

CANASTAS BÁSICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

CRISTIAN AEDO I.

ILADES/Georgetown University

ARISTIDES TORCHE L.

Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile

Abstract

The present article has the following objectives: firstly, to present the major benefits of the basic baskets in order to understand prioritization, in the area of an obligatory insurance, and affirm the difficulty in implementing these types of initiatives. Secondly, to show that the approval and implementation of a basic basket fundamentally depends on the active participation of the affected, and thus, the capacity of the government to transform them into supporters of the project. Thirdly, point out that the principles on which the prioritization mechanism is based and the objectives proposed for the basket both make up significant factors in achieving this support.

1. Introducción

Las prestaciones de salud son consideradas una necesidad básica y, por lo tanto, existe interés en promover su más amplia accesibilidad. Para lograrlo, el gobierno toma parte en la provisión de dichas prestaciones.

Las prestaciones de salud en general constituyen bienes privados, pues existe disposición a pagar por ellas, y en numerosos casos los mercados llevan a una asignación eficiente de los recursos. Sin embargo, existen algunas acciones de salud, tales como las actividades de prevención, promoción y fomento, que presentan externalidades o son constitutivas de bienes públicos.

Para conciliar las posibilidades que ofrece el carácter privado de las prestaciones con las externalidades que se presentan en el sector, el mecanismo de pro-

visión adoptado por el gobierno en muchas ocasiones toma la forma de un beneficio mandatarado, en que se obliga a las personas a destinar un determinado monto de su ingreso a la compra de un seguro para financiar las prestaciones de salud.

Debido a que el carácter de necesidad básica impone o podría imponer ciertas restricciones al uso de dicho fondo, el mecanismo no sólo establece el monto que debe cotizar cada persona sino que además determina las prestaciones en que puede ser empleado. La extensión de las prestaciones que se asocian al beneficio mandatarado ha sido prácticamente universal, lo cual, sin embargo, tiene efectos no deseados: explosión de costos, baja cobertura para ciertos eventos que presentan efectos financieros importantes (tales como enfermedades catastróficas), inadecuada accesibilidad para grupos importantes de la población (tales como el adulto mayor), problemas de oportunidad que se expresan por colas de espera para acceder a los servicios de atención de salud. Por otra parte, la inadecuada definición del contenido del beneficio dificulta que éste pueda ser ofrecido por el sector privado o que se considere el empleo de otros mecanismos que promuevan la competitividad, lo que hace conveniente priorizar.

Sin embargo, no existe una manera técnica de enfrentar el problema de priorización que sea neutral a los valores que la sociedad tiene en salud o que sostienen los distintos grupos de interés (usuarios de los sistemas, proveedores institucionales de prestaciones médicas, médicos y otros profesionales de la salud, burócratas, entre otros) dentro de ella. Consideraciones éticas cuestionarán estas decisiones de manera continua a lo largo del tiempo. Las preguntas son entonces: ¿qué tipo de consenso público será necesario desarrollar si se quiere que estas decisiones de priorización tengan éxito como política de largo plazo? Y, ¿cómo diseñar este proceso de priorización de manera tal de asegurar este consenso público?

Se estima que un proceso de priorización que sea explícito a nivel social, que considere la frecuencia de los problemas de salud, el nivel de costo-efectividad de las distintas acciones de salud, el resultado o impacto de ellas tanto sobre la esperanza de vida como sobre la calidad de vida, y que incorpore los valores que la sociedad tiene en lo relacionado a salud, es el que presenta la mayor probabilidad de éxito en su implementación.

Es importante destacar que priorizar no significa necesariamente limitar la atención de salud, sino que significa cambiar el énfasis de ésta, creando o incrementando ciertos servicios médicos y reduciendo el alcance de otros. La priorización permite cambiar el énfasis de la discusión en salud hacia las acciones de salud y su grado de efectividad relativa.

La metodología de priorización en el caso del beneficio mandatarado de salud normalmente se ha orientado a la definición de Canastas Básicas, es decir conjuntos mínimos de prestaciones que se considera conveniente entregar de forma generalizada. Estas canastas podrían incluir atenciones o servicios destinados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y actividades de atención de los enfermos, tales como: consultas médicas y dentales, exámenes de apoyo, diagnóstico, hospitalización, fármacos, actividades de rehabilitación, medidas de apoyo terapéutico y prestaciones a enfermos terminales. Se estima que una Ca-

nasta Básica de Salud aporta elementos que son necesarios de considerar en posibles soluciones a los problemas que adolece el sector público de salud en la mayoría de los países de América Latina.

El presente artículo tiene tres objetivos: en primer lugar, mostrar la utilidad de las canastas básicas para hacerse cargo de la priorización en el ámbito de un seguro obligatorio y constatar la dificultad para llevar adelante iniciativas de este tipo. En segundo lugar, mostrar que la aprobación y puesta en práctica de una canasta básica depende crucialmente del rol activo que jueguen los afectados y, por lo tanto, de la capacidad del gobierno para transformarlos en sostenedores del proyecto. En tercer lugar, indicar que los principios en que se sustentan los mecanismos de priorización y los objetivos propuestos para la canasta constituyen elementos importantes para lograr dicho apoyo.

En la siguiente sección se presentan, en primer lugar, los principios y metodologías sobre los cuales se puede basar el diseño de una priorización y la construcción de una Canasta Básica. Esta sección enfatiza algunos elementos de diseño que deben tenerse en cuenta para lograr el apoyo necesario para el diseño e implementación de una canasta. La tercera sección expone un análisis de eco-nomía política de su implementación. Finalmente, la cuarta sección presenta las principales conclusiones del artículo.

II. Canastas Básicas

El objetivo de esta sección es presentar ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta para obtener el apoyo necesario para el diseño e implementación de una Canasta Básica de salud. La referencia básica para estos temas puede encontrarse en Banco Mundial (1993), Bobadilla *et al.* (1994), Brown (1991), Callahan (1991), Etzioni (1991), Fox *et al.* (1991), Hertle (1993), Murray (1994), Neubauer (1993) y Oregon (1992).

2.1 Tipos de Canastas Básicas

En la experiencia internacional se pueden encontrar por lo menos dos tipos de canastas según que el criterio de construcción se concentre en programas y actividades de cuidados de salud o en paquetes tratamiento-diagnósticos.

Las canastas más comunes son aquellas vinculadas con programas y actividades de cuidados de salud. En este caso, la canasta consiste en una lista de servicios y procedimientos (prestaciones) que son objeto de cobertura del sistema y, por ello, aparecen en la canasta. Este tipo de canasta es útil para determinar los servicios mínimos que debe entregar el sistema y se asocian más frecuentemente con el objetivo de salud pública estando vinculadas a los bienes en que existen externalidades, fuertes costos de transacción o que son el cuerpo central de las prestaciones de salud como necesidad básica.

Estas canastas constituyen el piso mínimo de cualquier plan de salud y, por esa razón, están consideradas en cualquier esquema básico. Sin embargo, se ge-

neran fuertes presiones para la inclusión de nuevos procedimientos o servicios tan pronto como éstos aparecen, terminando finalmente con una lista exhaustiva de ellos, con lo que la canasta pierde su carácter de básica o mínima.

Una Canasta Básica tipo pareja tratamiento-diagnóstico puede ser usada por los aseguradores para fijar los precios de los proveedores y permitir un cobro más acorde con los costos reales de las prestaciones realizadas. Sin embargo, queda un problema por resolver: ¿es conveniente que la canasta básica considere todas las parejas tratamiento-diagnóstico? Si el objetivo de dicha canasta consiste en ser una unidad de valor para los proveedores, entonces no existe inconveniente que sea así, incluso ello es necesario para disponer de valores para todos los diagnósticos. El punto es que no merece llamarse "básica", es simplemente una canasta general.

La alternativa de que toda pareja tratamiento-diagnóstico o toda prestación sea esencial o básica puede tener mucha fuerza en el sector de salud dado su carácter de necesidad básica. Sin embargo, es interesante presentar una alternativa en que ello no es así. Se trata de una canasta destinada a fijar el nivel de obligatoriedad del seguro de salud. En efecto, el seguro obligatorio puede ser considerado un beneficio mandatado en el sentido de que el gobierno, interesado en el desarrollo de la salud de los habitantes, los obliga a gastar un cierto monto en ella, por eso es un beneficio pero es obligatorio, de donde surge lo de mandatado.

El mandato puede asociarse sólo al monto global (por ejemplo, destinar un porcentaje del ingreso a la compra de un seguro de salud) o también a su composición, en el sentido de establecer cuáles serían los rubros en que se podría gastar dicho monto. En esta última perspectiva es donde aparece la importancia de una canasta básica no exhaustiva que permita decidir cuáles serían los rubros en que es indispensable la obligatoriedad, puesto que la autoridad considera que son muy importantes para el desarrollo de la salud de la persona y, en caso de no ser obligatorios, éstas no lo realizarían del todo o con la intensidad deseada.

