

Conferencias

Medwave. Año X, No. 8, Agosto-Septiembre 2010. Open Access, Creative Commons.

Panel: los desafíos de las políticas de salud en América Latina y El Caribe

Expositores: María Julia Muñoz⁽¹⁾, Álvaro Erazo Latorre⁽²⁾, Esperanza Martínez⁽³⁾

Filiación:

⁽¹⁾Médico, Ministra de Salud de la República Oriental del Uruguay

⁽²⁾Médico, Ministro de Salud de Chile

⁽³⁾Médico, Ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.08.4653>

Ficha del Artículo

Citación: Muñoz MJ, Erazo A, Martínez E. Panel: los desafíos de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. *Medwave* 2010 Ago-Sep;10(8). doi: 10.5867/medwave.2010.08.4653

Fecha de publicación: 1/8/2010

Origen: panel en Congreso AES 2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y El Caribe, realizado en Santiago entre los días 19 y 22 de enero de 2010. El congreso fue organizado por la Asociación de Economía de la salud (AES) de Chile y la AES de América Latina y el Caribe.

Las tablas y figuras completas se encuentran al final de este artículo.

Sistema Nacional Integrado de Salud: Reforma de Salud

(Intervención de la Dra. María Julia Muñoz)

Se expresará a continuación cuál fue el punto de partida del Sistema de Salud Uruguayo en el año 2005, cuando el Frente Amplio, coalición de izquierda, asume el gobierno bajo el liderazgo del Dr. Tabaré Vázquez y cuáles han sido los resultados de esos cinco años de gobierno, en todo lo que tiene relación con crecimiento, desarrollo. Y cómo se ha podido articular el crecimiento del país con el desarrollo de las políticas sociales. El blindar éstas, en épocas difíciles, ha sido una tarea conjunta del Gobierno con fuerte liderazgo del Ministerio de Economía, lo que ha aportado grandes beneficios al país.

El punto de partida en Salud era muy malo, existían dos subsistemas separados, el público y el privado. Este último provenía de un cierre de muchos centros de asistencia colectiva, con gran conflicto para los trabajadores, los usuarios del sistema y las propias instituciones. Consistía en un modelo de atención muy centrado en lo hospitalario sin tener un enfoque de género, sumamente curativo, que no hacía hincapié en los aspectos de promoción y prevención, ni tampoco se incorporaban a las necesidades de cada uno de los ciudadanos, además de presentar gran debilidad en la rectoría, que son funciones esenciales del propio Ministerio. La inequidad entre lo público y privado, más la nula participación de los actores sociales, son también muy importantes en el mal funcionamiento.

La institucionalidad de base, resulta fundamental, ya que es necesario pensar que una reforma de salud, no se hace aislada de otras reformas estructurales que coloquen al país en una situación distinta a la de inicio. La reforma de salud en Uruguay, fue precedida por la reforma tributaria y por la ley de negociación colectiva, posteriormente se encaró la ley de educación y los cambios en el sistema de protección social. Al plan nacional de emergencia social, para sacar de la extrema pobreza a un conjunto muy importante de ciudadanos, le siguió el plan de equidad, del cual la reforma de la salud fue uno de los componentes fundamentales, requiriendo una fuerte conducción, para lograr un nuevo estado de bienestar, que se hiciera responsable y no fuera detractor de las necesidades sociales en el permanente cambio para adaptarse y adaptar a los ciudadanos a una mejor calidad de vida, de acuerdo a lo que los conocimientos y las posibilidades de ese país le dan a sus habitantes. Se basa entonces la equidad, para percibir los servicios de salud, en que los beneficiarios aportan de acuerdo al ingreso y reciben de acuerdo a sus necesidades. Hubo por lo tanto, un gran incremento presupuestario en los recursos para desarrollar esta reforma, como una más de las políticas sociales, con mayor prioridad en los hogares con más presencia de menores de 18 años. La seguridad social a partir de las prestaciones económicas de los mayores de 65 años que dejan el mercado laboral, había planteado que el sector más desfavorecido era el grupo de los menores de 18 años, ya que es en él donde se concentraba la pobreza. A raíz de la reforma de la salud, este grupo ha sido muy beneficiado.

El número de empleos en el país ha aumentado, al igual que la calidad de éstos, según las definiciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo que sin lugar a dudas se debe a una mejor política social para combatir la pobreza. El aumento del salario mínimo nacional, lo evidencia y así el gasto en salud y educación en el país, ha aumentado significativamente desde el año 2005, cuando el Dr. Tabaré Vázquez asumió el liderazgo del gobierno nacional.

La pobreza y la desigualdad disminuyen, con un índice Gini (medida para medir las desigualdades económicas dentro de un país) que no es tan efectivo, ya que las políticas públicas deben hacer demasiado esfuerzo para la modificación de éste y muchas veces ese esfuerzo no tiene un gran impacto poblacional, es decir, son poco percibidos por la población, pero de todas maneras el conjunto de las políticas sociales ha logrado la modificación. Estos cambios se pueden observar en la Fig 1 y 2.

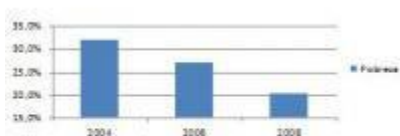


Figura 1: Gráfico que muestra la variación de la pobreza entre 2004 y 2008.

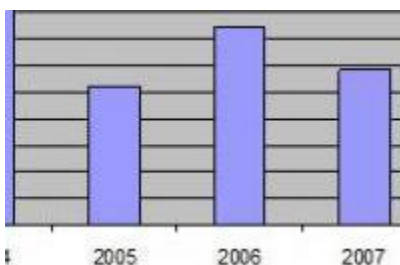


Figura 2: Gráfico que muestra la variación de la desigualdad entre 2004 y 2008.

Los cambios en el modelo, están basados de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Que la atención del sistema sea integrado, significa que el usuario puede elegir entre el sector público o privado y pagará un porcentaje de sus ingresos que irán a un fondo único, siendo ésta, una de las características que generó mucho debate legislativo, durante al menos un año, para la implementación de las reformas. En la actualidad, se está muy conforme de que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) con aportes del estado, los hogares y las empresas, sea único y que el pago per cápita se haga por el riesgo de la persona, el que está dado por la edad y el sexo. Para el futuro y para los próximos integrantes de la división de economía de la salud, queda pendiente estudiar si es necesario incorporar algunas otras variables. Sí se cree que es una buena herramienta, la cápita por riesgo.

Las instituciones son muchas y se ha logrado la fusión de dos. Esto generalmente sucede cuando a una de ellas le

va muy mal. Se ha tratado de conversar para hacer fusiones en términos apropiados, a aquellas que tienen poco número de afiliados, pero hasta el momento no ha sido posible. Se espera que en el futuro, esas instituciones que brindan atención integral, sean menos de las que existen actualmente. En la Fig. 3 se observan las personas que actualmente están en el Fondo Nacional de Salud y la distribución de los ingresos por tipo de aporte.



Figura 3: Flujograma de la conformación del Seguro Nacional de Salud Uruguayo.

