

El Proceso de Reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania durante la Década del '90. Avances e Impasses

The Process of Statutory Health Insurance Reforms in Germany during the '90s. Impasses and Breakthroughs

Assis Mafort Ouverney¹
Sonia Fleury²

¹Economista, alumno de la Maestría en Administración Pública en la Escuela Brasileña de Administración Pública y de Empresas - EBAPE/FGV
assismafort@igvmail.br

²Doctora en Ciencias Políticas en IUPERJ, profesora de la Escuela Brasileña de Administración Pública y de Empresas - EBAPE/FGV. Miembro del Consejo de Desarrollo Económico y Social del actual gobierno brasileño.
sifleury@igv.br

RESUMEN En este artículo se describen las reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania realizadas durante la década del '90, organizadas en base a una representación corporativa de intereses, y se analizan los impactos sobre la performance de este sistema de salud.

Para la descripción del sistema y el análisis de las reformas, se realizó una investigación bibliográfica y se aplicó la metodología de abordaje integrado de las dimensiones de Organización y Gestión, Financiamiento y Atención y Provisión basada en Evans (1).

Los análisis sugieren que, no obstante la rigidez de los sistemas de seguro social organizados sobre bases corporativas, es posible imprimir transformaciones con resultados positivos con relación a la eficacia y a la eficiencia, aunque podrían darse, a la vez, efectos negativos sobre la equidad y la expansión de la cobertura poblacional.

PALABRAS CLAVE Reforma de la Seguridad Social en Salud; Conflicto de Intereses; Equidad en Cobertura; Eficacia; Eficiencia.

ABSTRACT *This article describes the process of health care reform in Germany during the '90s which was organized based on corporate interests. We also analyze the impact of the reform on system performance.*

The results are based on a review of the literature on health care systems. The analysis was based on the methodology proposed by Evans focusing on three dimensions: organization and management, financing, and health care delivery.

The analysis suggests that, despite the rigidity of social protection systems based on corporate interests, it is possible to make changes that result in positive outcomes in terms of efficacy and efficiency. The article also suggests that this process can produce negative effects on equity and population coverage.

KEY WORDS *Social Security Reform in Health Care; Conflict of Interest; Coverage Equity; Efficacy; Efficiency.*

1. INTRODUCCIÓN

Alemania fue el primer país del mundo en institucionalizar un sistema nacional de protección contra riesgos sociales, estructurado bajo la forma de seguro social, como estrategia política de construcción del estado-nación durante el proceso de modernización de sus instituciones (2).

El Seguro Social alemán se desarrolló durante el siglo XX, con la creciente ampliación de los ramos de seguros componentes, abarcando varias formas de riesgo social. Así, el Seguro Social de la Enfermedad fue instituido en 1883, seguido de los otros ramos de seguros sociales: Accidentes de Trabajo e Invalidez en 1884, Envejecimiento e Incapacidad en 1889, Desempleo en 1927 y Necesidades de Cuidados de Largo Plazo en 1994.

En este proceso fueron características influyentes, principalmente en el caso del Seguro Social de la Enfermedad (GKV: Gesetzlichen Krankenversicherung), la constante ampliación de la cobertura, la expansión de la cantidad de beneficios y, lo que es más importante, la reducción de la estratificación de acceso basada en el criterio ocupacional, fortaleciendo el principio de la solidaridad como mecanismo redistributivo.

La presencia más acentuada de la solidaridad como amalgama de la protección social alemana reside en el GKV, debido al dualismo de principios que lo caracterizan y a la vez lo distinguen de los otros cuatro ramos mencionados. Al tiempo que la prestación de cuidados de salud se orienta por la equidad de acceso, independientemente de la posición en la escala social determinada por la inserción en el mercado de trabajo, la forma de financiamiento del seguro se estructura sobre la capacidad de pago de los contribuyentes (3). Desde su formación, el Seguro Social de la Enfermedad preserva su estructura inicial de organización y financiamiento, habiendo presentado cambios que no fueron esenciales durante las diversas transformaciones históricas ocurridas en Alemania en el siglo XX, incluso durante el régimen nazi.

La consolidación del Seguro Social de la Enfermedad en la segunda mitad del siglo XX, hasta la década del setenta, condujo a la expansión de la cobertura: llevándola a niveles de alrededor del 90%, y demostrando que el modelo de seguro social, aunque estructurado sobre la

inserción en el mercado de trabajo, era capaz de desenvolver modelos de protección apuntando a la universalidad de la cobertura de atención.

En la agenda de reformas, que destaca la búsqueda de modificaciones en los sistemas de protección social, principalmente las implementadas bajo la coordinación de gobiernos conservadores de orientación neoliberal, se acentúa la urgencia de cambios debidos a la necesidad de inserción competitiva internacional, haciéndose preponderantes los factores externos en detrimento de las instituciones y actores nacionales involucrados en este proceso.

Sin embargo, según afirmó Esping Andersen (4) al realizar estudios comparativos internacionales sobre experiencias de reformas sociales, no se debe [...] "exagerar el grado en que fuerzas globales determinan el destino de los welfare states nacionales, [...] pues los mecanismos políticos e institucionales de representación de intereses y de construcción del consenso político interfieren tremendamente en la conducción de los objetivos de bienestar social, empleo y crecimiento". Este hecho se comprueba, porque aunque en las dos o tres últimas décadas, al tiempo en que se han reducido fronteras y se han enfrentado problemas con esfuerzos conjuntos, por medio de acciones simultáneas de gobiernos, en formas de organización como la Unión Europea y el Nafta, hay determinados asuntos, como los referentes a los sistemas de protección social, que permanecen restringidos a los límites de los estados nacionales, haciendo a la agenda interna tan estratégica como la externa.

En este sentido, las reformas sanitarias implementadas por los gabinetes de coalición conservadora en Alemania durante las últimas dos décadas –más exactamente a partir de 1988– han demostrado la dificultad de introducir transformaciones en sistemas organizados sobre una base corporativa de representación de intereses (5). No obstante las sucesivas propuestas desde los años '70, ejecutadas en intervalos de pocos años, la persistencia de varias características y formas de estructuración del sistema sanitario alemán se mantienen resistentes. De esta forma, se presenta como resultado un proceso donde ocurren reformas sucesivas con pérdidas y ganancias para los actores involucrados, pasibles de reversión, conformando movimientos de reforma, contra-reforma y "reforma de reforma".

Al mismo tiempo que las reformas alcanzan objetivos más o menos efectivos, de acuerdo con la etapa y con las fuerzas involucradas, garantizan la permanencia de posiciones e intereses consolidados anteriormente, pero también permiten perfeccionar aspectos relacionados a la organización, financiamiento y atención y provisión del sistema.

2. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y LA ESTRUCTURA DEL GKV

La protección de la salud en Alemania está asegurada mayormente por el Seguro Social de la Enfermedad. En 1995, éste cubría al 88,6% de la población, mientras que el 9,05% tenía atención provista por seguros privados, y el 0,74% estaba amparado por la Asistencia Social y otras formas menos significantes, quedando apenas un 0,13% sin cobertura (6).

En esta sección se presentan los fundamentos institucionales del Seguro Social de la Enfermedad de acuerdo con la estructura analítica de Evans (1), que privilegia el abordaje de tres aspectos estructurales del sistema sanitario: la forma de organización y gestión; las características esenciales relacionadas al modelo de atención y provisión; y el sistema de financiamiento, pagos y flujos financieros. Se busca demostrar cómo la naturaleza de la forma corporativa de composición y organización es determinante para la dinámica de la evolución del sistema sanitario alemán.

2.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA

El sistema de salud alemán consiste en un modelo de seguro social, donde la inclusión es obligatoria para trabajadores cuya renta bruta anual esté dentro de un determinado límite monetario, que en el año 2000 era de 40.000 euros, –equivalentes a 77.400 marcos alemanes– para la región occidental del país, y de 32.000 euros, –equivalentes a 63.900 marcos alemanes– para la región oriental (7). Este monto está establecido por ley, y por encima de éste la participación es voluntaria. La cobertura se extiende a las esposas sin renta propia y a los hijos hasta los 18 años, o hasta los 25 si

están en proceso de formación calificada para el mercado de trabajo.

Las instituciones componentes responsables del sistema de salud son las Cajas de Seguro que, en conjunto, forman el Seguro Social de la Enfermedad (institución central). Las cajas constituyen los fondos del seguro encargados de generar, en forma solidaria, los recursos provenientes de las contribuciones de los asegurados, siendo también los encargados de establecer contratos con prestadores para la provisión de servicios de salud a los integrantes del sistema, ya que la provisión de servicios no forma parte de sus atribuciones legales.

La formación de las cajas, desde la institución del sistema, está orientada por diversos criterios: empresas, categorías ocupacionales, sectores de actividad industrial o económica y regiones geográficas, entre otros. En virtud de la diversidad de criterios de composición, la configuración general del sistema se constituye en forma segmentada por categorías profesionales, y está fragmentada y dispersa por el territorio del país, resultando en una gestión altamente descentralizada. En 1999 había 453 Cajas de Seguro-Enfermedad distribuidas en ocho categorías: 17 Cajas Locales, 13 Cajas Sustitutas (divididas en dos tipos: Empleados y Obreros), 359 Cajas de Empresas, 42 Cajas Corporativas, 20 Cajas de Pequeños y Medianos Propietarios Rurales, 1 Caja de Mineros y 1 Caja de Marítimos (7).