En el diseño de una Canasta Básica es necesario además considerar el entorno en el cual se va a aplicar, por cuanto las opciones metodológicas disponibles para su diseño pueden ser más adecuadas en ciertas realidades que en otras. Una metodología basada en programas y acciones de salud² tiene mayor aplicación en la discusión relativa a la asignación de los recursos globales en salud, en la cual el objetivo es priorizar los recursos y proceder con base técnica a asignar los limitados recursos públicos en salud entre diferentes programas y actividades.

Si el objetivo perseguido fuese competir con planes que ofrece el sector privado de Seguros de Salud o bien definir un Plan de Beneficios Estandar sobre el cual basar la competencia entre aseguradoras públicas o privadas, entonces una metodología de prestaciones permite generar una Canasta Básica que es más familiar al accionar diario del sector privado, lo que facilitaría tanto su implementación como el grado de interés de los privados.

En síntesis, la exigencia de una sola Canasta Básica o de un solo método de construcción puede ser nociva al desarrollo del sistema. La posibilidad de aplicación de varias metodologías en función de las necesidades que se desea resolver, puede facilitar el logro de transparencia en las actividades de las aseguradoras de

salud—tanto públicas como privadas— a través de facilitar la normalización de los servicios prestados. Además, puede contribuir a la reducción de costos a través de repartir el riesgo entre aseguradores y prestadores, y puede facilitar una mayor coordinación en los seguros públicos y privados.

2.2 Criterios de priorización

Existen dos visiones sobre el concepto de necesidad de atención de salud. Por una parte, el criterio de los profesionales médicos que se basa en información epidemiológica y estándares de atención técnicos para las distintas condiciones de salud. Por otra, las percepciones de las personas o beneficiarios sobre lo que constituye un problema de salud.

En general, no es inusual que existan discrepancias entre la necesidad en salud definida por el personal médico y la necesidad de atención de salud percibida por las personas. Esta discrepancia puede ocurrir debido a múltiples factores: en primer lugar, factores de tipo educativo que pueden condicionar la percepción de los síntomas y la importancia de buscar un tratamiento oportuno por parte de los individuos. En segundo lugar, factores de tipo cultural que condicionan no sólo la búsqueda de ayuda, sino también el tipo de ayuda buscada. En tercer término, factores de tipo económico que pueden condicionar dicha búsqueda y la calidad de las prestaciones consideradas. En cuarto lugar, características de los individuos que los puede hacer buscar ayuda en la presencia de problemas considerados como menores desde el punto de vista médico (cirugías estéticas con fines embellecedores) o no existentes como en el caso de personas hipocóndricas.

Lo anterior es de fundamental importancia en el diseño de una Canasta Básica de Salud. Una canasta diseñada a partir de criterios técnicos solamente conducirá a una asignación ineficiente de recursos en salud y quizás hacia una mayor resistencia para su implementación por parte de sus beneficiarios, pues el criterio de los expertos en salud coincide sólo en algunas ocasiones con las percepciones de las personas. Es por esta razón, que en el diseño de una Canasta Básica de Salud se deben incorporar de manera explícita las opiniones de las personas, las que al final serán las principales beneficiarias de ésta.

Se estima que una Canasta Básica que en su diseño considere de manera activa las opiniones de las personas sobre esta materia, será una que contará con un mayor apoyo social para su adopción, que una diseñada sólo desde el punto de vista técnico-médico, la cual puede ser bastante ajena a las necesidades de las personas.

Un aspecto importante es cómo se complementa el criterio de necesidad, ya sea médico o el de las personas, con el económico. Como se mencionara previamente, la salud constituye una necesidad básica, es decir, es un bien cuya satisfacción es determinante para garantizar la igualdad de oportunidades entre las personas, la que a su vez es un prerrequisito para la igualdad en términos socioeconómicos. En esta perspectiva, mejorar las condiciones de salud de los menores, en relación a mejorar su nutrición, y las condiciones sanitarias en que se desarrollan tiene la más alta prioridad, puesto que son intervenciones cuyos beneficios se

prolongan durante un largo período que es la vida de éstos. Por lo tanto, no es de extrañarse que las medidas para evaluar la salud se asocien a menor mortalidad infantil, mayor esperanza de vida, menor morbilidad y más recientemente años de vida saludables o libres de discapacidad.

Para determinar si un procedimiento es superior a otro, es decir para priorizar, es necesario establecer criterios que permitan discriminar entre dichas medidas. Sin embargo, si todas las personas son iguales, no es posible buscar elementos discriminadores en ninguna característica específica de ellas como puede ser edad, ingreso, número de personas dependientes del jefe de hogar, nivel social, grado de educación ni otros de este tipo.

El número de años salvados puede ser una medida de priorización consistente con este esquema, puesto que la discriminación se concentra en la intervención y no en el sujeto que la recibe. Sin embargo, existe un elemento de discriminación que surge debido a que los años de vida son sensibles a la edad de los pacientes y, a igualdad de procedimiento, pueden resultar preferibles aplicaciones para los jóvenes que para los adultos mayores. Por lo tanto, el procedimiento discriminaría implícitamente contra los de más edad. En lo que sigue se mostrará que el empleo del criterio económico permitiría reducir esta discriminación.

El criterio económico, por su parte, enfatiza la generación de riqueza como elemento básico en la priorización. Por lo tanto, si una intervención permite incrementar la generación de riqueza en US\$ 10 y otra sólo en US\$ 8, en condiciones de restricción presupuestaria, debe ser preferida la primera. Obviamente, de acuerdo con este criterio, la mayor educación, la posesión de capital físico, la mejor posición social y, en general, todas aquellas condiciones que pueden considerarse como asociadas a una mayor generación de riqueza son factores de priorización para elegir la aplicación de un procedimiento en vez de otro. Por lo tanto, más que el procedimiento en sí, lo valioso es la mayor capacidad de riqueza que dicho procedimiento permite y, por lo tanto, el sujeto al que se aplica. El mecanismo para hacer explícito el criterio es la disposición a pagar que, obviamente, es superior en personas que presentan un mayor nivel de las variables mencionadas anteriormente.

El problema crucial que enfrentan los tomadores de decisiones consiste en determinar el alcance que darán al criterio de necesidad y al económico. En general, se ha adoptado el criterio de necesidades para la provisión por parte del gobierno de bienes públicos o de bienes que presentan externalidades o de bienes privados que satisfacen objetivos específicos del gobierno (pobreza, grupos vulnerables, entre otros) y, por lo tanto, en que la aplicación de otro criterio llevaría a que no se asignaran recursos a dichos agentes o actividades en la forma considerada adecuada por el gobierno. Ejemplos importantes sobre el particular son las prestaciones para poblaciones en situación de pobreza, para los menores de muy baja edad y para los ancianos.

Para la priorización de procedimientos o de actos médicos específicos y, en particular, para la determinación de los factores que se emplearán en la producción de dichos actos, se utilizan criterios económicos de costo-efecto o de costo-beneficio con el objeto de mejorar la eficiencia interna, en términos de reducir el

costo por unidad de prestación lograda. Finalmente, para aquellas prestaciones de salud que pueden ser consideradas bienes privados y que no participan de las características anteriores, su asignación es dejada al mercado complementado por el seguro que se asocia al beneficio mandataria.

2.3 Priorización asociada al financiamiento

La Canasta Básica es una manera en que el Estado puede asegurar una cobertura de salud mínima a la población, ya sea a través de su participación directa como proveedor de servicios entregados gratuitamente o de manera indirecta a través de hacer obligatorio que las personas compren dicha canasta, de aseguradores públicos o privados. Lo anterior, debe ser complementado con un rol fundamental de la Canasta que consiste en la definición de las prestaciones consideradas adecuadas, tanto desde el punto de vista técnico-médico como social.

La Canasta Básica de Salud puede complementarse con esquemas de participación de costos. La mayor participación en el costo por parte de los asegurados (demandantes) se puede lograr a través de aumentos en los copagos y deducibles, a través de disminuciones en los topes y aranceles máximos o a través de límites en la cobertura de la Canasta. Sin embargo, se considera que el espacio para usar estos mecanismos por el lado de la demanda es limitado. Esto se debe fundamentalmente a que si bien estos mecanismos logran el objetivo de frenar el consumo ex-ante de bienes por parte de las personas en su rol de consumidores, no son recomendables, por cuanto aumentan el riesgo financiero asociado a episodios de morbilidad o mortalidad para las personas o sus familias.

Una alternativa para disciplinar el consumo consiste en diferenciar la estructura de copagos de acuerdo a la efectividad técnica de los distintos procedimientos médicos. Esta alternativa es recomendable, debido a que fomenta la utilización de tratamientos de mayor efectividad sin aumentar el riesgo financiero que enfrenta el individuo. Sin embargo, su implementación requiere de estudios que midan el costo-efectividad de los diferentes tratamientos.