Los elementos en los cuales se ha puesto especial atención dentro de la política para la mayor accesibilidad de la población, han sido entre ellos, el rebajo de los copagos, 40% para la accesibilidad a los medicamentos. En otros casos la gratuidad para algún tipo de población, en él se estima como un buque insignia de lo que son las enfermedades crónicas bien o mal tratadas y es de éstas que se seleccionó en primer lugar la diabetes. Se otorgó obligatoriedad en todo el sector, tanto público como privado, de que todo sea gratuito para el paciente, desde los exámenes, hasta veinticinco tirillas mensuales para su control. Todo esto estimando que una enfermedad como la diabetes, bien controlada, no tiene después complicaciones que aumenten los daños en salud del país en su conjunto. Otro problema del país, es la falta de control del embarazo, sobre el que se ha hecho mucha prédica, que este tema es una responsabilidad colectiva, de la misma manera que se dice en forma muy liviana, que el niño es el futuro del país, consolida una nación. Cuando el niño se gesta, el embarazo es responsabilidad de todos los ciudadanos de ese país, por lo tanto la ayuda al control del embarazo debe ser de todos los ciudadanos, la gratuidad para el control del embarazo, lleva un aporte de todos los ciudadanos. La concientización, a través de los movimientos de usuarios, para que eso suceda, ha sido también una de las grandes preocupaciones. Se ha trabajado también, en la disminución de los tickets de medicamentos para los hipertensos y para los pacientes que tengan enfermedades crónicas, de la misma manera, hay un set gratuito para los jubilados que ingresan por FONASA. Los controles preventivos para los niños durante los 14 primeros meses de vida son gratuitos. Se incorporó además, dentro del plan integral de atención a la salud, o sea, de prestaciones, a lo que en Chile se le llama AUGE, la atención a los drogodependientes menores de 18 años y el apoyo a los familiares de esos usuarios.

Es así como el sector público, que estaba mucho más devaluado, ha tenido un importante incremento por el aumento presupuestal y los recursos humanos, no sólo con el aumento del salario se lograron mejoras en la capacidad para cambiar el modelo de atención. Se ha

trabajado en conjunto con la Universidad de Buenos Aires, en que los médicos generalistas, tengan acceso a las pautas más mínimas, por lo menos que les hagan reflexionar sobre la necesidad del cambio de modelo y que se acerquen a los médicos de familia que egresan de la Cátedra de la Facultad de Medicina del Instituto de Medicina Familiar, que son en número escaso para lograr un verdadero cambio de modelo a nivel de todo el país. También el salario no médico aumentó, por lo tanto también el presupuesto sustantivamente para el sector público.

Para los cambios en el modelo, es muy importante la información y el abordaje integral de la atención, pero la promoción y prevención, son aspectos fundamentales, en donde la población, los usuarios y los movimientos de éstos, tienen que jugar un rol preponderante. De la misma manera, que en el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas. Las acciones de recuperación y rehabilitación, han sido incorporadas en el primer nivel de atención como taxativas en el plan integral de atención a la salud, donde también se ha incorporado a los cuidados paliativos.

El fortalecimiento del primer nivel, ha exigido obligar a determinados programas, que sean ejecutados por todas las instituciones tanto públicas como privadas y eso se ha llevado adelante mediante las auditorías de las historias clínicas que realizan los inspectores o fiscalizadores que trabajan en la Rectoría de Salud, del Ministerio de Salud Pública. Se realizó un concurso, que fue bastante estricto, lo que resultó en tener destacados profesionales que siguen ejerciendo la profesión, fundamentalmente en el sector público. Por lo tanto los programas que han sido priorizados como ejes estratégicos del cambio, tienen que ver con salud de la mujer y género, con la salud sexual y reproductiva, brindando todas las líneas de métodos de anticoncepción, incluso la pastilla del día después, tanto en el Sector Público como en el Privado con obligatoriedad. Se incorporaron en el Sector Público los métodos anticonceptivos, de las mujeres afiliadas a instituciones que por su perfil ético o filosófico, no dejan dar métodos anticonceptivos, entonces se les ofrece desde el Estado, haciendo convenios de complementación, esa atención en algunos lugares donde se cubra. El trabajo con la violencia doméstica ha sido muy importante, en la medida de que se ha obligado a que se lleve una historia clínica, el Sector Salud ha sido un gran referente y el que da la alerta primera frente a un problema que es una verdadera epidemia en Uruguay, cada nueve días muere una mujer víctima de violencia doméstica. Por otro lado, la prevención del cáncer mamario, la salud de la niñez y la promoción de la lactancia materna, han tenido también, excelentes resultados. El trabajar en la salud del adulto mayor, haciendo énfasis en los trabajadores e incorporando el carnet de salud del adulto mayor como una manera de tomar medidas preventivas frente a una población que va a envejecer antes de enriquecerse y realmente Uruguay, tiene un altísimo porcentaje de personas mayores de 65 años. Se realizó también el plan de alimento saludable, se hizo la difusión de recetas con precios mínimos para que fuera accesible para todos los ciudadanos. El plan de salud bucal fue llevado adelante

por un programa de la Presidencia, que trató las escuelas carenciadas, todos los primeros y sextos. Y por el plan de restauración traumática, se hizo una experiencia notable en el Departamento de Canelones, luego en el de Montevideo, que es el que concentra mayor número de habitantes y que se tiene una experiencia realmente muy buena, muchos de los odontólogos integrantes de la academia, plantean que es un método apto para los países en donde la inaccesibilidad no está dada por la falta de profesionales, sino por la falta de costumbre de acercarse al profesional y este método permite que desde la escuela, se esté en condiciones realmente muy amigables, para que se pueda trabajar con el niño y también con la familia.

Por lo tanto se definen como ejes estratégicos, la complementación de instituciones, más que un escenario de exclusiva competencia, que es lo primero que se vincula cuando no se premia el escenario de la complementación, por lo tanto, los convenios de los servicios, entre lo público y privado y entre las entidades públicas, han sido premiados por FONASA, se han dado estímulos y contra estímulos para la integración asistencial, también condicionadas al desarrollo institucional y al planear el pago de estímulos por metas, mediante un porcentaje de la cuota a los prestadores de salud, que se considera muy buena. Las instituciones han hecho un esfuerzo impresionante y las que no cumplen la meta, pareciera que bajan de categoría, por lo tanto, el cumplir las metas, es una forma de mantener en alto el prestigio institucional. Entonces se comenzó por la salud del niño y los controles, por el control de la mujer embarazada, por estímulos a la contratación por el afiliado a la institución de un médico de cabecera, un médico de familia y generalista. No todas las instituciones tienen médicos de familia y es por eso que existe un convenio con INSALUD, para dar la formación fundamentalmente en el sector privado, ya que es una especialidad que se debe realzar.

Se trabaja también con metas asistenciales, pagándole a la institución por la capacitación de profesionales y no profesionales y por acostumar al médico de referencia, sin obligar la entrada por el Primer Nivel, dándole un pago a la Institución, para que sea ésta la que adjudique, al médico y al usuario, para que no sólo se concurra en los eventos de enfermedad, sino también, la población se acostumbre a vigilar su salud y a tener una historia y alguien que ya lo conozca. Para que cuando tenga un evento de enfermedad sea mucho más fácil el diagnóstico, el tratamiento, la interconsulta, la referencia a otros niveles de atención y el seguimiento posterior del ciudadano. Eso aumenta la satisfacción del usuario, la calidad de vida y previene, sin lugar a duda, muchas enfermedades.

