

Normas, Formas y Reformas del Sistema Alemán de Salud

Implicaciones y Sugerencias para Guatemala ¹

Detlef Schwefel, Cooperación Alemana al Desarrollo

Las reformas quieren mejorar normas y formas. Un intercambio de experiencias internacionales puede aportar a este objetivo. Esto puede mostrar lo que se considera bueno o malo en otros países y como se podría cambiarlo. Hay que preguntarse, sobre todo, lo que se quería cambiar y lo que se conservó – por qué no se pudo cambiar, o por qué no se quería cambiar. Esta es la pregunta principal para mi presentación. Otra pregunta principal es la relevancia de las formas, normas y reformas en Alemania para Guatemala, las implicaciones y sugerencias que se podrían formular.

Las normas, formas y reformas principales del sistema de salud alemán se vinculan con cuatro dimensiones esenciales que se desarrollaron y consolidaron en una historia de más de cien años, y que hoy en día están parcialmente en peligro por la globalización de las economías y sociedades.

1. El sector de salud en Alemania es parte integral de un sistema de **seguridad social**.
2. **Solidaridad** es la norma fundamental para entender formas y reformas de salud.
3. Otra norma primordial es la “**subsidiaridad**”, que tiene repercusiones estructurales.
4. La **sostenibilidad** del sistema parece estar en peligro por asuntos económicos.

Voy a mostrar, que las formas y normas principales del sector de salud alemán y sus tres pilares – seguridad, solidaridad, subsidiaridad – casi no se cambiaron en las muchas rondas de reformas que teníamos. El empuje prioritario para las reformas que empezaron en los años setenta y que culminaron en tres leyes importantes 1989, 1993 y 1997 son los asuntos económicos – el precio internacional del empleo en Alemania – en el período de globalización.

Seguridad Social

Hoy en día, más que 90% de los Alemanes son miembros del Sistema de Seguro Social Legal para Enfermos y reciben una cobertura casi universal de prestaciones. Desde hace más de cien años el sector de salud se desarrolló como parte de un seguro social más amplio. Empezamos con seguros obligatorios contra accidentes de trabajo. Seguimos con cajas voluntarias para la autoayuda de profesionales durante sus enfermedades, y se introdujeron algunas cajas obligatorias para trabajadores industriales y marineros - tenemos cajas de enfermedad para los campesinos solamente desde hace treinta años. Un seguro obligatorio de pensiones y en contra del desempleo completó este sistema del seguro social integral. Hace 5 años añadimos un seguro obligatorio de atención médica prolongada durante la invalidez. El sistema de salud en Alemania es parte integral de este sistema más amplio de seguridad. No es el estado el que maneja prevención y prestaciones de salud – son contratos entre empleados y empleadores y sus representantes democráticamente elegidos los que determinan la cantidad y calidad de las prestaciones del seguro en contra de la enfermedad. El estado lo “petrifica” legalmente. Estos contratos se refieren a un seguro social más amplio, y no solamente a la salud. Solamente una parte bastante pequeña de los gastos para la salud viene de los impuestos o de la bolsa privada de los pacientes.

Algunos consideraron como gran reforma, cuando en los años ochenta por primera vez se institucionalizó un Ministerio Federal de la Salud. Antes no tenía justificación de existir y para muchos todavía tendía que ser una tarea del Ministerio de Trabajo el supervisar el sistema integral del seguridad social – compartida entre empleadores y empleados o trabajadores. Por mucho tiempo este mismo Ministerio de Trabajo se responsabilizó para la reformas del “Reglamento Imperial de Seguros” (Reichsversicherungsordnung – nuestro Código del Seguro Social), lo que es el marco legal para prestaciones de la salud y otros campos del seguro social desde hace Bismarck, 1883. Muchos de estos reglamentos no se cambiaron durante una historia larga que empezó con un Kaiser, se transformó en República, se cayó en manos de Hitler, se trasladó a otra República amputada y finalmente a un Alemania reunificada. La idea fundamental, que la salud es parte de un seguro social, no se cambió. No se ve la necesidad de reformarla. Es una norma centenaria.