Por el lado de la oferta, un sistema de pagos a prestadores por acciones contenidas en la Canasta Básica de Salud en la cual se pague una suma alzada, independiente de los insumos utilizados en la resolución del caso en particular o en los servicios entregados, cambia los incentivos que enfrentan los prestadores reduciendo el riesgo moral por exceso de prestaciones. Bajo este esquema, el prestador internaliza completamente el costo marginal de atender a un paciente recibiendo directamente el riesgo financiero con cero riesgo para el pagador. En este esquema, cada peso que gasta el prestador en la atención de salud reduce el beneficio neto de prestar el servicio en exactamente un peso. Así, si el prestador gasta menos que la suma alzada recibida para resolver un caso estará obteniendo un beneficio neto por paciente, mientras que si gasta más estará incurriendo en una pérdida.

Se estima que desde el punto de vista social no es perjudicial que sea el prestador quien asuma el riesgo financiero, bajo el supuesto de que la suma alza-

da se encuentra bien calculada. Esto se debe a que el volumen de operación de los prestadores le permite, en general, lograr un agrupamiento de riesgos.

Es preciso indicar que este esquema de pagos por acciones contenidas en la Canasta Básica presenta algunas desventajas: en primer lugar, se generan incentivos perversos para minimizar la cantidad de recursos a utilizar por paciente, por lo cual este esquema de pago requiere que se establezcan estándares de calidad y/o que se controlen de manera cercana los resultados logrados por los prestadores. En segundo lugar, el prestador tiene un incentivo a "descremar" el mercado de pacientes evitando a aquellas personas quienes de manera ex-ante se perciben como pacientes de alto costo.

Por otra parte, es interesante destacar que algunos rubros de la canasta no son aleatorios y que presentan externalidades o son constitutivos de bienes públicos. En dichos casos no es conveniente tratarlos como seguros, ya que no se obtienen sus beneficios debido a que no es posible producir la diversificación de riesgos que se asocia a los eventos aleatorios, además de incurrir en los costos administrativos del seguro. Sería más conveniente que estos eventos sean financiados en forma directa por el Estado.

2.4 Características económicas de las prestaciones y su efecto en el financiamiento

Para avanzar en la discusión sobre el financiamiento de la salud y su relación con la Canasta Básica, es pertinente clasificar las principales acciones de salud en tres categorías: actividades curativas, actividades de prevención y actividades de promoción de salud.

Las actividades **curativas** son aquellas orientadas a reponer un estado de salud frente al hecho de padecer una enfermedad específica. Las actividades **preventivas**, son las acciones orientadas a reducir la probabilidad de ocurrencia de una determinada enfermedad o de lograr su diagnóstico oportuno, a través de diferentes tipos de prestaciones (exámenes) que recibe el paciente. Por su parte, las actividades de **promoción de salud** también tienen como objetivo básico disminuir la probabilidad de contraer determinadas enfermedades, pero se efectúan principalmente a través de actividades de difusión de información y educación a la población.

Las actividades de tipo curativas generan principalmente beneficios privados, pero en ciertas ocasiones producen beneficios externos. Por ejemplo, si se trata de una enfermedad contagiosa su curación tendrá un efecto positivo sobre aquellos que puedan estar en contacto con el enfermo. Por otra parte, las aseguradoras de salud y, también los empleadores, experimentarán una potencial reducción en sus costos futuros si una persona recibe atención oportuna para una enfermedad evitando así el agravamiento de ésta.

Las actividades de tipo preventivas generan una cantidad mayor de beneficios externos. Por ejemplo, la prevención de enfermedades contagiosas a través de campañas de vacunación producirá un efecto positivo no sólo sobre la persona que recibe la vacuna, sino también sobre todo aquel que pueda tener contacto con él o ella. Por otro lado, la detección oportuna de enfermedades a través de exáme-

nes preventivos disminuye los costos futuros de la empresa aseguradora, y de los empleadores, al no tener que incurrir en el costo de reemplazar a un trabajador. Por su parte, las actividades de promoción presentan no sólo la mayor cantidad de externalidades debido a la forma en que usualmente ellas se producen o entregan.

Como conclusión de lo anterior, se hace evidente que la salud es un bien privado con componentes de externalidades. Dado lo anterior, es posible preguntarse qué es lo que debe buscar una política de financiamiento óptima de las actividades de salud. En primer lugar, ésta debe garantizar que el beneficiario de la actividad de salud sea quien la pague. Así, deben ser las personas principalmente las que a través de seguros de salud provean los recursos necesarios para financiar las actividades curativas. Por otra parte, las aseguradoras de salud y los empleadores—quienes se benefician indirectamente con las actividades de prevención y promoción de salud—deben contribuir con recursos para el financiamiento de estas actividades.

En segundo lugar, el Estado debe asumir un papel complementario. Por una parte, debe ayudar a financiar de manera solidaria a aquellos individuos que no tienen los medios necesarios para asegurarse un nivel mínimo de consumo de las actividades de tipo curativas y preventivas. Por otra parte, debe encargarse de asegurar un mínimo de financiamiento para aquellas actividades de salud con beneficios más inciertos desde el punto de vista de las personas, tales como las actividades de promoción de salud. En este último rol, el Estado no sólo puede financiar de manera directa estas actividades, sino también de manera indirecta a través de la entrega de incentivos adecuados para alentar al sector privado a invertir recursos en dichas actividades.

La Canasta Básica sólo debe incluir actividades de tipo curativas y de prevención de salud. Ella no debe incorporar actividades de promoción de salud, las que, debido a sus externalidades, deben ser financiadas por el Estado.

En general, el Estado, además de actuar como asegurador y como financiador de un nivel mínimo de salud para aquellos más necesitados, podría asumir también un rol de promotor de las actividades de salud preventivas y promocionales. De esta forma, el Estado debe identificar a los potenciales beneficiarios de las mismas y proveer los incentivos necesarios para que se realicen dichas actividades.

Los criterios de priorización asociados al financiamiento se fundamentan en las características económicas de los bienes, por una parte, y en la posibilidad del Estado de negar la atención, por otra. Es así, que los bienes que presentan externalidades o son constitutivos de bienes públicos debieran ser financiados por el Estado. Otro tanto sucede en aquellos casos en que el Estado no tiene la posibilidad de negarse, pero que los beneficios sociales superan a los privados como sucede con las prestaciones a las personas en situación de pobreza. En aquellos casos en que el beneficio privado es superior al social, se puede incorporar una estructura de copagos, de carencias o de topes máximos, entre otros, para aprovechar la disposición a pagar de los beneficiarios.

Es importante destacar una última clasificación. Ella se refiere al hecho de que el evento sea aleatorio o cierto. Sólo los eventos aleatorios o que modifican las probabilidades de otros debieran ser constitutivos de un seguro.

2.5 Criterios de inclusión de actividades

A modo de resumen pueden plantearse los siguientes criterios para la determinación de los rubros que deben incluirse en la Canasta Básica: a) deben ser convenientes socialmente pero no privadamente. Es decir, ser de alto costo-efecto pero con beneficios a muy largo plazo o con grandes externalidades, de tal forma que no resulten convenientes privadamente; b) deben ser actividades en que el Estado no tenga capacidad para negarse a entregar, como prestaciones de salud asociadas a accidentes del trabajo, urgencias, o aquellas en que personas en situación desvalida vean amagada seriamente su seguridad, como por ejemplo personas con enfermedades catastróficas y las del adulto mayor.

Es interesante destacar que las medidas para evaluar las acciones deben considerar los criterios de eficiencia, de frecuencia y de seguridad, es decir, se debe evitar generar una sensación de inseguridad o indefensión. En este sentido, es conveniente precisar los conceptos de efectividad,³ eficacia⁴ y eficiencia⁵ como elementos importantes en el desarrollo del contenido de las canastas.

No es difícil establecer que eficiencia y eficacia pueden dar origen a situaciones conflictivas, debido a la importancia que atribuye el segundo criterio al número de beneficiarios y, por lo tanto, a solucionar los problemas de salud más masivos del país. En efecto, el objetivo del concepto de eficacia consiste en introducir explícitamente en el debate un criterio masivo de prevalencia, conjuntamente con los criterios tecnológico y económico. El método de los años de vida saludable (AVISA), incorpora explícitamente la variable número de beneficiarios en el cálculo de los años ganados y, por lo tanto, puede ser considerado una medida de eficacia que es interesante de analizar.