Como objetivo para el futuro, queda consolidar el seguro universal de manera que todos los miembros del sistema estén financiados a través de éste. Por lo tanto FONASA se debe completar con la integración progresiva de toda la población, jerarquizando los más vulnerables. El próximo Ministerio de Economía se ha comprometido a garantizar

la incorporación total de los jubilados, de los cuales hay una incorporación parcial de menos de un tercio. Después los cónyuges o concubinas, ya que en Uruguay está aceptado el concubinato bajo determinadas condiciones, un período mayor al año. Posteriormente los rentistas serán también incorporados al sistema. Diversificar los pagos por cumplimiento de metas asistenciales, ligadas a medidas de promoción y prevención de salud, sumando más grupo de edad y en función de la atención de patologías detectadas. Hasta llegar a un 15% de la cuota total en pago por metas, que hoy es de 7,5% aproximadamente. Continuar la rebaja de tickets y órdenes, cuyas prioridades serán el descenso de las tasas para mayores de 65 años y todos los enfermos crónicos y la igualación de las tasas moderadoras entre instituciones y dentro de cada una de ellas, para que actúe como un moderador real. Dos aspectos que han sido complejos, porque el tratamiento con los actores requiere mucho tiempo, son el plan de salud bucal y salud mental. Se ha avanzado, en que se produzcan cambios en los actores, por ejemplo: la Sociedad de Psicoterapeutas Uruguayos ha hecho una Federación de Psicoterapeutas. Con lo cual existirá un interlocutor único para analizar cuáles son las terapias, los tiempos y costos, que deben ser incorporados en el sistema. En la salud bucal lo mismo, se ha trabajado con los gremios, pero ha sido insuficiente este tiempo, para lograr un aporte que pueda incorporarse en el sistema. El otro aspecto necesario, es promover la innovación y la alta tecnología, privilegiando a aquellos que aporten a la innovación tecnológica del sector y para eso se ha trabajado, junto con la Agencia Nacional de Investigación, con la Universidad de la República, tratando de tener un sistema nacional integrado de investigación, que favorezca el necesario desarrollo, la especialización, la eficiencia y que incluya también a la empresas nacionales, complementando cadenas productivas.

Universalidad efectiva y protección social: el desafío de las reformas sociales

(Intervención del Dr. Álvaro Erazo Latorre)

Chile está concluyendo un gobierno que ha cambiado el rostro del país. Si se revisaran las Constituciones de los Estados de Latinoamérica, cada una de ellas habla de la universalidad de los derechos de salud, las que no pasan de ser buenas declaraciones de intenciones y universalidades de fachada. Por ende, para abrir esta discusión, es importante hablar de la universalidad efectiva, de la posibilidad de construir en este proceso, que en muchos casos aún no concluye, de las transiciones que se han extendido a una reforma de Estado y fundamentalmente de reformas sociales que hagan realidad la universalidad de derecho y avancen a un real Estado de Derecho. En estos ítems es donde están gran parte de los desafíos, siendo fundamental decir que en ese sentido los derechos sociales y políticos integran procesos que son fundamentales en la conformación de los Estados, tal como dice Marshall, esto es una larga trayectoria de derechos civiles, políticos y sociales. Con esto se pone en juego gran parte de la credibilidad y posibilidad de que los procesos democráticos logren construir mayorías

nacionales. Chile se encuentra en esta etapa, ya que ha logrado construir grandes consensos y coaliciones que le dieran gobernabilidad y permitieran avanzar en esta lógica de derechos sociales, constituyéndola como elemento central de la agenda pública. Resulta entonces importante poder diferenciar los modelos presentes, porque hay una manera quizás más reducida de poder caracterizarlos. Es el concepto de Estado mínimo, que desecha la posibilidad de los derechos positivos, desde un punto de vista más neoliberal. Poder hablar de derechos positivos, derechos de prestaciones y de derechos sociales, no es posible, por eso que la manera de ir avanzando en estos regímenes de derecho, pasan necesariamente por modificaciones legales y la construcción de una legislatura que vaya avanzando no sólo a consagrar este derecho como de prestaciones garantizado, sino también avanzar en construir el soporte institucional que lo haga viable. Porque si no, no deja de ser sólo una buena declaración decir que se han garantizando derechos universales y una vez más las barreras de acceso se pierden en el principal defecto y fracaso de una política pública. El enfoque social liberal, es aquel que plantea un Estado fuerte y derechos sociales asegurados en forma directa o a través de organizaciones competitivas complementarias a las no estatales, pero acá confluyen dos componentes, uno que está más vinculado al concepto del trabajo, donde está establecido el vínculo laboral, siendo más bien la lógica de lo que se pudiera llamar bismarkiana, con una que es mucho más exigente, social demócrata, que avanza a un concepto de universalidad mucho más duro, más allá de que vayan a existir gradualidades dentro de ella, claramente lo planteado es que ésta tenga una extensión y densidad mucho más potente. En esto se ha estado avanzando en el último tiempo, en una perspectiva histórica se ha tenido una evaluación gradual de estos sistemas de protección social, unos han quedado con modelos bastante segmentados que han privilegiado fundamentalmente las coberturas para el mundo del trabajo y otros se han inclinado hacia modelos con más tendencia a universalizar. Estos derechos se otorgan a segmentos que están desprotegidos del mundo laboral y por ende son sectores en donde se debe colocar los mayores incentivos, donde no basta la redistribución primaria y tampoco bastan los modelos de salvataje que son redes de último nivel de protección que otorgan un subsidio extremadamente focalizado. De tal manera que se ha avanzado desde un modelo de protección social residual, visto muchas veces en América Latina, a uno de una política social institucional mucho más sólido. Lo que se ha tenido siempre presente, es esta relación dicotómica que hay de exclusión e inclusión social, como primer paso hacia un modelo que tiene que ser mucho más integrador para construir esas redes desde una lógica de salvataje, para ir avanzando a modelos que sean más inclusivos, que es uno de los principales desafíos de este sistema de protección social. Se puede tener un conjunto de beneficios, un conjunto de políticas, pero si no están contruidos y sustentados en una visión de mayor inclusión social, indudablemente que lo que se tendrá es una buena red de ayuda, muchas veces sustentada en el principio de la caridad. Entonces se trata de dar a este proceso, a este impulso, un ejercicio que va estar

centrado en la reforma del Estado y desde el sistema de salud, en una reforma a la salud, que necesariamente va implicar una serie de innovaciones en el aparato público. En el caso chileno, una de las primeras leyes que dio paso a la modernización de los incentivos en la administración pública, surge en medio de un conflicto entre los trabajadores y el servicio de salud en los años noventa, creándose la primera ley de asignación de desempeño, que hoy en día se ha extendido a todo el aparato público, que premia el compromiso y el cumplimiento de las metas individuales y colectivas. De tal manera que esta reforma del Estado va ir muy de la mano con aquellos sectores que puedan ser vanguardia o ir trazando los requerimientos de un Estado que indudablemente no estaba preparado, por el contrario, muchas veces era un obstáculo para el cumplimiento de estas transformaciones y reformas, que están vinculadas a una condición distinta de ver a los beneficiarios, en este caso a los muy pasivos transformarlos en ciudadanos titulares de derecho. El desafío en términos de la construcción teórica y política de un Estado social creador de sociedades igualitarias y libertarias, radica en el poder avanzar en la superación de los esquemas residuales atomizados que están disfrazados en universalidad. Muchas veces se pretende ver con ello una solución a un problema determinado, enmascarándolo con una gran acción caritativa, que finalmente hace que el Estado haga una política de salvataje, sin resolver estructuralmente ese problema. Por lo tanto, es este uno de los principales desafíos de las políticas públicas y es ahí donde se debe colocar los mayores esfuerzos. Es importante también, no cometer el error de hacer selecciones progresivas, habitualmente hasta hace un tiempo atrás en los países, había una serie de criterios de selección de personas para incorporarlas en un conjunto de políticas que dieran beneficios y garantías a esos ciudadanos. Pero lo que esas selecciones progresivas finalmente hacían, era provocar una oferta de servicios pobres y éstos enfocados para gente pobre, terminan siendo más pobres. Entonces es muy importante poder concebir en estas políticas universalistas, la universalidad efectiva, con derechos de prestaciones, derechos positivos, un soporte institucional que no signifique muchas barreras de contención de acceso y fundamentalmente de selecciones que terminen por otorgar beneficios a los más pobres con servicios pobres. Es este uno de los desafíos que tiene que ir superando y construyendo un modelo mucho más de Estado social que los Estados atomizados y residuales con los cuales los países latinoamericanos han trabajado. Por ende, tal como lo plantea la CEPAL, el objetivo es definir un conjunto de derechos universales, no reducir los niveles de cobertura de las personas, sino garantizar un nivel de cobertura de servicios de salud exigibles y en un principio igual para todos. Posterior a esto, se han efectuado reformas orientadas a generar sistemas de garantías, donde el estímulo y el esfuerzo han sido muy importantes en el caso chileno con el AUGE.