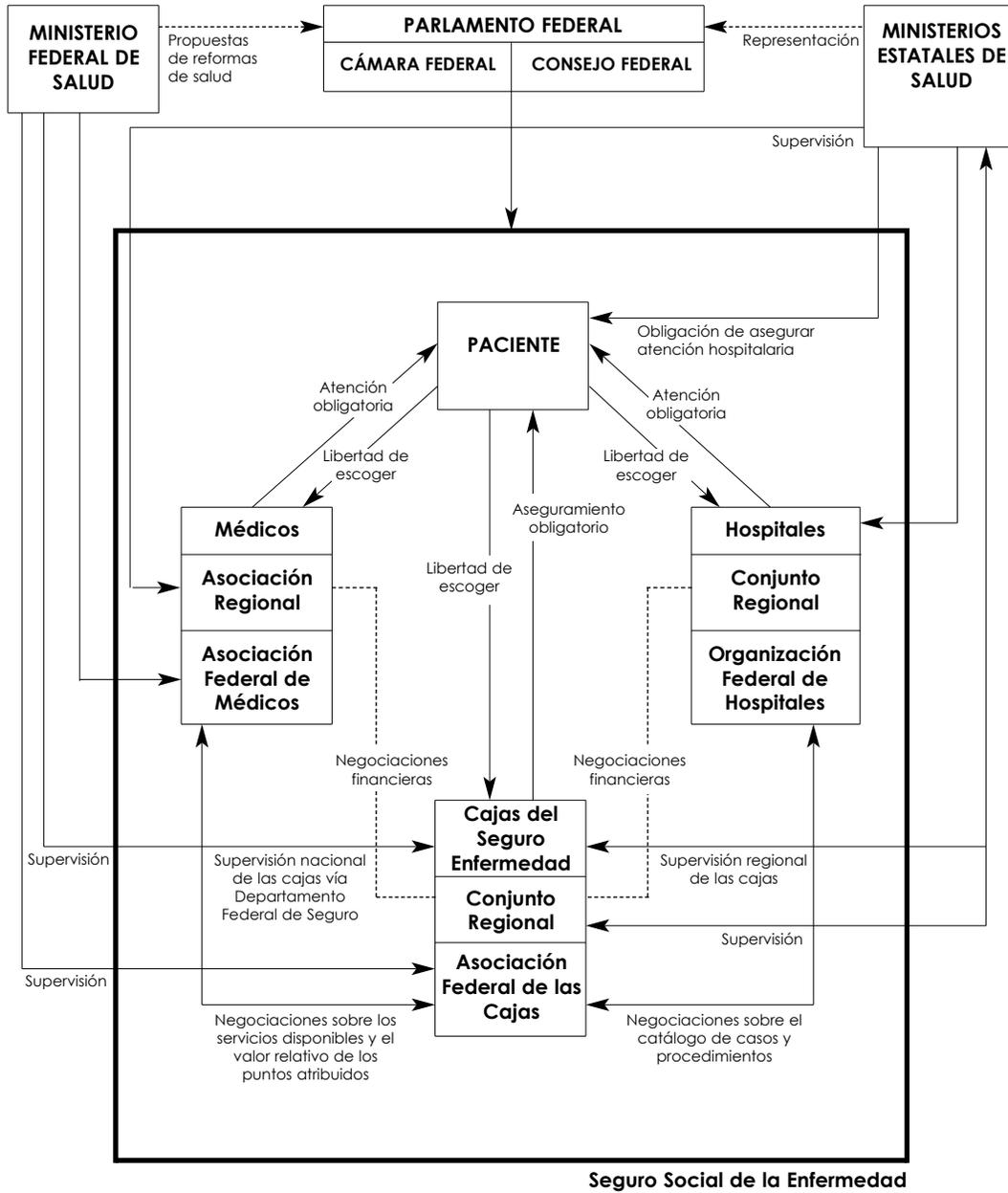
La administración de las cajas es ejercida independientemente del aparato estatal alemán, dado que la gestión de los recursos financieros, así como las demás actividades necesarias para asegurar la salud de los miembros, son ejecutadas en forma autónoma, sujetas a la regulación del Estado sólo en relación con el establecimiento de los criterios generales de funcionamiento del sistema. La dirección de cada Caja de Seguro-Enfermedad está a cargo de los trabajadores y los empresarios, normalmente en forma paritaria, y su composición es definida por medio de elecciones directas.

Las cajas se reúnen en asociaciones regionales de representación de intereses unificadas en el ámbito federal, características de sociedades compuestas en forma corporativa (5), donde el Estado delega a los actores directamente involucrados la resolución de los asuntos

de importancia. La misma forma de representación de intereses se verifica por el lado de las prestadoras de servicios y abastecedores. Una

visión del formato general de la organización del sistema de salud alemán se encuentra en la Figura 1.

Figura 1. ESTRUCTURA GENERAL DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN ALEMANIA



Fuente: WHO (7)

2.2. ATENCIÓN Y PROVISIÓN

El abordaje de los sistemas de salud con relación al modelo de atención se refiere a los aspectos médico-sanitarios, o sea, se relaciona a la dimensión técnica más específica del sistema, donde son analizadas las formas de organización y división del trabajo médico.

La forma de organización de la provisión de acciones y procedimientos médicos en el sistema de seguro social alemán se distingue por la completa separación entre la atención médica ambulatoria y la atención hospitalaria. La atención ambulatoria es la puerta de entrada al sistema: el acceso al sector hospitalario está condicionado a la referencia ambulatoria, excepto en casos de emergencia. La prestación de servicios ambulatorios es ejercida casi exclusivamente por unidades médicas privadas de pequeño y mediano porte (7), semejantes a los consultorios, con un grado creciente de capacidad técnica y especialización médica. El ejercicio de la actividad médica ambulatoria está condicionado al registro ante la Asociación de Médicos de las Cajas, entidad que tiene el monopolio de la corporación médica en la oferta de la atención ambulatoria.

El monopolio de la corporación en el sector ambulatorio, asegurado por ley, hace de los médicos integrantes un grupo sumamente importante, con considerable poder dentro del sistema de salud alemán. Estos médicos no sólo pueden negociar en forma corporativa los precios, la cantidad y la calidad de las propias acciones y procedimientos, sino que además influyen en la demanda y, consecuentemente, en los gastos de los demás integrantes, por ser la puerta de entrada al sistema.

No obstante la existencia del monopolio de la prestación, la legislación asegura la libertad de elección de los consultorios por parte

de los contribuyentes y sus integrantes dependientes de las cajas. La posibilidad de elección es amplia, ya que aproximadamente el 97% de los médicos que ejercen actividades ambulatorias están debidamente reconocidos. Giovannella (6) resume las tendencias relativas a la prestación de asistencia en el sector ambulatorio; especialización progresiva: los clínicos generales, de 55% en 1970 se redujeron a 42% en 1990; expansión de la oferta de médicos registrados con crecimiento por encima del número de asegurados: en Alemania Occidental, de 46.302 médicos registrados en 1970 llegaron a 85.769 en 1993; crecimiento del volumen de las acciones producidas impulsado por el modelo de remuneración: de 4,8 casos/asegurado en 1985 pasó a 6,9 en 1995; y aumento de los gastos ambulatorios *per capita*.

El sector hospitalario, por su parte, está compuesto en su mayoría por prestadores públicos (complementado por prestadores privados y filantrópicos), pero esto no significa acceso gratuito para la población, pues está condicionado a que la persona esté afiliada al Seguro Social de la Enfermedad, a los seguros privados o a los órganos asistenciales municipales. Si la persona está asegurada, la posibilidad de elección del hospital es amplia, supeditada siempre a la referencia ambulatoria. El Cuadro 1 presenta la composición porcentual de camas para los hospitales generales según su propiedad en 1990 y en 1998.

En forma complementaria a los hospitales generales, actúan también otras instituciones con régimen de internación para la atención preventiva y de rehabilitación. Este subsector presentó una dinámica contraria a la de los hospitales tradicionales que, como se ve en el Cuadro 1, registraron entre 1990 y 1998 una disminución del 12% de las camas instaladas. Las instituciones de prevención y rehabilitación presentaron un crecimiento notorio durante la década del '90,

Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS INSTALADAS EN HOSPITALES GENERALES: PÚBLICOS, FILANTRÓPICOS Y PRIVADOS. AÑOS 1990 Y 1998.

AÑOS	PÚBLICOS		FILANTRÓPICOS		PRIVADOS		TOTAL
1990	387.207	62,8%	206.936	33,5%	22.779	3,7%	616.922
1998	295.382	55,3%	202.270	37,9%	36.118	6,8%	533.770

Fuente: WHO (7).

que alcanzó al 20% entre 1990 y 1994. En 1998 se contaban alrededor de 1.400 instituciones de este tipo, con una dotación de 190.000 camas. La distribución de camas instaladas en este subsector, en términos de propiedad, difería bastante de la observada en los hospitales generales: 15% pertenecían a organismos públicos (28.500), 16% a filantrópicos (30.400) y 69% a privados (131.100).

Además de la tendencia a la desactivación de camas como estrategia de contención de costos para el sector, observada durante los años '90, los aspectos que marcaron la evolución del sector durante esta década fueron la elevación del número de internaciones y la reducción del tiempo de internación, así como también la reducción de la tasa de ocupación y de la capacidad instalada. El Cuadro 2 muestra los indicadores de este comportamiento entre los años 1991 y 1998 para el conjunto de los hospitales generales y psiquiátricos.

Los aspectos verificados en el Cuadro 2 siguen la tendencia internacional para el sector al interior de las reformas neoliberales de contención de gastos, ya que los indicadores de Alemania figuran entre los más elevados de la OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Según Giovanella (6), el mantenimiento de indicadores elevados, principalmente con relación al número de internaciones por habitante, está relacionado con la existencia de una baja articulación entre los sectores ambulatorio y hospitalario, y a la forma de remuneración de la

atención ambulatoria, haciendo que un paciente que necesite de cuidados especializados sea preferentemente encaminado al sector hospitalario por orden de un especialista en el sector ambulatorio. Al establecerse un techo presupuestario fijo para la atención ambulatoria, cuanto mayor sea el número de prestaciones, menor será el valor de cada una, lo que induce a la transferencia de procedimientos hacia el sector hospitalario como forma de mantener el nivel de renta individual de los médicos de consultorio.

Tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria son parte de un conjunto mayor de beneficios ofrecidos, que se formó a lo largo del tiempo en forma bastante amplia con relación al total de cuidados sanitarios disponibles actualmente. Paralelamente a la reducción de la segmentación y a la expansión de la inclusión, la evolución del Seguro Social de la Enfermedad durante el siglo XX fue marcada por la elevación de la cantidad y la uniformidad de los beneficios cubiertos por el sistema. Esta es garantizada legalmente y no depende de la región del país, del nivel de renta, de la caja de afiliación ni de otros criterios cualesquiera de segmentación.

La composición del conjunto de beneficios es bastante amplia y puede ser dividida en dos grupos: los beneficios directos, que consisten en transferencias financieras hechas a los asegurados por el Seguro Social de la Enfermedad: auxilio-enfermedad, auxilio-parto, auxilio-maternidad y auxilio-sepelio; y los beneficios indirectos que

Cuadro 2. DOTACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS, TIEMPO DE PERMANENCIA Y TENDENCIA DE USO. SECTORES OESTE Y ESTE DE ALEMANIA. AÑOS 1991 A 1998.

