

Las reformas sanitarias y los modelos de gestión

*Ginés González García*¹

Prácticamente todos los países de la región han emprendido reformas de sus sistemas de salud durante las últimas dos décadas y en muchas de ellas se incorporan avances en las herramientas y modelos de gestión. Este artículo tiene como objetivo señalar el rumbo de los avances en la gestión que están asumiendo las reformas regionales del sector de la salud. Para ello, primero se presenta la tensión que se registra en las fases de formulación de la reforma entre la corriente neoliberal internacional y las fuerzas locales de diferentes países. En segundo lugar, el análisis se detiene en la distinción entre las herramientas y modelos de gestión incorporados, presentando para ello una taxonomía de los niveles de gestión. Por último, a modo de conclusión, se plantean algunas reflexiones sobre el futuro de la gestión del sector de la salud en América Latina.

AUTONOMÍAS NACIONALES EN LAS REFORMAS

¿Cuál es la autonomía con que el sector de la salud de un país puede formular su reforma de salud? Como telón de fondo del debate sobre las reformas y los componentes de gestión que involucran se plantea, en realidad, una discusión sobre la especificidad de la cuestión sanitaria. O, en otros términos, ¿en qué medida la formulación de las reformas del sector de la salud se aleja de un discurso general sobre la reforma del Estado y la economía? Por un lado, se ha registrado una tendencia neoliberal que impulsa la estandarización de las reformas y, con ello, de los modelos de gestión en salud. Por otro lado, en algunos casos los actores nacionales han ofrecido resistencia, presionando para que la implementación de los nuevos modelos no altere tanto la conformación tradicional del país y su sector sanitario.

En el ámbito sanitario, el consenso de Washington no resulta tan claro ni preciso, pero ha dejado algunos temas de reforma que, con mayor o menor facilidad, han conseguido incorporarse en las agendas nacionales. A continuación se presentan los puntos más sobresalientes de la agenda neoliberal de reforma del sector y se comentan algunas de las particularidades o distorsiones que adquie-

Palabras clave: Reforma del sector de la salud, gestión, América Latina.

¹ Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina. Toda la correspondencia debe ser enviada a: Ginés González García, Fundación ISALUD, Venezuela 925, Buenos Aires, CP1095, Argentina. Correo electrónico: gines@isalud.com

ren en su implementación en los diferentes países de la región.

Freno a la expansión del gasto social

En primer lugar, la premisa neoliberal de reducir la influencia del Estado no se ha transformado en el sector de la salud en la bandera de la privatización como lo ha sido en otros servicios públicos. Antes bien, lo que se ha buscado es poner un freno a la expansión continuada de los gastos sociales. Para ello se ha recurrido a diferentes medidas, desde los recortes presupuestarios hasta la reducción de las contribuciones sociales que dan sustento a la seguridad social, como ocurrió en Chile y Argentina. Sin embargo, en la mayoría de los países, más que una retracción de los presupuestos sanitarios, lo que se registró fue una expansión sostenida del gasto público.

Separación de las funciones de provisión y financiación

La implementación de esta premisa implica un conjunto de cambios, tales como la adopción de mecanismos de financiamiento de la demanda, la mayor autonomía de los servicios públicos y la integración y competencia de servicios públicos y privados de salud.

Focalización del financiamiento público hacia los grupos vulnerables

Esta premisa también ha sido puesta en práctica de diferentes formas, por un lado restringiendo la oferta gratuita de servicios públicos a la población carente (tal es el caso del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en Chile), y por otro, manteniendo la oferta para la población que tiene algún esquema de cobertura de seguros, pero estableciendo un cobro por dichos servicios a estos terceros pagadores. Tal es el caso de los denominados Hospitales de Autogestión que se implementaron en Argentina, habilitándolos para cobrar a las obras sociales por las prestaciones brindadas a la población asegurada; lo mismo en Uruguay, donde los servicios están habilitados para cobrar a las Instituciones Mutuales (IAMC). En Brasil la propuesta ha sido defendida pero encontró mayores dificultades en su concreción. Por último, estableciendo un seguro específico subsidiado con recursos públicos para brin-

dar cobertura a la población carente. Es el caso del sistema de régimen subsidiado en Colombia.