Pero empiezan a aparecer en los países, legislaciones que tienden a establecer garantías explícitas, como el derecho de una prestación y el acceso como elemento universal. Es cierto que es en la implementación donde se va a jugar

la posibilidad de materializarlo, lo que en el caso chileno no ha sido fácil de poder implementar, ya que requiere de un tremendo arreglo organizacional, crear las condiciones de un soporte para poder cumplir con la oferta pública, desde el punto de vista de la creación, de la priorización sanitaria y construcción de ella y finalmente desde el punto de vista financiero, bajo el principio de que esta universalidad efectiva tiene que ser incrementada. Con la evidencia de que se han cumplido estas garantías, de que no es una trampa, si no que efectivamente está en sintonía con la prioridad social, con el costo efectividad y con el costo eficacia. Siendo uno de los dilemas más complejos, donde se está resolviendo finalmente el tema del derecho positivo o el derecho de prestación.

En Chile se discutió de sobremanera el plan AUGE, tal como se conoce hoy, fue sometido a su peor cuestionamiento por todas las tendencias políticas, algunos con mayor o menor razón, pero en definitiva lo que había era una inquietud de que pudiese ser la repetición de los planes mínimos del consenso de Washington. Por otro lado estaba la preocupación, por el lado de la oposición al gobierno y del mundo empresarial de salud, que esto no fuese a significar un traspaso de los riesgos de una población, los que no estaba asumiendo desde el punto de vista de la complejidad y el envejecimiento y que en definitiva al universalizar y establecer garantías explícitas para todos, esto iba a significar una carga financiera adicional para el mundo de los seguros privados. Finalmente, la historia ha demostrado en estos años, que el AUGE es una política que avanza en dirección de los derechos sociales, de derechos de prestaciones, pero que tiene que vincularse fuertemente a un proceso de modernización del Estado, donde el ciudadano esté más empoderado, ejerza más sus derechos y en definitiva tenga una relación con el Estado y sus servicios públicos distinta. Eso es lo que está cambiando en la sociedad chilena y creo que el modelo AUGE, también en ese sentido avanza fuertemente.

En resumen establecer derechos sociales, derechos de prestación y derechos positivos, no sólo implica un tremendo esfuerzo desde el punto de vista financiero, sino que también de la modernización del Estado. Sin un aparato público capaz de tener redes de contacto, accesos oportunos, de intermediar y gestionar reclamos, de resolver con un segundo proveedor cuando falla el primero, capacidad de sustentabilidad presupuestaria, de adecuarse a los nuevos fenómenos del envejecimiento de la población, reconocer que hay un componente de malestar social y un problema de inserción en el mundo del trabajo, aparte de los temas de la empleabilidad y la precarización del trabajo existente y que no se resuelven por la seguridad social tradicional. Indudablemente que sin estos elementos, estos sistemas no van a estar en condiciones de cuajar y consolidar la tarea de dar mayor empoderamiento social y otorgar en definitiva derechos de verdad y por ende realizar la universalidad efectiva. América latina durante el año 2009 tuvo un crecimiento bastante negativo, en cifras fue 1,8% menos, que el año anterior, lo que no fue bueno. De tal manera que si bien es cierto que existe una mejor proyección para este año,

el desafío tiene que ser poder generar las condiciones para una mejor oferta de empleabilidad en conjunto, construir también nuevas relaciones de cooperación y aprender las lecciones de la crisis.

El desempleo tuvo variaciones durante la crisis en todos los países, como se puede observar en la Fig. 1. En el caso chileno, la cifra fue cercana al 9% y si no se hubiera tenido una red de protección social para enfrentarla, indudablemente que el problema hubiese sido mayor. La forma más utilizada por los países de América Latina y el Caribe para paliar los efectos de la crisis, es aumentar el gasto público, desde el punto de vista de capital y gasto corriente.

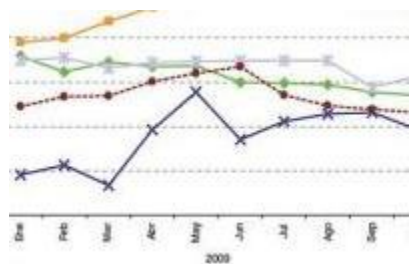


Figura 1: Tasa de desempleo mensual desestacionalizada, en los países seleccionados de América Latina en el año 2009.

Esto deja en manifiesto, que los países que cuentan con un sistema de protección social, sólido y eficazmente gestionado, disponen de un valioso mecanismo estructural para estabilizar sus economías y afrontar los efectos sociales de la crisis, siendo necesario quizás, reforzar estos sistemas. Para los demás países, la prioridad es atender las necesidades urgentes, mientras se consolidan los cimientos de los sistemas de protección social. En el caso chileno, se podría concluir que los Gobiernos de la Concertación han debido conjugar la gobernabilidad con una permanente preocupación por el efecto distributivo de las políticas públicas, con un incremento del gasto. Esto en primer lugar significó asumir la carga acumulada del modelo neoliberal y sus reformas estructurales de los años ochenta, así como el de avanzar de una forma más progresiva hacia la conformación de un Estado social, siendo esta la meta actual. La Fig. 2 muestra el esfuerzo que se ha realizado en el gasto social per cápita anual y el aumento que ha experimentado desde el año 1982 al 2008, llegando en moneda nacional a 750 mil pesos aproximadamente.

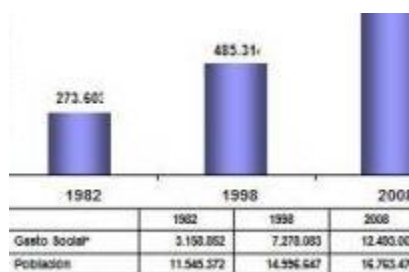


Figura 2: Crecimiento del gasto social per cápita anual durante los años 1982 al 2008.

En la Fig. 3 se ve la evolución que ha tenido el gasto público en salud y educación, siendo bastante significativo, ya que las cifras entre los años 1997 y 2007 se han casi duplicado.

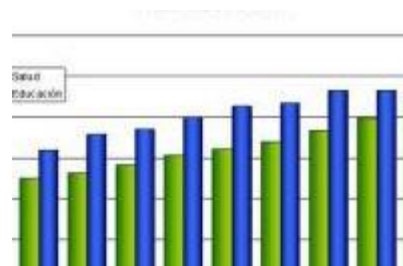


Figura 3: Evolución de gasto en educación y salud del gobierno central 1997 al 2007.