AÑOS	CAMAS/1000			INTERNACIONES/1000			TIEMPO MEDIO PERMANENCIA (DÍAS)			TASA DE OCUPACIÓN (%)		
	Oeste	Este	Razón	Oeste	Este	Razón	Oeste	Este	Razón	Oeste	Este	Razón
1991	8,19	8,89	1,09	179,3	151,1	0,84	14,3	16,1	1,09	86,0	74,9	0,87
1992	8,02	8,08	1,01	180,4	159,4	0,88	13,9	14,2	1,02	85,3	76,0	0,89
1993	7,80	7,50	0,96	180,3	162,9	0,90	13,2	13,0	0,98	83,9	77,4	0,92
1994	7,68	7,16	0,93	181,9	169,0	0,93	12,7	12,2	0,96	82,7	79,0	0,95
1995	7,55	7,03	0,93	185,4	175,9	0,95	12,2	11,7	0,96	82,0	80,1	0,98
1996	7,30	6,98	0,96	186,8	181,9	0,97	11,5	11,2	0,97	80,3	79,6	0,99
1997	7,12	6,87	0,96	189,4	187,5	0,99	11,1	10,8	0,97	80,7	80,5	1,00
1998	7,01	6,78	0,97	194,4	194,9	1,00	10,8	10,5	0,97	81,8	82,3	1,01

Fuente: WHO (7).

consisten principalmente en acciones médico-sanitarias de carácter individual (curativas, preventivas o de rehabilitación) prestadas por terceros contratados.

Las acciones médico-sanitarias individuales y otros beneficios indirectos también de carácter curativo constituyen la mayor parte del catálogo de beneficios, aunque las acciones preventivas hayan sido incorporadas durante la década del '90 presentando un gran crecimiento. Las primeras son compuestas por la atención ambulatoria, hospitalaria, odontológica, farmacéutica y psicoterapéutica, mientras que las acciones preventivas y de rehabilitación incluyen medidas de programas de información sobre prevención de enfermedades graves, realización de diagnósticos tempranos, así como también internaciones en instituciones de cuidados preventivos y reposo referidas anteriormente. Los medios de cura (fisioterapia, fonoaudiología, etc.), los medios de ayuda (prótesis corporales, lentes, sillas de ruedas, etc.) y los cuidados domiciliarios completan el conjunto de beneficios indirectos.

2.3. FINANCIAMIENTO Y SISTEMA DE PAGOS

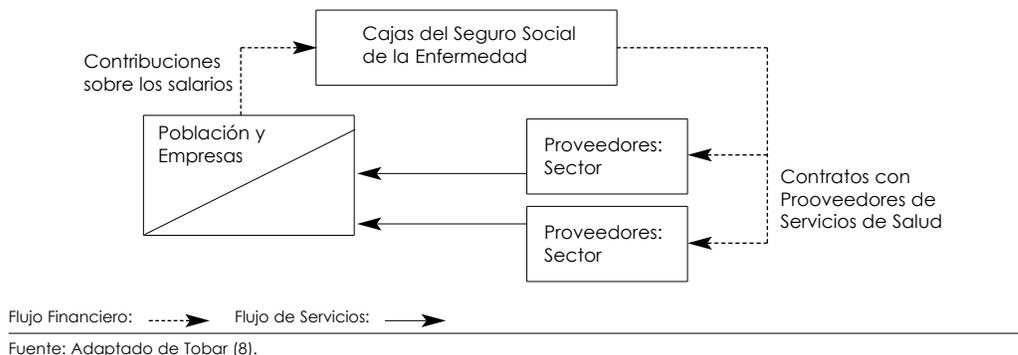
El Seguro Social de Salud alemán consiste en un modelo de contrato público, cuya fuente de recursos financieros está compuesta por contribuciones obligatorias, porcentuales y compartidas (50% empleadores y 50% empleados) establecidas sobre la planilla de salarios. Así, el valor absoluto de contribuciones varía de

acuerdo al nivel de ingresos de los asegurados, ya que el valor de las tasas está fijado en forma autónoma por cada caja en base a la relación entre ingresos y gastos totales (en caso de déficit, las tasas son incrementadas y en caso del superávit, reducidas).

Como resultado, las cajas muestran tasas de contribución diferentes tanto entre las ocho categorías más altas como al interior de estas categorías. Estas diferencias se deben a la diversidad de variables que componen la estructura de riesgos de cada caja, ya que éstas no pueden seleccionar a los asegurados por renta, sexo, relación entre contribuyentes y dependientes, tamaño de la caja, etc. La composición del riesgo, generada por la combinación de estos diversos factores al interior de cada caja, origina un modelo de relación entre gastos e ingresos que devienen en tasas de contribución específicas para cada caja, pero necesarias para el adecuado mantenimiento de la asistencia de salud. La Figura 2 presenta el flujo del financiamiento y de los servicios de salud que presta el Seguro Social de la Enfermedad.

El flujo financiero relativo a la remuneración de las acciones y procedimientos médicos ocurre de forma diferente para los sectores ambulatorio y hospitalario. La atribución de recursos financieros para el sector ambulatorio se realiza usando topes máximos presupuestarios con base de cálculo histórica, y se efectúa en el ámbito estatal. El Cuadro 3 muestra el proceso de establecimiento de la remuneración del sector ambulatorio.

Figura 2. FLUJO DE FINANCIAMIENTO Y DE SERVICIOS, SEGURO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD.



Cuadro 3. SISTEMA DE PAGO Y REMUNERACIÓN AMBULATORIA. SEGURO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

ESFERA DE NEGOCIACIÓN	OBJETO DE NEGOCIACIÓN	ACTORES INVOLUCRADOS
FEDERAL	Estructura de valoración relativa de puntos para las acciones médicas mediante la construcción de una tabla federal	Asociación Nacional de las Cajas y Federación Nacional de Médicos de las Cajas
REGIONAL	El precio de los puntos así como la remuneración total del sector para cada unidad de federación	Asociación de Médicos de las Cajas (regional) y cada una de las Asociaciones de las Cajas (por tipo de caja)
REGIONAL (Interno-entre cada Asociación de Médicos de las Cajas)	Distribución de los recursos totales asignados al sector entre los médicos por medio de honorarios	Asociación de Médicos de las Cajas (regional) basada en la cantidad y el tipo de acciones prestadas por cada médico

Fuente: Elaboración propia basada en Giovanella (6).

En el sector ambulatorio, la Asociación de Médicos de las Cajas retiene la exclusividad de la representación de intereses y de la administración financiera, y el monopolio de la prestación de servicios, toda vez que son responsables, mediante contrato con las cajas, de coordinar la prestación de servicios ambulatorios y distribuir los honorarios entre las unidades prestadoras de servicios médicos.

Debido a la pluralidad de la organización del sistema de salud alemán, los precios de las prestaciones médicas pueden variar entre los estados e incluso, al interior de éstos, entre las distintas cajas, dado que las negociaciones en este nivel ocurren separadamente entre cada asociación regional, –que reúne un determinado tipo de caja–, y la Asociación de Médicos de las Cajas.

Una vez definido el presupuesto global para el sector en el ámbito estatal, la distribución de los honorarios es realizada por la Asociación de Médicos de las Cajas. Hasta la década del '90, el sistema de pagos estaba estructurado en base a unidades de servicio, esto se modificó en las distintas etapas de la reforma, pasando a funcionar en forma mixta en 1996 con la introducción de pagos en base a conjuntos de procedimientos. En 1997 entraron en funcionamiento los presupuestos por consultorio.

En el caso del sector hospitalario, la planificación de inversiones y su ejecución están a cargo del órgano estatal responsable de la salud (responsabilidad del estado definida por ley); con

respecto al costo y mantenimiento, la responsabilidad recae en las cajas de seguro-enfermedad.

La asignación de recursos globales para el sector hospitalario está condicionada a la evolución de los ingresos del Seguro Social de la Enfermedad. Hasta la década del '90, el sistema de pagos estaba estructurado en jornadas diarias uniformes por hospital, en base al cálculo de cobertura de costos; con las reformas posteriores se estableció un sistema de naturaleza mixta, considerando jornadas diarias distintas por tipo de enfermería y pagos prospectivos por grupos de diagnóstico relacionados. Tanto la definición de las reglas relativas al proceso de negociación de valores de la jornada laboral y de los procedimientos, como el sistema de pagos en sí, son definidas mediante legislación federal. En el nivel estatal, las negociaciones para definir los valores de jornada laboral y de los módulos de procedimientos relacionados por enfermedades, y para establecer los presupuestos para cada hospital son realizadas entre hospitales y cajas.

3. EL PROCESO DE REFORMAS SANITARIAS. ETAPAS, ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS.

Las reformas implementadas durante los años '90, aunque no representen un gran cambio en los fundamentos del modelo institucional de protección a la salud como ocurrió en Inglaterra, afectaron algunas características establecidas

desde el inicio del Seguro Social de la Enfermedad, además de representar transformaciones en la gestión, en el sistema de pagos y, finalmente, en la distribución de costos y de poder al interior del Seguro Social de la Enfermedad.

Así, el proceso de reformas estuvo siempre orientado a la contención de gastos, como reflejo de un contexto marcado por la búsqueda de mayor competitividad internacional y de la consolidación de la unificación del continente europeo, con el país bajo la dirección de una coalición conservadora de orientación neoliberal desde 1983 hasta 1998. En ese año, la misma fue sustituida por la oposición social democrática (en coalición con los "verdes") como alternativa para revertir la paralización de la actividad económica y las elevadas tasas de desempleo. Los grandes cambios en la composición de las fuerzas políticas al comando del Estado alteraron en cierta medida la dirección del proceso de reformas, teniendo como resultado la recomposición del poder entre los actores en el área sanitaria.

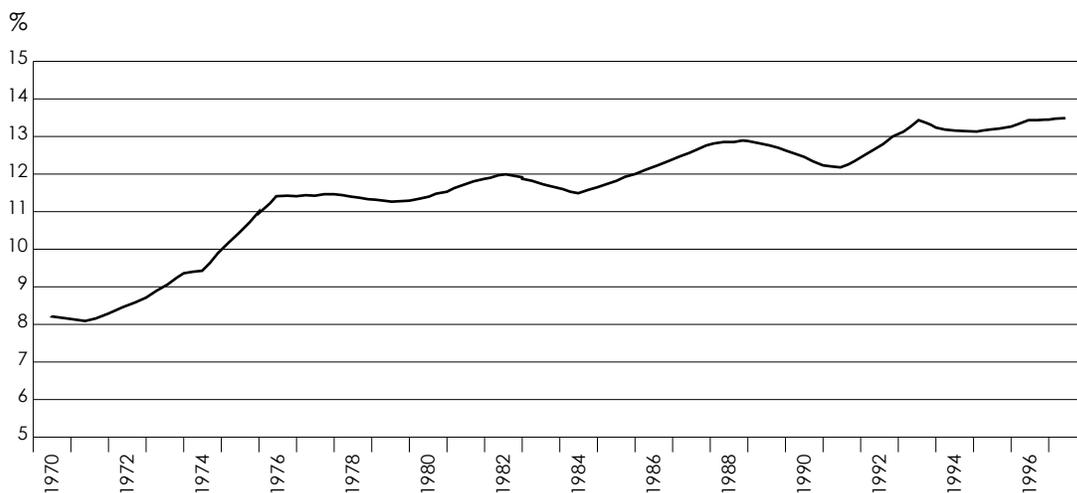
Los esfuerzos relativos a la implementación de transformaciones al interior del sistema de atención de salud en Alemania fueron iniciados ya desde la década del '70, como estrategia de estabilización de las tasas de contribución financiadoras del Seguro Social de la Enfermedad. A partir de 1972, se establecieron una serie de normas legales

con el objetivo principal de contener los gastos de atención a la salud; estas normas siempre fueron anunciadas después de aumentos de las tasas promedios de contribución de las cajas. Estas leyes tenían como resultado efectos estabilizadores de corto plazo, porque incluían solamente instrumentos de contención de gastos sin presentar instrumentos capaces de remover los problemas estructurales de la organización del sistema. Así, se venían nuevos aumentos en las tasas de contribución como se muestra en la Figura 3.

