

Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud

Medwave, Año XII, No. 4, Mayo 2012. Open Access, Creative Commons.

Contextos sociales y económicos de las reformas de salud

Autora: Angélica Román⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Enfermera universitaria, ex relatora de e-Campus de Medwave, Chile (QEPD)

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5345>

Ficha del Artículo

Citación: Román A. Contextos sociales y económicos de las reformas de salud. *Medwave* 2012 May;12(4) doi: 10.5867/medwave.2012.04.5345

Fecha de envío: 3/2/2012

Fecha de aceptación: 9/3/2012

Fecha de publicación: 1/5/2012

Origen: publicación póstuma

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Resumen

Las reformas de salud en América Latina proponen potenciar la atención primaria de salud y redefinir los modelos de atención sobre la base de paquetes fundamentales de atención focalizada. En la mayoría de los casos los países procuraron fortalecer el sistema público de seguro de salud y en muy pocos se propendió a la universalidad, se constata que hay problemas como inequidad y centralización. Otro elemento que define el modelo de gestión es la participación del Estado en salud. Para evaluar las reformas sanitarias se deben tener en cuenta cinco principios rectores: equidad, eficacia, eficiencia, sustentabilidad, participación y control social de los sistemas y servicios de salud. Finalmente, los problemas que están enfrentando las reformas sanitarias en América Latina van desde quienes las desarrollan hasta la movilidad de las máximas autoridades sanitarias de los países, pasando por la insatisfacción de los beneficiarios.

Abstract

Health care reforms in Latin America seek to potentiate primary care and to redefine care models on the basis of targeted care packages. In most cases countries attempt to strength the public system financed through health care insurance, and in few cases, universality has been sought, which leads to problems of inequity and centralization. Another element that defines the management model is the extent of government participation in the health care system. In order to assess sanitary reforms, we need to take into account five driving principles: equity, efficacy, sustainability, participation, and accountability of health care systems and services. Finally, the problems that health reforms encounter in Latin America range from those who develop them, to the mobility of the maximum health authorities of the countries, to beneficiary dissatisfaction.

Abreviaturas:

GES: Garantías Explícitas de Salud

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

BID. Banco Interamericano de Desarrollo

BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

OEA: Organización de los Estados Americanos

OPS: Organización Panamericana de la Salud (en Inglés PAHO: Pan American Health Organization)

OMS: Organización Mundial de la Salud (en inglés WHO: World Health Organization)

FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas (en inglés UNFPA: United Nations Population Fund)

Características de una sociedad en proceso de modernización

Como se señaló en la entrega anterior de esta serie, el estado de salud es el resultado de múltiples procesos que acontecen en la sociedad. Por eso, cada época y cada país determinan un estado de salud particular, generado por la

combinación de factores que interactúan y permiten incrementar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos. La interacción de esos factores depende de que los gobiernos sepan identificarlos y generen políticas públicas de salud, con el fin de implementar medidas de acción que permitan controlarlos. Desde hace un par de

décadas, prácticamente todos los países de la región han emprendido reformas de sus sistemas de salud, y con ello han evolucionado en los modelos de gestión, en respuesta a los cambios epidemiológicos, sociales, políticos y económicos.

En la serie anterior decíamos que un modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, los objetivos y regulaciones, y que depende de la definición de las prioridades del sistema, es decir, los valores que guían el sistema. Por ejemplo, en la universalidad de la cobertura o la eficacia de las acciones y las funciones del Estado en salud, la definición de estas prioridades define la reforma que emprende cada país.

Los cambios socioculturales y económicos han impactado, alguno más, otros menos, en todos los países de la región. Así, hoy nos encontramos con una sociedad en pleno proceso de modernización, con las siguientes características:

- Menor crecimiento de la población y mayor envejecimiento,
- Familias heterogéneas y menos matrimonios,
- Incorporación de la mujer al mundo laboral,
- Sociedad urbanizada y mejores condiciones materiales de vida,
- Población con mayor escolaridad e información,
- Concentración de la riqueza y aumento de brechas de inequidad, y
- Fuerte desigualdad de oportunidades, beneficios e ingresos.

Veamos algunos cuadros que reflejan los cambios mencionados.

Características sanitarias de la población

Por otro lado, en cuanto a las características sanitarias de la población de la región observamos las siguientes:

- Exceso de mortalidad evitable, de alrededor del 50%.
- Notables desigualdades en condiciones de vida y salud.
- Exigencias a los servicios de salud generadas por cambios demográficos como la creciente urbanización e industrialización, así como transformaciones en los estilos de vida individuales y colectivos.
- No hay acceso equitativo para todos los ciudadanos a la atención de sus necesidades básicas. El 25% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud debido a condiciones geográficas, culturales y económicas.
- Competencia del sector salud por fondos públicos con otros actores (educación, obras públicas, etc.).
- Aumento del gasto de los servicios de salud.
- Introducción inadecuada de costosas tecnologías, las que no siempre están debidamente avaladas con evidencia científica y estudios de costo-beneficio.
- No hay suficiente convergencia entre las acciones del sector salud y los adelantos más recientes en materia de políticas sociales, esencialmente en la lucha contra la pobreza.