El éxito de la canasta descansa en un delicado balance entre estos criterios, puesto que una gran despreocupación por lo técnico impide aprovechar las posibilidades que brinda la tecnología moderna en la prevención, promoción y tratamiento de enfermedades. Una inadecuada toma en consideración de la percepción de los beneficiarios puede generar problemas de accesibilidad, al negarse éstos a recibir las prestaciones que les entrega el sistema. Finalmente, no aprovechar los incentivos económicos reduce el logro de eficiencia en la producción y la posibilidad de disciplinar el consumo, llevando al sistema a una situación de desperdicio de recursos.

III. Economía Política del Diseño e Implementación de una Canasta Básica

La Canasta Básica es materia de análisis político porque participa de las dos características de un bien público puro. En efecto, no puede ser excluida desde el punto de vista de la producción puesto que una vez que se la ha diseñado y utilizado para la determinación del seguro mínimo o para la estandarización de los costos de las prestaciones, todos aprovechan de sus características aunque no la conozcan en detalle. Por otra parte, en la medida que ella es parte constitutiva del beneficio mandado de salud, toda la población en situación de trabajo de-

pendiente está obligada a emplearla. Es interesante destacar que la obligatoriedad en el consumo está mediatizada por la posibilidad de cambiarse al sector independiente.

En todo caso, para fines de facilitar el análisis se supondrá que dicha canasta es básicamente un bien público puro. Por lo tanto, su asignación óptima en términos de intensidad (número de actividades cubiertas) y de cobertura (número de personas afectas) es objeto de los mecanismos clásicos para asignar bienes públicos. Se trata de configurar grupos de prestaciones cuya suma de beneficios marginales para todos los beneficiarios sea superior o igual en el límite con los costos marginales de proveer dichos servicios.

La teoría tradicional ha estudiado el problema en términos de los beneficios y de los costos que experimentarían las personas bajo el supuesto de información completa y de un proyecto en régimen. Sin embargo, la posición y apoyo efectivo de las personas al proyecto puede ser el resultado de sus percepciones de beneficios y costos de largo plazo, a la luz de la información parcial y distorsionada de que disponen o de la forma como visualizan la operación del mismo durante su transición o, finalmente, de las redistribuciones que puedan producirse debido al proyecto y en que ellos se consideren involucrados.

Para que una iniciativa constitutiva de bien público se aplique, no sólo es necesario que esté bien diseñada sino que además debe ser puesta en práctica. Para ello, es necesario que un grupo mayoritario esté de acuerdo con su realización. El objetivo de esta sección consiste en estudiar los incentivos de dichos agentes para estar dispuestos a aprobar, operar y diseminar la iniciativa en referencia. El punto de partida consiste en aplicar los principios básicos del análisis económico, en el sentido de que los agentes son racionales y que podrán discernir si la utilidad que asocian a la aprobación del proyecto es superior a sus costos.

3.1 Economía política de una Reforma: definiciones básicas

El objetivo de esta sección consiste en entregar un marco conceptual para analizar el desarrollo e implementación de una reforma en el sector salud. Se pueden distinguir tres grupos de conceptos que son claves para un análisis del proceso de implementación. Ellos son: los afectados (*stakeholders*), el marco legal e institucional y la agenda de la reforma.

Los afectados (*stakeholders*) son aquellas personas o grupos beneficiados o perjudicados con la medida. Se trata de identificarlos y estudiar su comportamiento en favor o en contra de ella hasta llegar a su aprobación o eliminación definitiva.

El marco legal está constituido por las leyes, regulaciones y tradición oral o escrita que determina las restricciones y provee los incentivos que configuran el comportamiento de los afectados.

La agenda de reforma es el proceso a través del cual la idea de reforma se transforma en un programa, posteriormente se pone en práctica y, finalmente, satisface las necesidades de los beneficiarios.

3.1.1 Los afectados

El concepto de afectado (*stakeholder*) se habría acuñado en los sesenta (Ansoff, 1965; Stanford Research Institute 1963, citado por Freeman, 1984). Actualmente, se ha empleado en campos tan diversos como: manejo corporativo (Alkhatfaji, 1989; Bryson, 1990; Godet, 1991; Hatten y Hatten, 1988; Stoner y Freeman, 1992); críticas a las concepciones éticas en las prácticas administrativas (Collins, 1989; Langtry, 1994); formas de organización administrativa controladas por los afectados (Schlossberger, 1994; Weiss, 1994); en evaluación de programas sociales (Stake, 1975; Bryk, 1983; Senge, 1990); y en la planificación y proceso de decisión de reformas (Maxwell y Lincoln, 1990; Bamberger, 1991; Thompson, 1991; Godet, 1991).

Uno de los principales problemas que presenta el estudio de los afectados es el de su identificación. En efecto, un elemento importante de este enfoque consiste en incluir a todos los afectados sean éstos relacionados directa o indirectamente con el proyecto, sea que estén apoyando o rechazando explícitamente el proyecto o que se encuentren en situación de agentes pasivos. La identificación permite la construcción de matrices sobre el poder relativo y el grado de interés de los afectados respecto de las características claves del proyecto (Rhemman, 1968; Godet, 1991).

Los afectados pueden ser definidos como todos aquellos individuos agrupados o no que tienen algún interés por el desarrollo del proyecto o sus consecuencias, o que consideren que serán beneficiados o perjudicados con el proyecto. Los afectados constituyen un grupo muy amplio de personas, en el que se puede considerar desde los medios de comunicación masiva pasando por la opinión pública hasta los afectados directos, sea como beneficiarios o como perjudicados inmediatos. Es precisamente esta amplitud la que le confiere importancia a este concepto, puesto que pone de manifiesto que la suerte de un proyecto no se juega sólo entre los afectados directos sino que personas aparentemente muy alejadas del proyecto pueden jugar un rol importante en su concreción final, sea apoyándolo cuando eran inicialmente apáticos frente a él o rechazándolo con mayor fuerza que lo que se pensó inicialmente.

Es interesante destacar que los beneficios o pérdidas visualizadas por los afectados pueden ser de muy variados tipos: económicas, como por ejemplo mayores impuestos o nuevos y mejores programas de salud, cambio en su situación de poder político, mayor prestigio profesional o nuevas y más difíciles responsabilidades, satisfacción de ayudar a otros o miedo a ser considerado insensible a los problemas sociales, etc.

Siguiendo la metodología económica se supondrá que los afectados realizan un análisis de costo-beneficio, y que reaccionan en función de sus percepciones y expectativas de pérdidas o ganancias netas presentes y futuras. En términos analíticos se supondrá que los afectados actúan racionalmente tratando de maximizar sus beneficios esperados netos debido a la reforma en estudio. Así, la vida de dicha reforma dependerá de los incentivos y recursos que puedan movilizar los afectados más poderosos. Por lo tanto, la distribución temporal de las

actividades de la reforma como también la certeza de ciertos eventos serán elementos importantes para sus decisiones.

No basta que un proyecto haya sido diseñado para beneficiar a un grupo para que éste se sienta afectado positivamente y apoye el proyecto, es necesario que se perciba recibiendo beneficios y que tenga confianza que éstos serán efectivos y no se verán disminuidos por otras actividades de signo contrario. El caso opuesto, se presenta en aquellas personas que se ven amenazadas por el proyecto a pesar de que según sus diseñadores no sea así. Supóngase que se está pensando en una reforma en que la canasta básica del seguro obligatorio sería reducida con el objeto de concentrarse exclusivamente en actividades sujetas a riesgo (excluyendo prestaciones habituales o predeterminadas), por lo que el costo se reduciría. Sin embargo, los afiliados pueden pensar que ello no les conviene puesto que deberán incrementar sus gastos para pagar por las prestaciones no incluidas, a pesar de que el seguro en esos casos no es eficiente y, por lo tanto, su costo es superior al de hacerlo por su cuenta. Por otra parte, los aseguradores pueden pensar que la reforma implica una reducción de su ámbito de negocios y, por lo tanto, menores utilidades a pesar de que al mejorar la eficiencia del seguro deberían incrementarse las utilidades. No obstante, si se dan esas percepciones lo probable es que ambos afectados se manifiesten contrarios al proyecto y, por consiguiente, traten de ventarlo.

Los afectados se pueden clasificar desde varios puntos de vista, siendo los dos más empleados el de sus intereses y el funcional. Desde el punto de vista de los intereses que mueven a los afectados es posible distinguir, los que están orientados a la generación de las decisiones, a la organización de los programas y al manejo del sistema. Son en alguna medida los promotores. El siguiente grupo, el de los productores, diseminadores y distribuidores de los productos generados, es el de los inversionistas. Finalmente, se pueden considerar los beneficiarios, es decir, los usuarios, clientes o demandantes que representan la otra cara del proceso: la demanda.