El racionamiento de las prestaciones médicas

Esto significa la restricción de las prestaciones médicas financiadas con recursos colectivos. Tal vez impulsadas más que nada por el Informe de Desarrollo Humano de 1993 del Banco Mundial (1), en 17 países se incorporaron canastas básicas de servicios de salud, lo cual también genera una forma de racionalización y homogeneización de la oferta. No obstante, en varios países, como Argentina, Brasil o Colombia, la extensión de las canastas —Programas Médicos Obligatorios— tiene fuertes dificultades de financiación (2).

LOS MODELOS DE GESTIÓN EN AMÉRICA LATINA

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente (3).

En función de esta definición es válido preguntarse en qué medida las reformas de salud implementadas en América Latina durante las décadas pasadas generaron auténticos cambios en los modelos de gestión. Para analizar esto resulta adecuada la taxonomía formulada por Vicente Ortún Rubio (4), que distingue tres niveles de gestión en el sector de la salud:

- *Macrogestión o gestión pública*, que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios; la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos, y la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.
- *Mesogestión o gestión institucional*, que involucra a los centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.
- *Microgestión o gestión clínica*, donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector de la salud es que el médico

es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

Una primera forma de revisar las repercusiones de las reformas sanitarias sobre los modelos de gestión discriminaría el examen de las repercusiones sobre cada uno de estos tres niveles.

Cambios en la macrogestión

En el análisis de los sistemas de salud nacionales se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión. Por un lado los valores que guían al sistema, y por el otro las funciones del Estado en el sector de la salud.

Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros. Por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura y otros privilegian la eficacia de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos). Desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema, parecería importante identificar cuáles son los principios y valores que guían el sistema en cada país, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, quién las toma y cómo se toman. En la mayoría de los países se apuntó a la consolidación de los sistemas públicos de aseguramiento; sin embargo, fueron muy pocas (tal vez solo las de Brasil y Colombia) las reformas que apuntaron a la *universalización* del sistema. Como demuestran dos estudios recientes de la Fundación ISALUD (5, 6), en América Latina hay 107 millones de personas que encuentran algún tipo de obstáculo (de cobertura, económico, geográfico o cultural) en el acceso a los servicios de salud. En la región habría alrededor de 217 millones de personas que no cuentan con seguros de salud y 121 millones cuyo nivel de ingresos les impediría tanto el acceso como la continuidad de cualquier tipo de tratamiento, 15,6 millones con barreras geográficas para acceder a profesionales médicos, 6,7 en áreas con déficit de camas hospitalarias, 81,7 sin adecuada cobertura de vacunaciones y 83,6 sin adecuada cobertura en la atención del parto (5).

A su vez, todos los sistemas se plantean la *equidad*, pero las medidas concretas para alcanzarla han sido escasas. La equidad en los resultados sanitarios es la mayor de las asignaturas pendientes, tanto en la Región como en el mundo. Algunos

países han conseguido avanzar en la equidad en el acceso, fundamentalmente los que buscaron la universalidad. Otro avance en este sentido lo representa el hecho de que en 17 países se incorporaron canastas básicas de servicios de salud, lo cual de alguna manera homogeneiza el acceso a los servicios. Pero al mismo tiempo, en otros países se registra retroceso, o al menos avances a un ritmo inferior al esperado, en lo que respecta a la equidad en el gasto. Argentina, Chile y Uruguay son probablemente los países que más camino tienen que recorrer en ese sentido, por ser países donde tanto el gasto sanitario como la oferta son relativamente altos, y por ser sistemas de alta fragmentación.

Tal vez el propósito que más presencia tenga en la agenda de políticas de reformas del sector de la salud en la región haya sido la *descentralización*. Alrededor del noventa por ciento de los países de la Región buscaron, en el período considerado, alguna forma de transferencia de responsabilidades desde el centro hacia la periferia de los sistemas de salud (7). Este proceso puede generar cambios significativos de los modelos de gestión. Aún es poco lo que sabemos sobre los resultados de estos procesos, ya que los modelos de descentralización son muy diversos. Bajo el nombre de descentralización se engloban procesos distintos, como la municipalización, la distritalización, la transferencia de los servicios a las jurisdicciones departamentales o provinciales, o la delegación de autonomía de gestión a los hospitales. Si durante los años ochenta —y tal vez estimulado por la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), impulsada por la Organización Panamericana de la Salud— la devolución de las funciones de salud a los municipios parecía la forma más adecuada de descentralización, desde comienzos de los noventa adquirieron fuerza los procesos de fortalecimiento de la autonomía hospitalaria que resultaron más consonantes con la financiación de la demanda y los presupuestos descentralizados. En los últimos años parece haber adquirido impulso, al menos en los entornos académicos, la premisa de encontrar soluciones para los problemas de salud de la población bajo esquemas de aseguramiento. Especialmente en los países de la Región donde los niveles de acceso son menores, parecen resultar adecuados los esquemas de microseguros.