En esta situación, cada país emprendió diferentes procesos de reformas a los sistemas de salud, los cuales, según la información disponible, se encuentran insertos en procesos de reformas generales del Estado (como el caso de Perú); de la Constitución (Argentina, Colombia, Ecuador) o forman parte del proceso de modernización del Estado (Argentina, Chile, El Salvador, Jamaica, México, Trinidad y Tobago, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay, República Dominicana). Pero también está Brasil, cuyo proceso de reforma no está en el marco de una reforma del Estado, sino de un debate más general acerca de su sistema de salud. Así, los países en curso de reforma deben pensar en ella con la articulación de tres componentes:

A. Componente político: la reforma es básicamente un hecho político y no se la puede mirar como un hecho puramente técnico. Los diversos actores políticos desempeñan un papel importante en la formulación, definición de prioridades y, sobre todo, en la implantación de las reformas, lo que define el Modelo de Gestión.

B. Componente económico: ¿Cómo asignar los recursos? ¿De dónde deben provenir? Muchos estudios se han llevado a cabo en torno a estos problemas y, sin llegar a conclusiones, han identificado variables que hay que tener en cuenta en la búsqueda de respuestas. Algunas de ellas son los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el tamaño de la economía. En cuanto a cuáles deberían ser las fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, la tendencia fue a incorporar contribuciones sociales basadas en el trabajo, es decir, impuestos al trabajo, pero hoy se está reemplazando dicha fuente.

C. Componente técnico: Tiene que ver directamente con el modelo de atención, del ejercicio médico, de cómo se organiza y divide el trabajo. Es decir, definiciones acerca de qué, cómo, cuánto y dónde se cubre, y a quiénes se cubre.

Reformas sanitarias en los países de América Latina

Las reformas de salud en América Latina proponen lo siguiente:

- Potenciar la atención primaria de salud, y
- Redefinir los modelos de atención sobre la base de paquetes fundamentales de atención focalizada.

Modelo de gestión en las reformas de América Latina

Ya dijimos que el modelo de gestión está definido según la priorización de la universalidad de la cobertura o de la eficacia de las medidas, es decir, el impacto sanitario. En los países de América Latina que emprendieron una reforma, se procuró en la mayoría de los casos fortalecer el sistema público de seguro de salud y en muy pocos se propendió a la universalidad; sin contar con que en la región hay 107 millones de personas con algún tipo de obstáculo de cobertura y acceso a los servicios de salud, los que suelen ser de tipo económico, geográfico o

cultural. En la región habría alrededor de 217 millones de personas que no cuentan con seguro de salud y 121 millones cuyo nivel de ingresos les impediría tanto el acceso como la continuidad de cualquier tipo de tratamiento. Unas 15,6 millones de personas encuentran barreras geográficas para acceder a profesionales médicos; 6,7 millones están en zonas donde hay déficit de camas hospitalarias; 81,7 millones no tienen adecuada cobertura de vacunaciones y 83,6 millones no cuentan con una adecuada cobertura en la atención del parto.

La pobreza no es simplemente un problema técnico de satisfacer necesidades básicas, sino un problema político de asignación de recursos entre los que tienen más y los que tienen menos. La diferencia es importante, pues la generación de políticas para combatir la pobreza dependerá del concepto que de ella se tenga. El paradigma actual es el de la focalización que define la pobreza como un problema técnico, pero no está claro que sea la mejor estrategia. De hecho, hay evidencia de las limitaciones que tiene la focalización, tales como la dificultad de definir los límites de la pobreza y los criterios de cobertura.

De dicho problema se desprende que otro factor, en todos los sistemas, es la equidad. Aunque sin alcanzar aún los resultados previstos, algunos países han avanzado en la equidad en el acceso; estos son los que optaron por la universalidad. Otros, al optar por canastas básicas de servicios de salud, han ido homogeneizando el acceso a los servicios, pero los que han avanzado menos son los países donde el gasto en salud y la oferta son relativamente altos y donde los sistemas son de alta fragmentación, como es el caso de Chile.

La descentralización, por su parte, es un elemento integrado a las reformas de la mayoría de los países que emprendieron reforma sanitaria, pero por ser tan disímiles las fórmulas que cada sistema adoptó con tal fin, aún no se sabe mucho de resultados.

Los factores "competencia" y "libertad de elección" los trataremos en la próxima entrega de esta serie.

El otro elemento que define el modelo de gestión es la participación del Estado en salud; la que, según vimos en el capítulo anterior, puede tener cuatro dimensiones:

- Informar a la población,
- Proveer servicios directamente,
- Financiar servicios, y
- Regular el mercado.

La tendencia en este ámbito ha sido la de reducir al mínimo el Estado como proveedor y la inclusión de prestadores mixtos públicos y privados. Sin embargo, se incrementa la función del Estado como informador, se focaliza el gasto público hacia los sectores más vulnerables, se incorpora la competencia en los esquemas de seguro social, se reemplaza el financiamiento de la oferta con el financiamiento de la demanda y se modifican los marcos e instrumentos reguladores.