Por otra parte, y en términos muy amplios, es posible distinguir ocho grupos funcionales de afectados: (1) políticos que incluyen a miembros del Poder Ejecutivo y del Legislativo; (2) funcionarios públicos de la burocracia central, regional o local; (3) proveedores de los servicios específicos objeto de la reforma (médicos, dentistas etc.); (4) representantes de los gremios de los proveedores de servicios específicos; (5) oferentes o contratistas de los bienes o insumos necesarios para la operación de las actividades que serán reformadas; (6) beneficiarios directos, es decir, personas que requieren los servicios médicos; (7) beneficiarios indirectos de la reforma; (8) personeros de agencias internacionales o de ONGs.

Los problemas más salientes de las reformas en salud son los siguientes:

- 1) En alguna medida se trata de mejorar las condiciones de los grupos de menor ingreso. Los problemas de dichos grupos están bien establecidos: son grupos mal organizados, mal informados y desconectados de las redes sociales. Por lo tanto, sus necesidades tienden a ser desatendidas. Así, los programas de salud de apoyo a los sectores pobres que tienen las mayores posibilidades de

ser adoptados, son aquellos que no requieren transferencias masivas y permanentes de recursos de los sectores de mayor ingreso hacia los pobres. En este sentido, la ayuda externa es un elemento importante para facilitar el apoyo de los grupos más poderosos. Por otra parte, la focalización es una variable importante en el sentido de que aquellos programas fuertemente focalizados hacia grupos de extrema pobreza y hacia actividades en que existe consenso que deben ser satisfechas por todas las personas (alimentación para los menores, vacunación, etc.) o aquellos en que la focalización alcanza a los grupos medios y medios altos, tienen mayor posibilidad de ser aceptados. Finalmente, las reformas que no requieren cambios mayores en la institucionalidad vigente y que no interfieren con las redes de mando y de poder, tienen una mayor posibilidad de ser aceptadas por los funcionarios encargados de llevarlas adelante.

2) Implican reformas institucionales, las cuales en general carecen de un modelo muy preciso que descansa en un consenso técnico muy añado. Por el contrario, existen varias alternativas técnicamente factibles y numerosos cultores de cada una de ellas que, en general, están en contrapunto con los de las otras. Por otra parte, su calendario es muy largo, durante el cual se plantean numerosas oportunidades de debate sobre el diseño original y la posibilidad de mantener las mayorías iniciales se diluye. Finalmente, existen numerosos actores involucrados con visiones diferentes que se adhieren a diferentes esquemas tecnológicos, lo que aumenta considerablemente las oportunidades de veto y, por lo tanto, de retardar el proyecto.

3) Se trata de reformas de servicios sociales que tienen un gran número de proveedores con numerosas regulaciones y en muchos casos asociados en fuertes sindicatos o gremios. Además, los ministerios son débiles y presentan divisiones internas fuertes. Por otra parte, los recursos disponibles en términos de salarios y de inversiones son bajos. Finalmente, se trata de servicios masivos que no pueden dejar de entregarse, lo que agrega un alto costo a la posibilidad de incumplimiento.

3.1.2 La agenda de la reforma

La agenda de reforma implica varias etapas, entre las que cabe destacar: diagnóstico, **planificación** y definición preliminar de mecanismos de acción; definiciones de **política** y especificación de los objetivos de la reforma; diseño de un **programa** de acción, búsqueda de apoyo, retroalimentación y aprobación final; generación de **proyectos**, es decir de actividades específicas que permitan llevar adelante el programa, su construcción y su operación, y finalmente, la **evaluación**.

En la etapa de planificación, un grupo de personas normalmente políticos convencen de la existencia de un problema y de la necesidad de realizar una reforma (legal, operacional u organizacional) para solucionarlo.

La etapa de política consiste en la determinación de los objetivos gruesos de la reforma y de los mecanismos para su implementación.

La etapa de diseño del programa consiste en el estudio técnico del proyecto y su expresión en términos de un cuerpo de decretos o leyes que deberán ser aprobados para llevarlo adelante. En esta etapa es muy importante el calendario de actividades y una breve descripción de los afectados.

Las etapas de planificación, política y programa se caracterizan porque en ellas la idea pasa del nivel limitado y local de sus promotores a ser parte de la agenda pública nacional. Por lo tanto, en ellas es necesario el logro de ciertos consensos, en primer término entre los promotores y los grupos técnicos asociados a la actividad en estudio; luego entre los promotores y los grupos políticos que prestarán su apoyo básico a la idea, en el sentido de que estarán dispuestos a ponerla en la agenda pública y; finalmente, consensos preliminares con los principales grupos de afectados, particularmente los más directamente relacionados con las actividades que se desea modificar y también los más fuertes.

Como parte de la retroalimentación y aprobación final está la búsqueda de consensos principalmente políticos para lograr la aprobación legal de la medida. Se incluye el despacho de la ley que regula la reforma, su discusión en el Parlamento, el estudio de las modificaciones que surgen en dicha instancia y su aprobación final.

La etapa de proyectos se expresa en términos de la confección y aprobación de los reglamentos que regularán la operación de la reforma, y en la asignación de los recursos humanos y físicos para que ella pueda operar adecuadamente. Es interesante destacar que en numerosos casos, reformas que han pasado todos los pasos anteriores; es decir, que han sido discutidas, aprobadas y que, por lo tanto, tienen el carácter de leyes no son operativas porque estas condiciones no se han cumplido.

La evaluación, por último, tiene por propósito analizar el cumplimiento de los objetivos, en términos de un menor uso de insumos, procesos más directos y bien orientados y productos que satisfagan las necesidades más sentidas de los beneficiarios.

3.2 El proceso de interacción

La puesta en marcha de la agenda y su posterior aprobación y operación es el resultado de un largo proceso en que las coaliciones de los afectados que tienen una visión positiva del proyecto han primado sobre la de los que son contrarios a ella. En esta perspectiva, el proceso de interacción de los afectados y sus coaliciones es de la mayor importancia. Esto será el objeto de esta sección.

El problema consiste en que los afectados desean intercambiar bienes muy diferentes: unos están interesados en mayores beneficios; otros desean prestigio, algunos no perder las posiciones que han ganado. Para facilitar la formalización del problema, llamaremos a **bni** el beneficio neto para el agente i debido a la aprobación del proyecto. Si **bni** es positivo él estará dispuesto a dar su consentimiento para la aprobación del proyecto, en caso contrario su decisión será a la negativa. Por lo tanto, la condición necesaria para la aprobación del proyecto es que la suma de los **bni** sea positiva. La expresión pública del beneficio neto

depende de tres grupos de consecuencias para el agente: efecto económico del proyecto percibido por el agente, costos de transacción para organizarse y hacer *lobby*, beneficios sociales (prestigio) o de configuración de poder (políticos). Es interesante destacar que cada una de estas consecuencias depende, entre otras variables, de los mensajes emitidos por el promotor del proyecto destinados a entregar más información y a mostrar que los costos del mismo son inferiores a los visualizados por los agentes o que los beneficios son superiores.

En este esquema, existen dos grupos de restricciones: por una parte, los recursos disponibles del promotor para entregar mensajes y para formar coaliciones con los agentes y, por la otra, los recursos de los contrarrestos para llevar adelante sus deseos. Entre estos costos es interesante destacar los de tipo político, de pérdida de imagen o de capacidad de convocatoria.

La idea básica es que para aprobar el proyecto es necesario hacer alianzas y éstas implican uso de recursos: tiempo de convencimiento, entrega de otros bienes en contrapartida (compensaciones) y reacondicionamiento de la configuración de fuerzas.

El análisis de la disposición a formar coaliciones se ha estudiado sobre la base de cuadros de doble entrada en que se estudian los efectos simultáneos de dos variables: en primer lugar, los intereses de los afectados, los que determinan la forma de configurar las coaliciones; y en segundo lugar, las etapas de un proceso de reforma. El Cuadro 1 presenta una descripción estilizada del proceso de reforma en que en columnas se colocan los afectados ordenados por sus intereses en el desarrollo de la reforma: en primer lugar, los que están interesados en el diseño y organización de la misma, luego los que están interesados en su diseminación y, finalmente, los que se preocupan de la operación en régimen de ella.

En filas se han consignado ciertas etapas o momentos que marcan hitos en el proceso de llevar adelante y poner en marcha la reforma: diagnóstico, necesidad de cambio y características del mismo, planificación y objetivos de política, programa de acción, realización de actividades específicas y su expresión en términos de proyectos y, finalmente, evaluación de lo realizado.