En menor medida, pero con impulso creciente, surgen principios como la *competencia* y la *libertad de elección*. Como ocurrió con otras tendencias de reforma, estos procesos que recuperan y priorizan el papel del usuario surgieron en otras regiones y progresivamente fueron contagiando a la nuestra. Son varios los países que han logrado algunos avances en la incorporación de esquemas de competencia estructurada (8, 9).

Cada sistema de salud implica determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. Las funciones del Estado en el sector de la salud se pueden encuadrar en cuatro categorías: informar a la población, proveer directamente servicios a la población, financiar servicios de salud y regular el mercado sanitario. Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en los estudios sobre el sector (10, 11).

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de información debe ser suministrada a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado y cuáles debe comprar al sector privado, cómo debe comprarlos el Estado y, por último, qué, cómo y a quién se debe regular. Las tendencias que se registran en este sentido son: la retracción de Estado como proveedor y la progresiva integración de prestadores mixtos públicos y privados; el incremento de la función del Estado informador; la focalización del gasto público hacia los sectores más vulnerables; la incorporación de la competencia en los esquemas de seguro social; la sustitución de la financiación de la oferta por la financiación de la demanda, y la modificación de los marcos e instrumentos reguladores.

Cambios en la mesogestión

Cambiar el modelo de gestión de las instituciones constituye una tarea más compleja y difícil de lograr que plantear reformas estructurales de las reglas y la dinámica de los sistemas. Redefinir el modelo de gestión a nivel institucional no es otra cosa que reconvertir las instituciones. Podría decirse que en la mayoría de los casos lo que se ha logrado es solo una reingeniería.

Con respecto a los hospitales y servicios de salud, la pregunta central podría ser ¿en qué medida los procesos de delegación de mayor autonomía afectaron a los modelos de gestión?

También a nivel de la mesogestión se han introducido cambios sobre la gestión de las instituciones aseguradoras. Probablemente, el lugar destacado que ocupan los agentes intermediarios en este período de reformas se deba a la esencia original de los sistemas de salud considerados, con predominio de la seguridad social. Puede advertirse que las reformas de los últimos años se han orientado hacia la reorganización de la estructura de intermediación entre la provisión y el financiamiento de los servicios, apuntando hacia la libertad de elección del agente asegurador y otorgando, consecuentemente, mayor poder de negociación al usuario y a los me-

canismos de mercado. Al considerar los países "reformistas" mencionados anteriormente, es posible percibir la importancia que revisten los actores intermediarios en las reformas implementadas o en curso.

Mientras la reconversión significa cambios de misiones y funciones, y por lo tanto de prioridades, la reingeniería se limita a una redefinición de estructuras y procesos.

El caso de Chile puede ser un buen ejemplo, ya que tanto el FONASA como las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) constituyen los pilares básicos (público y privado, respectivamente) sobre los cuales se apoya todo el sistema de salud. Particularmente, con la creación de las ISAPRES, y luego de la Superintendencia, se dejó sentado el giro hacia el aumento de la participación del subsector privado en la salud de los chilenos.

En Colombia, el surgimiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) también generó una estructura completamente distinta a la preexistente.

Otro caso es el argentino, donde el proceso de reforma tiende hacia la reestructuración total de los seguros de salud, que a medio plazo conduciría hacia un modelo de intermediación privada de los servicios.