Al interior de esta estrategia fueron anunciadas, desde el inicio de la década del '60, decenas de leyes relacionadas a la atención de salud. Entre éstas, las principales fueron: la Ley de Financiamiento Hospitalario en 1972, la Ley de Contención del Seguro Social de la Enfermedad en 1977, la Ley de Contención Hospitalaria en 1981 y la Ley Complementaria a la Contención en el Seguro Social de la Enfermedad en 1984.

Por detrás de estas leyes de contención de gastos, promulgadas con el objetivo de estabilizar las tasas de contribución, reside una estrategia de aumento de la competitividad de la economía alemana. Así, la reducción o incluso la estabilización de las tasas genera costos menores incidentes en el proceso productivo, siendo un importante instrumento de búsqueda de la inserción internacional en tiempos de economía globalizada.

Figura 3. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS MEDIAS DE CONTRIBUCIÓN AL SEGURO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD. ALEMANIA OCCIDENTAL. AÑOS 1970 A 1997.



En forma general, el crecimiento de las tasas, verificado a partir de la década del '70, no trajo consigo aumentos significativos en los gastos, pero sí condujo a una reducción de la base de financiamiento centrada sobre la masa salarial, provocada por factores como el desempleo y la falta de reglamentación, que redujeron la participación de los salarios en la economía (7).

Las reformas introducidas desde 1988 por la coalición que se mantuvo en el poder desde 1983 hasta 1998 fueron realizadas en tres etapas. Aunque estructuradas como consecuencia de la necesidad de estabilización de las tasas de contribución, estas reformas difieren de las anteriores por su amplitud y porque afectaron los principios fundamentales del sistema, principalmente a partir de la Ley de Estructura de la Atención de la Salud de 1992. El cambio de gobierno, a finales de 1998, imprimió una nueva dirección al proceso de reformas, incluso revirtiendo medidas e instrumentos que fueran anunciados en 1997.

En la próxima sección se presentan las estrategias e instrumentos propuestos por las reformas sanitarias con relación a la *organización*, al *financiamiento* y a la *atención* desde finales de la década del '80; se describe el proceso de implementación de cada fase, y se reseña la reacción de los actores involucrados.

3.1.1. La Reforma de 1988 (Primera Etapa)

Considerada la primera etapa del proceso de reformas que se instauró en la década del '90, la Ley del Seguro Social de la Enfermedad fue aprobada en 1988 e implementada a partir de enero de 1989, por la coalición partidaria formada por el Partido Demócrata Cristiano (CDU), el Social Cristiano (SPD) y el Liberal (FDP). En forma general, se compone de un conjunto de medidas legales cuyo objetivo principal consiste en la reducción del ritmo de crecimiento de los gastos totales del Seguro Social de la Enfermedad, objetivo de varias legislaciones promulgadas desde mediados de la década del '70. En este caso específico, la intención fue revertir la tendencia de crecimiento lineal de la tasa media de contribución de las cajas registradas a partir de 1984, considerado uno de los períodos de mayor aumento de las contribuciones financiadoras del sistema.

Las modificaciones instituidas por la reforma de 1988 no buscaban alterar los principios constitutivos del sistema en forma significativa en ninguna de las tres esferas de análisis abordadas por la estructura analítica adoptada en este artículo, y es por ello que sólo fueron afectadas algunas características .

Relativo a la *organización* y *gestión* del sistema, la Ley de Reforma de la Salud de 1988 modificó las relaciones entre cajas y proveedores, fortaleciendo a las primeras en la posibilidad de control de calidad, economía y eficiencia de las acciones prestadas. Bajo el pretexto de elevar la eficiencia de la atención a la salud, esta medida afectó, aunque en forma leve, las relaciones de poder entre cajas, y principalmente entre las Asociaciones de Médicos de las Cajas.

En términos de *financiamiento*, se implementaron medidas típicas de paquetes de contención de gastos, de aumento de valores de pagos a ítems ya gravados y la extensión a otros ítems que no lo estuvieran. En este sentido, otra medida importante consistió en la confección de una lista de precios máximos para medicamentos y medios de ayuda (lentes, aparatos auditivos, etc.), de modo que las diferencias por encima de los topes recayeron sobre los contribuyentes.

En el sector ambulatorio, se alteró el sistema de establecimiento de metas presupuestarias máximas, que pasaron a ser de negociación obligatoria, cuando antes eran establecidas voluntariamente entre las asociaciones de cajas y de Médicos de las Cajas.

En lo que concierne a la *atención* y *provisión*, la gran novedad de la Ley de Reforma de la Salud de 1988 fue la introducción de medidas sanitarias preventivas en el catálogo unificado de beneficios del Seguro Social de la Enfermedad. Los valores que orientaron la elaboración de las medidas implementadas apuntaban básicamente al incremento de la eficiencia y a la promoción de la responsabilidad del consumidor.

Según Giovanella (6), la dinámica de esta etapa de la reforma fue marcada por la resistencia de diversos actores sociales (sindicatos, empresarios, industria farmacéutica, médicos), cuyas reacciones se manifestaron incluso antes de la implantación de las medidas, en enero de 1989. La industria farmacéutica obtuvo la reducción de ítems considerados en la lista de precios

máximos (60% de los medicamentos); por su parte, los contribuyentes anticiparon la compra de productos a gravarse con co-pagos en los últimos meses de 1988, y estas reacciones contribuyeron a la generación del déficit de las finanzas del Seguro Social de la Enfermedad de ese año. A pesar de las reacciones de diversos sectores sociales, las medidas implantadas produjeron resultados positivos en los años 1989 y 1990. El déficit registrado en 1991 motivó una nueva etapa de reformas.

Aunque no haya representado una estrategia innovadora en términos de grandes cambios en la estructuración del sistema y de los mecanismos de organización del trabajo médico, esta primera etapa de reformas representó un indicador que expresaba la insuficiencia de las simples medidas de contención de gastos, y evidenciaba la necesidad de estrategias de reforma más profundas.

3.1.2. La Reforma de 1992 (Segunda Etapa)

Llevada a cabo a través de la Ley de Estructura de Atención a la Salud, la reforma de 1992 se diferencia de las anteriores por incluir en su estrategia medidas e instrumentos que alteran algunos principios históricos constitutivos de la estructura del Seguro Social de la Enfermedad. En este sentido, aunque los mayores objetivos eran controlar los gastos sociales en salud e intentar estabilizar las tasas de contribución, algunos asuntos estructurales anteriormente descuidados fueron considerados en esta segunda etapa de las reformas sanitarias en Alemania, tanto en relación con la *organización y gestión*, como con el *financiamiento* y con el modelo de *atención y provisión*.

A diferencia de la primera etapa aprobada en 1988, donde la coalición gubernamental elaboró e implementó por sí misma las medidas, la Ley de Reforma de Atención a la Salud fue aprobada en acuerdo con la oposición, representada principalmente por el Partido Social Demócrata, lo que permitió considerar asuntos estructurales más allá de la mera adopción de medidas puramente contencionistas.

La principal medida relativa a la *organización y gestión* se refiere a la alteración de uno de los principios fundamentales de la constitu-

ción del Seguro Social de la Enfermedad: la afiliación de los contribuyentes condicionada al status en el mercado de trabajo, lo que originaba la obligatoriedad de afiliación en cajas determinadas en la legislación. Como estrategia para instituir la competencia entre las Cajas de Seguro-Enfermedad buscando aumentar la eficiencia, la Ley de Estructura de Atención a la Salud estableció para los contribuyentes la libertad de elección entre las Cajas Locales y Sustitutas, que entró en vigencia a partir de 1998. Como resultado, las cajas aceleraron los procesos de fusión y reorganización administrativa para adecuarse a las nuevas reglas, reduciendo la fragmentación de la *organización y gestión* del sistema, otra característica fundamental de constitución del Seguro Social de la Enfermedad. En el Cuadro 4 se muestran los cambios en las reglas de afiliación para cada tipo de caja y el proceso de concentración administrativa de las cajas en el período 1990-1996.

Como consecuencia de constituir un sistema de seguro social basado en la solidaridad, no hay selección de riesgos en el proceso de afiliación a las cajas, y esto conlleva una enorme disparidad en la composición de la clientela de cada caja. Para establecer bases solidarias de competencia, se instituyó un sistema de compensación financiera de redistribución a través de un fondo, mediante el cual las cajas con capacidad financiera menor que las necesidades de gastos generadas por la estructura de riesgo adversa, recibirían recursos de las cajas en situación contraria.

La Ley de Reforma de Atención de la Salud también alteró reglas fundamentales de la estructura de financiamiento del Seguro Social de la Enfermedad, pero solamente en lo referido a la asignación de recursos y al sistema de pagos, sin afectar la forma de recaudación del sistema. Por primera vez en la historia del sistema, fue adoptada la fijación de "techos" presupuestarios para los principales sectores de atención a la salud (ambulatoria, hospitalaria, farmacéutica, odontológica, entre otras), con evolución condicionada al comportamiento de los rendimientos de contribución (para el sector hospitalario, la evolución estuvo condicionada al comportamiento de los salarios del sector). En el caso de la atención farmacéutica, fue establecida una sanción financiera a los médicos en caso de sobrepasar el presupuesto fijado.

Cuadro 4. INTRODUCCIÓN DE LA COMPETICIÓN ENTRE LAS CAJAS Y CONCENTRACIÓN ADMINISTRATIVA. ALEMANIA, SECTOR OCCIDENTAL.