Respecto a la inversión del sector público, la diferencia que hacen los Gobiernos de la Concertación es bien significativa, como se observa en la Fig. 4, la inversión del año 2009 es casi diez veces mayor a la del año 1981 y treinta cinco veces más que la del año 1983, es decir, en la década de los ochenta desaparecieron los consultorios y los hospitales de los planes de inversión, por lo tanto, el esfuerzo en la reconstrucción de la infraestructura en Chile, ha sido enorme.

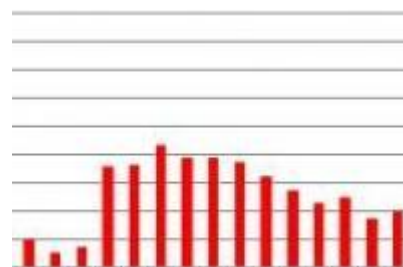


Figura 4: Inversión sector público de salud en MM\$ 2009.

Sin duda que uno de los grandes logros de los últimos años, ha sido la disminución significativa de la pobreza con todo tipo de indicadores, como se ve en la Fig. 5, pero como se trata de políticas sociales, las coberturas en educación han sido los principales desafíos, sobre todo en cobertura pre-escolar y en educación superior.



Figura 5: Evolución de la pobreza 1990-2006, según diferentes líneas de pobreza.

Entre el año 1990 y 2006, disminuye a la mitad el número de personas que declaran no contar con un sistema de salud. Pero sin duda, éste sigue siendo uno de los principales desafíos. Lograr incorporar estos sectores en la Seguridad Social es lo que le da el sello a la universalidad, que no sea por su condición de aporte como cotizante, sino que efectivamente estén empoderados como ciudadanos de derecho, considerando la integración y el ser titulares de derecho. Pero sin duda que siguen estando un escalón más abajo y teniendo muchas dificultades para acceder a los sistemas que han sido muchas veces concebidos en una lógica de seguridad del trabajo.

Otro de los grandes logros, ha sido la disminución del déficit habitacional, que el año 2006 era la cuarta parte de lo que era en 1990, es decir, cada vez una mayor proporción de familias chilenas dispone de vivienda. Las cifras actuales son realmente impresionantes, tal como se puede observar en la Fig. 6 y 7. El esfuerzo en recursos humanos, para hacer posible esta reforma, con un buen soporte institucional y de gestión, ha sido inmenso. Por ejemplo, en el sistema hospitalario ha sido de 44%, en la atención primaria se ha incrementado desde 1991 al 2009 en 198%, equivalente a 17.268 funcionarios. Todo esto le ha permitido al país crecer.



Figura 6: Variación en el tiempo de los indicadores sanitarios de Chile.

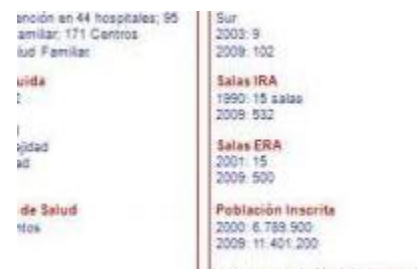


Figura 7: Variación en el tiempo de la infraestructura en salud.

Respecto a infraestructura hay un plan de inversiones, el más importante que ha tenido la Salud Pública Chilena, que incluye 44 hospitales y 95 centros de salud familiar. En la atención primaria, los SAPUS se han incrementado de 60 a 217, los servicios de urgencia rural que en el año 2003 eran nueve, mientras que en el 2009, 102. Aumentan las salas IRA de 15 a 532, para tratar las infecciones respiratorias agudas, con kinesiólogos y enfermeras. Las salas ERA de 15 a 500 y así otros tantos incrementos logrados para darle sustentabilidad a este sistema de protección social en salud. El gasto en atención primaria el año 2001 fue de 20% del presupuesto, mientras que en el 2010 de 33%. Por su parte las patologías incluidas en el plan AUGE eran inicialmente 25, las que para el año 2011 se espera que sean 80.

Cada uno de los objetivos sanitarios propuestos desde el periodo 1990 al 2010, se fueron cumpliendo a cabalidad. En el año 1990 se logró la incorporación del programa IRA, la campaña de invierno, programa de reforzamiento de la atención primaria, inicio de la vacunación influenza para adultos mayores, plan de salud mental y la creación de la Superintendencia de Isapres. En el año 1994 se logra la incorporación de la atención medicalizada de urgencia SAMU, con un centro regularizador. En 1995 se aprueba la primera ley de tabaco, todo lo que a legislación se refiere es muy importante, sobre todo para establecer

nuevas regulaciones apuntando a los estilos de vida saludables, por ejemplo, actualmente se discute en el congreso la aprobación de nuevas norma de etiquetado nutricional, para que efectivamente los escolares, lo adultos y todos los chilenos, puedan tener una información nutricional veraz y así orientar a la población. En 1996 se inicia la vacunación contra *Haemophylus influenzae*, el tamizaje de hepatitis C en los bancos de sangre, el inicio del per cápita en APS, la primera ley de trasplante y la ley de investigación científica. En 1997 se transforma el programa de salud materno infantil en el programa de salud de la mujer. En 1998 la creación del Consejo Vida Chile y se inicia la entrega de leche purita fortificada en los consultorios. En 1999 se realiza la campaña de vacunación para mujeres contra la rubéola y el síndrome de rubéola congénita la cual está en vías de eliminación, además se inicia la Ley de Urgencia y la entrega de sopa "los años dorados" en los consultorios para el adulto mayor. En el año 2000 se fijan los objetivos sanitarios para la década, la aplicación de la primera encuesta de calidad de vida y la promulgación de la nueva Ley médica. En el 2001 se promulga la Ley de Sida y la incorporación del programa ambientes libre del humo del tabaco. En el 2002 se establecen las normas de atención del adulto mayor, inicio del pilote AUGE 3 problemas y transformación del programa de diabetes e hipertensión. El 2003 se realiza el estudio sobre la calidad de vida en todo el país. El 2004 la reforma de la salud y la ley AUGE. 2005 se inicia la vacunación del programa de hepatitis B en niños. En el 2006 se instaura la gratuidad de atención para mayores de 60 años en el sistema público. En el 2007 la vacunación contra el neumococo en el adulto mayor, se crea el programa "Chile Crece Contigo", incorporación de la vacuna neumocócica y campaña de vacunación para hombres contra rubéola y síndrome de rubéola congénita. En el 2009 se realiza la segunda encuesta de calidad de vida y la promulgación de la Ley sobre prohibición total del cheque en garantía. Y finalmente en el año 2010 se logra la promulgación de la Ley de donante universal y sobre regulación de la fertilidad.

Todo esto se ha logrado en los últimos años, pero también hay grandes tareas por delante, porque hay muchos elementos que se proyectan en el tiempo y van de la mano con el programa de protección social, que se inicia desde la vida intrauterina hasta la vejez, es decir, incluye todo el ciclo de la persona e inter temporal. La protección social debe tener un soporte institucional, legislativo, que no sea un sistema de caridad, ni temporal, que se mantengan en el tiempo, con la posibilidad de empoderar a una ciudadanía, porque finalmente de lo que se trata es reconocer en el caso chileno, que el rostro del país ha cambiado, lo que se adapta también a los chilenos, que en la actualidad forman una población muy distinta, siendo ciudadanos que exigen sus derechos. El Estado chileno, presenta una legislación más transparente, con Sistemas de Alta Dirección Pública, donde los directivos se eligen por concurso, donde finalmente se está acabando la burocracia, construyendo un Estado moderno y de Derecho. Da mucha satisfacción, ver los debates y que en el tema de la protección social ha habido un solo

liderazgo, lo que corresponde a un capital acumulado que hay que cuidar, ya que ha sido bien construido y la población lo ha valorado, así es que al finalizar el período de este gobierno se tendrá la satisfacción de que en él se sentaron las bases de un Estado Social, con una gran proyección, la que se ha construido entre todos y con una mayoría democrática.