Cambios en la microgestión

En sentido estricto, los cambios en la microgestión deberían ser examinados a la luz de la propia práctica médica, lo cual se sale de los límites del presente trabajo. Sin embargo, puede plantearse la hipótesis de que algunos cambios en las condiciones de la gestión institucional y del sistema actúan como condición necesaria, aunque no suficiente, para incorporar mayor racionalidad a la asignación de los recursos por parte de los prestadores. Las medidas más importantes en este sentido son:

- En los hospitales y servicios públicos, la progresiva autonomía administrativa y financiera, que en 1995 se manifestaba en al menos 10 países de la Región.
- La descentralización presupuestaria. En la medida en que la presupuestación se acerca más a los propios servicios o, en otras palabras, a medida que aumenta la cantidad de unidades presupuestarias, se hace posible conciliar las conductas de los prestadores con la programación y asignación de los recursos. Aunque aún se pueden contar con los dedos los casos en los que se han implementado auténticos presupuestos clínicos en nuestra Región, algunos cambios en las modalidades de contratación y remuneración por los servicios, que se registran en al menos 15

países, facilitan este cambio. Por ejemplo, la remuneración de los servicios a través de módulos diagnósticos, cuyo uso se ha generalizado en Argentina, Brasil y Chile, introduce incentivos para una mayor conciencia en el uso de los recursos por parte de los prestadores.

- La gestión de los medicamentos es uno de los campos con incipiente presencia en las reformas. La fuerte motivación que genera su alto impacto en el gasto sanitario (entre el 12 y el 35% del total, según el país) y su indudable efecto sobre la calidad de la atención médica han sido motores de un tardío, pero interesante campo de actividad. La gestión de los medicamentos está presente tanto en el sector público, a través de los listados terapéuticos, las fichas de utilización y el seguimiento de las conductas prescriptivas, como en el sector privado, que está agregando a los instrumentos clásicos ya citados el seguimiento de la conducta prescriptiva de los médicos y de la conducta de utilización de los asegurados. Contemporáneamente con Alemania y Holanda se ha introducido en algunas provincias argentinas la estrategia de los precios de referencia y la posibilidad de sustitución de marcas de medicamentos (12). Ambas les dan mayor protagonismo a los farmacéuticos y a los pacientes en la gestión de medicamentos.
- Las guías de buena práctica clínica han renovado su vigencia a partir de la introducción de las mismas en muchos establecimientos hospitalarios vinculados con los profesionales de atención primaria. La revalorización de la atención primaria tanto en el sector público como en el privado ha vigorizado la utilización de protocolos para prácticas médicas. El enfoque de las guías de práctica médica y de protocolos construidos por consenso médico o por evidencia de resultados son un soporte fundamental para el mejoramiento de la calidad de la atención médica. La “medicina basada en la evidencia” es un potente aunque embrionario estímulo para la modelización de las decisiones en la gestión clínica. Más que estrategias nacionales, suelen ser modelos de gestión adoptados por los centros académicos, hospitales o servicios médicos de liderazgo en los respectivos países.

En la generalizada tendencia a separar las funciones de comprador y proveedor, la compra de servicios basada en la evidencia comienza a enunciarse en los países que han introducido Canastas Básicas de Servicios de Salud, como Argentina, Colombia y México.

Sin embargo, la *gestión de la enfermedad* y de los pacientes del principio al fin, incluidas sus consecuencias, tropieza con la carencia de sistemas de

información que permitan determinar cursos de acción eficaces, eficientes y efectivos. Hay algunos estudios que muestran que la gestión de la enfermedad está dando resultados, produciendo mejoras no solo de la enfermedad, como en el caso del asma, la diabetes o la insuficiencia cardíaca congestiva, sino que además está reduciendo los costos y cambiando el modelo de atención. Por un lado está implicando más atención ambulatoria y por el otro está generando menos internación. El seguimiento de los pacientes y de sus enfermedades, desde la cuna hasta el cementerio, implica sistemas únicos o muy coordinados y una gran potencialidad informática, que en general no se encuentra en la región (13).

¿HACIA DÓNDE VA LA GESTIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA?

