ejemplo, eran bastante restrictivas. Coincidían con el horario de trabajo, de modo que los empleados enfermos que requerían atención médica del IPSS debían ausentarse del trabajo. Además, las filas de espera en los establecimientos del IPSS eran largas y no era extraño que los pacientes tuvieran que esperar varias horas sin ser atendidos y que tuvieran que regresar al día siguiente sin estar seguros de que se los fuera a atender. Los pacientes que buscaban servicios de hospitalización debían, por lo común, esperar dos o tres meses para que se los internara. No solo era difícil obtener servicios, sino que los que los conseguían solían quedar insatisfechos. Trabajadores y empleados por igual tenían motivo para buscar alternativas más satisfactorias.

Pese al hecho de que los trabajadores estaban obligados a aportar el 3 por ciento del sueldo y los empleadores el 6 por ciento al régimen de servicios de salud del IPSS, la insatisfacción con esos servicios llegó finalmente a un punto en que, además de pagarse el seguro social, se compraban seguros privados de enfermedad. En efecto, estos actores consideraban que la aportación al IPSS no era ya un tipo de seguro de enfermedad obligatorio sino sencillamente un impuesto.

De acuerdo a entrevistas realizadas con el personal directivo de compañías privadas de seguros y directores de hospitales privados, se estima que a mediados de los años noventa, casi 1,1 millón de personas tenían algún tipo de seguro privado de enfermedad, además del seguro del IPSS. Esto equivale a casi 30 por ciento de los inscritos en el IPSS y aproximadamente 20 por ciento del total de beneficiarios del IPSS, lo que indica un alto grado de insatisfacción general con los servicios de atención de salud de la seguridad social.

En respuesta a la crisis socioeconómica y política y a las críticas en aumento del IPSS, en 1991 el gobierno del Perú se embarcó en una reforma tripartita del programa de atención de salud de la seguridad social orientada hacia el sector privado. Las tres reformas eran el programa de cirugía menor, el programa de atención ambulatoria descentralizada y la reforma de la organización del sistema de salud.

B. SECTOR PRIVADO DEL PERU, PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR

En 1991, el IPSS instituyó el programa de cirugía menor en el sector privado. Su propósito era reducir el cúmulo de pacientes que esperaban hasta tres meses para someterse a operaciones quirúrgicas relativamente poco importantes, y permitir así que los recursos de los hospitales terciarios se dedicaran a proporcionar de atención terciaria de salud.

En virtud del programa, se paga a los hospitales y clínicas privados un honorario fijo predeterminado para que suministren el servicio. El IPSS ha establecido una serie de requisitos para las entidades del sector privado que desean participar en el programa, referentes primordialmente a la capacidad de provisión de un mínimo determinado de personal y equipo. Los hospitales y clínicas que llenan esos requisitos y solicitan inscribirse en el programa del IPSS se colocan en una lista de proveedores participantes. Esta lista se pone a la disposición de los beneficiarios del IPSS, quienes, después de la provisión de un servicio, pueden escoger cualquiera de los proveedores participantes para someterse a los tipos acreditables de cirugía estipulados. Los hospitales privados participantes envían entonces una factura al IPSS.

Hasta la fecha, este programa no ha atraído la participación de gran número de hospitales o policlínicas privados. Existe, sin embargo, un hospital que dedica un 60 por ciento de sus camas al tratamiento de los participantes del programa de cirugía menor del IPSS. Según se ha informado, la sala del hospital dedicado al programa de cirugía menor ha tenido una tasa de ocupación cercana al 100 por ciento desde poco después de ingresar al programa.

En sentido más general, el impacto del programa en los asegurados del IPSS ha consistido en suministrar al supuesto paciente 1) mayor elección para seleccionar de proveedores, y 2) un lapso muy reducido de tiempo para conseguir citas. El programa ha contribuido a que la demanda de seguros privados de enfermedad sea menor y al mismo tiempo a que la demanda de servicios de los hospitales privados sea mayor en comparación con la que se habría registrado si no hubiera existido el programa.

C. El programa de atención ambulatoria descentralizada

Alentado por la experiencia relativamente limitada, pero abrumadoramente positiva de privatización parcial del programa de cirugía menor, el IPSS introdujo en mayo de 1992 un segundo programa con el sector privado, el programa de atención ambulatoria descentralizada

(PAAD). Este programa está encaminado a estimular el establecimiento de un sistema de atención primaria de salud basado en un proveedor/custodio de atención primaria. El acceso a los servicios financiados por el IPSS mejorará al reducirse la demora en conseguir una cita y las tardanzas por el tiempo de viaje y de espera, y al ampliarse la selección de médicos y de lugares de provisión de servicios.

En la actualidad el PAAD está centrado en los distritos y se limita a Lima. Los médicos del sector privado que deseen participar en el programa deben presentar una solicitud y reunir los requisitos establecidos en el *Reglamento del programa de atención ambulatoria descentralizada*. En su mayor parte, son requisitos mínimos referentes a las credenciales profesionales, el equipo necesario y las condiciones físicas del consultorio del médico. Los médicos participantes también deben aceptar determinados requisitos sobre la presentación de informes.

Un paciente asegurado con el IPSS puede elegir como médico primario a cualquiera de los médicos de su distrito que participen en el PAAD y llenar sencillamente un formulario para inscribirse en el programa. El médico envía el formulario al IPSS y le entrega al paciente una tarjeta de identificación del PAAD a través de la cual se sigue la atención del individuo relacionada con el PAAD. El paciente tiene derecho a recibir una determinada cantidad limitada de atención en virtud del programa, inclusive un máximo de seis consultas por año, dos recetas médicas por consulta, un análisis de orina y otro de sangre por mes, etc. El propósito de estos controles es evitar que los médicos o los pacientes abusen del sistema. Para el tratamiento de enfermedades crónicas que requieran más del máximo permitido de consultas se remite el paciente a especialistas del IPSS.

Los médicos que participan en el PAAD reciben 3,50 soles por consulta (en 1992, US\$1,00 equivalían aproximadamente a 1,00 sol nuevo peruano). El programa permite que el IPSS amplíe considerablemente la provisión de servicios mientras evita los costos de adquisición de nuevos establecimientos.

El PAAD ha ampliado el acceso a la atención del IPSS al reducir la dificultad de la provisión de servicios creada por el número limitado de lugares destinados a este efecto. El acceso también se mejoró al reducirse considerablemente la demora de las citas para los servicios de atención primaria de salud. Si bien no se han realizado estudios sistemáticos, es indudable que el programa también haya contribuido a que mejore la idea que tienen los consumidores acerca de la calidad de la atención del IPSS, y la aceptación del sistema del IPSS (que ahora, naturalmente, no está tan precisamente definido e incluye servicios del sector privado).