TIPO DE CAJA	REGLAS DE AFILIACIÓN		% DE CONTRIBUYENTES EN 1995	NÚMERO DE CAJAS EN 1990	NÚMERO DE CAJAS EN 1996
	Previas a la Ley de la Estructura	Posteriores a la Ley de la Estructura			
CAJAS LOCALES	Obreros industriales (<i>blue collars</i>) sin cajas específicas. Empleados (<i>white collars</i>) pueden optar	Nuevos (1996) y antiguos (1997) asegurados pueden optar por Cajas Locales o Sustitutas. Posibilidad de mudanza anual	41,2	267	12
CAJAS DE EMPRESAS	Sólo trabajadores de la empresa	Es facultada la abertura o no a la administración de las cajas	11,2	692	485
CAJAS DE CORPORACIONES	Trabajadores ocupados en empresas de oficios manuales (electricistas, cerrajeros, etc.) cuyos propietarios son miembros de las corporaciones	Pueden optar por mantener la clientela restringida o ampliar a otros grupos ocupacionales	5,5	152	39
CAJAS RURALES	Pequeños y medianos propietarios rurales que trabajan en régimen de economía familiar	Permanecen con afiliación restringida	1,6	19	18
CAJAS DE LOS MARÍTIMOS	Solamente marítimos	Permanecen con afiliación restringida	0,1	1	1
CAJAS DE LOS MINEROS	Solamente mineros	Permanecen con afiliación restringida	2,2	1	1
CAJAS SUSTITUTAS P/OBREROS	Obreros industriales de categoría específicas	Nuevos (1996) y antiguos (1997) asegurados pueden optar por Cajas Locales o Sustitutas. Posibilidad de mudanza anual	2,1	15	15
CAJAS SUSTITUTAS P/EMPLEADOS	Sin afiliación obligatoria, cajas pueden definir el círculo de contribuyentes. La mayoría es formada por empleados (<i>white collars</i>)	Nuevos (1996) y antiguos (1997) asegurados pueden optar por Cajas Locales o Sustitutas. Posibilidad de mudanza anual	36,0		

Fuente: Elaboración propia a partir de Giovanella (6).

En los sectores ambulatorio y hospitalario, donde ya existía la práctica de fijación de presupuestos históricos, la negociación entre los actores involucrados fue reemplazada por metas legalmente definidas, aumentando la regulación del Estado (7). En el sector ambulatorio, además de los techos fijados, se estableció a partir de 1995 el cambio del sistema de pagos de unidades de servicios por pagos basados en módulos de procedimientos, que consisten en conjuntos de acciones típicas de cada especialidad, contabilizadas por trimestre. En

forma complementaria, se crearon incentivos de reajuste diferenciado para clínicos generales y un mecanismo de restricción al reconocimiento de nuevos médicos.

El sector hospitalario también sufrió transformaciones estructurales con la reformulación del sistema de pagos, que alteraron los estímulos a la prestación de servicios. El sistema, basado en jornadas diarias uniformes por hospital, fue reemplazado por otro de pagos prospectivos en base a diagnósticos relacionados y de jornadas diarias para enfermería.

Con relación a la *provisión y atención*, se impuso un importante instrumento de perfeccionamiento de la atención farmacéutica, que consistía en una lista de medicamentos que dispensaba a las cajas de pagar por aquellos de eficacia dudosa y calidad insuficiente. Tal mecanismo tendría también efectos financieros selectivos, al reducir gastos innecesarios. También fue introducida en 1994 una tarjeta inteligente para la identificación del usuario y el acceso al sistema de prestación de servicios, eliminando gran parte de los procedimientos realizados por medio de documentos.

Como puede verse, la Ley de Estructura de Atención a la Salud incorporó cambios en asuntos fundamentales y modificó mecanismos tradicionales del sistema de Seguro-Enfermedad, provocando redireccionamientos y transformaciones significativas en varios sectores de atención a la salud. La reacción de diversos sectores ocasionó la reducción de los efectos buscados, tanto con relación a las ganancias financieras como a la mejoría de la calidad de atención. La industria farmacéutica, por su lado, obtuvo la eliminación de la lista positiva de medicamentos, mientras que el sector ambulatorio logró que el presupuesto pautado fuera revisado y aprobado con un aumento significativo (6). Como resultado de las medidas, los años de 1993 y 1994 registraron superávit presupuestarios. En 1995 se reiteró el déficit, lo que generó nuevas propuestas de reformas para los años siguientes.

3.1.3. Las Reformas de 1996 y 1997

En forma paralela a la discusión de propuestas para la tercera etapa de reformas de la atención a la salud, en setiembre de 1996 se aprobó la Ley de Desgravación de Contribuciones, con vigencia a partir del 1º de enero de 1997. Esta ley fue anunciada como parte de un paquete de medidas económicas planeadas como un instrumento de adecuación de los indicadores económicos del país a los criterios fijados como condición indispensable a la unificación europea, principalmente los relacionados al déficit público. La urgencia causada por la aproximación de las fechas fijadas llevó a la coalición gobernante, formada por el Partido Demócrata-Cristiano, el Social-Cristiano y el Liberal, a

ignorar la opinión de la oposición, conformada por el Partido Social-Demócrata y el Verde, e implantar un programa sin negociación y eminentemente contencionista. El objetivo principal consistía en la reducción de los costos sociales del trabajo, representados por las tasas de contribución de los seguros sociales, como estrategia para el crecimiento del empleo y el aumento de la competitividad. La atención a la salud como integrante del Sistema de Seguro Social fue incluida en este paquete, para la cual se fijó la reducción de 0,4 puntos porcentuales en las tasas de contribución de las cajas para enero de 1997.

Las principales medidas implementadas fueron: aumento de los valores de co-pagos para medicamentos e instituciones de estadía para prevención y rehabilitación, reducción del valor de auxilio-enfermedad, eliminación del catálogo de beneficios de las prótesis dentales para personas nacidas después de 1979 y la eliminación de una serie de medidas de medicina preventiva y de rehabilitación, entre otras medidas restrictivas. En este sentido, aunque no hubiera afectado a las esferas de *organización, gestión y de financiamiento*, afectó negativamente a la *atención y provisión* al reducir derechos consolidados históricamente, y principalmente por eliminar o gravar medidas profilácticas. La reacción a estas medidas tuvo origen principalmente entre los social-demócratas (SPD), reacción que interrumpió la disposición a negociar las propuestas para la tercera etapa de las reformas en curso; por otro lado, la Central Sindical Alemana, por medio de huelgas y marchas de protesta, opuso resistencia a la reducción de valores del auxilio-enfermedad.

Las propuestas referentes a la tercera etapa de las reformas se iniciaron en 1993 con la puesta en marcha de los primeros proyectos de ley por la coalición gubernamental, pero sin la participación del Partido Social Demócrata, insatisfecho con los acuerdos clientelistas que impidieron la realización efectiva de varias medidas de la Ley de Estructura de la Atención a la Salud. Aunque tenía la mayoría en el *Bundestag* (Cámara Federal), la oposición mayoritaria en el *Bundesrat* (Consejo Federal) rechazó sucesivamente los proyectos oficialistas hasta mediados de 1996. En setiembre de este año, la coalición gubernamental envió dos nuevos proyectos de

ley, cuya implementación no afectaba competencias estatales y no requería la aprobación del *Bundesrat*, a diferencia de los anteriores. Ambos proyectos fueron aprobados bajo la denominación de Primera Ley y Segunda Ley de Reordenamiento del Seguro Social de la Enfermedad.

Teniendo siempre como objetivo principal estabilizar las tasas de contribución, las nuevas leyes adoptaron una estrategia distinta a las anteriores para sostener la desregulación del Estado, al introducir mecanismos de mercado para asegurar el equilibrio financiero. La estrategia consistía en transferir la responsabilidad de reducción de gastos y la estabilización de las tasas de contribución a las instancias de administración autónoma corporativa del sistema, principalmente de las cajas, en detrimento de los mecanismos establecidos y regulados por legislación. Así se pretendía obtener resultados sostenibles a largo plazo basados en un estímulo máximo a la competencia entre las cajas y a la responsabilidad de los contribuyentes, mediante copagos que llegaron a representar una fuente alternativa de financiamiento del sistema. La realización efectiva de la nueva estrategia afectó algunos fundamentos históricos del Seguro Social de la Enfermedad, como la uniformidad del catálogo de beneficios para todos los contribuyentes, la provisión de beneficios en acciones médico-sanitarias, el financiamiento basado en la renta –y no en la estructura de riesgos o de la utilización de los servicios– y el principio de contribución equitativa entre empresarios y empleados.

Con relación a la *organización y gestión*, las nuevas leyes introdujeron la posibilidad de formular contratos diferenciados con los contribuyentes, objetivando la oferta de formas diversas de provisión de beneficios más allá de la prestación directa y uniforme de servicios médico-sanitarios. Esto afectó dos características históricas del sistema: la uniformidad del catálogo de servicios para todos los contribuyentes y la provisión de beneficios en acciones médico-sanitarias. Así, el asegurado pudo optar también por el reembolso de los gastos efectuados, la restitución de la cuota de contribución como premio por uso reducido o un acuerdo de pago de determinado porcentaje de los gastos efectuados. Sin embargo, la principal medida en esta esfera, que también pretendía ampliar la competencia entre las cajas,

consistió en el establecimiento de la posibilidad de rescisión de contrato con las cajas por parte de los asegurados en caso de aumento de las tasas de contribución.

Esta regla, en conjunto con la principal medida referente al *financiamiento*, conformó la principal estrategia de las Leyes de Reordenamiento del Seguro Social de la Enfermedad, según la cual aumentos cualesquiera en las tasas de contribución estarían seguidos obligatoriamente de un aumento automático de los valores de co-pagos. Este sería el mecanismo de garantía de reducción de gastos de atención a la salud, pues los contribuyentes forzarían a las cajas a buscar formas de promoción de racionalización de costos para evitar el aumento en las tasas y la posibilidad de pérdida de asegurados. Tal mecanismo puede ocasionar brechas en la selección de pacientes con menos riesgos de enfermarse, al buscar la reducción de gastos y, en consecuencia, finanzas más equilibradas.

Así, con relación al *financiamiento*, fueron abolidos mecanismos típicos de las reformas anteriores y caracterizados por reglamentaciones estatales, como los techos presupuestarios para los sectores ambulatorio y farmacéutico, fijados por legislación desde 1992, que fueron reemplazados por metas negociadas. Otras medidas establecidas anteriormente fueron transferidas de la esfera regulatoria a la competencia corporativa de las asociaciones autónomas, como la implantación del sistema de pagos prospectivos y la planificación para equipamiento mayor en el sector hospitalario, entre otros. Solamente los techos presupuestarios para el sector hospitalario permanecieron fijos por norma legal, aunque cambiando el sistema de indexación del valor de éstos, antes relacionados a la evolución de los salarios del sector y ahora condicionados al comportamiento de los rendimientos de contribución de las cajas.