¿Para qué la gestión?²

- La gestión mejora la eficiencia, sobre todo la eficiencia técnica.
- La gestión contiene los gastos. Los sistemas gestionados en el mundo están teniendo resultados. Algunos dicen que son resultados efímeros. Hay detractores (14) que afirman que la contención de costos dura solo los primeros años. Otros dicen que esto se ha hecho en desmedro de la calidad o bien que es un fenómeno de competencia a pérdida, con mucha destrucción. Otros creen que esta es la revolución más trascendente que tiene la atención médica y que lo verdaderamente importante es la batalla política por ganar la opinión pública, que es lo que todavía le falta. Sin embargo, se ha ganado la opinión política. En general, hoy los gobiernos están implementando la atención médica gestionada.
- La gestión es un puente entre la economía y la medicina. La gestión desempeña este papel de puente porque requiere conocimientos teóricos de ambas disciplinas, pues para ser un buen gestor hay que conocer la clínica y racionalizar el uso de recursos siempre escasos.
- La gestión hace a las organizaciones más inteligentes. La mayoría se han quedado muy retrasadas en el cambio organizativo con respecto a los cambios tanto sociales como tecnológicos que han ocurrido y están ocurriendo a gran velocidad.

² Este apartado fue extraído de: González García G. La política y la gestión sanitaria. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.

Gestionar el futuro

Los sistemas de salud reproducen y amplían los cambios sociales. En la última década, los países de la Región han realizado un enorme esfuerzo por incrementar su productividad económica y sanitaria. La gestión de las políticas, las instituciones y la práctica clínica ha sido, desde distintos ángulos y con diversas intensidades, una preocupación central de las reformas sanitarias. Además de los éxitos y fracasos que se han sucedido en estos tiempos, nos parece necesario hacer notar dos núcleos centrales que a nuestro entender han sido insuficiente o erróneamente contemplados.

El primero es la política sanitaria. Considerar que la gestión sanitaria es independiente de la política o, mucho peor, que la reemplaza, ha sido una ignorancia o una coartada tecnológica para no tener en cuenta múltiples evidencias de la imposibilidad de alcanzar algunos objetivos iniciales de las reformas sanitarias. Dicho de otra manera, la escasez de recursos no puede remediarse con una buena gestión.

El segundo es la falta de estrategias para modificar los enormes componentes culturales que hay en las relaciones de los políticos del sector de la salud con los ciudadanos, de los hospitales con los enfermos o de los médicos con los pacientes.

Muchos de los cambios en los modelos de gestión han sido ignorados o combatidos por los trabajadores de la salud y por los ciudadanos a los cuales estaban destinados. La falta de relación entre los cambios y los objetivos, junto a la utilización de tecnologías no adecuadas culturalmente, pueden convertir a la gestión sanitaria en una mala palabra para muchas personas. Las reformas en el campo sanitario tienen problemas: ciudadanos descontentos con los servicios públicos que reciben y los costos privados que soportan; democracias abrumadas por las crisis fiscales y las insatisfacciones crecientes de sus votantes son moneda común en todo el continente.

Los sistemas de salud están sobreadministrados y subgestionados. Su futuro depende de múltiples factores, la mayoría de las veces externos al campo sanitario. Pero una mejor gestión de políticas, instituciones y pacientes será una magnífica herramienta para gestionar nuestro futuro.

¿Gestión de la reforma o reforma de la gestión?

En toda América, las reformas y la gestión del sector de la salud se han convertido en los últimos años en un matrimonio. La mayoría de las veces sin amor, están teniendo desaveniencias y reproches recíprocos. Que la reforma sanitaria es correcta pero que fracasa por mala gestión o que no hay gestión eficiente que pueda mejorar reformas invia-

bles suelen ser argumentos presentes en toda la región. En algunos países como Argentina, Chile, Colombia, México y Perú, mayoritariamente se cree que la culpa es del padrino de la boda: el ajuste económico. Otros creen que la gran culpable es la madrina: la ya no tan apreciada globalización, que, entienden, ha incrementado la privatización de la riqueza y la estatización de la pobreza.

Cierto es que, pese a sus dificultades, el matrimonio entre la reforma y la gestión parece permanente. Extendida con la velocidad de una pandemia infecciosa, la gestión en el campo de la sanidad, con demasiada frecuencia ha copiado mecánicamente modelos industriales de gestión cuyas tecnologías no han resultado culturalmente apropiadas para la tribu sanitaria.