En los primeros seis meses de operación, el PAAD proporcionó 150.000 consultas. Desde el comienzo de las operaciones, el 4 de mayo de 1992, el PAAD ha observado incrementos mensuales en la provisión de servicios. Después de todo el primer año en funcionamiento, estaba suministrando aproximadamente 60.000 consultas por mes, lo que equivale a un 50 por ciento del total de consultas ambulatorias provistas por el IPSS en la zona metropolitana

de Lima, y a un 25 por ciento del total de atención ambulatoria prestada en todo el país. La rápida expansión de este programa y su mercado, con su estructura de bajos honorarios/reembolsos, es prueba del grado del exceso de capacidad en el sector privado y también del grado en que la demanda de servicios del IPSS se ha atascado por falta de lugares de provisión de servicios y de la calidad inaceptable de la atención percibida por los consumidores (una combinación del grado de acceso a la atención--tiempo de viaje, tiempo de espera, demora en las citas--y la calidad técnica de la atención prestada).

Otro factor cuya importancia se desconoce es que algunas de las personas que tenían seguros privados están ahora exclusivamente protegidas por el seguro público (IPSS) y están sirviéndose de él por primera vez. El administrador del PAAD explica que una de las razones para establecer el PAAD se fundaba en los graves y crecientes problemas económicos que enfrentaba el Perú; muchas personas estaban perdiendo el seguro privado de enfermedad, a raíz de lo cual aumentaba la demanda de servicios del IPSS. El PAAD era, en parte, una estrategia para abordar el crecimiento de esa demanda, puesto que los servicios del IPSS ya tenían lo que muchos consideraban un intolerable tiempo de espera en los consultorios y en la adjudicación de citas.

Según el administrador del programa, el plan a largo plazo del PAAD consiste en incorporar al sistema algunos laboratorios privados del programa a varias de las ciudades principales del país. Hasta ahora el PAAD no cuenta con la participación de proveedores del sector privado organizado, lo que se debe en parte a los bajos niveles de reembolso del programa, pero también porque se pretende que el programa sea un vehículo para el desarrollo de una red de atención primaria de salud y no un sistema de atención centrado en los hospitales.

D. Un sistema privado de salud

El 10 de noviembre de 1991 se creó por Decreto Legislativo No. 18 el Sistema Privado de Salud (SPS), destinado a complementar el sistema de prestación de atención de salud del IPSS. Aunque aún están por especificarse los detalles de esta reforma, en términos generales, les ofrece una opción a los trabajadores: por primera vez se les permitirá elegir un sistema de salud distinto del IPSS.

En virtud del nuevo sistema propuesto, los que decidan continuar con la cobertura tradicional del IPSS seguirán pagando el tres por ciento de su sueldo al IPSS por esa cobertura, y el empleador seguirá aportando el seis por ciento del sueldo del empleado. Para los que elijan un sistema distinto del IPSS, la aportación del empleado se elevará al 8 por ciento de su sueldo, que cubrirá todo el costo del seguro de enfermedad del empleado. La parte de los empleadores se reducirá al 1 por ciento del sueldo del empleado, pero no como garantía de la cobertura de los servicios de salud del empleado sino como contribución en solidaridad con el IPSS.

El SPS estará administrado por las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS). Un comité técnico independiente de la Legislatura está actualmente concibiendo la naturaleza, las funciones y las operaciones de las OSS.

Sin embargo, dada la sola estructura fundamental identificada hasta la fecha, conforme a lo estipulado en el Decreto Legislativo, es posible reconocer algunas importantes características de la manera en que ha de funcionar, en sentido muy general, el SPS. Quizá lo más importante y contencioso es que los servicios de salud provistos a través del SPS (que funcionará como intermediario/contratista) no serán uniformes para todos los participantes. Ese seguirá siendo el caso con la cobertura provista por el IPSS. En cambio, la cobertura y beneficios de los empleados variarán según el tipo particular de plan contratado con la organización proveedora de servicios de salud. Respecto a los empleados con bajos ingresos, con el 8 por ciento aportado se comprará un seguro con un tipo de cobertura considerablemente menos generosa que la que puede adquirir un empleado mejor remunerado (*Cuanto*, marzo de 1992, págs. 35-36).

En la medida que las personas con sueldos bajos opten por el SPS, es probable que, como resultado de la introducción de este sistema, habrá más personas--específicamente las que tienen sueldos bajos--obligadas a recurrir al sistema más económico del Ministerio de Salud, al menos para algunas de sus necesidades de atención de salud. Pero en su mayoría, estas personas probablemente permanezcan dentro del sistema del IPSS, sobre todo si tienen enfermedades crónicas o prevén que han de tener considerable necesidad de atención médica. Esto indica que la utilización media de los trabajadores protegidos por el IPSS puede aumentar. Si este impacto--o sea, la posibilidad de la elección perjudicial del IPSS--es suficientemente grande, podría poner en peligro la estabilidad financiera a largo plazo del IPSS y, por ende, será necesario analizarla detenidamente y tenerla en cuenta al diseñar el SPS.

En vista de que el SPS tiene aún que definirse más precisamente, es imposible cuantificar en algún detalle la magnitud del impacto de esta reforma. Pero cualquiera que sea su forma y contenido, no hay duda de que la introducción del sistema privado de salud estimulará el crecimiento del sector privado. El alcance de este crecimiento y la manera en que ha de producirse dependerá de la manera en que se plasme este sistema.

Numerosos funcionarios de compañías privadas de seguro dicen, confidencialmente, que no prevén un aumento apreciable del nivel de provisión de servicios del sector privado con la introducción del SPS. Señalando que en Chile la introducción de este mismo tipo de liberalización trajo como resultado que 25 por ciento de los contribuyentes de la seguridad social optaran por sistemas privados, estos funcionarios mantienen que la proporción probablemente ha de ser muy parecida en el Perú. Observan, además, que esto significa muy poco cambio neto para el sector privado, pues esto representa (según sus estimaciones) solo algo más que la proporción de individuos que actualmente tienen seguros privados (junto con la cobertura obligatoria del IPSS). A estos observadores les parece que la proporción de población económicamente activa que posee recursos financieros para tomar un seguro

privado pero se le ofrece la oportunidad de participar en el IPSS está optando, en su mayor parte, por el seguro privado. El plan, por lo tanto, ayuda a individuos relativamente acomodados (y a sus compañías, en la medida que estas contribuyen al pago de la prima) a eludir la carga de tener que pagar doble por el seguro de enfermedad del IPSS y de un plan privado.