Los desafíos de las políticas de salud en América Latina y El Caribe

(Intervención de la Dra. Esperanza Martínez)

Las décadas del ochenta y noventa, han marcado en los países de Latinoamérica y del mundo, un período de grandes esperanzas en la reforma de la salud. Hoy se enfrenta la situación de una sociedad que plantea un desarrollo globalizado con economías abiertas. Sin tomar en cuenta la distribución y la equidad de las medidas, no existe país que no apunte al crecimiento y desarrollo, sobre todo considerando que hay un consenso para las prioridades de éstos, lo que significa que ese desarrollo permite tener una influencia profunda sobre los determinantes sociales, que son problemas y desafíos comunes a toda América Latina, como la pobreza, la inequidad y la exclusión. Los países han tomado caminos diferentes y el proceso de las democracias políticas y participativas de éstos, hacen que hoy países muy desiguales estén juntos en el MERCOSUR. Entre ellos se posiciona Paraguay que no presenta el modelo de desarrollo y alcance de beneficios sociales como lo ha tenido Chile, Argentina, Uruguay y Brasil, sino que se asemeja a modelos de desarrollo parecidos a los de América Central. En este sentido, Paraguay hoy está en un momento histórico tanto político, económico y social, que obliga a realizar un esfuerzo extraordinario, para que esta oportunidad no se desperdicie.

El 20 de abril del 2008, a través del voto popular, se rompió en Paraguay con el pasado histórico de un partido que gobernó por sesenta años y que compartió una dictadura militar de treinta y cinco años. Hay dos cosas que destacar a partir del nacimiento de este nuevo gobierno, la primera es una concepción del abordaje de la salud, compartido con un gabinete social que actúe sobre los determinantes sociales con una visión país, a través de la articulación de estos gabinetes para hablar por primera vez en Paraguay, de un proceso que trabaje por la protección social como meta y futuro. Para eso, el ministerio de salud ha organizado y elaborado una política de calidad de vida y salud con equidad y dos herramientas, un gabinete social con una política integrada y una política sectorial de salud, que son fundamentales para atender, sobre todo, la exclusión y la pobreza. La secretaría de estadísticas y censo del país, a través de una nueva metodología del banco mundial para establecer el nivel de pobreza, utilizada en algunos países como Paraguay y Perú, revisó los últimos análisis de las encuestas de hogares y los valores estaban por sobre el 50% de pobreza, 30% concentrada en el área rural. Esto tiene que ver con todo el modelo de desarrollo del país, lo

que significa menos de un dólar por día como ingreso familiar, teniendo repercusiones en el ámbito de la salud.

Esta política de inclusión social o de protección social, tiene claramente definidas políticas transversales priorizadas, objetivos nacionales y ejes estratégicos. Se han establecido metas para el año 2013 como resultado de este gobierno y metas para el 2020 sobre una política de Estado.

La atención primaria de salud, es uno de los programas priorizados, que pretende construir una política de Estado a lo largo de los años y en períodos futuros. Por otro lado, se ha colocado explícitamente a la calidad de vida y la salud, como objetivos para trabajar desde los determinantes sociales, aunque la red de servicios y atención, necesitan un enfoque preferencial, sectorial y lo más importante, es que Paraguay necesita salir de la pobreza, de la exclusión, generar empleo, salir de la precariedad del trabajo inseguro e inestable, lograr desarrollo y revisar su modelo económico. Este sistema y política de calidad de vida y salud, ha colocado por primera vez en Paraguay, la visión del enfoque del derecho a la salud. La constitución del Paraguay del año 1992 estableció la salud como un derecho, pero el sistema público era un sistema fragmentado en tres, la seguridad social que abarcaba 20% de la población, el sector privado con y sin fines de lucro, que no pasaba el 10% y el resto de la población quedaba sujeta a la atención del sistema público. Las encuestas del gobierno anterior, decían que tres de cada diez personas que enfermaban, no acudían a ningún sistema oficial de salud por dificultades económicas, culturales y de acceso geográfico, es decir, tenían exclusión del sistema de salud. Con esta situación, de baja cobertura y sobre todo de exclusión de gran parte de la población que vive en condiciones de pobreza, es fácil entender que Paraguay esté entre los países con más alta mortalidad materna e infantil. A pesar de los esfuerzos que se han hecho estos años y que ambos indicadores han mejorado, todavía son indicadores éticamente impresentables para la sociedad y la comunidad Latinoamericana. Es por eso que se ha apoyado la posibilidad de una política que estableciera la lógica del sistema nacional de salud, lo que implica la articulación y complementación de estos tres subsistemas, que han comenzado a definir roles, funciones y mecanismos claros tanto económicos, como financieros. Un ejemplo, es la atención de ambulancias del país. Cada sistema tiene su vehículo, pero si a las tres de la madrugada hay un niño que necesita ser trasladado a un servicio de terapia intensiva desde un pueblo interior, la ambulancia de la seguridad social no lo lleva, el del sistema privado no se puede pagar y el del sistema público no tiene combustible, chofer o no está en condiciones, finalmente por la falta de traslado, el paciente muere. Entonces poder articular todos los recursos que tiene Paraguay para los seis millones de habitantes, es el objetivo de la política pública. Para esto, se ha trabajado a nivel de las redes del interior del país y vía convenio articulado, se ha generado la posibilidad de la atención en cualquiera de los subsistemas, con una posterior retribución financiera sobre las atenciones

prestadas, de tal manera de disminuir las barreras económicas para el acceso a la salud y sobre todo, aumentar la capacidad de oferta en los servicios. Se cree que el elemento estratégico, con el correr del tiempo y que producirá impacto en la respuesta del sistema de salud, serán las redes de atención primaria, las que este año han comenzado con los primeros 160, 180 equipos y pretende llegar a 250 en el 2010 y con progresión de 300 hasta final del año, llegando a unos 2200-2500 equipos, para cubrir a los 6 millones de paraguayos. Esta medida de la creación de los equipos, con territorio y población definida, ha permitido generar impacto importante, lo que hoy hace que el ministerio de salud, desde el inicio del gobierno hasta hoy, sea la entidad con mejor percepción por parte de la ciudadanía en las encuestas. Como se mencionó anteriormente, el sistema público estaba basado en aranceles que la gente pagaba de su bolsillo, desde uno hasta doscientos o trescientos dólares, que se pagaban dentro del sistema. Se hizo una medida gradual, dentro de lo que se llamó la primera etapa del plan de contingencia para los primeros seis meses del gobierno y que se extendió hasta casi fines del año pasado por la presencia de la pandemia del H1N1 y este año se inició el programa de las grandes innovaciones. A través de resoluciones, se retiró el pago de aranceles, empezando por las consultas, internaciones de urgencia, cirugías y otros tipos de prestaciones, lo que finalizó el 25 de diciembre, con el retiro de casi 100% de los aranceles del sistema público. Esta medida significó en el primer semestre del 2009, un incremento de 23% de las internaciones y 33% de la atención ambulatoria, excluyendo el primer trimestre para no tener la distorsión de la pandemia. Esta apertura del sistema de salud, a través de un acceso de gratuidad, el incremento y la inversión dentro de la red de servicios, ha reducido la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, lo que se cree que ha sucedido por la respuesta de la población de acudir precozmente, ya que antes existían barreras culturales y económicas. Finalmente en este proceso se ha atacado de manera estructural la corrupción, ya que ha sido un país muy cuestionado al respecto. Para esto el ministerio de salud inició un proceso de contrataciones públicas vía licitaciones, lo que ha incrementado de manera importante la transparencia y la reducción del

gasto. Se ha trabajado en suprimir los oligopolios que, por ejemplo, en el caso del oxígeno, ha sido una licitación de dos años que ha logrado disminuir el gasto en seis millones de dólares, lo que es digno de compensaciones otorgadas por la dirección de contrataciones públicas.