En el sector ambulatorio, las nuevas leyes eliminaron sanciones establecidas en caso de sobrepasar el límite de gastos, y transfirieron a las instancias corporativas la responsabilidad de implantar el nuevo sistema de pagos estructurado en presupuestos por consultorio (*praxisbudgets*), basado en el número de casos atendidos. Para cada caso, fue fijado un promedio de puntos definidos por especialidad, ya que el límite para cada consultorio consiste en la multiplicación de la

cantidad de casos tratados por el promedio de puntos fijado por especialidad. Tales medidas fortalecieron la posición de los médicos en el sistema de salud alemán que, además de estar exceptuados de sanciones, obtuvieron competencias ampliadas de la Asociación de los Médicos de las Cajas.

Con relación a la *atención y provisión*, siguiendo la tendencia histórica, se establecieron nuevas restricciones al catálogo de beneficios, ya que los co-pagos existentes fueron aumentando desde el inicio de las leyes de contención. Algunas posibilidades de experimentación de nuevas formas y estructuras de organización de atención a la salud fueron encaminadas como intentos de explorar nuevas formas de economizar por el lado de la oferta en el sector ambulatorio, como modelos de médicos generalistas y consultorios en red. Tales proyectos, cuya estructura y funcionamiento tienen principios relacionados al *managed care* (atención administrada) estadounidense, significaron innovaciones con potencial de eficiencia, pero tuvieron sus efectos reducidos en la medida en que los contratos de implementación y administración debían ser negociados solamente con las Asociaciones de Médicos de Cajas (6).

Las Leyes de Reordenamiento del Seguro Social de la Enfermedad, primera y segunda, significaron alteraciones drásticas con relación a los principios históricos de constitución del modelo establecido en Alemania. La estrategia adoptada por la coalición gubernamental estaba centrada tanto en la intensificación de la competencia entre las cajas, iniciada con la Ley de Estructura de Atención a la Salud, como en la búsqueda de contención de la demanda de los asegurados. En el primer caso, los mecanismos utilizados hicieron obligatorio el aumento de los co-pagos, siempre que hubiese un incremento de las tasas de contribución de una caja, y establecieron la posibilidad de formas diversificadas de prestación de beneficios, como reembolso de gastos, y premio por no-utilización, entre otras formas típicas de seguros privados. Así, además de inducir la selección de contribuyentes con estructura de riesgos menos propensa a la morbilidad, comprometió otras dos características esenciales del Seguro Social de la Enfermedad, que consisten en la provisión directa de beneficios en acciones médico-sanitarias y la uniformidad del catálogo de beneficios. En el

segundo caso, el instrumento utilizado fue el aumento excesivo de los co-pagos, afectando principios básicos del Seguro Social de la Enfermedad: el financiamiento de la atención a la salud basado solamente en el nivel de renta y las contribuciones financieras compartidas de forma igual entre trabajadores y empresarios. En la medida en que los co-pagos afectan a los asegurados que más aprovechan de los servicios médicos, en su mayoría trabajadores, éstos contribuyen más con el sistema; de esta manera, el financiamiento pasa a estar relacionado también con la estructura de riesgos del asegurado. Según Giovanella (6, p. 236): "[...] *los críticos más contundentes vieron en el nuevo paquete de la coalición gubernamental la caída del seguro social de salud: su principio de solidaridad estaría siendo herido y habría el peligro de una americanización del sistema de salud alemán. Aumento en las tasas de contribución, cortes en el catálogo, aumento progresivo de la participación de los asegurados en los gastos, segmentación de la clientela, atención recibida conforme las posibilidades financieras individuales fueron las tendencias pronosticadas.*"

Los principales actores involucrados en el sistema de atención a la salud se mostraron contrarios a las medidas que fueron aprobadas en su mayoría, con excepción de los empresarios, –que manifestaron su apoyo oficial a través de entidades de clase– y de los médicos, que inicialmente lanzaron una nota conjunta con las cajas condenando el carácter injusto de las medidas para con los pacientes, pero que posteriormente, a nivel nacional, manifestaron su apoyo a la reforma gubernamental.

3.1.4. La Reforma del año 2000

Los cambios en la composición de las fuerzas políticas a escala federal, con el surgimiento de una nueva coalición gubernamental a fines de 1998, tuvieron como consecuencia un cambio significativo en la conducción del proceso de reforma sanitaria en Alemania, principalmente con relación al reposicionamiento de fuerzas entre los principales autores al interior del sistema de atención a la salud.

La nueva coalición formada por los partidos Social-Demócrata y Verde adoptó una postura totalmente contraria a las medidas establecidas

por las dos Leyes de Reordenamiento del Seguro Social de la Enfermedad. Ya en 1998, fue presentada y aprobada la Ley de Fortalecimiento de la Solidaridad del Seguro Social de la Enfermedad, por medio de la cual fueron derogadas las principales medidas e instrumentos implementados por la legislación de 1997. Las principales medidas abolidas fueron el incremento automático de co-pagos por aumento de la tasa de contribución y la posibilidad de formas diversificadas de prestación de servicios típicos de seguros privados, como reembolso de gastos y premio por no-utilización. Fue restablecida la cobertura de beneficios como prótesis dentales para nacidos después de 1978, entre otros, así como la reducción de co-pagos para medicamentos y su eliminación para algunas prestaciones como tratamiento psicoterapéutico. Al ser abolidos los mecanismos de control típicos del mercado, fue necesario restablecer medidas reguladoras de contención de gastos, como la fijación de techos presupuestarios para todos los sectores de atención a la salud.

En forma paralela a la Ley de Fortalecimiento de la Solidaridad del Seguro Social de la Enfermedad, que entró en vigencia en enero de 1999, se iniciaron los debates relativos a un nuevo proceso de reforma de atención a la salud. La nueva coalición gubernamental presentó un nuevo proyecto de ley en junio de 1999, el cual, después de ser rechazado por pérdida de la mayoría en el *Bundesrat* (Consejo Federal), fue reformulado y presentado nuevamente, siendo aprobado y automáticamente implementado a partir de enero de 2000.

Las medidas que dispone la nueva legislación, aunque estén basadas en mecanismos tradicionales de contención de gastos, presentan novedades tanto en el sentido de enfrentar problemas estructurales del sistema, relativos a la *organización y gestión*, y la *atención y provisión*, como a la relación de fuerzas al interior del sistema, buscando reequilibrar a favor de las cajas la relación asimétrica con los proveedores de servicios. El cambio principal consistió en reemplazar el mecanismo de responsabilización y restricción de la demanda por instrumentos de incentivos a la eficiencia micro-económica al interior de la estructura de la oferta, mediante cambios en la organización de la atención.

Con relación a la *organización y gestión*, la nueva legislación buscaba, como se dijo, fortalecer las cajas del seguro social frente a los prestadores de servicios. La gran novedad consistió en profundizar el nivel de competencia ya existente entre las cajas, y entre los proveedores, con la posibilidad del establecimiento de contratos diferenciados fuera del ámbito de las Asociaciones de Médicos de las Cajas. Así, se instituyó la posibilidad de la formación de redes integrales compuestas por unidades prestadoras de diversos sectores del sistema: ambulatorios, hospitalarios e instituciones de prevención y rehabilitación. Tales formas de organización en red integrada contribuyen tanto a la reducción del monopolio de los médicos como a la ruptura de la barrera entre los sectores ambulatorio y hospitalario.

En cuanto al *financiamiento*, la nueva legislación inició la integración de los mecanismos de transferencias financieras de compensación de riesgos entre las regiones occidental y oriental del país, que hasta ese momento funcionaban separadas. Entre los mecanismos típicos de contención de gastos, se destaca la definición de techos presupuestarios, ahora con reglas legales más rígidas, para todos los sectores de atención a la salud (ambulatorio, hospitalario, farmacéutico, instituciones de prevención y rehabilitación, entre otros) acoplados a la evolución de los ingresos de contribución de las cajas. En el sector hospitalario se amplió el uso del sistema de remuneración estructurado en base a pagos prospectivos por diagnósticos relacionados, contribuyendo a la consolidación de estímulos a la racionalización de costos en el sector. Con relación a la atención farmacéutica, la lista positiva de medicamentos fue restablecida como mecanismo de regulación de consumo, la cual excluye de cobertura los medicamentos de eficacia dudosa, significando mayor selectividad de los gastos del sector, mayor nivel de calidad del uso para el usuario y el fortalecimiento de la posición de las cajas frente a la industria farmacéutica.

En lo que concierne a la *atención y provisión*, el establecimiento de redes interrelacionadas privilegió la atención integral de los pacientes, significando una importante innovación en especial para la articulación de los sectores ambulatorio y hospitalario. En esas nuevas formas de

organización de la atención, se buscó fortalecer la posición del clínico general por medio de incentivos como los bonos por pacientes que lo eligieran como puerta de entrada al sistema, o incluso por el establecimiento legal de la obligatoriedad de contra-referencia para el médico generalista (6). Complementariamente, se promovieron acciones como medidas preventivas contra la caries dental, la prevención laboral, y la flexibilización del tiempo de internación en instituciones de prevención y rehabilitación, entre otras.

3.2. LA NUEVA ESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO: UN BALANCE DE LAS REFORMAS

Las leyes de reforma promulgadas desde inicios de los años '60 hasta finales de los '80 no atacaron problemas estructurales en la organización del trabajo médico al interior del sistema ni lograron mejorar la coordinación entre los sectores de atención, ya que en su mayoría estaban centrados en introducir mecanismos de contención de gastos.

Las reformas implementadas en los años '90 lograron avances importantes en el sentido de promover la eficiencia de la organización y gestión del sistema a nivel micro-económico, en la medida en que fueron establecidos nuevos instrumentos y modelos en busca de racionalizar el uso de recursos. El marco de inicio de las transformaciones en este sentido fue la Ley de Estructura de la Salud de 1993, que instituyó la competencia entre las cajas al alterar las reglas de afiliación basadas en el criterio ocupacional, o sea, según el status del asegurado en el proceso productivo. Al establecer la posibilidad de elección y cambio de caja para más del 80% de los asegurados (Cuadro 4), se estimuló a las cajas a buscar formas más dinámicas y menos costosas de organización administrativa, y a mejorar el acceso de los asegurados a los servicios prestados por terceros.

En los sectores ambulatorio y hospitalario, durante los años '90, en especial en la segunda mitad de la década, fueron reestructurados los sistemas de pagos, que consistían en estímulos negativos para la multiplicación de acciones médico-sanitarias innecesarias, sobre todo en el sector ambulatorio donde la remuneración estaba definida por unidades de servicio.