Este cuadro permite esbozar un proceso de llevar adelante la reforma. En primer lugar, un grupo de afectados que denominaremos genéricamente promotores conciben la idea de la misma, sea a través de un diagnóstico que ellos mismos

CUADRO 1

	Diseño Organización y Manejo	Negociación y Disminución	Operación
Diagnóstico y Mec. de Acción	✓	✓	✓
Planificación y Política	✓	✓	✓
Programa de Acción	✓	✓	✓
Proyectos	✓	✓	✓
Evaluación	✓	✓	✓

han realizado o que ya existía. Los promotores son los encargados de pensar en las líneas gruesas de los mecanismos de acción, en la planificación y en el diseño de política. Para ello cuentan con el apoyo de otro tipo de afectados cuya labor es eminentemente técnica, es decir, de aprovechar sus conocimientos para que las líneas de política que se tomen no estén en discordancia sino que aprovechen los conocimientos disponibles. Son los grupos tecnológicos. Una vez que se dispone de un primer esquema de la reforma, es necesario ponerse en contacto con un tercer e importante grupo de afectados: los que estarán dispuestos a poner su dinero o su firma para la aprobación del proyecto. Estos pueden ser empresarios o fundaciones en el caso de actividades privadas, políticos en el caso de actividades que requieran aprobación a través de los organismos colegiados de decisión del Estado o altos funcionarios del gobierno en el caso del uso de recursos públicos. Este grupo será denominado genéricamente inversionistas.

En el caso de proyectos de salud, los promotores normalmente son funcionarios públicos del Ministerio de Salud o representantes de los gremios (Colegio Médico u otros colegios profesionales del área de la salud) o miembros del Parlamento (diputados o senadores vinculados al área de salud). Los grupos técnicos provienen del propio ministerio, de proveedores de servicios especializados, de organismos académicos o de ONGs nacionales o internacionales.

Negociación es el nombre de esta etapa en que se establecen los vínculos y relaciones entre los promotores acompañados de los equipos técnicos con los inversionistas. Es la etapa en que la agenda se hace pública y, por lo tanto, comienza de lleno las dificultades con los afectados negativamente por el proyecto, sea porque éste les perjudica directamente, sea porque lo hace indirectamente puesto que al centrar la atención en él se deja de hacerlo en otras actividades en que dichos afectados tienen interés.

Es interesante destacar que la aprobación de la reforma pasa por la formación de coaliciones en que los beneficiados superen a los que se sienten perjudicados. En este sentido mecanismos expeditos de información que expliquen los reales objetivos del proyecto, negociaciones que reduzcan las dificultades y transformen a afectados apáticos en afectados y que motiven más a los ya convencidos son muy importantes. Finalmente, no deben descartarse los mecanismos de transferencia que permiten que los perdedores se beneficien al menos temporalmente o reduzcan sus pérdidas.

La etapa de negociación es crucial puesto que marca la línea divisoria entre el progreso y continuación de la reforma y su eliminación de la agenda pública. Es importante también porque una vez que se han juntado las fuerzas para su aprobación no es fácil volver atrás si se encuentran fallas que se considera fundamentales eliminar. El proceso ha adquirido una dinámica propia que dificultará su detención.

Los principales afectados en esta etapa son los promotores, los altos funcionarios públicos que deben presentar y asumir la agenda pública del proyecto y los encargados de su sanción legal (alcaldes, ministros y presidente en el caso de decretos, reglamentos, diputados y senadores en el caso de leyes, ordenanzas, etc.). También entran en escena en esta etapa los oferentes y contratistas de los bienes

producidos o modificados por la reforma, y en algunos casos los beneficiarios directos.

En la etapa de operación se pone en marcha el proyecto (la reforma), es decir, ésta empieza a producir los beneficios preestablecidos, sean éstos bienes, servicios, actividades de regulación, normas legales, etc. En esta etapa, los principales afectados son los grupos que manejan el proyecto y los beneficiarios de éste. En ella es necesario lograr la consolidación de la reforma, lo que significa adaptarse a las nuevas condiciones que han surgido como consecuencia de los cambios planeados y de la necesidad de lograr el mayor acceso de los grupos demandantes.

Los principales afectados en esta etapa son los administradores de los proyectos, los representantes de los gremios de trabajadores en dichas actividades, los oferentes de bienes y servicios y los beneficiarios, sean éstos directos o indirectos.

El paso de una etapa a la siguiente se realiza a través de un proceso en que se van analizando, en primer término, y luego realizando los diferentes momentos o hitos del proyecto. Es así que en la etapa de diseño se parte revisando el diagnóstico, luego se continúa con la planificación y objetivos de política, a continuación se describe el programa de acción, se esbozan los proyectos y, finalmente, se definen los criterios y mecanismos de evaluación. Es habitual que esta secuencia se repita varias veces en la sola etapa de diseño con el objeto de disponer de un esquema cada vez más afinado y preciso del contenido del proyecto. Estas iteraciones permiten ir ganando en claridad sobre el proyecto e ir integrando las observaciones de los diferentes agentes involucrados para mejorar el proyecto y lograr su apoyo posterior. En la etapa siguiente (negociación), normalmente se parte revisando los objetivos de política y el programa de acción y se repite todo el proceso hasta la determinación de los criterios de evaluación. Nuevamente se pueden intentar varias iteraciones que permitan ir logrando los consensos necesarios y configurando las coaliciones que permitan la continuación del proyecto. Finalmente, la etapa de operación parte del programa de acción o de los proyectos específicos y se concentra en la operación de los mismos. También puede dar origen a varias iteraciones que tienen por objeto lograr la puesta en marcha del proyecto (reforma) en la forma más fluida posible. Este punto es particularmente importante en el caso de proyectos masivos en que las descoordinaciones pueden generar dificultades serias por las colas de espera y los problemas de inadecuada relación con los beneficiarios que se le asocian.

En general, son los inversionistas el grupo de los afectados que genéricamente toma a su cargo el llevar adelante el proyecto. Para ello, debe configurar un conjunto de coaliciones con los otros afectados que le permitan el soporte necesario. Sin embargo, existen restricciones: de tiempo de los inversionistas para comunicarse con los diferentes grupos de afectados y, por otra parte, de los recursos que pueden destinarse al logro de dichas coaliciones. Por lo tanto, es necesario optar.

Para el estudio de dichas opciones se considerará un cuadro de doble entrada, Cuadro 2, en que se incluye en las filas la disposición de los agentes hacia el proyecto (Favorable, Indiferente y Desfavorable), y en las columnas el costo del inversionista para entregar mensajes (alto y bajo) y, en un segundo nivel, los

costos de organización de los agentes (altos y bajos). En este estudio se ha supuesto que los agentes que tienen altos costos difícilmente se organizarán: en cambio, los que tienen costos bajos lo harán y serán efectivos en sus demandas.

Los grupos de las casillas 1), 2) y 3) representan el primer foco de atención de los inversionistas. En el caso de la casilla 1) para solidificar la disposición favorable de éstos. En el caso de la casilla 2) para romper su indiferencia y transformarlos en grupos activos y; finalmente, en el caso de 3), para convencerlos de que depongan su actitud negativa y se transformen a lo menos en indiferentes o en caso que ello no sea posible para neutralizarlos.

Las casillas 4), 5) y 6) se caracterizan por la dificultad de organización. En el caso de la casilla 4), es decir grupos favorables, los inversionistas podrían aprovechar su facilidad para entregar el mensaje con el objeto de reducir los costos de organización de estos grupos y mejorar la capacidad de formar coalición con ellos. En los casos de los grupos 5) se puede tratar de convencerlos de que se adhieran al proyecto y luego mejorar su capacidad organizacional. Respecto de los grupos 6) posiblemente lo mejor sea no preocuparse de ellos para concentrarse en los restantes grupos.

Los grupos 7) 8) y 9) pueden ser descuidados en una estrategia en que no se dispone de recursos suficientes, a menos que el aporte de esos grupos sea decisivo para la aprobación del proyecto. Finalmente, de los grupos de las casillas 10), 11) y 12), una preocupación por los grupos 11), en la medida que no sea muy costosa, puede ser conveniente para lograr incrementar las posibilidades de aprobación del proyecto.

CUADRO 2

	Costo de Entrega de Mensajes		Bajo	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo
Favorable	7	10	4	1
	8	11	5	2
Indiferente	9	12	6	3

3.3 Opiniones de afectados potenciales en relación a la Canasta Básica

En esta sección se presenta un análisis de entrevistas efectuadas a individuos y grupos sociales (*stakeholders*) quienes se verían afectados, positiva o negativamente, con la implementación de una Canasta Básica de Salud en Chile.⁶ Este análisis es de interés, por cuanto se obtienen los argumentos que distintos afectados tienen en relación a la aplicación de una Canasta Básica.

Las personas entrevistadas cubren un amplio rango de grupos de opinión, contándose entre ellos a diputados, senadores, líderes de opinión, organizaciones no gubernamentales, Iglesia Católica, representantes de organizaciones gremiales de aseguradores, de personal clínico, de trabajadores de la salud, de trabajadores y de empresarios, entre otros.