Pero incluso si la magnitud de estas estimaciones es correcta, cabe notar que los tipos de planes que los individuos elijan podrían contribuir a alterar considerablemente la composición del sector privado. Los tipos de planes y las selecciones de los individuos dependen de la legislación habilitante y las reglas de procedimiento aún por completarse. La legislación puede, por ejemplo reafirmar sencillamente las disposiciones actuales del seguro comercial y los autoseguros--como los funcionarios precitados anticipan, o podría ser que una vez establecidas las "reglas del juego", los planes prepagados tratarán de captar una gran porción de este mercado.

El Gobierno ha anunciado que ha aplazado la consideración ulterior del SPS hasta después de las elecciones presidenciales programadas para abril de 1995.

Parecería que la actitud complaciente de estos funcionarios de las compañías de seguros no se justifica: podrían estar por producirse cambios importantes en la composición del sector privado. Las compañías de seguros, al no anticipar ningún cambio, no están preparándose mucho para el SPS. Pero algunos de los intermediarios más inteligentes y varios de los hospitales están tomando medidas para captar lo que ellos prevén que ha de ser una importante nueva clientela.

Según como se diseñe y ejecute, el SPS trae consigo considerable capacidad potencial para alterar el statu quo financiero del sector privado de salud y para desarrollar un área pronta para innovaciones en cuanto a elaboración potencial de nuevos planes de seguros privados y nuevos tipos de relaciones entre el intermediario/contratistas y los proveedores de atención de salud y sus instituciones.

V. NICARAGUA

A. Introducción y últimas novedades

En 1957 se estableció en Nicaragua el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI). En los primeros años siguientes al ascenso al poder de los sandinistas en 1979 se registraron varios cambios en la estructura y las operaciones del Instituto de Seguridad Social. En primer lugar, el gobierno sandinista estableció un solo sistema unificado de atención de salud por el cual se incorporó el sistema de atención de salud del INSSBI al del Ministerio de Salud (MINSA). Las instalaciones del INSSBI se cedieron al MINSA y fueron indistinguibles de las de este Ministerio, y el personal del INSSBI pasó a formar parte del personal del MINSA.

Otra reforma del INSSBI con posterioridad a 1979 fue la relativa a las entradas generadas por las aportaciones de la seguridad social. Cuando las instalaciones y el personal del INSSBI se incorporaron al MINSA, la parte de las aportaciones correspondiente al MINSA legalmente establecida (10 del 17 por ciento de las entradas totales del INSSBI basadas en las aportaciones), no se transfirió más del Ministerio de Hacienda directamente al MINSA. En lugar de ello, el MINSA continuó recibiendo solo los fondos generales asignados por el gobierno central.

Probablemente las cuotas asignadas de los fondos generales recibidos por el MINSA habían aumentado puesto que éste tenía ahora la responsabilidad adicional de pagar al personal y de dirigir los establecimientos que pertenecían al INSSBI. Pero la ausencia de dinero destinado a fines específicos eliminó el mecanismo transparente por el cual los inscritos en la seguridad social podían ver que el 59 por ciento de sus aportaciones se utilizaba para prestar servicios de atención de salud. Aunque la distribución del presupuesto del MINSA reflejaba las aportaciones a la seguridad social, el nuevo sistema financiaba la provisión de servicios de atención de salud para una gran población fuera de los contribuyentes y sus beneficiarios, generando resentimiento entre los trabajadores. Estos pronto empezaron a quejarse de que sus aportaciones a la seguridad social se habían transformado en un tipo de impuesto indirecto. Las recientes reformas de la mecánica operativa del INSSBI respecto de los servicios de atención de salud (que se detallan a continuación), son en gran parte una respuesta a la presión ejercida por esos trabajadores/contribuyentes insatisfechos.

B. Nueva función de administrador, no de proveedor, de servicios de salud del INSSBI: el nuevo programa de seguridad sanitaria

A principios de 1993 el INSSBI comenzó a trabajar en la creación de la nueva función que habría de desempeñar en los servicios de atención de salud. A fines de ese año anunció el establecimiento de dos nuevos programas. En realidad, ninguno de esos programas era nuevo, sino que eran versiones reorganizadas y reestructuradas de dos programas tradicionales de la Seguridad Social: el Programa de servicios de atención de enfermedades

comunes y de salud materno-infantil y el Programa de riesgos profesionales. Más específicamente, el INSSBI no sería ya el proveedor directo de atención en ninguno de los programas, sino que asumiría la función de financista y administrador de los programas. El nuevo Programa de riesgos profesionales y el Programa de servicios de atención de enfermedades comunes y de salud materno-infantil contratan ahora organizaciones autorizadas de atención de salud para que provean de atención y cobertura del seguro, respectivamente. Los dos nuevos programas comenzaron a ponerse en ejecución en noviembre de 1993.

En 1993 las negociaciones con médicos y hospitales de los sectores público y privado culminaron al asumir el INSSBI su nueva función de administrador (a diferencia de la de administrador y proveedor) de los servicios de salud de los beneficiarios del INSSBI.

El nuevo plan está organizado por empleador e incluye solo a los empleadores cuyos trabajadores están en el Régimen integrado (esto es, los que tienen enfermedades comunes y prestaciones de maternidad). Una vez por año todos los empleados de un empleador votan por la organización autorizada por el INSSBI para prestar atención de salud de la que quieren recibir toda la atención asegurada por el INSSBI. Para cada empleador, la única organización autorizada que recibe mayoría de votos en la elección se convierte en la única fuente de atención asegurada del INSSBI.

Las organizaciones interesadas en participar en el nuevo programa reciben autorización porque:

- satisfacen los requisitos mínimos establecidos por el INSSBI respecto de los recursos humanos y la infraestructura física;
- aceptan ofrecer un conjunto básico de servicios médicos y quirúrgicos, incluidos exámenes radiográficos y de laboratorio específicos y determinadas medicinas;
- aceptan recibir una asignación per cápita en calidad de pago íntegro por todos los servicios básicos específicos que demandan los asegurados;
- aceptan pagar la subvención económica que el INSSBI debe pagar a los trabajadores asegurados enfermos o con incapacidades temporales (un porcentaje del sueldo corriente del empleado); y
- firman un contrato aceptando las condiciones.

En el nuevo modelo el INSSBI también debe encargarse de: 1) pagar 94,5 córdobas (US\$14,21 en julio de 1994) por asegurado a la fuente de atención de salud designada por éste, 2) supervisar el cumplimiento del convenio, y 3) efectuar auditorías médicas de la calidad de la atención provista.