¹ Publicado en: Alegría Monzú et al. (Eds.). La reforma del sector salud. Guatemala (APRESAL, Comisión Europea) 1999, pp. 127-136

Solidaridad

El pilar principal del sistema de salud alemán es la norma de la solidaridad. Según las leyes, los beneficiarios son fundamentalmente los pobres, los jóvenes y los viejos. La salud es un derecho fundamental para ellos – especialmente para ellos! Esta norma tiene diferentes aspectos:

- **Protección de los pobres:** Desde principios del siglo pasado, el sistema de salud se desarrolló para proteger a los pobres. Nuestro Código del Seguro Social se refiere a cajas “legales” de enfermedad. Cajas legales son aquellas, que protegen a los pobres. Todos los que tienen un ingreso relativamente bajo – alrededor de 50% de la población – tienen obligatoriamente que ser miembros de una caja “legal” de enfermedad. Los que más ganan, tienen la opción de asegurarse en cajas privadas; a pesar de esto la mayoría se queda en cajas legales. Las ondas de las reformas no han querido modificarlo. Solamente introdujeron algunas reglas en contra del abuso, por ejemplo excluyeron familiares con ingresos propios.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: La protección de los pobres es el lema importante de la reforma del sector de la salud en Guatemala. Un centro de la reforma son dos enfoques innovadores, el Sistema Integral de Atención de la Salud (SIAS) y el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM). Los servicios de la salud del pasado se desarrollaron diferentemente. No sirvieron primordialmente a todos los pobres. Por esto la extensión de la cobertura es política prioritaria de esta reforma y de la paz. Esto es muy válido. La cooperación Alemana al Desarrollo quiere apoyarlo.

- **Deducibles solidarios:** Para las mismas prestaciones de las cajas legales los ricos pagan contribuciones o cuotas más altas que los pobres, un cierto porcentaje del ingreso (hasta un cierto techo). Las familias pequeñas pagan lo mismo que las familias grandes. Los deducibles se calculan según ingresos. Esto es una diferencia fundamental en comparación con las cajas privadas, las que calculan los deducibles según el riesgo y para cada asegurado separadamente; estas cajas pueden prestar servicios más allá de los servicios legalmente determinados. Ninguna de las reformas ha querido cambiar estas normas.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Los servicios de salud nunca son gratuitos. Lo pagamos directo o por deducibles, cuotas, premios o impuestos. Si el impuesto sobre ingresos, rentas y bienes raíces casi no se paga entonces los impuestos por impuesto del valor agregado (IVA) son los que principalmente pagan los servicios sociales. Tenemos suficiente evidencia que por eso los impuestos en Guatemala son degresivos, así que los pobres pagan impuestos proporcionalmente altos. Se podría cambiar tal situación por copagos de los ricos o por un sistema de exención de pagos para los pobres y la disponibilidad real de medicamentos y otros insumos para los pobres, primordialmente – un sistema de identificación y registro de los pobres como lo tiene Colombia (SISBEN). El problema aquí en Guatemala es que demasiada gente es pobre y un alto porcentaje vive en extrema pobreza. Habrá que aumentar paralelamente el presupuesto total para la salud.

- **Universalidad:** Según el código del seguro social alemán hay que proveer todo lo que es necesario medicamento y lo que se puede justificar económicamente. El tamaño y la intensidad de las prestaciones crecieron considerablemente, especialmente en tiempos de prosperidad económica. Probablemente, un juez alemán va a decidir pronto que para ciertos casos las cajas legales habrán que pagar Viagra, también. Además de esto: no hay techos para prestaciones en casos individuales – totalmente diferente con la situación en esquemas prepagados, en los que por ejemplo no se pagarán trasplantes de riñones. La reformas actuales no quieren modificar esta intensidad de prestaciones en casos catastróficos de enfermedades. Modifican un poco el sobreuso; limitaron por ejemplo el pago para lentes y para balneoterapia – vacaciones de rehabilitación – para cada tercer año. Limitan el pago para medicina médicamente no importante. Si esto no le parece justo a un paciente puede irse a un juez social. El principio de la solidaridad quiere que los pobres reciben lo mejor y que la salud es un derecho fundamental y humano. La racionalización en vez de un racionamiento es por consiguiente el lema de la Reforma 2000, la reforma de salud prevista del nuevo gobierno de Alemania.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: La canasta de las prestaciones se define muy bien en el SIAS. En teoría cubre los elementos más básicos. Habrá que evaluar y apoyar su implementación. Para los casos hospitalarios catastróficos de la gente pobre mucho hay que hacer todavía. Tendrían que desarrollarse más eficiencia (y equidad) dentro del sector y un presupuesto más grande paralelamente.

- **Permanencia de los derechos:** Una caja legal no puede despedir a un asegurado cuando el se va a trabajar con otra compañía o cuando se va a vivir en otro lugar. El derecho de estar con cajas legales es para toda la vida – situación bastante diferente con lo usual en los EE.UU. Reformas actuales refuerzan estos derechos. Los asegurados pueden cambiar sus cajas, para ser miembros de cajas más baratas. Esto quiere estimular la competencia entre las cajas.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Enfocando la comparación de sistemas de salud en Europa según pago por impuestos o contribuciones se detectó claramente que los sistemas pagados por impuestos muchas veces sufren des-continuidades por el cambio de prioridades políticas y asignaciones de presupuestos. Inglaterra tiene este problema y sufre de problemas de racionamientos de los servicios. Para la estrategia guatemalteca de la salud para la próxima década, se podría pensar en diseños nuevos para el sistema de salud y en una vinculación con o modificación del Seguro Social en Guatemala. Por el desempleo y el tamaño del sector informal en Guatemala, se tendría que pensar en un sistema mixto, donde los que tienen trabajo e ingresos pagan cuotas y el gobierno las paga para los pobres. Abiertamente se tendría que discutir sobre estas u otras opciones. Esta conferencia es un foro para empezar con diálogos sobre opciones para reformas informadas que toman en cuenta experiencias de otros países.