Se ha iniciado también la reforma en el ámbito de recursos humanos con los primeros concursos a nivel nacional. El ministerio de salud, inició un proceso de desprecuarización a través de un concurso interno con los funcionarios de mayor antigüedad que han accedido a cargos permanentes, ya que se trata de personas que por 15 años tenían contratos precarios de seis meses de duración, lo que era un elemento de apropiación de los partidos políticos y los elementos del Estado, para cohesionar y crear vínculos, generando gran daño al país.

La modernización también ha avanzado en una serie de áreas, como el sistema de logística, distribución de medicamentos y control de la transparencia, que ha permitido incrementar los ahorros para duplicar la compra de medicamentos.

La respuesta del sistema parlamentario, ha sido positiva, apoyando un incremento fiscal de casi 33% del presupuesto. Entre el 2008 y el 2010 han aumentado en 20% los insumos y medicamentos, pero aún así la gobernabilidad del parlamento de Paraguay, es un tema pendiente, que permite avances, pero también retrocesos y que tiene que ser parte de un proceso de pacto social institucional. Paraguay es parte de una democracia en construcción que emerge, junto con el desarrollo, la solidaridad y la equidad. El desafío, no sólo profesional sino que de todos los ciudadanos, es construir un pacto político más sólido y permanente, se necesita consolidar y articular las visiones, que probablemente son aún muy iniciales, pero que para un país con muchas carencias ha tenido un impacto trascendente en el área de la salud, tanto por el aumento de la cobertura y la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, pudiendo sobre todo establecer que es una sociedad de derechos y de solidaridad, que permite al Estado y a los ciudadanos, sostener un modelo que está iniciando su construcción.

Tablas y figuras

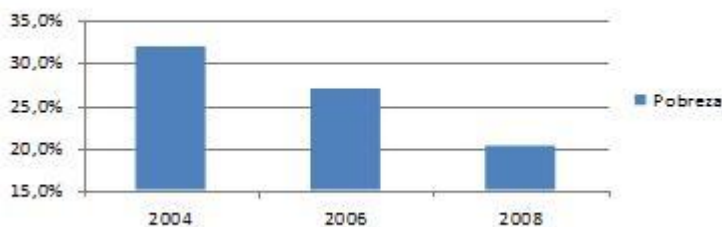


Figura 1: Gráfico que muestra la variación de la pobreza entre 2004 y 2008.

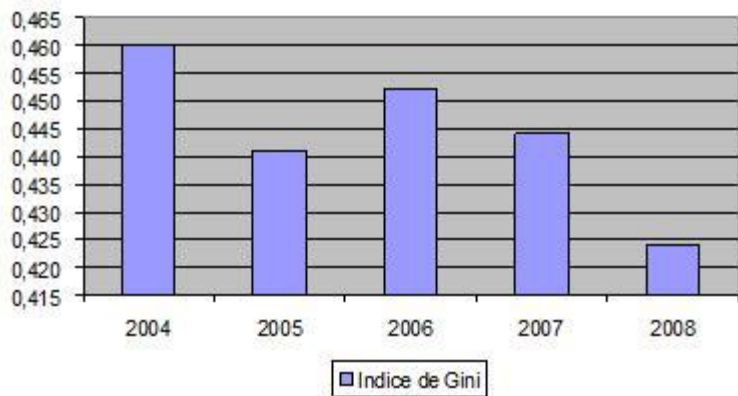


Figura 2: Gráfico que muestra la variación de la desigualdad entre 2004 y 2008.

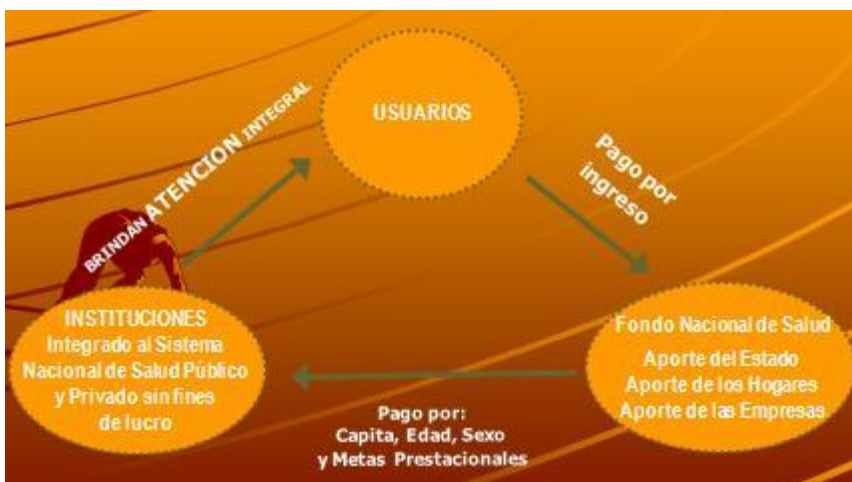
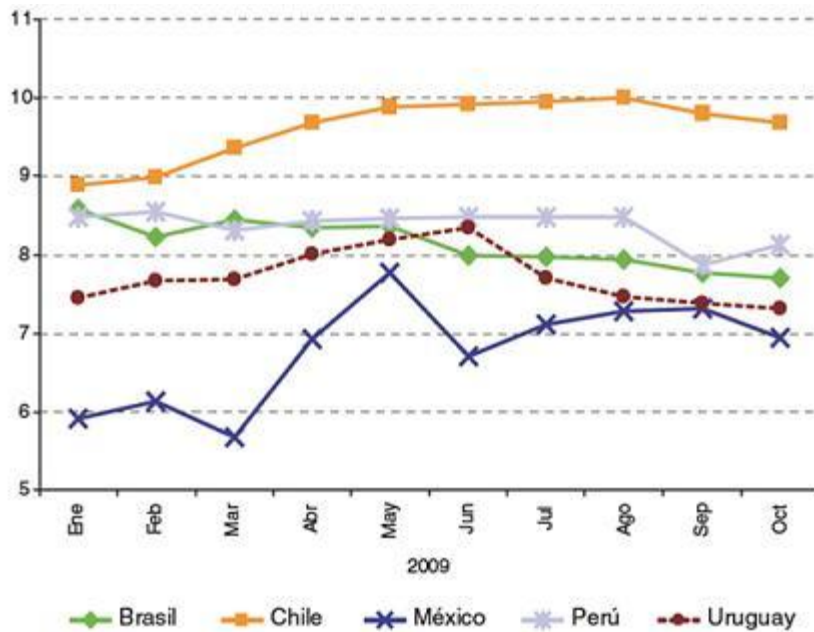


Figura 3: Flujograma de la conformación del Seguro Nacional de Salud Uruguayo.



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales.

Figura 1: Tasa de desempleo mensual desestacionalizada, en los países seleccionados de América Latina en el año 2009.