Los mecanismos de regulación impuestos a proveedores de insumos, como la institución de la lista positiva de medicamentos (abolida en 1993 y restablecida en el 2000), fueron instrumentos importantes para el perfeccionamiento de la atención de la salud. La lista de medicamentos, además, promovió una selección más cuidadosa de los medios de tratamiento y constituyó un instrumento de fortalecimiento de la posición de las cajas en su relación con la industria farmacéutica.

Las leyes de reforma de los años '90 también permitieron establecer contratos diferenciados con los proveedores del sector ambulatorio, lo que amplió la oferta de modalidades en busca de una atención integral a los asegurados. En este sentido, la implantación de redes, además de facilitar la articulación entre los sectores ambulatorio y hospitalario, proporciona la posibilidad de personalizar la atención y tener un mejor seguimiento del paciente. El estímulo a la consulta del médico generalista, debido a su función como puerta de entrada y de articulación entre las especialidades, significó también un incremento de la eficiencia provocado por la reforma.

Como resultado de las reformas en los años '90, cabe mencionar la promoción de acciones preventivas, por medio de la ampliación de actividades cubiertas por el catálogo de servicios, como la estancia en instituciones para prevención y rehabilitación, semejantes a los SPAs. Debe notarse la interesante tendencia de aumento de camas instaladas en dichas instituciones, que en 1990 y 1994 registraron una expansión del 20%, llegando en 1998 a aproximadamente 1.400 establecimientos dotados con alrededor de 190.000 camas

Aunque las reformas de los años '90 hayan significado adelantos en lo que se refiere al establecimiento de bases más eficientes de organización, gestión y atención a la salud, según Giovanella (6) fueron insuficientes para eliminar algunos problemas estructurales del sistema: el modelo de atención con énfasis en los aspectos curativos, el rol secundario de las medidas preventivas de promoción de la salud, la falta de integración entre sectores de atención, –principalmente el ambulatorio y el hospitalario–, la regulación insuficiente de la actividad de los proveedores de insumos, el predominio de los prestadores en las relaciones con las cajas,

que conlleva un mayor poder de fijación de precios y niveles de calidad de atención, y las deficiencias en la garantía de calidad, entre otros.

Aún así, puede afirmarse que las reformas implementadas en los años '90 fueron más eficientes que las anteriores, pero sería precipitado afirmar si estas medidas serán o no eficientes para resolver los problemas estructurales del sistema, aunque hayan puesto bases importantes para tal concretización.

4. CONCLUSIÓN - ANÁLISIS DE EFICACIA, EFICIENCIA Y EQUIDAD DE LAS REFORMAS.

Según Mokate (2001), políticas, programas o sistemas eficaces son aquellos que permiten realizar el fin pretendido en el tiempo determinado y con la calidad deseada. De acuerdo con esto, la eficiencia relaciona el grado de cumplimiento del objetivo pretendido con el uso mínimo posible de recursos necesarios. Así, cualquier análisis de eficiencia, ya sea de un programa, de una política o de un sistema público, incluye fundamentalmente verificar la eficacia como condición previa. Antes de verificar la capacidad de maximización de los recursos disponibles generada por una reforma (eficiencia), es imperativo saber si esta reforma logró alcanzar el objetivo para la que fue propuesta.

En el caso del sistema de atención, aunque las reformas implementadas en los años '90 hayan sido dirigidas también a la búsqueda de mejores formas de organización y gestión y nuevos modelos de provisión, la principal motivación responsable de las leyes que modificaron el Seguro Social de la Enfermedad fue estabilizar las tasas de contribución.

Al observar la evolución de la relación entre ingresos y egresos del Seguro Social de la Enfermedad como un todo, se llega a la conclusión de que las reformas no fueron eficaces en estabilizar las tasas de contribución. Desde la década del '70, como se vio en la Figura 3, las leyes de reforma eran iducidas por aumentos bruscos de las tasas de contribución y tuvieron un efecto limitado a breves períodos, provocando enseguida un nuevo aumento de tasas de contribución (en 1970, la tasa promedio era de 8,20%, creció a 12,60% en 1990 y alcanzó 13,50% en 1998).

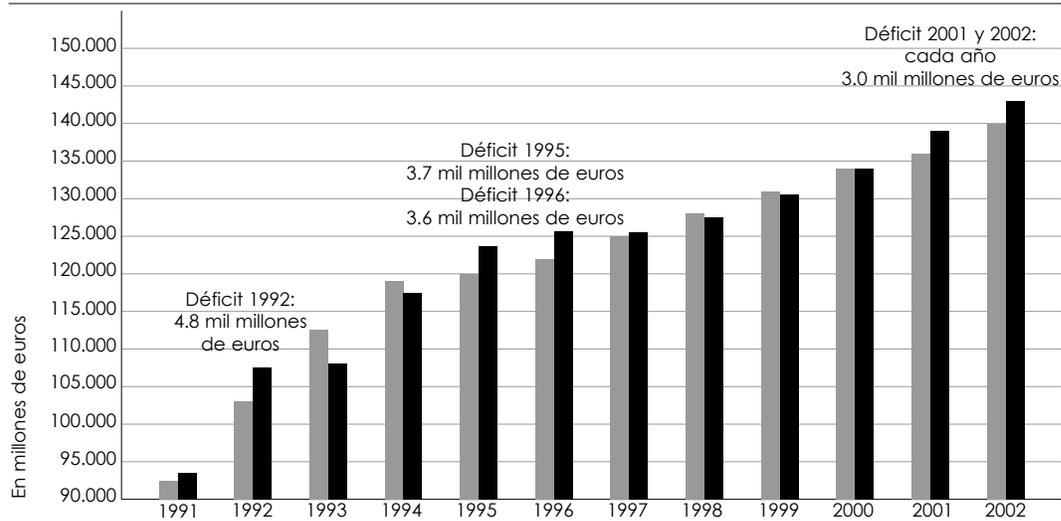
Aunque hayan significado una etapa distinta en el conjunto de reformas, las medidas e instrumentos implementados durante los años '90, tampoco se mostraron eficaces para garantizar el equilibrio financiero del Seguro Social de la Enfermedad, ni para cumplir la meta de estabilización de las tasas de contribución. De cierta forma, como se muestra en la Figura 4, la misma dinámica se extendió durante la década del '90 donde las finanzas registraban una situación estable apenas en los dos primeros años subsecuentes a cada época de reformas. Así, después de la Ley de Estructura de Atención a la Salud de 1992, que entró en vigor a partir del 1° de enero de ese año, hubo dos años de superávit (1993 y 1994), ocurriendo nuevos déficit en 1995 y 1996, hasta que hubo una nueva ley de reformas, y así sucesivamente hasta los déficit de 2001 y 2002 que condujeron a las propuestas de reformas de 2004.

Sin embargo, una perspectiva de análisis más amplia, que compare la evolución de los gastos en salud con el crecimiento de las riquezas del país en el período considerado, da un argumento más favorable a la eficacia de las reformas y a su capacidad de construcción del equilibrio financiero del Seguro Social de la Enfermedad. En la Figura 5, que describe la evolución de los egresos de salud con relación al Producto Bruto Interno (PBI) de Alemania entre 1992 y 2001, muestra un nivel estable y sostenido, aun considerando la necesidad de gastos adicionales ocasionados por la unificación de las regiones occidental y oriental.

Comparando las dos figuras, es evidente que las reformas fueron eficaces en controlar excesos de gastos, y que los déficit registrados fueron resultados de factores externos al sistema de atención a la salud. Aunque las tasas de contribución no hayan sido estabilizadas, este hecho no justifica la ampliación excesiva de egresos por salud, aunque se adicionaran los gastos referidos a la reconstrucción del sistema de atención de la región oriental del país. Así, los aumentos en las tasas de contribución no serían causados por gastos exagerados, sino por la menor participación de los salarios en la renta de la economía debido al desempleo y a la mayor apropiación de lucro por los empresarios, entre otros (6, 7).

Puesto que los datos referidos a la trayectoria de los gastos en salud con relación al PBI demuestran la eficacia de las reformas, cabe

Figura 4. EVOLUCIÓN FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD. AÑOS 1991 AL 2002



Fuente: BMGS (9).

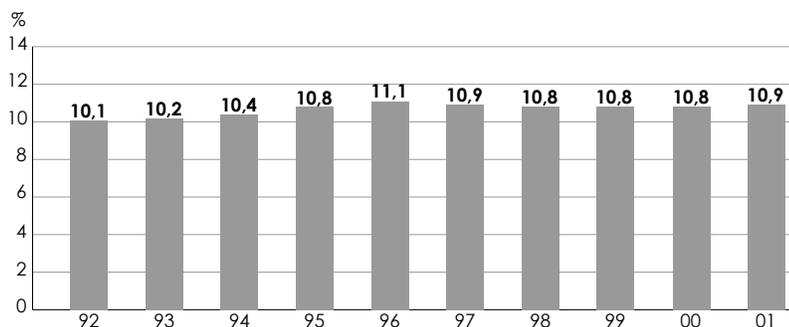
proceder a un análisis de eficiencia de las reformas, verificando si hubo reducción en la composición de los beneficios (bienes y servicios) dispuestos por el Seguro Social de la Enfermedad o, en caso de mantenerse la constitución del catálogo, puede deducirse por un mejor empleo de los recursos al interior del sistema.

Los impactos de las medidas implementadas sobre la extensión del catálogo de beneficios del Seguro Social de la Enfermedad, dan indicios para la evaluación de las reformas en cuanto a su eficiencia. Las principales restricciones implementadas en el catálogo de beneficios no significaron exclusión de éstos, sino el esta-

blecimiento de co-pagos para varios sectores de atención. Los sectores farmacéutico y odontológico fueron los más gravados. Por lo tanto, los impactos de las restricciones promovidas por medio de los co-pagos afectan más a la equidad que a la eficiencia de las reformas sobre el sistema. En contraparte, fueron incorporados nuevos beneficios a partir de la Ley de Reformas de Atención a la Salud de 1988.

La Ley de Reformas de Atención a la Salud unificó el catálogo a nivel nacional, antes diferenciado, lo que significó uniformar el contenido con la incorporación ampliada de beneficios. Durante los años '90 fueron incluidas

Figura 5. GASTOS EN SALUD EN PORCENTAJE DEL PRODUCTO BRUTO INTERNO. AÑOS 1992 A 2001.