- **Equivalencia colectiva:** En Alemania, las cajas legales de enfermedad se crearon para la salud de la gente. No son un instrumento de la política fiscal del gobierno. Por esto nuestro Código estipula claramente que todos los ingresos tienen que gastarse para la salud. Las reservas son legalmente limitadas así como gastos para la administración. Tiene que gastarse la mayor cantidad posible para la salud de la gente. Las reformas actuales quieren mantener este principio y aumentar aún más la racionalidad de los gastos.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: La falta de credibilidad de sistemas de seguro social en muchos países proviene de estos dos aspectos: gastos altos de administración y reservas casi increíbles, lo que puede indicar que no sirven tanto para la salud de la gente sino también para otros fines. Solamente un Seguro Social confiable puede ser un socio aceptable del Sector Público de la Salud.

- **Cajas solidarias:** Según la estructura social y demográfica de sus clientelas algunas cajas son más pobres que otras. Según el perfil epidemiológico y riesgos raros – por e.j. hemofilia – algunas cajas tienen desventajas grandes. Para equilibrarlo ya había reglamentos sobre transferencia de fondos de cajas ricas a cajas pobres. Recientemente esto se generalizó para todo tipo de cajas legales que tenemos. Favorece especialmente a las cajas en la parte oriental de Alemania.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: En términos de una solidaridad regional y para lograr un desarrollo equitativo, las transferencias de fondos entre regiones o instituciones para cubrir riesgos diferentes son muy importantes. En casos de escasez se tiene siempre el dilema entre asignación de fondos según necesidades y/o asignación según el rendimiento y la gerencia. Sea como sea, lo importante es una discusión abierta sobre estos asuntos. Es bueno que SIAS aporte en mejorar este equilibrio regional e institucional.

Salud y educación son derechos fundamentales en Alemania, incluyendo derechos a transplantes y derechos a la educación universitaria. Lo primero se paga por contribuciones solidarias, lo segundo con impuestos. Nuestra norma básica de la “economía social del mercado” encuentra un consenso nacional en Alemania. Sin embargo, las ramificaciones de la globalización pueden ponerla en peligro.

Subsidiaridad

También la segunda norma principal del sistema alemán de salud existe ya desde hace más que cien años y no se la ha cambiado drásticamente. Es el principio de la subsidiaridad lo que tiene muchos matices e implicaciones para la prestación de servicios de la salud. Subsidiaridad significa que el estado juega un rol solamente en el caso que agencias o instituciones o niveles más cercanos a la población no pueden hacerlo.

- **Autonomía de tarifas:** Las prestaciones de salud son el resultado de las negociaciones entre empleadores y empleados y sus representantes. Los servicios de salud son parte de los sueldos y salarios. Los empleadores pagan 50% de las cuotas, igual que los asegurados. Los servicios de la salud son por esto un derecho y no una prestación voluntaria por la gracia de un gobierno. Durante una prosperidad muy larga después de la segunda guerra mundial la canasta de los servicios se aumentó considerablemente, incluyendo pago de salarios durante enfermedades prolongadas y balneoterapia. Hace pocos años se redujo este último por una reforma; hace pocos meses se reinsertó este derecho otra vez.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: El contenido de la canasta de salud en Guatemala es el resultado de las mejores intenciones de técnicos y políticos de la salud. El pueblo todavía no está preparado para participar de manera informada y racional en estas decisiones. Tendríamos que empoderar al pueblo – paso a paso – de participar en el desarrollo de una infraestructura democrática a favor de la salud y tomar la salud en sus mismas manos. Actualmente no existen muchos comités de

salud en los municipios y aldeas. Despertar el interés en estas formas democráticas de influir desde abajo y empezar diálogos racionales con los técnicos de arriba, es una tarea interesante e importante para la reforma del sector de salud en Guatemala.