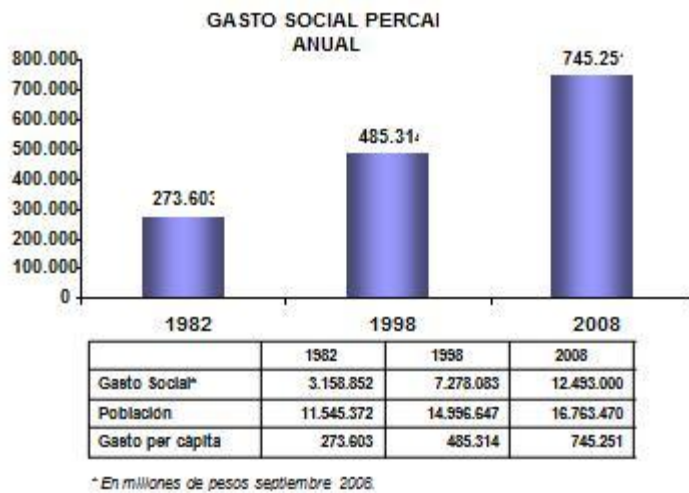


Figura 2: Crecimiento del gasto social per cápita anual durante los años 1982 al 2008.

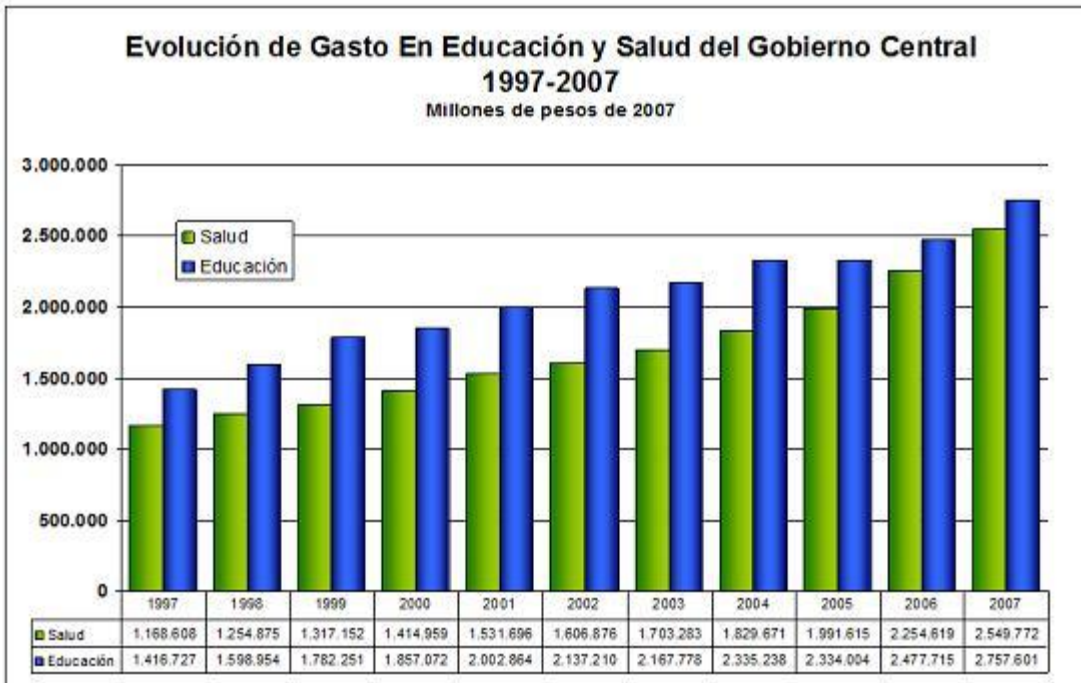
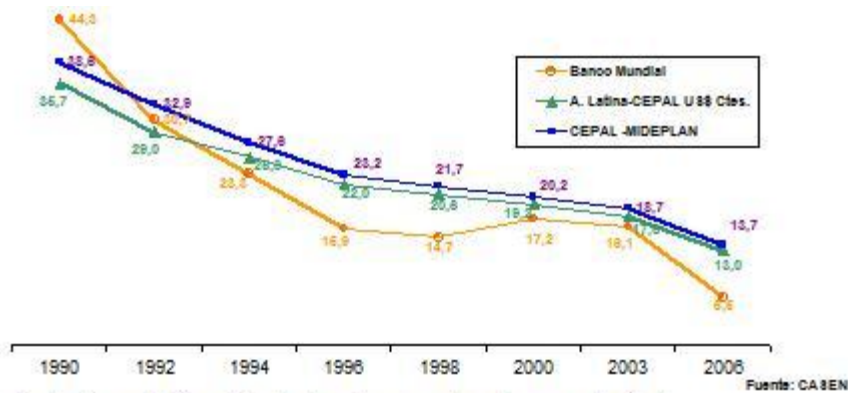


Figura 3: Evolución de gasto en educación y salud del gobierno central 1997 al 2007.



Figura 4: Inversión sector público de salud en MM\$ 2009.



Cualquiera sea la línea utilizada, la pobreza se reduce al menos a la mitad (considerando la línea de medición más exigente)

- Banco Mundial: línea de pobreza 2 dólares diarios per cápita.
- A. Latina CEPAL: línea valor en pesos del promedio de las líneas de pobreza de A. Latina estimado por CEPAL.

Figura 5: Evolución de la pobreza 1990-2006, según diferentes líneas de pobreza.

<p>Expectativa de vida: 1990: 72 años 2006: 78 años</p> <p>Mortalidad infantil, menor de 1 año: 1990: 18 por 1000 2006: 8 por 1000</p> <p>Mortalidad infantil, menor de 5 años: 1990: 21 por 1000 NV 2006: 9 por 1.000 NV</p> <p>Mortalidad adultos (15-60 años) 1990: 147 por 1000 2009: 91 por 1.000</p> <p>Mortalidad Materna 1990: 40 por 100 mil NV 2007: 18 por 100 mil NV</p> <p>Tuberculosis 1990: 5 por 100 mil 2002: 1,9 por 100 mil</p>	<p>INVERSIÓN 1990: MM \$10.726 2010: MM \$193.035</p> <p>RECURSOS HUMANOS 1991-2009 Incremento en sistema hospitalario de 44%, pasando de 60.008 funcionarios-as a 86.260 2003-2009 Incremento en APS de 198%, equivalente a 17.268 funcionarios-as</p> <p>PRESUPUESTO DE SALUD 2001-2010: Incremento promedio de 10% anual 2001: MMS 1.523.956 2009: MMS 3.320.408</p>
--	--

Figura 6: Variación en el tiempo de los indicadores sanitarios de Chile.

<p>1990 - 2005: Intervención en 12 hospitales; 5 Centros Diagnóstico y Tratamiento; 8 Centros Referencia de Salud</p> <p>2006 - 2010: Intervención en 44 hospitales; 95 Centros de Salud Familiar; 171 Centros Comunitarios de Salud Familiar.</p> <p>Superficie Construida 2010: 1.520.310 m² 183 Hospitales 59 Alta Complejidad 24 Mediana Complejidad 100 baja Complejidad 26.372 camas</p> <p>Atención Primaria de Salud 1.805 Establecimientos 1.167 PSR 127 CGR 200 CGU 191 CESFAM 120 CECOF 1.736 Vehículos</p>	<p>Sapus: 2000: 60 2009: 217</p> <p>Sur 2003: 9 2009: 102</p> <p>Salas IRA 1990: 15 salas 2009: 532</p> <p>Salas ERA 2001: 15 2009: 500</p> <p>Población Inscrita 2000: 6.789.900 2009: 11.401.200</p> <p>Reforzamiento Modelo Integral de Salud Familiar 2001: 40 Establecimientos 2009: 284 Establecimientos</p>
--	---

Figura 7: Variación en el tiempo de la infraestructura en salud.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.