Dentro de las ventajas, un aspecto importante de mencionar es que la gran mayoría de los entrevistados, incluyendo a muchos que se oponen a una Canasta Básica de Salud, reconocen que una lista priorizada permite una mejor planificación de las actividades de salud, así como también aumenta el grado y la calidad de la información sobre la efectividad de los tratamientos, tanto para los proveedores de salud (médicos y hospitales) como para los usuarios (personas, pacientes y aseguradoras). A su vez, la lista priorizada y el costo de los eventos que la definen facilita la estimación de los subsidios necesarios para obtener el nivel de resolución para las condiciones médicas que se considere adecuado.

Se menciona también que una Canasta Básica permitiría dar un mayor énfasis a servicios de salud más efectivos (acciones de prevención y promoción de salud, por ejemplo) y, por lo tanto, reducir la provisión de servicios que son médicamente ineficientes o que no son valorados por la comunidad. De esta manera, estiman que habría muchos individuos quienes se beneficiarían con estos cambios.

Otra ventaja mencionada es que la lista priorizada entrega criterios objetivos para orientar al proceso de racionalización, lo que da una mayor transparencia y estabilidad al sistema.

Para analizar los aspectos negativos es importante agruparlos en las siguientes categorías: a) de tipo ideológico, b) de tipo metodológico, c) de tipo ético y d) de tipo práctico.

Entre los argumentos de tipo *ideológico* cabe destacar los siguientes. En primer lugar, se menciona que la Canasta Básica reduce el compromiso ineludible que tiene el Estado en la provisión de salud de la población. Este argumento, común a muchos de los entrevistados quienes desean una mayor participación del Estado en Salud, ilustra lo difícil que será la implementación de una Canasta Básica en un país como Chile que ha tenido históricamente una fuerte presencia estatal en salud.

En segundo lugar, se menciona que la Canasta Básica limitaría el acceso a la salud de las personas de ingresos medios y bajos quienes no contarían con recursos suficientes para disponer de una cobertura adicional de salud. A cambio de lo anterior, se les ofrece la promesa de que se les va a otorgar una mejor atención para las acciones de salud que quedan contenidas en la Canasta, lo cual, en caso de no realizarse, implicará que los más pobres se queden con un nivel de atención más reducido, enfrentando los mismos problemas de acceso y carencias que en la actualidad.

En tercer lugar, al limitar la responsabilidad de las personas en salud a través de una Canasta Básica, reforzará el sentido de lo individual por sobre lo colectivo, lo cual hace que se siga perdiendo algo que es muy apreciado por algunos de los entrevistados: la solidaridad en salud.

Dentro de los argumentos de tipo *metodológico* se presenta, en primer lugar, la dificultad de definir la frecuencia de las prestaciones a incluir en la Canasta Básica por cuanto ésta puede estar afectada no tan sólo por las necesidades de salud, sino también por condiciones globales de la economía. Por ejemplo, en condiciones de recesión económica puede aumentar la frecuencia de ciertas condiciones de salud.

En segundo lugar, un problema que existe es la heterogeneidad en las necesidades de salud de la población, lo que hace difícil que la aplicación de una Canasta Básica basada en una persona "promedio" satisfaga las necesidades de salud de una persona en particular.

En tercer lugar, el diseño metodológico basado en un paciente "promedio" implica combinar pacientes con condiciones heterogéneas, comorbilidades y distintos resultados esperados en un mismo grupo (con el mismo orden en la lista priorizada). Así, el nivel de agregación utilizado implica que se deben mezclar necesariamente pacientes para los cuales el tratamiento puede ser muy efectivo con aquéllos para los que el tratamiento es temerariamente inefectivo. En otras palabras, para los diagnósticos cubiertos por la Canasta Básica de Salud se puede entregar tratamiento para un paciente para el cual la efectividad es casi nula y, al mismo tiempo, para un diagnóstico no cubierto, se puede negar el tratamiento para un paciente con una alta efectividad del tratamiento.

En cuarto lugar, una Canasta Básica definida por el Estado debe enfrentar una serie de dificultades metodológicas y, en particular, otros investigadores con distintas "preferencias" pueden obtener una Canasta distinta. Así, la Canasta puede no ser robusta frente a distintos grupos que tratan de definirla. En adición, algunos consideran que es más eficiente definir explícitamente un monto de recursos a gastar en una base capitada y dejar que sea el mercado quien defina el contenido de la Canasta.

Dentro de los argumentos de tipo *ético* se encuentra, en primer lugar, que la salud constituye una necesidad básica y, por tanto, las personas tienen el derecho a que se les cuide en todo evento. Limitar "explícitamente" este derecho a través de una Canasta Básica va en contra de este derecho fundamental. En adición, puede crear un sentimiento de indefensión en la población la cual afectará en mayor medida a las personas más aversas al riesgo.

En segundo lugar, cuando se observan problemas de gestión y gastos innecesarios en el sector salud, es válido preguntarse por qué no eliminar esas fuentes de ineficiencia y de gasto antes de entrar a priorizar las necesidades de salud y de limitar la entrega, tal como está implícito en una Canasta Básica.

En tercer lugar, qué hacer con los pacientes de ciertas enfermedades en que la "efectividad" del tratamiento es casi nula, como por ejemplo el SIDA. En estos casos se estima que sólo el Estado puede ayudar a resolver estas situaciones con equidad y justicia. Sin embargo, lo más probable es que el tratamiento de estas condiciones no sea considerado dentro de una Canasta Básica debido a su bajo costo-efectividad.

En cuarto lugar, resulta problemático no dar tratamiento a algunas personas sobre la base que otros pueden tener un mayor impacto sobre la calidad de vida

o la esperanza de vida. Esto equivale a decir que un individuo es más valioso que otro y, por tanto, puede ser considerado discriminatorio por ciertos individuos.

En quinto lugar, una Canasta Básica afecta la relación médico-paciente al introducir un agente que regula y condiciona esta relación (la Canasta). Esta afectará, sin duda, la manera en que un médico aborda la resolución de una condición de enfermedad y, peor aún, intenta regularla.

Dentro de los argumentos de tipo *práctico* se encuentra, en primer lugar, el problema de cómo aislar la Canasta Básica frente a la presión pública y política de ir incorporando acciones de salud a través del tiempo.

En segundo lugar, no se conoce la manera en que reaccionarán los proveedores y médicos frente a un Paquete Básico de Salud. Se pueden generar incentivos para hacer que los diagnósticos que no estén cubiertos sean "redefinidos" para que parezcan estar cubiertos o que médicos y pacientes se "coludan" con el fin de evitar las exclusiones de la Canasta Básica.

En tercer lugar, existe una serie de preguntas: ¿cómo evitar que el Estado fije el precio o contenido de la Canasta Básica con el objetivo de sacar del mercado a sus competidores en el mercado de seguros?; ¿qué se hace con pacientes hospitalizados que requieran cobertura por diagnósticos no-cubiertos por la Canasta?; ¿cómo y quién determina si una condición de enfermedad está o no cubierta?; ¿quién asume la responsabilidad legal frente a demandas por rechazar la entrega de servicios por condiciones de enfermedad no cubiertas?

En relación a las opiniones entregadas por los afectados, directos e indirectos, por una Canasta Básica es importante enfatizar que muchos de éstos —con la excepción de los argumentos de tipo "ideológico"— requieren sólo de una labor de explicación sobre el contenido de la Canasta y el método de priorización utilizado en su obtención.⁷ En todo caso conviene revisar la crítica de tipo ética que indica que la Canasta Básica puede ser discriminatoria para ciertos grupos de la población. A este particular, se estima que si bien la Canasta puede excluir ciertos servicios necesarios para ciertos grupos, esto no constituiría discriminación por cuanto se estaría gravando al hecho (en este caso la presencia de una cierta patología) y no a la persona.

IV. Conclusiones

Los procesos de reforma han enfatizado un conjunto de objetivos en apariencia incompatibles. Por una parte, se exige el logro de una mayor cobertura tanto en términos de extensión (incrementar el número de personas que disponen de seguro) como en términos de intensidad (aumentar las prestaciones). Por otra parte, se observa un incremento importante de costos de los servicios médicos. En la base de este problema se plantea la pregunta de lo que debería hacer el gobierno en una situación en que las personas desean más prestaciones de salud que las que los oferentes están dispuestos a entregar a los precios vigentes. El dilema se puede establecer en términos de racionalizar los deseos de las personas para adecuarlos a las leyes de la oferta y demanda o en tratar de satisfacerlos a riesgo de generar problemas de compatibilidad económica.

En definitiva, la medida de éxito radica en la capacidad de la sociedad de configurar una canasta de servicios que asegure a cada quien un umbral de seguridad en salud y que sea compatible con los procesos de cambio económico implementados en dicha sociedad.