- **Corporativismo:** Las cajas de Enfermedad negocian con los proveedores sobre la prestación de los servicios legales y sus precios – las leyes les dan la autoridad para esto y la responsabilidad de actuar como organizaciones “legales”. Los proveedores se unieron de la misma manera y actúan con responsabilidad pública – tienen que actuar así y no como sindicatos. Se ponen de acuerdo sobre la esencia del Código de la Salud: “lo médicamente necesario y económicamente justificable”. En las negociaciones de estas corporaciones públicas no interfiere el estado.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: En algunos países tenemos el problema de sindicatos del personal de salud muy fuertes, que no serían un problema si tuviésemos a la vez, lo mismo en favor de los clientes y pacientes. Los organismos profesionales que trabajan para el bien del público pueden ser socios muy importantes para diálogos políticos y apoyos técnicos. Esto podría despertar el interés de los profesionales y paso a paso se podría delegar responsabilidades a ellos. La meta sería que el estado se quedará con la responsabilidad para regulaciones y que buscare el consenso de los concedores y de los socios públicos – partidarios de una sociedad civil – para enriquecer las regulaciones. Una participación más amplia en la preparación de leyes evita que las leyes se tengan que cambiar a cada rato por falta de la previsión de sus implicaciones.

- **Democracia:** Las dirección de las cajas esta en manos de representantes de empleadores y empleados, democráticamente elegidos que sean profesionales a la vez. Los grupos de proveedores tienen la misma forma de existir y de actuar. En la Reforma 2000 se quiere modificar un poco el sistema de elecciones a favor de una representación mejor de minorías de médicos, por ejemplo. De ninguna manera se ve la necesidad de cambiar la norma principal. Este principio democrático influye bastante el sistema de salud y es responsable por su “conservatismo”.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Después de tantos años de guerra civil todavía hay que revitalizar el espíritu de la democracia y hay que esperar que el pueblo vea que la democracia es algo para ellos y no solamente para los poderosos. La democracia empieza en las familias y en las comunidades. La promoción de conocimientos de la salud y de promoción de posibilidades de autoayuda y autogestión van mano en mano. El 80% de los casos de enfermedad son tratables por autoayuda informada de las familias y de los guardianes de la salud. El mejoramiento de la salud, la autoayuda y la democracia local son muy bien vinculados. Comités de promotores junto con sus alcaldes ya están trabajando en este sentido, por ejemplo para ventas y botiquines sociales, por ejemplo en Santa Rosa en Santa Cruz del Quiché.

- **Autogestión:** Estas organizaciones “legales” aprovechen la autogestión para administrar y negociar como se implementa el Código de Salud. Las cajas locales pueden determinar las contribuciones y pueden gastarlo dentro del marco de referencia de la ley. Para la salud ambulatoria negocian con la organización “legal” de los médicos ambulatorios. En el sector de hospitales pueden rechazar contratos con hospitales que no trabajan económicamente. Es la decisión de las cajas como organizarse y asociarse. Nadie quiere cambiar esto. Es mandato de ellos, actuar y negociar y decidir – dentro del marco general de la ley.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: El mejoramiento de la gerencia es otro pilar fundamental de la reforma del sector de la salud en Guatemala. Era una idea muy buena la de asignar a cada jefatura de área un gerente especializado. Era mejor que la solución que muchos favorecieron antes, la de enseñar economía a los médicos. Esta profesionalización de la gerencia es muy saludable, así que el otro centro de la reforma guatemalteca del sector salud que se refiere a organización y financiamiento. Asignar más y más responsabilidades a estos niveles profesionales y locales es una reforma muy importante. Paso a paso este principio puede difundirse a otros niveles profesionales, geográficos e institucionales. Profesionalismo en vez de personalismo es una norma muy importante.

- **Federalismo:** La autogestión es bien relacionada con el principio del federalismo en Alemania. Las regiones tienen más que decidir sobre educación y cultura y salud que el estado federal. A pesar de esto, tienen menos importancia que las corporaciones. Esto se debe a que se paga muy poco por impuestos para el sector salud alemán. Para poder intervenir, el estado inventó el sistema del “financiamiento dual”. Esto significa que las cajas pagan los gastos corrientes de los hospitales mientras que las regiones – había una reforma reciente que lo trasladó del estado federal a los estados regionales – pagan las inversiones. Por esto tienen el derecho de participar en los gremios y ejercer influencia en asuntos como planes hospitalarios incluyendo cerradura de hospitales – el campo más costoso de los servicios de la salud. Las conferencias de los ministros regionales de salud son elemento esencial para aconsejar nuevas iniciativas de reforma.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Muy importante son reuniones regulares con los Jefes de Areas de Salud, con los gobernantes y sus consejeros de la salud y con los técnicos y políticos al nivel nacional del Ministerio en un clima de amistad y entendimiento. Muchas veces se encuentra más bien el afán de ordenaciones centralistas en vez de coordinaciones que se basan en una participación equitativa de todos los que conocen el campo de la salud. El federalismo requiere personalidades que quieren escuchar y que quieren aprender y que saben que tienen que aprender mucho, todavía. Un proverbio ruso dice: los tontos enseñan, los sabios escuchan.