Peje a que el programa se halla en existencia desde noviembre de 1993, su aceptación y crecimiento han sido relativamente lentos. Los 63 lugares de trabajo que estaban participando en el programa el 1 de julio de 1994 tienen 7.255 trabajadores inscritos que representan menos del 6 por ciento del total de candidatos en condiciones de participar. Hasta ahora el mayor obstáculo que restringe la tasa de crecimiento del programa ha sido de parte de la oferta: el número de organizaciones de atención de salud que están participando en el programa es inadecuado. Esto se debe principalmente a dos razones: 1) los diversos riesgos inherentes del programa (que se examinan más detenidamente a continuación), y 2) la naturaleza relativamente fragmentada y no organizada del sector privado. Si bien este sector suministra una cantidad considerable de las consultas totales--que representaban 36 por ciento del total nacional en 1992 (OPS, 1992, página 10)--su capacidad de hospitalización es minúscula (se estima que en Managua existen 130 camas en los hospitales privados, y en todo el país menos de 250, lo que representa aproximadamente 5 por ciento de la dotación total de camas).

En la demanda, en cambio, el factor ha sido el ímpetu de crecimiento del programa. Puesto que los empleados y los empleadores han estado pagando las cuotas de la seguridad social sin recibir por ello ninguna prestación identificable extraordinaria desde 1979, es de prever que habrá un clamor entre los empleados y los empleadores por participar en el programa. En algunos casos, sin embargo, se ha informado que la introducción del nuevo programa ha puesto a algunos empleados en contra de sus empleadores. Esta ha sido una experiencia común de los empleadores que evitaron pagar sus cuotas al INSSBI, mientras los empleados pagaban las suyas. A raíz de la falta de pago de los empleadores, los empleados no llenan las condiciones para participar en el programa, lo que ha llevado a que muchos de estos presionen a sus empleadores.

Las organizaciones de atención de salud interesadas en participar en el nuevo programa del INSSBI enfrentan tres riesgos principales. En primer lugar, esas organizaciones no sacan mucha ganancia con el certificado de autorización: pues éste solo les da el derecho de estar incluidas en la lista de votación de los empleados de un determinado empleador para elegir su fuente de atención de salud. De modo que una organización de atención de salud interesada en participar en el programa del INSSBI corre posiblemente el riesgo de contraer gastos que demanden el cumplimiento de los requisitos relacionados con los recursos humanos y la infraestructura física y los subcontratos requeridos para la autorización sin que finalmente se la elija como proveedora de atención de salud del INSSBI.

Las organizaciones interesadas en participar en esos programas también deben aceptar la responsabilidad de suministrar toda la serie de servicios básicos que los asegurados demandan. Las organizaciones participantes deben cumplir su cometido sea directamente, prestando ellas mismas los servicios, o indirectamente, financiando la contratación o subcontratación de otros para la provisión de la atención. Por lo tanto, aunque las organizaciones de atención de salud participantes pueden decidir que ellas mismas han de suministrar solo un tipo de atención, se les exige que organicen y financien el resto de la combinación de servicios para los inscritos. Hasta ahora, las organizaciones contratistas

principales han sido en su mayoría servicios ambulatorios, que corren riesgos puesto que deben proporcionar toda la atención que demandan los inscritos en el INSSBI aunque para hacerlo tengan que perder dinero. En efecto, se ha informado que dos policlínicas del sector privado de Managua se declararon en quiebra el año pasado principalmente por haber perdido considerables sumas de dinero al tener que prestar atención hospitalaria a la clientela del INSSBI.

El tercer riesgo que enfrentan las organizaciones de atención de salud participantes en el programa del INSSBI es que, además de ser las encargadas de suministrar o financiar toda la atención de salud, también deben pagar a los trabajadores enfermos un subsidio económico o la licencia paga por enfermedad. Algunos consideran que este es uno de los aspectos más onerosos de los requisitos del INSSBI, en parte porque se trata de una nueva área para los participantes y posibles participantes acerca de la cual tienen poca experiencia y escaso conocimiento. La razón para considerar a la organización de atención de salud directamente responsable por el subsidio es que se ofrecen así poderosos incentivos para vigilar atentamente su dispensación.

C. El Proyecto INSSBI del Ministerio de Salud

El MINSA ha creado una unidad, la Dirección General de Atención al Asegurado (DGAA) que recientemente (junio de 1994) firmó un contrato con el INSSBI, aceptando su ofrecimiento de 94,50 córdobas por persona asegurada por año, a cambio de suministrar al asegurado una combinación mínima de diferentes tipos de servicios (por demanda) específicos por un año. La provisión de servicios de atención de salud bajo los auspicios de la DGAA comenzó en julio de 1994. Cuando se agregue la capacidad de prestación de servicios del MINSA al programa del INSSBI su cobertura se cuadruplicará, extendiéndose a casi la cuarta parte de los trabajadores admisibles con seguro social.

Respecto a los convenios celebrados con otras organizaciones proveedoras de atención de salud, el convenio del MINSA contiene varias condiciones importantes. Primero, durante el primer año, MINSA inscribirá a 22.908 trabajadores establecidos en Managua, principalmente de los Ministerios de Salud y Educación, en lugar de tener que competir por los asegurados a través de la votación de los empleados de cada empleador por los proveedores preferidos.

Segundo, MINSA no tendrá que pagar subsidios económicos (compensación del trabajador) a empleados enfermos o lesionados; el INSSBI mantendrá su responsabilidad durante el primer año del convenio. Tercero, el pago mensual per cápita se aumentará continuamente en proporción directa a cualquier aumento del sueldo de los empleados protegidos por el convenio y estará sujeto a modificación en caso de que haya una devaluación del córdoba con respecto al dólar. El efecto acumulativo de estas medidas es reducir al mínimo el grado de riesgo financiero del MINSA, que lo pondrá en considerable ventaja competitiva. Una sola clínica, la Policlínica Oriental "Carlos Arroyo Pineda", que anteriormente pertenecía al

INSSBI, servirá de eje del sistema, suministrando toda la atención ambulatoria. MINSA está negociando contratos con sus propios hospitales para suministrar atención hospitalaria bajo el programa del INSSBI. Queda por verse si las limitaciones de la capacidad de los servicios ambulatorios del programa han de neutralizar o no el impacto de la ventaja competitiva del MINSA en otros participantes.

1. Mecanismo del programa del INSSBI

Cada dos meses se extiende al asegurado del programa de atención médica del INSSBI una tarjeta de "Comprobación de pago y derechos" que prueba que el asegurado y su empleador han pagado totalmente las aportaciones al Instituto y que, por lo tanto, aquel tiene derecho a recibir las prestaciones del INSSBI. La tarjeta debe presentarse junto con el carnet del beneficiario (una tarjeta de identificación con fotografía) para poder recibir los servicios de salud.