Para evaluar las reformas sanitarias se deben tener en cuenta cinco principios rectores:

1. Equidad: se mide con indicadores cualitativos y cuantitativos referidos a cobertura, distribución, acceso y uso de los recursos.
2. Eficacia y calidad: se mide con indicadores cualitativos y cuantitativos referidos a eficacia general, calidad técnica y calidad percibida.
3. Eficiencia: se mide con indicadores cualitativos y cuantitativos referidos a eficiencia en la asignación y gestión de los recursos.
4. Sustentabilidad y participación: se mide con indicadores cualitativos referidos a la legitimación y sustentabilidad financiera de las principales instituciones públicas.
5. Control social de los sistemas y servicios de salud: se trata de saber si las reformas han aumentado los espacios de participación y control social tanto de la población en general como de algunos grupos específicos.

Problemas que enfrentan las reformas sanitarias en América Latina

Los problemas que están enfrentando las reformas sanitarias en América Latina van desde quienes las desarrollan hasta la movilidad de las máximas autoridades sanitarias de los países, pasando por la insatisfacción de los beneficiarios. Entre 1985 y 1994 el promedio de duración de los ministros de salud en América Latina y el Caribe fue de 1 año y 9 meses¹.

A continuación podemos resumir algunos de los problemas que enfrentan las reformas sanitarias:

- Su viabilidad política es difícil; exige gran capacidad de liderazgo, de negociación y de ajuste a circunstancias cambiantes.
- No ha habido estabilidad de los máximos actores responsables de impulsarlas, conducir los estudios y negociar las propuestas.
- La viabilidad en el caso de los procesos de reformas integrales ha sido mucho más difícil que en los casos de reformas parciales.
- Las reformas parciales dan como resultado modelos menos coherentes que los que se conciben en las reformas integrales.
- La reforma, en muchos países, ha sido conducida por las autoridades económicas, sin una adecuada participación de los actores del sector salud.
- Ha habido discrepancia entre las autoridades económicas y las de salud respecto a los objetivos y las estrategias del proceso de reforma.
- Hay reclamos de los usuarios respecto de los beneficios de las reformas.

Los artículos de la Serie "Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud" provienen del curso *Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud*. Si le interesa ahondar en estos contenidos, le invitamos a tomar el curso en el siguiente [link](#).

Referencias

1. BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, et al. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Reunión Especial sobre la Reforma del Sector Salud. 29-30 Sept 1995; Washington. D.C. ↑

Figuras y tablas

Indicador	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-005
Tasa de crecimiento natural (por mil)	24,68	18,59	16,56	16,27	12,44
Tasa global de fecundidad (número medio de hijos por mujer)	5,28	3,63	2,66	2,54	2,35
Tasa bruta de natalidad (por mil)	36,83	27,47	22,94	21,81	18,18
Esperanza de vida al nacer (en años)	58,05	63,57	70,70	74,43	75,96
Edad media (en años)	a/ 25,40	a/ 26,17	a/ 27,93	a/ 29,57	a/ 31,81
Tasa bruta de mortalidad general (por mil)	12,15	8,88	6,38	5,54	5,74
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	109,00	68,60	23,70	14,00	11,60

Tabla I. Evolución Nacional de los principales indicadores demográficos 1960-2005.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimaciones y proyección de población por sexo y edad total País: 1990-2005.

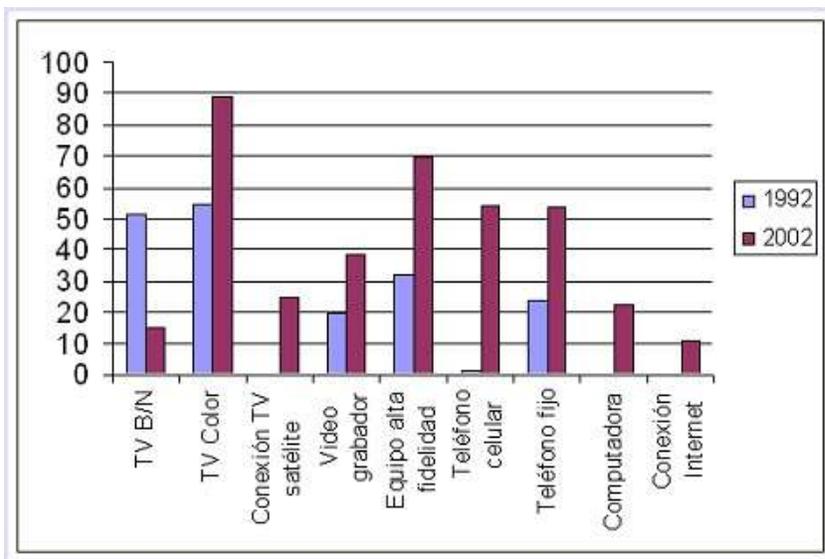


Figura 1. Porcentaje de hogares con disponibilidad de tecnología de información y comunicaciones, Chile.

Fuente: Censo Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 1992-2002.



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.