- **Pluralismo:** Pluralismo es otro aspecto de esta subsidiaridad. Se acepta estructuras que provienen de un sinnúmero de territorios independientes con sus reyes y príncipes – la realidad política en el siglo pasado. Hace dos décadas teníamos casi 2000 cajas de enfermedad; este número se redujo a un poco más de 500 por cuestiones de eficiencia y por que las reformas recientes introdujeron competencia entre las cajas. Pero nadie en Alemania quiere tener solamente dos o veinte o cien cajas. Por qué no tener muchas cajas y muchas experiencias? Tenemos miedo en frente a regulaciones e instituciones centralistas.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Aceptar la sabiduría de abajo y la sabiduría de la historia es economía aplicada. No hay que duplicar esfuerzos si otras agencias pueden hacerlo con un costo menor y con mucho interés. El SIAS está utilizando este enfoque con muy buenos resultados. Las ONGs (bien supervisadas) pueden ser prestadores de la salud y administradoras muy valiosas. Esto es un camino hacia un pluralismo. Hicimos una encuesta de proyectos e iniciativas locales para la salud en el Quiché. Resultó que hay tantas iniciativas locales interesantes que realmente pueden ser socios del sector de salud. Socios, no servidores! Tienen un patrón de actividades e intereses y entusiasmo que puede apoyar y ampliar lo que el sector de salud está haciendo. Aprovechar este tesoro de las iniciativas locales de salud es economía de la salud aplicada!

- **Subsidiaridad médica:** Estos matices de la subsidiaridad influyen también en la estructura de las prestaciones de la salud. Casi todo el mundo tiene dificultades de entender por que los Alemanes tenemos un abismo tan grande entre medicina ambulatoria y medicina hospitalaria – son dos mundos aparte. Los casi 50% médicos hospitalarios son empleados asalariados, los otros casi 50% médicos ambulatorios son empresarios. Las cajas pagan solamente lo que los médicos ambulatorios ordenan. Ellos deciden sobre 82% de las prestaciones. Hace años los médicos generalistas tenían que decidir si un paciente podía irse o no a un médico ambulatorio especializado. La Corte Constitucional de Alemania liquidó esta norma por la libertad de elegir un médico ambulatorio. A pesar de esto, nadie puede irse directamente a un hospital para tratamiento si no tiene la referencia de un médico ambulatorio. Llamamos este principio, el del “médico de la casa” o del “gate keeper” o como lo pone la Reforma 2000 un “Lotse mit Übersichtskompetenz”. Las reformas actuales quieren fortalecer aún más este principio según el lema: la medicina ambulatoria antes que la medicina hospitalaria. Se quiere reforzar la eficiencia de este sistema basado en la subsidiaridad. Las reformas actuales introducen incentivos económicos para el cuidado del enfermo en la casa, para seguir los principios de la prevención referente a los dientes y de la detección temprana de riesgos, para la autoayuda informada de las familias, etcétera. Esto es subsidiaridad aplicada al sistema de la salud.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Anteriormente hablabamos siempre de sistemas piramidales. Pirámides son de piedra. El SIAS está introduciendo un sistema de atención por un médico ambulatorio, un médico de casa, que realmente va a las casas de la gente. A mi me parece un cambio profundo del paradigma de atención. Merece el apoyo internacional.

Los alemanes tenemos reservas en contra un estado central. Creemos en la sabiduría de abajo. No vemos necesidad para reformas profundas en este campo de la organización de los servicios sociales. El gobierno mantiene y moderniza el marco legal para la protección de la gente pobre y para la protección de la economía del país – si el parlamento lo acepta y la cámara de los estados regionales lo aprueba.

Sostenibilidad: calidad y eficiencia

La calidad de los servicios de salud en Alemania se considera generalmente desde satisfactorio hasta excelente. Muchos indicadores sobre el estado de la salud indican una posición alta. En comparación internacional tampoco estamos mal en términos de la eficiencia. Comparado con los EEUU gastamos más o menos 10 % del Producto Interno Bruto para la salud y cubrimos con esto más que 99% de la población con servicios casi universales. A pesar de esto: la cuestión de la eficiencia y de la pagabilidad es la llave para entender el sinnúmero de reformas en el sector de la salud desde hace unos veinte años. Las reformas actuales quieren mantener la cuota de contribuciones para el seguro social para que Alemania no tenga desventajas en la competencia económica internacional.