La base orgánica del programa del INSSBI será el empleador, o en el caso del sector público, distintos organismos o entidades operativos (por ej., MINSA, el Ministerio de Educación, etc.) Una vez por año todos los empleados de cada empleador/organismo participante en el programa del INSSBI elegirá al proveedor de atención primaria de salud del que quieren obtener los servicios médicos financiados por el INSSBI durante el año siguiente. En algunos pocos casos una sola organización proveedora prestará toda la atención, tanto a los pacientes ambulatorios como a los hospitalizados. Este plan será relativamente excepcional debido al tamaño y la naturaleza del sector privado en Nicaragua y a la manera en que el sector público (MINSA) proyecta participar. Pero en casi todos los casos, el proveedor de atención primaria de salud prestará solo atención ambulatoria y subcontratará la atención hospitalaria. Cada empleado tiene un solo voto, y la adjudicación del contrato depende de qué proveedor en particular se elige por mayoría de votos de los empleados. El hecho de que los empleados puedan cambiar de proveedor de atención de salud todos los años pone a prueba la viabilidad a largo plazo del proyecto MINSA INSSBI, que tendrá que competir con el sector privado teniendo en cuenta los tipos de factores que probablemente influyan en la selección anual de proveedor de atención de salud, y tendrá, en general, que ser sensible a la clientela y tomar las medidas necesarias para asegurarse de que sus afiliados están satisfechos con la organización y la calidad de la atención recibida.

2. Efectos anticipados del Proyecto INSSBI del Ministerio de Salud

El director de uno de los hospitales nacionales de referencia de Managua se manifestó dudoso de que el Proyecto del INSSBI trajera un aumento de la clientela que paga o de las entradas del hospital en que estaba trabajando. Por propia iniciativa este hospital ha estado celebrando por varios años acuerdos oficiales con cuatro grandes compañías públicas y privadas. Se trata de una práctica bastante común en los hospitales nacionales del MINSA, aunque el número de contratos es pequeño. En virtud de estos acuerdos, las compañías privadas han aceptado una lista de precios preferenciales fijos para los servicios suministrados a sus empleados. Pero una vez que el INSSBI comience a proveer los servicios para el seguro de enfermedad,

este director de hospital espera que las compañías deroguen estas disposiciones especiales, puesto que legalizan el pago doble por el mismo servicio. Como resultado, este médico cree que su hospital experimentará una reducción neta de las entradas que recibe por los servicios de atención de salud prestada a los empleados de estas compañías. Todo esto parece improbable, por varias razones.

En primer lugar, en virtud del nuevo acuerdo del INSSBI, probablemente otras personas además de los empleados de estas cuatro compañías han de recurrir a los servicios del hospital, pagando por ello un honorario. En segundo lugar, los empleados de estas cuatro compañías tal vez no estén dispuestos a renunciar a sus especiales beneficios. Que lo hagan o no liagan depende, en parte, de cuánto se parecen los nuevos programas del INSSBI a los acuerdos especiales y cuánto poder tienen los empleados. También es probable que al menos algunas de las compañías han de mantener disposiciones especiales para algunos servicios, especialmente en vista de que la combinación de servicios del INSSBI, si bien muy amplia, no es integral. En una entrevista con el director de servicios de atención de salud de una de las compañías participantes más grandes, se averiguó que, aunque se preveía una apreciable reducción de los pagos de poca monta por los servicios de atención de salud después de la introducción del programa del INSSBI, la compañía aún estaba decidida a mantener todos sus contratos directos con los hospitales. La compañía se propone seguir suministrando cobertura integral del seguro de servicios de salud. De allí que estuviera proyectando adquirir un número y tipo más limitado de servicios de atención de salud de los hospitales, como tipo de suplemento de la póliza del seguro de enfermedad.

La ansiedad del director de hospital, empero, es comprensible por dos motivos. Uno de ellos es que, mientras bajo el sistema antiguo un individuo podía elegir dónde obtener atención, bajo el nuevo sistema del INSSBI, el hospital debe ser elegido por los empleados de la compañía (por votación colectiva) para que suministre toda la asistencia ambulatoria y hospitalaria, o el proveedor designado por la compañía debe subcontratar un hospital para que preste atención de salud. De modo que el acceso de los empleados a un hospital determinado tenderá a ser algo menos sólido bajo el plan del INSSBI. Pese a ello, la situación financiera probablemente no cambie apreciablemente, sobre todo la de los hospitales más estimados del MINSA.

Suponiendo que el hospital subcontrate a un proveedor designado por el INSSBI y, según los términos del subcontrato, tal vez al hospital no se le pague el honorario habitual por servicios prestados, sino per cápita. Los hospitales, y especialmente los hospitales del MINSA, quedarían en una situación muy diferente de la acostumbrada, o sea, expuesto al riesgo de pérdidas financieras. Dada la naturaleza incipiente del sector de hospitales privados, hubiera parecido que los proveedores designados no tenían prácticamente otra elección, al menos por el momento, que recurrir a los hospitales del MINSA. Estos hospitales tienen, por lo tanto, considerable poder comercial, que deberán aprender a usar de manera constructiva, y aprender especialmente cómo protegerse de los riesgos financieros inherentes en este programa. Como mínimo, sería aconsejable que los hospitales del MINSA--especialmente los más prestigiosos--aprovechen su posición en el mercado para tratar de negociar algún tipo de

riesgo compartido o algún acuerdo para detener las pérdidas con algunos de los proveedores designados con los que negocien un subcontrato.

Se estima que el Programa de Seguridad Sanitaria del INSSBI generará anualmente más de 50 millones de córdobas, más del doble del actual ingreso bruto total del MINSA por tarifas a los usuarios. Esta suma representa menos del 10 por ciento del total de los gastos del MINSA. El Proyecto MINSA, y más generalmente, el entero nuevo programa de seguro de enfermedad del INSSBI, contribuirá probablemente a aumentar la eficiencia de los hospitales del MINSA (y del sector privado) al aumentar las tasas de ocupación, distribuyendo así los costos fijos entre un número mayor de pacientes y reduciendo los costos por unidad. Además, como ya se ha establecido legalmente que los hospitales podrán retener las entradas generadas por su participación en el Programa del INSSBI, los hospitales se sentirán motivados a mejorar su eficiencia. También instituirán controles y supervisión más estrictos en la utilización de los recursos y en la manera en que se prestan los servicios. Las lecciones aprendidas a raíz de esta experiencia son transferibles al resto del MINSA y ofrecen la más grande promesa potencial para el nuevo programa al fomentar el desarrollo de un sector de atención de salud más competitivo.