El concepto de Canasta Básica ha adquirido importancia puesto que es un mecanismo efectivo para precisar el bien objeto del seguro de salud y, por lo tanto, posibilita la operación de los incentivos económicos tradicionales: competitividad entre oferentes y participación de los beneficiarios en el costo de las prestaciones. En efecto, la promoción de una mayor cobertura conjuntamente con la contención de costos, requieren de elementos que incentiven en todos y cada uno de los cientos de agentes prestadores la necesidad de cuidar los recursos de que disponen. La competencia es un mecanismo que ha probado ser efectivo en este aspecto.

Sin embargo no basta con producir a mínimo costo, es necesario además disciplinar el consumo y, para ello, una manera es exigir más responsabilidad a cada paciente. La solución no es fácil puesto que se presentan numerosas situaciones en que los costos de las prestaciones superan las capacidades de pago de los pacientes, por ejemplo en el caso de las enfermedades catastróficas. Sin embargo, es posible hacer un primer nivel de discernimiento entre tratamientos claramente inefectivos, entre procedimientos ambulatorios versus de atención cerrada, entre hotelería más sofisticada, y entregar la responsabilidad financiera de dichas actividades a cada persona, liberando recursos que pueden ser destinados a entregar mayor cobertura, tanto en extensión como intensidad, a otros procedimientos considerados "prioritarios".

En el desarrollo de una reforma no sólo es importante el diseño de una Canasta Básica y de los mecanismos de incentivos que se le asocian. Además, la forma y la gradualidad con que se imponga juega un papel crucial en su aprobación y desarrollo final. Todo cambio debe ser gradual para lograr los consensos mínimos que permitan que la idea prospere. Una reforma realizada con un calendario conocido y que permite que los oferentes y demandantes puedan adecuarse a los cambios facilita la operación eficiente de los mercados y, por lo tanto, minimiza los efectos de incremento de precios y de búsqueda de rentas que se asocian con ofertas de corto plazo muy inelásticas y con organizaciones monopolísticas. Diseño y proceso de implementación de la Canasta Básica constituyen los dos puntos focales del presente artículo.

Una Canasta Básica con el objetivo de priorización para configurar el beneficio mandado de salud puede ser definida desde varios puntos de vista: en términos de un gasto máximo que se deja abierto para que sean los privados los que decidan su uso, sobre la base de contratar los seguros que les parezcan más convenientes. En términos de un gasto máximo para las personas y de un conjunto muy amplio de prestaciones que deben ser satisfechas, dejando los copagos y límites máximos como variables de ajuste. Como un gasto máximo para las personas y un conjunto similar de prestaciones que deben ser satisfechas, dejando que los copagos y el aporte del Estado sean las variables de ajuste. Los diferentes diseños propuestos tratan de conciliar el carácter de necesidad básica de las pres-

taciones de salud que implica su amplia accesibilidad, con el hecho de que dichas prestaciones constituyen bienes privados y, por lo tanto, existe la disposición a pagar por ellas.

Para conciliar ambos objetivos se puede pensar en un diseño que se concentre en las exclusiones en primer término y se excluya aquellas prestaciones que aun- que puedan ser importantes para determinadas personas, consensualmente no cons- tituyen parte del umbral mínimo (por ejemplo, cirugía embellecedora), luego se descartan las prestaciones de bajo costo-efectividad en función de las más costo- efectivas y, finalmente, se define un nivel de hotelería básico. Estas prestaciones se entregarían con una alta cobertura y con una prima que podría hacerse lo más baja posible a través de enfatizar la competitividad de los oferentes, que dado que el producto estaría muy estandarizado competirían básicamente a través de un menor costo. De esta forma, se lograría reducir el número de no asegurados y de paso se minimizarían los problemas de selección adversa. Para los indigentes se puede pensar en subsidios especiales a través de la creación de un fondo de so- lidaridad, por ejemplo, con el objeto de lograr su plena incorporación.

Las Canastas Básicas definidas a través de la exclusión de prestaciones tienen la gran dificultad de las prestaciones que se generan para incorporar las nuevas pres- taciones que la tecnología va ofreciendo o para incluir las antiguas que inicial- mente habían sido dejadas fuera. Para manejar este problema se sugiere incorpo- rar un mecanismo en que ninguna prestación sea excluida totalmente, pero que las menos costo-efectivas o no constitutivas de prioridad estén sujetas a un mayor porcentaje de copaga, el cual eventualmente puede ser de 100%. En todo caso, el nivel de hotelería será el común para todo el seguro.

En referencia al proceso de aprobación de una reforma, el concepto básico que se desea enfatizar en este artículo es el de afectado (*stakeholder*). Normal- mente, se tiende a asociar a los afectados con los beneficiados o perjudicados directos por la reforma. Sin embargo, el concepto es mucho más amplio e incluye a un vasto conjunto de personas e instituciones que aunque no estén afectadas directamente por la reforma pueden sentirse atraídas—por motivos reales o ficti- cios—positiva o negativamente hacia ella. Por último, los afectados pueden adop- tar una posición más o menos pasiva frente a ésta.

En este artículo se ha denominado promotores a los afectados que han toma- do a su cargo la tarea de transformar un conjunto de ideas de reforma en un proyecto propiamente tal; y de inversionistas a los que colocan dicho proyecto en la agenda pública, tomando sobre sí la responsabilidad de llevar adelante el pro- ceso de su aprobación a través de las instancias públicas formales y preocupán- dose de supervigilar su posterior puesta en marcha.

Se plantea la proposición de que el proceso de aprobación se facilite si los promotores e inversionistas invierten una parte de su tiempo en mostrar las ven- tajas del proyecto, en identificar los beneficios del mismo y en convencer a los afectados directos de que sean aliados al proyecto y no contrarios a éste. Sin embargo, la tarea muchas veces requiere de estrategias que saquen a los indife- rentes de su estado y los transforme en adherentes, y en lograr coaliciones que aseguren la supervivencia de la iniciativa.

En esta actividad no es conveniente olvidarse de los afectados negativamente, sea informándoles respecto de las características efectivas del proyecto, sea ofre- ciendo compensaciones que faciliten la buena marcha de la iniciativa sin desna- turalizarla.

Finalmente, es importante enfatizar que diseño y proceso de aprobación son- dos elementos inseparables de una gran estrategia que permita que una iniciativa como la de la Canasta Básica no termine en una actividad que predica sus bon- dades pero que, por problemas de implementación, terminan siendo desechadas como ha sucedido en varias ocasiones en otras regiones.

Notas

- 1 El análisis tradicional de costo-beneficio no es aplicable para evaluar acciones de salud, por cuanto los beneficios de éstas no son medibles, en general, en términos monetarios.
- 2 Ver Banco Mundial (1993) y Bobadilla *et al.* (1994).
- 3 Efectividad es el nombre con que se designa la optimalidad tecnológica. Es decir, la determinación de la técnica de producción que permite generar la prestación médica (*output*) con la menor can- tidad de insumos o que no es dominada por ninguna otra.
- 4 El término eficacia se ha reservado para referirse a actividades que benefician a numerosas perso- nas y, por lo tanto, su impacto es más generalizado. En este sentido este concepto enfatiza el alcance de las medidas más bien que su intensidad por beneficiario.
- 5 Este concepto incorpora explícitamente el valor de lo producido para compararlo con el costo de lo producido.
- 6 Ver Aedo (1994).
- 7 Los argumentos a entregar a los afectados han sido ya presentados en las secciones anteriores del presente artículo.

Referencias

- AEDO, C. (1994). *Plan Referencial de Salud, Informe Primera Etapa*. Estudio para Superintendencia de ISAPRE de Chile y Organización Panamericana de Salud.
- ALKHAFI, A.F. (1989). *A Stakeholder Approach to Corporate Governance: Managing in a Dynamic Environment*. New York: Quorum Books.
- ANSOFF, I. (1965). *Corporate Strategy*. New York: McGraw-Hill.
- BAMBERGER, M. (1991). "The Politics of Evaluation in Developing Countries". *Evaluation and Program Planning*, 14(4), 325-39.
- BANCO MUNDIAL (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*.
- BOBADILLA, J.L., P. COWLEY, P. MUSGROVE y H. SAXENIAN (1994). "Design, Content and Financing of an Essential National Package of Health Services". *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 72, No. 4.
- BROWN, L. (1991). "The National Politics of Oregon's Rationing Plan". *Health Affairs*, Summer, BRVY, A.S. (Ed.) (1983). *Stakeholder-Based Evaluation. New Directions in Program Based Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- BRYSON, J. (1990). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- CALLAHAN, D. (1991). "Commentary: Ethics and Priority Setting in Oregon". *Health Affairs*, Summer, COLLINS, D. (1989). "Organizational Harm, Legal Condemnation and Stakeholder Retaliation: a Typology, Research Agenda and Application". *Journal of Business Ethics*, 8(1), 1-13.
- ETZIONI, A. (1991). "Commentary: Health Care Rationing: A Critical Evaluation". *Health Affairs*, Summer.