- **Manejo de la calidad:** Según los principios del corporatismo un político de la salud no se puede interferir en la calidad de los servicios. Por influencia de artículos provenientes de los EEUU y por la responsabilidad de algunos gerentes médicos empezamos en los años 70 introducir elementos del peer review y del control interno de la calidad. Sobre este control interno se habla mucho pero es muy difícil realizarlo. Más factibilidad tiene la evaluación de tecnologías modernas y costosas y la introducción del control de la calidad en campos técnicos como en la medicina de laboratorios y en la radiología. Aquí podíamos introducir mecanismos de control a través de reformas. La evaluación de la relación entre costo y efectividad de servicios profesionales está empezando; se utiliza datos rutinarios para esto y se introdujo el lenguaje médico de la OMS como lenguaje obligatorio para reportar sobre diagnósticos. Sabemos que más de 75% de la práctica médica no está evaluada según criterios científicos. Aquí empezamos lentamente con reformas. Hasta el momento el que busca un juicio en contra de un médico tiene que probar que el médico era equivocado – no al revés; esperamos un cambio de este principio para defender mejor los derechos de los pacientes. Habrá bastante discusión sobre estos asuntos en Alemania.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Las reformas del sector salud en Guatemala están acompañadas por la elaboración o recopilación de normas de atención. Para seguirlo y supervisarlo existe un Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA), que puede utilizarse bien para controlar la calidad de la atención. Contiene datos sobre diagnósticos y tratamientos. La relación entre diagnóstico y tratamiento puede ser interpretado como evidencia para el cumplimiento de las normas. La Jefatura de Área de Salud del Quiché está introduciendo análisis y discusiones sobre esto para iniciar procesos sociales para el mejoramiento de la calidad de atención. Se basa en un sistema informático desarrollado con aporte de la Cooperación Guatemalteca Alemana.

- **Eficiencia:** Esto es la palabra crucial para justificar reformas de las formas y normas del sistema de la salud en Alemania. Por años nadie en Alemania se interesó por los costos y gastos. Cuando incluí la presentación de la metodología de CENDES-PAHO en un libro sobre planificación de la salud en Alemania, hace 22 años, muchos médicos se rieron que costo, vulnerabilidad y magnitud eran conceptos relacionados. Necesitábamos las recesiones económicas de los años ochenta para empezar a pensar sobre eficiencia – empezó el siglo de los economistas de la salud. La mayoría de las reformas se encuentran en este campo.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: El SIGSA puede utilizarse también para el control de aspectos importantes de la eficiencia. Nuestra cooperación está apoyando a este fin. Estamos empezando en el Quiché.

- **Estabilidad de contribuciones** y orientación en índices macro-económicos: Tenemos un consenso amplio en la sociedad alemana desde hace más de diez años que no tendríamos que pagar más para la salud, a pesar de nuevas tecnologías y a pesar del envejecimiento de la población – una suposición dudable pero impactante. La cuota de contribuciones es la relación entre cuota o premio para el seguro y el ingreso básico; en promedio tienen que estabilizarse y tienen que mantener una relación fija con los indicadores del crecimiento económico de Alemania. Los gastos totales para la salud – nosotros no tenemos un presupuesto del gobierno para esto – no tienen que crecer; esta idea la llamamos: introducir un presupuesto (total) para la salud. Estos dos aspectos son el fundamento para todas las reformas actuales del sector salud en Alemania.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Un aumento del presupuesto nacional para la salud es importante para Guatemala. Apoyo adicional para el sector de la salud tendría que ser prioritario para la cooperación internacional en Guatemala.

- **Presupuestos fijos para la salud:** De estos principios resultan limitaciones para algunos campos de acción de la salud, hasta ahora especialmente para los médicos ambulatorios y para los gastos para medicamentos. En varias reformas se introdujeron techos para los gastos totales de los médicos ambulatorios, no obstante un crecimiento del número de ellos o de los servicios prestados por ellos; es responsabilidad de las organizaciones legales de los médicos de distribuir el honorario total de estos médicos. En el área de los medicamentos también se introdujo un techo para los gastos y los médicos tenían que pagarlo de sus honorarios si sobrepasaron este techo global. Estos “presupuestos totales” todavía no afectaron los hospitales con sus costos altos.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: En Guatemala necesitamos también cambios de las proporciones entre los subsectores de la salud. Prevención y medicina ambulatoria necesitan mucho más dinero. Apreciamos el apoyo internacional para el sector hospitalario y medidas para mejorar su eficiencia. Un ejemplo muy importante son las negociaciones sobre el precio de medicamentos, utilizando contratos abiertos – un aspecto muy beneficioso de las reformas actuales en Guatemala.