D. El Programa de riesgos profesionales del INSSBI

El Programa de riesgos profesionales ofrece cobertura del seguro para accidentes y enfermedades relacionados con el empleo a los trabajadores afiliados con el "Programa de enfermedades comunes y servicios de atención materno-infantil" o con el "Programa de riesgos profesionales de incapacidad, vejez y muerte"--aproximadamente 98 por ciento de los trabajadores asegurados con el INSSBI.

El INSSBI estima que 82 por ciento de todos los accidentes relacionados con el trabajo requieren solo atención ambulatoria, y el 18 por ciento restante, atención especializada u hospitalización. Solo los hospitales suministran servicios de atención de salud financiados a través del Programa de riesgos profesionales. Para participar en el programa, los hospitales deben estar autorizados. Para obtener el certificado de idoneidad, el hospital debe demostrar que tiene capacidad integrada adecuada para resolver casos resultantes de accidentes relacionados con el trabajo. Según el Dr. Marvin Lund, Director del Programa, esto consiste principalmente en disponer de una sala de urgencia adecuadamente equipada y abastecida. En junio de 1994 un tercio de los 27 hospitales del MS y tres hospitales del sector privado estaban participando en el programa.

1. Administración del Programa de riesgos profesionales

Se les reembolsa a los hospitales una suma predeterminada por enfermedad/lesión identificada, que, como parte del proceso de autorización y contratación, los hospitales convienen en aceptar como pago total por los servicios prestados. Esto, en efecto, expone a

los hospitales a un riesgo financiero si los casos del Programa de riesgos profesionales que tratan resultan ser más costosos que las tasas de reembolso convenidas. (Existe un proceso de apelación para los casos especialmente complejos o caros, en el cual los hospitales pueden presentar pruebas de circunstancias atenuantes que merezcan consideración especial y pago adicional.)

La tasa de reembolso predeterminada por la atención ambulatoria es de 500 córdobas por caso (US\$75,18 en julio de 1994). El reembolso por atención especializada u hospitalaria depende de la naturaleza de la enfermedad o lesión y la duración de la estadía indicada estipulada por el INSSBI. El Programa de riesgos profesionales ha publicado una "Lista de complejidad del tratamiento e instrucciones complementarias para el pago" que agrupa las enfermedades/lesiones en cuatro niveles de complejidad, cada una de las cuales con un número máximo reembolsable de días de hospitalización. Los grupos se organizan en una combinación de tipos de enfermedades/lesiones y procedimientos de tratamiento médico, debajo de los cuales se identifican partes del cuerpo o procedimientos en particular. Se estima que las enfermedades/lesiones del nivel I de complejidad requieren hasta tres días de hospitalización, y se reembolsan 3.600 córdobas (US\$541,33). El nivel III corresponde a los casos que requieren hasta 6 días de hospitalización, y se reembolsan 6.600 córdobas (US\$1.082,67). En el nivel II se requieren hasta 10 días y se reembolsan 10.000 córdobas. Los casos que requieren más de 10 días de hospitalización, o sea los del nivel IV, se reembolsan con la misma tasa del nivel III de 10.000 córdobas (\$1.503,70). A partir del undécimo día, se efectúan pagos adicionales por cada día de hospitalización, medicinas y materiales adicionales, consultas médicas y rayos X y otros exámenes complementarios.

2. Mecanismos del Programa de riesgos profesionales

Cuando ocurre un accidente relacionado con el trabajo, el empleado debe notificar inmediatamente al empleador y nombrar a dos testigos que puedan corroborar el informe. El empleador debe entonces llenar, firmar y sellar la Notificación de Accidente de Trabajo (NAT) y entregarlo al trabajador lesionado. Este lleva entonces el NAT a un hospital autorizado de su elección. En casos de urgencia, o cuando el accidente ocurre durante horas o circunstancias inconvenientes, se reemplazará el NAT por la Notificación provisional de accidente de trabajo (NOPAT), que es más breve y sencilla, entendiéndose que se presentará una NAT en el plazo de 48 horas laborales.

Cuando el trabajador lesionado llega al hospital se confirma su condición de asegurado del INSSBI mediante la tarjeta de identificación extendida por el INSSBI junto con el talón de verificación (que el INSSBI extiende mensualmente), que indica que las aportaciones del trabajador al INSSBI se hallan al día. El hospital autorizado presta entonces la atención requerida sin costo alguno para el paciente asegurado.

El INSSBI emplea dos supervisores médicos que observan la calidad de la atención recibida por los asegurados del INSSBI. Este equipo de control de la calidad está permanentemente destinado a hacer visitas a los hospitales autorizados y examinar las historias médicas.

En el sistema administrativo del programa también se emplean otros dos formularios (suministrados por el INSSBI): el Listado de facturación por atención médica ambulatoria (LIFAM 1) y el Listado de facturación por atención médica hospitalaria/especializada (LIFAM 2). Estos formularios sirven para registrar el nombre del paciente y el número de identificación del INSSBI, el nivel de complejidad (a fin de identificar el nivel de reembolso), la fecha en que se prestó la atención, el número de días de convalecencia y de licencia del trabajo (con pago de indemnización por accidente de trabajo) recomendados por el médico, y el nombre y número de identificación del INSSBI del empleador del paciente. Alrededor de una semana después de haber enviado los formularios LIFAM al INSSBI, el hospital recibe un cheque por los servicios de atención de salud provistos.

VI. Conclusiones y lecciones

En la mayoría de los países de América Latina, la seguridad social protege a una importante, pero relativamente pequeña, proporción de la población nacional. Pese a ello, estos sistemas relativamente bien financiados tienen gran impacto en la estructura del mercado nacional de atención de salud debido a la considerable cantidad de recursos de que disponen. En su mayor parte, los sistemas de salud de la región se caracterizan por un enorme Ministerio de Salud y una infraestructura gigantesca encargada de proveer de atención a dos tercios o más de la población nacional. Combinada con el seguro social de salud, la estructura siempre ha tendido a desalentar el desarrollo del sector privado de salud y, en particular, el subsector hospitalario más costoso.

Muchos países de América Latina, y los tres países estudiados aquí, han producido por largo tiempo gran número de médicos. Con la contracción, y en algunos casos, la declinación del crecimiento de los sistemas del MS y de la seguridad social, y el lento crecimiento derivado del empleo de médicos en el sector público, muchos de estos países tienen ahora una oferta excesiva de médicos. Estas condiciones, si bien difíciles para los médicos, brindan oportunidades potencialmente importantes para reformar el sector público, especialmente el sistema de seguridad social. Más específicamente, en condiciones de oferta excesiva de médicos, los planes de privatización parcial pueden dar muy buen resultado porque ofrecen la posible participación de todos los actores principales en estos sistemas.