Fuente: StBA (10).

nuevas prestaciones en la cobertura del catálogo, como acciones preventivas en odontología, rehabilitación, psicoterapia, etc., además de la institución en 1994, del Seguro Social para Cuidados de Largo Plazo, que consistía en un ramo específico del seguro para personas con necesidad de cuidados constantes debidos a enfermedades crónicas. Así, analizando el catálogo como un todo, no es posible afirmar que las reformas sanitarias hayan promovido impactos negativos significativos.

Teniendo en cuenta que, como fue mencionado anteriormente, los gastos en salud se mantuvieron estables con relación al PBI, sin ser destinados recursos adicionales de la renta nacional para mantener el sistema de atención, y que aún así no hubo restricciones significativas en el catálogo de beneficios, –en algunos casos hasta hubo aumento–, ni se produjeron reducciones en el número de casos atendidos, que en el sector ambulatorio pasó de 268.347 (en millares) en 1985 a 400.760 en 1995 (6), mientras que las internaciones se incrementaron de 179,3 cada mil habitantes, en 1991, a 194,4 en 1998, para el sector oeste, y de 151,1 a 194,9 para el sector Este, podría decirse que las reformas fueron eficientes en la medida en que el sistema mantuvo el nivel de provisión con la misma cantidad de recursos con relación a la riqueza del país.

El análisis referido al impacto de las reformas sanitarias sobre la equidad del sistema de atención a la salud puede ser realizado tomando como base las dos principales estrategias usadas por las coaliciones gubernamentales en los años '90, –los co-pagos y la competencia–, y el impacto sobre la cobertura poblacional.

La participación financiera adicional de los asegurados por medio de pagos de tasas fijas o porcentuales sobre la provisión de algunos bienes y servicios ofrecidos por el Seguro Social de la Enfermedad –el co-pago– es una práctica establecida desde la década del '70, como estrategia para la racionalización de la demanda y como fuente adicional de recursos de financiamiento de sistema, y cuyo objetivo es la cobertura de déficit. Siendo así, los co-pagos poseen dos formas de impacto sobre la equidad del sistema. Primero, distorsionan el principio de paridad de financiamiento teniendo como resultado la mayor participación financiera de los trabajadores con relación al aporte financiero provisto por

los empresarios. El segundo impacto consiste en el gravamen adicional para grupos con estructura de riesgos desfavorables, como por ejemplo, debido a mayor edad, menor renta o mayor propensión a enfermarse. De esta manera, el co-pago afecta regresivamente la renta de los asegurados de menor potencial financiero, reduciendo la solidaridad característica del sistema de seguro social. De la misma forma, los asegurados con mayor necesidad de atención de salud, como ancianos o enfermos crónicos, tienen su cobertura reducida y los gastos transferidos a sus finanzas personales. Desde la perspectiva de los impactos generados por el incremento del uso de co-pagos en los años '90, las reformas produjeron efectos negativos sobre la equidad del sistema, incluso considerando la existencia de reglas de excepción paralelas a las implementadas.

La competencia como estrategia de reforma fue instituida por la Ley de la Estructura de Atención a la Salud de 1992, para entrar en vigencia a partir de 1996 (ver Cuadro 4). Consistía en un mecanismo que tuvo como resultado la reducción de la característica de segmentación, según la cual el principio de solidaridad tenía mayor impacto sólo al interior de cada grupo ocupacional. Como puede observarse en dicho cuadro, una proporción de alrededor del 80% de la población, que antes estaba restringida a reglas de afiliación de acuerdo con la posición que ocupaba en la esfera productiva, obtuvo ampliación de sus posibilidades de elección a partir de 1996.

Sin embargo, la competencia puede incentivar un comportamiento selectivo por parte de las cajas en la búsqueda de asegurados más jóvenes y con menor propensión a enfermarse. Con la intención de establecer bases sostenibles de competencia y evitar la disputa depredadora entre las cajas, la estructura de compensación de riesgos fue instituida paralelamente, asegurando la transferencia de renta de las cajas cuya composición de riesgo era menor a las cajas con composición contraria. De esta forma, se fortaleció el principio de solidaridad trascendiendo la composición de las cajas por grupos ocupacionales; con la Ley de Reforma del Seguro Social de la Enfermedad del 2000, se dio la unificación de la compensación de riesgos entre las regiones occidental y oriental.

Desde la perspectiva de los resultados obtenidos por la estrategia de competencia entre las cajas, el impacto de las reformas sobre la equidad del sistema se mostró bastante efectivo si se considera el porcentaje de población bajo cobertura del Seguro Social de la Enfermedad.

Sin embargo, al tomar en cuenta esta visión a partir de la población total, incluyendo a los no asegurados, se nota que el potencial de promoción de equidad fue reducido con el proceso de reformas. Giovanella (6), al analizar las estadísticas de cobertura en Alemania Oriental hasta el año 1995, concluye que, aunque no sea posible afirmar que el proceso de reformas haya conducido a la reducción de la cobertura poblacional, habría interrumpido el proceso de inclusión de nuevos grupos ocupacionales, una característica del Seguro Social de la Enfermedad desde su formación. De esta forma, las reformas del Seguro habrían interrumpido su tendencia a la inclusión social, manteniendo niveles de desigualdad que hubieran sido superados si la expansión no hubiese sido obstruida.

Por lo tanto, los análisis de impactos de las reformas sobre la *performance* del GKV sugieren que es posible ampliar la eficacia y la eficiencia de los sistemas sanitarios organizados sobre una base corporativa de representación de intereses. Sin embargo, las estrategias empleadas en cada etapa de las reformas por las instancias corporativas y sus actores integrantes, en la medida en que busquen la permanencia de posiciones y privilegios anteriormente consolidados, pueden afectar en forma significativa tanto la equidad (como es el caso de los copagos y la selección de asegurados por estructura de riesgos) como la expansión de la cobertura poblacional, en la medida en que los recursos retenidos por mantenimiento de los niveles de renta de algunos actores impiden la ampliación de las estructuras de provisión para grupos aún no incluidos.

Así, la representación de intereses organizados a partir de instancias corporativas constituye el elemento clave en la determinación de los rumbos del proceso de reformas sanitarias en Alemania, dado que sus estructuras clásicas de funcionamiento interfieren tanto en la dirección y la velocidad como en el contenido de los resultados de las transformaciones implementadas

por las reformas. La naturaleza corporativa de representación de intereses por instancias donde las unidades constitutivas están en número limitado, singulares, obligatorias, no competitivas y ordenadas jerárquicamente (5), garantiza la sustentabilidad de las reformas y las políticas exitosas al impedir la imposición de estrategias unilaterales por la burocracia estatal. Por otro lado, debido a las mismas características, el corporativismo amplía la resistencia a cualquier propuesta de alteraciones sistémicas que puedan conducir a mejoras de la eficiencia o la equidad, dificultando la acción transformadora en busca de resultados mejores.

En este sentido, el mantenimiento de los niveles de solidaridad, de cobertura poblacional y de amplitud del catálogo de beneficios durante el proceso de reformas fueron resultado de la oposición del sistema corporativo, que resistió la imposición de medidas que tenían como principal meta la contención de gastos para desgravar los sectores productivos y ampliar la competitividad internacional de las exportaciones.

Sin embargo, los éxitos obtenidos en eficacia y eficiencia son en parte resultados de las modificaciones promovidas por la forma tradicional de organización corporativa del sistema sanitario alemán; la principal de ellas fue la introducción de la competencia entre las cajas mediante la apertura de las reglas de afiliación basadas en el criterio ocupacional (Cuadro 4). La acción del Estado a través de la implementación de estrategias de regulación sobre las instancias corporativas, como la sustitución de sistemas de pagos por unidades de servicios, la introducción de la lista positiva de medicamentos y el empleo del sistema de compensación financiera entre las cajas con diferencias en la estructura de riesgos de sus asegurados, entre otros, también representó un importante elemento de perfeccionamiento del sistema.

Las reformas sanitarias en la década del '90, al tiempo que reafirmaron la capacidad de las instancias corporativas como forma solidaria de organización del sistema de salud, ampliaron sus potencialidades de eficacia y eficiencia al combinar sus estructuras con mecanismos de mercado y de regulación del Estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans R. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the Health-care. En: Van der Gaag J, Perlman M, editores. *Health, Economics, and Health Economics*. Amsterdam: North Holland Publishing; 1981.
2. Fleury S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Río de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994.
3. Hinrichs K. Health Care Policy in The German Social Insurance State: From Solidarity to Privatization. *The Review of Policy Research*. 2002;19(3):108-141.
4. Esping Andersen G. O Futuro do Welfare States na Nova Ordem Mundial. *Lua Nova*. 1995;35:75-111.
5. Schmitter P. Still Century of Corporativism? *Review of Politics*. 1974;36(1):85-131.
6. Giovanella L. *Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2001.
7. WHO. World Health Organization. *European Observatory on Health Care Systems. Germany. Health Care Systems in Transition* [en línea]. 2000 [fecha de acceso 4 de noviembre de 2003]. URL disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e68952.pdf>
8. Tobar F. Herramientas para el Análisis del Sector Salud. *Medicina y Sociedad*. 2000; 23 (2):83-108.
9. BGMS. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [en línea]. 2003 [fecha de acceso 25 de marzo de 2005]. URL disponible en: <http://www.bmgs.bund.de/>
10. STBA. Statistisches Bundesamt [en línea]. 2003 [fecha de acceso 5 de diciembre de 2003] URL disponible en: <http://www.destatis.de>

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- | | |
|--|--|
| <p>Almeida CM. <i>As reformas sanitárias dos anos 1980. Crise ou Transição?</i> [Tesis doctoral]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1995.</p> <p>European Union. Statistical Office of the European Communities [en línea]. 2004 [fecha de acceso 10 de febrero de 2004]. URL disponible en: http://www.europa.eu.int/comm/eurostat</p> <p>Fleury S, Belmartino S, Baris E. <i>Reshaping Health Care in Latin America - A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brasil and Mexico</i>. Ottawa: IDRC; 2000.</p> | <p>FSOG. Federal Statistical Office of Germany [en línea]. 2005 [fecha de acceso 25 de marzo de 2005]. URL disponible en: http://www.destatis.de</p> <p>Hinrichs K. The Impact of German Health Insurance Reform on Redistribution and the Culture of Solidarity. <i>Journal of Health Politics, Policy and Law</i>. 1995;20 (3):653-694.</p> <p>United Nations. United Nations Development Program. <i>Human Development Report</i> [en línea]. 2003 [fecha de acceso 10 de febrero de 2004]. URL disponible en: http://www.undp.org/hdr2003</p> |
|--|--|

Recibido el 15 de diciembre de 2004

Versión final presentada el 18 de marzo de 2005

Aprobado el 15 de abril de 2005