- **Incentivos económicos:** En los tiempos de la prosperidad pagábamos todos los servicios de los médicos ambulatorios según un catálogo de precios y aceptamos todos los gastos reales de los hospitales. En secuencias largas de reformas se probaron y revisaron medidas para cambiarlo. En los hospitales se introdujo el principio de negociaciones sobre presupuestos prospectivos y se desarrollaron métodos para pagar honorarios para complejos de servicios para ciertos tipos de operaciones o diagnósticos. Actualmente, se prueban métodos de pagos para grupos de servicios también en la medicina ambulatoria; en el caso de ellos el presupuesto global es más importante. En el caso de los pacientes se decretaron contribuciones personales para los días hospitalarios y por receta de medicamentos – lo que en una constelación política diferente se anuló, otra vez. En el área de la medicina dental se empezó utilizar pagos directos adicionales de pacientes según el lujo de la dentadura y según su comportamiento de prevenir daños. Referente a los medicamentos se utilizó primero listas para comparar precios, después se presentó listas negativas para excluir medicamentos del pago de las cajas; ahora estamos preparando listas positivas de medicamentos que las cajas recomiendan. El campo de los incentivos económicos para mejorar la eficiencia de los servicios de salud y para motivar un comportamiento más racional de los proveedores, cajas y pacientes es el campo más importante para reformas y para las ciencias de la salud en la actualidad de Alemania.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Por un lado hay que empezar a pensar sobre la economía de la salud en Guatemala. Sería recomendable de tener foros internacionales e intercambio de pensamientos. Sería recomendable tomar en cuenta los pensamientos económicos, por ejemplo sobre los diferentes tipos de pagos para la salud y sus ventajas y desventajas. Por otro lado: incentivos económicos son una medida muy importante para mejorar la productividad. En Guatemala se podría empezar con la búsqueda de los gerentes, médicos, organizaciones, centros y puestos mejores que pueden servir de modelo para los otros. Darles incentivos económicos y utilizarlos como expertos y maestros para los otros sería una estrategia buena para utilizar la sabiduría existente. Concursos nacionales sobre calidad y eficiencia podrían apoyar para conocer y disseminar los ejemplos mejores en este campo.

- **Búsqueda de consenso:** En una sociedad civil como en Alemania la búsqueda de consenso es una norma fundamental. Lo practicamos en las negociaciones entre empleadores y empleados y sus organizaciones desde hace muchos años. Lo utilizamos también para la preparación de reformas de la salud – lo llamamos Acción Concertada en el Sector de Salud. Todas las agencias importantes – los médicos, las cajas, la industria farmacéutica, ONGs, gobiernos locales, otros ministerios federales, universitarios, etcétera - se reúnen regularmente para discutir sobre efectividad y eficiencia. Además de esto: un consejo científico – cuatro economistas y cuatro salubristas – aconseja con sus recomendaciones a esta Acción Concertada. Mas allá de esto tenemos una cultura de arbitraje y tenemos Cortes Sociales especializados en estos asuntos sociales y de la salud como parte del derecho de la población. Este red es parte integral de nuestra sociedad civil. Las reformas pasadas y la Reforma 2000 para la salud quieren mantener y reforzar esta institucionalización de una cultura del derecho social.

Implicaciones y sugerencias para Guatemala: Un intercambio mayor entre universidades y ministerio y jefaturas de áreas tendría que ser enfocado más por apoyos internacionales. Estar abierto para sugerencias y pensamientos que vienen de otros lados, es algo que no se encuentra suficientemente. Este foro sobre reformas me parece una abertura en este sentido. Congratulaciones a los organizadores!

No se acabaron de ninguna manera las reformas en nombre de la eficiencia del sector salud. Están faltando todavía en el campo de los hospitales, así como referente a la aprobación de médicos y la educación médica. Interviene aquí el derecho fundamental de la libertad de profesión. También hay que tomar en cuenta intereses económicos de la industria farmacéutica en un país con una economía exportadora importante, y los intereses de los gobiernos regionales de no aumentar el desempleo por la cerradura de hospitales. El sector de la salud no produce salud solamente. Es un sector muy importante para generar ingresos y también empleos.

Resumen e implicaciones

Las reformas en Alemania mantuvieron las formas y normas fundamentales del sector: asegurar la seguridad social en su contexto integral, sostener la solidaridad y la subsidiaridad como fundamento para la organización de los servicios de la salud. La globalización incipiente y creciente nos confrontó con la pregunta de la financiación y referente a implicaciones económicas del sector salud. La calidad de los servicios se consideró aceptable. Medicina no es tema o lema de las reformas. El núcleo de las reformas es la economía de la salud.

Que son las implicaciones y sugerencias para Guatemala? Muchas iniciativas y reformas importantes para mejorar el sistema de salud ya están en marcha. Hay que descubrirlas y apoyarlas! Déjenme resumir:

Solidaridad

- Protección de los pobres: SIAS y PROAM son reformas muy importantes para proteger a los pobres.
- Premios solidarios: Tenemos que pensar sobre un financiamiento justo del sector. Pagar todo con impuestos no es justo para los pobres.
- Prestaciones solidarias: Guatemala necesita un presupuesto más grande y/o más cooperaciones internacionales para la salud de los pobres y para cubrir sus necesidades grandes.
- Instituciones solidarias: Tenemos que pensar sobre vinculaciones entre los diferentes prestadores de servicios: ministerio, ONGs, IGSS y sobre un pago justo y sostenible. Los impuestos no pueden ser la única solución.
- Seguros solidarios: La credibilidad de seguros sociales tiene que ser un tema de cambios de las normas y formas del IGSS.
- Regiones solidarias: Es recomendable un buen balance entre presupuestos por necesidades – mayores presupuestos para regiones pobres – y presupuestos por rendimiento – mayores presupuestos para los que los manejan mejor.