Con respecto al instituto de seguridad social, la oferta en exceso de médicos les servirá a éstos de aliciente para participar en el plan de privatización con tasas bajas de reembolso, que son posiblemente eficaces en función de los costos en relación con la extensión de los servicios de seguridad social. Por esta razón la privatización es una alternativa atractiva para el instituto de seguridad social. En el caso de El Salvador, y en menor grado, del Perú, la privatización ha sido una manera de mejorar la satisfacción del consumidor y de aumentar

la eficiencia mientras se mantiene la integridad del Instituto y su personal--al menos al principio de estos experimentos conservadores y limitados.

En cuanto al consumidor (los beneficiarios de la seguridad social), la introducción de un plan de privatización significa un número mayor de posibles proveedores entre quienes elegir un médico. Los consumidores también se benefician con la reducción del tiempo de espera que enfrentan cuando tratan de obtener atención.

Finalmente, los médicos participan en estos programas por propia decisión. Lo que les tienta es la posibilidad de tener más pacientes y más ingresos. Pese al hecho de que las experiencias y reformas de los tres sistemas de seguridad social latinoamericanos examinados aquí son diferentes, hay algunas motivaciones comunes para reformar los sistemas y también algunos temas comunes en la manera en que estas reformas se diseñaron y aplicaron.

En los tres países objeto de estudio, la seguridad social ha sido objeto de inquietud y críticas por muchos años y numerosas razones, entre las cuales: 1) su cobertura limitada, 2) el alto costo de la provisión de servicios en relación con el MS, 3) su restringida base geográfica, 4) su objetivo limitado al sector formal del empleo, 5) su naturaleza cíclica, que deja a un número creciente de personas sin protección cuando la economía tambalea, 6) su relativa inaccesibilidad como lo ponen de manifiesto el largo tiempo del viaje, citas y espera en el consultorio, y en algunos casos, 7) la percepción de que la calidad de la atención se está deteriorando.

En el Perú y El Salvador, y en mucho menor medida en Nicaragua, la insatisfacción generalizada con el sistema de atención de salud de la seguridad social ha dado lugar a que proliferen sistemas de atención de salud centrados en el empleo y a que los empleadores compren seguros de enfermedad para sus empleados o costeen directamente los servicios recibidos por éstos. El nivel general de insatisfacción con la atención de salud de la seguridad social ha sido tan grande, que numerosos empleadores y trabajadores, además de aportar a la seguridad social, están dispuestos a desembolsar importantes sumas. En el Perú y El Salvador, aproximadamente 20 por ciento de todos los beneficiarios de la seguridad social tienen también algún tipo de seguro privado de enfermedad. Los pagos hechos por estas personas a entidades del sector privado--compañías de seguros, clínicas privadas, hospitales y médicos--han fomentado el crecimiento del sector privado, que se ha convertido en un importante actor en el sector salud de ambos países, pese al hecho de que ambos tienen grandes ministerios de salud encargados de proveer atención a prácticamente toda la población nacional sin seguro social. En las reformas introducidas hasta ahora en la seguridad social del Perú y El Salvador se ha aprovechado el considerable exceso de capacidad que existe dentro del sector privado de salud de ambos países.

En Nicaragua la situación ha sido algo excepcional, debido en parte a la estructura muy diferente del mercado de atención de salud. La existencia de un minúsculo sector privado ha circunscrito el intento mucho más radical del instituto de seguridad social de privatizar sus servicios de atención de salud. Como resultado, sus tentativas han avanzado mucho más

lentamente, y el INSSBI se ha visto obligado--por abandono--a trabajar en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud para llevar a cabo los intentos de reforma, simplemente porque este último tiene una presencia abrumadora en el sector, mientras el sector privado sigue siendo pequeño y no organizado.

En general, El Salvador, y en menor medida el Perú, ha procedido con cautela y con criterio experimental. Las actividades iniciales han sido exploratorias, con un enfoque restringido y tiempo limitado. Los esfuerzos están destinados a reparar los problemas más evidentes, más criticados y generalmente más manifiestamente manejables que irritan el sistema. Generalmente se ha tomado un enfoque pragmático para tratar de abordar los problemas fundamentales de la manera menos amenazadora posible. Las reformas, especialmente en su diseño inicial, tenían algo para todos, lo que ayudó a evitar la politización de los esfuerzos. Solo después que los primeros esfuerzos demostraron tener éxito y ser políticamente aceptables se modificaron para institucionalizarlos o para reestructurar fundamentalmente las operaciones del instituto de seguridad social.

Si bien las reformas de Nicaragua han sido más atrevidas y de más largo alcance, también se han aplicado de modo de reducir al mínimo los trastornos causados al sistema existente y la oposición de los más directamente afectados por la reforma. Aun así, en los tres países existe alguna oposición, especialmente por motivos filosóficos. Esto es especialmente cierto en Nicaragua, donde los cambios introducidos son diametralmente opuestos al concepto sandinista de la función del gobierno.

Como estos estudios de casos han demostrado, las estructuras diferentes del mercado de atención de salud brindan diferentes conjuntos de oportunidades, pero también conllevan diferentes parámetros que limitan las alternativas potenciales. Para los que emprenden la reforma de la seguridad social será, por ende, imperativo estar bien informados acerca de la naturaleza y el funcionamiento del mercado de atención de salud a fin de poder identificar con precisión y entender: 1) los problemas principales, 2) sus causas básicas, y 3) las posibles opciones de reforma. De modo que lo primero que hay que hacer en los preparativos para la reforma es elaborar un análisis técnico detallado de la situación en el que se cuantifiquen las tendencias a largo plazo de los indicadores críticos del sector salud: los niveles de financiamiento, cobertura y utilización del instituto de seguridad social, el Ministerio de Salud y el sector privado. Otro componente esencial de este ejercicio es la identificación del nivel y la naturaleza de la satisfacción/insatisfacción de los consumidores y proveedores con el instituto de seguridad social, para lo cual se examinarán todas las encuestas que se hayan realizado (algunos institutos de seguridad social las llevan a cabo rutinariamente). En el Cuadro 1 se presenta un esquema de los actores y organismos críticos que han de entrevistarse y los indicadores útiles que han de obtenerse para el análisis de la capacidad potencial de las reformas de la seguridad social.