La más antigua relación del sector —la de los sanadores con los pacientes— sigue siendo todavía la más intensa. Esta remota verdad ha cambiado de nombre, pero no se ha modificado en sus aspectos esenciales. Llámense chamanes, druidas, sacerdotes o médicos por un lado, y enfermos, pacientes o ciudadanos por el otro, siguen siendo relaciones intensas e irremplazables. Sin embargo, en los mundializados tiempos que vivimos se le viene agregando la gestión como un componente permanente. Sea la gestión de los pacientes, de las enfermedades, de las instituciones de atención sanitaria o de los sistemas de organización y financiación de la salud, su presencia es constante. La intensidad de los cambios en la gestión se ha concentrado de manera distinta según los países, haciendo énfasis preponderantemente en una de las partes del binomio médico-paciente, según el tipo de sistema o, usando términos más mercantiles, en la oferta o en la demanda.

En los hospitales y servicios ambulatorios del sector público o de la seguridad social de Argentina, Brasil, Chile o México se están aplicando con mayor intensidad instrumentos para el mejoramiento de la gestión de la oferta. En las reformas de países con mayor importancia de los seguros sociales o privados, las palancas del mejoramiento de la gestión se han aplicado más intensamente sobre la demanda. Los criterios y estilos de gestión que buscan actuar prioritariamente sobre la oferta observan los cambios en los escenarios europeos, en tanto que los que hacen hincapié en la demanda con un perfil más propio del seguro privado imitan al modelo americano. Por supuesto que países con modelos mixtos como Argentina o Chile tienen todos los ejemplos.

Con mayor énfasis en la oferta —hospitales y médicos— o en la demanda —ciudadanos o clientes—, la gestión llegó para quedarse. Sin hacer distinciones entre lo público y lo privado, la gestión sanitaria es parte central de las reformas del sector de la salud en la Región.

SYNOPSIS

Health sector reform and management models

This article tries to indicate the direction of progress in management being taken in health sector reforms in Latin America. The piece first discusses the tension between local forces and international neoliberal trends being manifested in the reform in various countries. The article next looks at the distinction between the tools and the management models that are being applied, presenting a taxonomy of three management levels: macromanagement (national health systems),

midlevel management (hospitals, insurers, and other such institutions), and micromanagement (clinics). The piece concludes by reflecting on the future of management in the health sector in Latin America, where health systems are over-administered and undermanaged. Their future depends on multiple factors, most of which are outside the health care field itself. Better management of policies, institutions, and patients would be a tremendous tool in directing the future. Management is here to stay, with greater emphasis on either supply—hospitals and physicians—or demand—citizens or clients. For both the public and private sectors, health management is central to health sector reforms in Latin America.

REFERENCIAS

1. Banco Mundial. Informe mundial de desarrollo humano, 1993: invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.
2. Abrantes A. La gestión de servicios de salud en América Latina: mitos y realidades. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.
3. Tobar F. Modelos de gestión: La encrucijada de la reconversión. Enfoque management 1999; Año V (No. 8. Agosto): 6–14.
4. Ortún Rubio V. Innovación en sanidad. En: Meneu R, Ortún Rubio V (ed.) Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996.
5. ISALUD. Panorama de la exclusión de la protección social de la salud en América Latina y el Caribe. Informe de investigación. Buenos Aires: ISALUD; 1999.
6. ISALUD-Organización Panamericana de la Salud. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Informe de investigación. Buenos Aires: ISALUD; 1998.
7. Tobar F. La reinención de los servicios públicos de salud. Tesis de doctorado. Universidad del Salvador. Buenos Aires. 2000. Documento mimeografiado.
8. Médici AC. El proceso de reforma y regulación en Latinoamérica. VI Jornadas internacionales de economía de la salud. Buenos Aires, Argentina. 1998. pp. 99–111.
9. Médici AC. A economia política das reformas em saúde. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), 1998.
10. González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano — Ediciones ISALUD; 1997.
11. Musgrove P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Papers n° 339. Washington, D.C.: World Bank; 1996.
12. González García G. Política de medicamentos en la Pcia. de Buenos Aires. 1988–1991. Remedios políticos para los medicamentos. Buenos Aires: ISALUD; 1994.
13. González García G. La política y la gestión sanitaria. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.
14. Saltman RB. The sad saga of managed care in the United States. Eurohealth 1998;4:35–36.