Subsidiaridad

- Participación local: Los comités de salud en las aldeas y los municipios requieren empoderamiento y apoyo para fortalecer una participación mayor en favor de una producción de la salud local y autónoma.
- Participación profesional: Los organismos profesionales pueden aportar bastante para una planificación más participativa de la salud.
- Participación de las familias: La promoción de la autoayuda y de la autogestión de la salud en manos de familias, guardianes, promotores es un tema importante – la salud familiar!
- Participación de economistas: No todo el sector salud pertenece a los médicos. Necesitamos urgentemente la participación de economistas y otros profesionales.
- Participación de regiones: Jefaturas de Areas y de Distritos pueden aportar mucho para las normas y las políticas de la salud. No son solamente servidores del nivel nacional.
- Pluralismo: Es muy bueno que ahora más y más ONGs están apoyando al sector para ampliar la cobertura.
- Subsidiaridad médica: La institucionalización de una medicina ambulatoria merece todo el apoyo internacional. Es algo sumamente importante. Apoyo a la autoayuda de las familias lo merece también.

Sostenibilidad

- Calidad: El SIGSA puede utilizarse muy bien para controlar la calidad y para institucionalizar procesos sociales para el autoanálisis de la calidad.
- Eficiencia: El SIGSA puede utilizarse muy bien también para mejorar la eficiencia.
- Presupuestos: Un mejoramiento de la calidad necesita mucha mas cantidad de dinero. Aumentos drásticos del presupuesto son importantes así como un aumento de la cooperación internacional para la salud.
- Incentivos para eficiencia: Habrá que identificar los mejores gestores, premiarlos y utilizarlos como expertos y maestros sobre el aumento de productividad.
- Economía de la salud: Necesitamos apoyo a este campo y vinculaciones más estrechas con universidades y estudios.

Las reformas del sector salud en Guatemala merecen el apoyo internacional. Se puede aprender bastante por un intercambio de experiencias en otros países.

El Sector Salud en Alemania en 1995 – Algunos Datos

Población	82 Millones
Población 60 años y más	34 %
Cuota de desempleo	12 %
Expectativa de vida	73 años para hombres 80 años para mujeres
Mortalidad materna	8.0 por 100.000
Mortalidad infantil	8 por 1.000
Muertes prevenibles	1.7 %
Población asegurada en contra de enfermedades	88.5 % en cajas legales de enfermedad 9.0 % en cajas privadas de enfermedad 2.5 % policía y militares 1.6 % por ayuda social 0.1 % no asegurados
Canasta de prestaciones legales	Servicios: Tratamiento por médicos y dentistas, servicio hospitalario y de rehabilitación, medicamentos y auxilios medicinales, servicios de maternidad, servicios preventivos, servicios a casa Pagos: pago de salarios para 78 semanas, pago de maternidad para 6 semanas antes y 8 semanas después del parto
Médicos en hospitales	156.302
Médicos ambulatorios	117.578 – 40.4 % de ellos son generalistas
Dentistas ambulatorios	49.710
Enfermeras y comadronas	724.000
Médicos por habitantes	322 por 100.000
Hospitales	2.325 con 262 camas en promedio
Hospitales por sectores	35 % son públicos 31 % son privados 34 % son caritativos
Duración de estadía	12,1 días
Gastos de cajas legales	17 % Para médicos ambulatorios 9 % Para dentistas 19 % Para medicamentos, remedios, auxilios médicos 33 % Para hospitales 6 % Para pagos de salarios durante enfermedades largas 11 % Otros gastos 5 % Administración
Gastos por sectores	2,3 % Prevención 45,5 % Servicios ambulatorios 43,2 % Servicios hospitalarios 3,1 % Servicios de transporte 5,8 % Administración
Financiamiento de salud	9,9 % Fuentes privados 4,3 % Empleadores 2,1 % Organizaciones privadas 1,8 % Seguro de accidentes 2,5 % Seguro de pensiones 60,9 % Seguro legal de enfermedad 7,7 % Seguro privado 10,9 % Fuentes públicos
Gastos para la salud, 1995	293.900.000.000 DM = 3584 DM (2000 US\$) por habitante
Relación entre gastos para la salud y producto bruto interno	1980 8.8 %
	1994 9.9 %