Las siguientes son algunas de las experiencias aleccionadoras recogidas en estos tres países al tratar de elaborar la estrategia, el diseño y el programa de aplicación de las reformas de la seguridad social:

- Realizar un análisis en el que se identifiquen el tamaño y la importancia de los diversos grupos de actores que participarán en el proceso de adopción de decisiones de la reforma o que se verán afectados por ésta. (Gran parte de este conocimiento será producto de la primera actividad.)
- Concentrarse inicialmente en un problema de escala relativamente pequeña de gran visibilidad o con gran probabilidad de reformarse rápidamente. Los esfuerzos de tiempo limitado--como el esfuerzo inicial de El Salvador--pueden tener importancia estratégica.
- En la medida en que parezca necesario o deseable extender la esfera de la reforma, proceder en forma gradual.
- Proceder lentamente a fin de no alarmar a los actores principales en el campo y de reducir al mínimo la politización del proceso.
- Buscar puntos de confluencia--como los encontrados en los esfuerzos iniciales de el Perú--a fin de diluir la oposición y evitar la indebida politización del esfuerzo.
- A medida que se efectúen los cambios, institucionalizarlos a la brevedad.
- Estructurar la reforma de modo que esté lo más exenta posible de coerción; instituir en lo posible la participación voluntaria, no obligada, de los consumidores/pacientes y médicos, como en la privatización de las consultas médicas especializadas de El Salvador.

En conclusión, las opciones al alcance de un determinado instituto de seguridad social en cuanto a la manera posible de privatizar más eficazmente parte de su provisión de atención depende de una multitud de factores políticos y técnicos. Las consideraciones técnicas más pertinentes son la propia capacidad administrativa del instituto de seguridad social y diversos aspectos de la estructura del mercado de atención de salud, sobre todo el tamaño, composición, grado de organización y utilización de la capacidad del sector privado. Estos son importantes factores que otros países latinoamericanos que consideren introducir reformas orientadas al sector privado de sus sistemas de seguridad social para la atención de salud harían bien en examinar detenidamente ya en la fase inicial de diseño de sus esfuerzos.

Cuadro 1
Organismos/actores e indicadores fundamentales en el
análisis de las reformas potenciales de la seguridad social

| Esfera | Organismos/actores clave por entrevistarse | Indicadores |
|----------------------|---|---|
| Proveedores públicos | Instituto de Seguridad Social Ministerio de Salud | <ul style="list-style-type: none"> ● cobertura de la población por institución ● servicios provistos por beneficiario, por institución ● promedio del tiempo de espera, demora en las citas, por institución ● precio por los servicios clave por institución |
| Proveedores privados | Colegio Médico Escuelas de Medicina Importante proveedor privado Organizaciones | <ul style="list-style-type: none"> ● cobertura de la población por especialidad ● número de médicos ● escala de honorarios definida por especialidad ● tasa de aumento de los médicos ● precio de los servicios clave |
| Hospitales | Asociación de Hospitales | <ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad de los hospitales públicos y privados |
| Seguro privado | Asociación de Seguros Privados Superintendencia de Seguros Cámara de Comercio | <ul style="list-style-type: none"> ● obstáculos percibidos a la expansión de la cobertura de los seguros privados ● nombres de compañías que venden cobertura de seguros privados de enfermedad ● monto de la prima ● número de empleadores que compran seguro privado además del seguro social |

BIBLIOGRAFIA

Briceno A. Concept paper: Macroeconomic developments in Peru: Recent trends and short-term outlook (documento mimeografiado) Lima, Perú, 23 de noviembre de 1992.

Fiedler J.L. The organized, private health care market of Peru, 1989-1993. Informe preparado bajo contrato con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Perú (documento mimeografiado) Lima, Perú, junio de 1993.

Fiedler J.L. The structure and financing of the health sector of El Salvador. Informe preparado bajo contrato con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (documento mimeografiado) San Salvador, El Salvador, mayo de 1994.

Fiedler J.L. User fee systems of the Ministry of Health of Nicaragua, with special emphasis on the hospitals, their pensionados and the potential of the Social Security Institute's two new programs. Informe preparado bajo contrato con The Development Group, Inc. para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Nicaragua, Arlington VA, julio de 1994.

Fundación Salvadoreña de Desarrollo Económico y Social (FUSADES). Departamento de estudios económicos y sociales. Análisis de la consulta externa de especialidades privatizadas en el ISSS. (documento mimeografiado) San Salvador, El Salvador, 1992.

Gobierno del Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Compendio Estadístico*. Lima, Perú, varios años.

Instituto Cuanto. *Perú en Números*. Lima, Perú, varios años.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI). Modelo de salud previsional a los trabajadores asegurados y sus beneficiarios. Managua, Nicaragua, octubre de 1993.

Instituto Peruano de Seguro Social. *Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada. PAAD*. Lima, Perú, 1992.

Instituto Peruano de Seguro Social. *Reglamento del Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada. PAAD*. Lima, Perú, 1992.

Instituto Peruano de Seguro Social, *Boletín Estadístico de Prestaciones de Salud*. Lima, Perú, varios años.

Ministerio de Salud. Oficina de Estadística e Informática. Producción de Actividades (documento mimeografiado). Lima, Perú, 1993.

Ministerio de Salud. Oficina de Estadística e Informática. Oficina Ejecutiva de Estadística. *Boletín Preliminar: Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos. Peru: 1992.* Lima, Perú, noviembre de 1992.

Ministerio de Salud (MINSa). Presupuesto (documento mimeografiado). Managua, Nicaragua, varios años.

Ministerio de Salud (MINSa). Dirección de Planificación. División de Estadística e Informática. *Anuario Estadístico, 1990.* Managua, Nicaragua, 1993.

Organización Panamericana de la Salud. Espinoza J. Gasto Nacional en Salud: 1980-1992 (documento mimeografiado). Managua, Nicaragua, diciembre de 1992.

Petrera M. Eficacia y Eficiencia de la Seguridad Social en Relación con el Ciclo Económico: El Caso Peruano", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* Vol. 103, No. 6. Washington DC, diciembre de 1987.

Smith B.D. The Nicaraguan health sector: A preliminary analysis. Informe preparado bajo el Proyecto USAID PRITECH (documento mimeografiado), agosto de 1990.

Suárez R.M. Health Sector financing in Nicaragua: challenges for the nineties. University Research Corporation/Institute for Science and Technology, LAC Health and Nutrition Sustainability. Washington DC, junio de 1991.

Banco Mundial. Republic of Nicaragua: Review of social sector issues. Banco Mundial, Washington DC, 3 de febrero de 1993.

Banco Mundial, Nicaragua: Health sector reform project: Staff appraisal report. Banco Mundial, Washington DC, noviembre de 1993.