

Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro

(Change in Latin-American health systems and future perspectives)

Desde los años ochenta se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países de América Latina. Sin duda, existían razones para cambiar muchas cosas, porque mayoritariamente los establecimientos estaban degradados, el personal desmotivado, la planificación y regulación eran obsoletas y las consecuencias eran unos servicios de mala calidad, mal distribuidos geográficamente y mal orientados en relación con las necesidades de la población.

Las características de estas reformas son muy distintas aunque las razones para su puesta en marcha sean relativamente comunes.

La principal característica común es la vinculación y la subordinación de las reformas del sector salud a la reforma del Estado. La consecuencia para el sector salud es que, muchas veces, las políticas prioritarias no son el resultado del análisis de los problemas propios. Esta subordinación es más evidente en aquellos países en los que existía una seguridad social con cierta envergadura. En estos casos el desencadenante de la reforma no han sido los servicios de salud, sino la separación, y casi siempre la privatización, de los fondos de pensiones.

Los factores que diferencian entre sí las reformas tienen que ver con las características políticas del gobierno que las pone en marcha y su capacidad de implantar medidas que afectan intereses de grupos poderosos, la historia y la solidez del sistema de salud y el grado de organización social (en especial la existencia de sindicatos fuertes en el sector).

Las políticas que se propugna implantar con más frecuencia son:

- La participación del sector privado en la gestión de la financiación pública y la provisión de servicios.
- La reducción de la producción de servicios públicos.
- El fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado.
- La descentralización de los establecimientos públicos.
- La separación de la financiación y la provisión públicas y la introducción de casi contratos entre ambos.
- La participación social.

– El aseguramiento universal que garantice un paquete de prestaciones a toda la población.

– La creación de administradoras de fondos y redes de proveedores privados para la atención a los más pobres.

A continuación se describen muy brevemente algunos aspectos de reformas de sistemas de salud de América Latina que pueden servir de marco de referencia para los artículos que siguen.

La primera reforma que se puso en marcha fue la chilena, a inicios de los ochenta, bajo la dictadura del general Pinochet, y cambió un sistema nacional de salud bien consolidado por la gestión privada de la financiación pública. Los efectos sobre la equidad fueron desastrosos y la democracia chilena está teniendo que hacer grandes esfuerzos para enmendarlos. En la actualidad el gobierno de Ricardo Lagos está proponiendo una nueva e importante reforma del sistema de seguridad social.

En 1993 se promulgó en Colombia la Ley 100, que desarrolla los principios de la competencia gestionada elaborados en Harvard. Esta ley, que también introduce la gestión privada de la financiación pública, establece mecanismos para evitar los efectos adversos sobre la equidad de acceso a los servicios. A diferencia del caso chileno esta reforma se implanta sobre un sistema de salud muy atomizado, con un gasto público escaso y una cobertura que no superaba el 25% de la población. Hoy, según señala Iván Jaramillo en esta Revista, Colombia gasta aproximadamente tres veces más, cubre oficialmente alrededor del 60% de la población y tiene problemas importantes para hacer cumplir la regulación, evitar la corrupción y asegurar que los beneficiarios reciban los servicios asegurados.

Nicaragua, que creó un sistema nacional de salud en los años ochenta, sufrió un cambio radical en los noventa con la separación del seguro social del Ministerio y la introducción de empresas médicas previsionales para gestionar los recursos de este seguro. Hoy el seguro tiene unos 150 dólares por beneficiario y año, mientras que el Ministerio no llega a los 20. Como el seguro ofrece una cartera cerrada de prestaciones para prevención y en algún caso tratamiento de enfermedades agudas, los trabajadores y sus familias tienen que acu-

dir al sistema público o pagar su tratamiento cuando tienen un problema de salud crónico.

Costa Rica y Cuba son los únicos países de América Latina que tienen en la actualidad sistemas nacionales de salud. En Costa Rica se está llevando a cabo una reforma gradual que no altera los principios básicos del sistema (financiación pública redistributiva, iguales condiciones teóricas de acceso para toda la población) y trata de resolver algunas de las deficiencias anteriores extendiendo un modelo de atención primaria para toda la población y tratando de mejorar la eficiencia a través de aumentar la responsabilidad de los establecimientos en la gestión de sus recursos.

En Argentina el punto de partida era un sistema atomizado en el aseguramiento y la provisión, con un gasto total per cápita similar al español pero con una calidad y un acceso francamente peores. La reforma tiende a aumentar la desregulación del sistema rompiendo los mercados cautivos de las obras sociales (aseguradoras pertenecientes a los sindicatos de ramo, cuyos trabajadores estaban obligatoriamente afiliados a las mismas). En el sector público se intenta aumentar la eficiencia de los hospitales con medidas parciales de desconcentración e introducción de herramientas de gestión.

México será sin duda un experimento interesante en los próximos años. Existía ya una reforma en marcha que descentraliza la provisión de servicios desde la Secretaría de Salud hacia los estados y hacer llegar un paquete básico de servicios a toda la población.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, una institución gigantesca, con 350.000 empleados fijos y alrededor de 150.000 con otros contratos, que cubre alrededor de 50.000.000 de personas, estaba inmerso en un proceso de reordenación de todos sus niveles administrativos y prestadores de servicios. Tras el cambio de régimen producido en las elecciones de julio de 2000, el Gobierno ha lanzado la propuesta de crear un seguro universal, pero todavía no se han definido las estrategias para lograrlo. Éstas pueden ser diversas e, incluso, contrapuestas.

Este número monográfico de GACETA SANITARIA sobre «Los cambios en los sistemas de salud en América Latina en los noventa y perspectivas de futuro» recoge artículos de autores con amplia experiencia en el análisis de políticas de salud en América Latina. En el primero de los artículos se ofrece una comparación de los retos de los sistemas sanitarios latinoamericanos y la experiencia europea. Los autores de este trabajo, J. Figueras, P. Musgrove, G. Carrin y A. Durán, destacan tres áreas de la experiencia europea de especial interés para las reformas latinoamericanas: la combinación de la solidaridad con la sostenibilidad financiera, el equilibrio entre la presencia de incentivos de mercado y la capacidad reguladora estatal, y las innovaciones organizativas.

El segundo de los artículos de este número analiza las ventajas y las limitaciones de los procesos de descentralización en el sector salud de diversos países de América Latina. La descentralización, en sus diversas modalidades, se reconoce como uno de los principales procesos de cambio en estos países. Antonio Ugalde y Núria Homedes, de la Universidad de Texas-Austin y de Texas-Houston, respectivamente, observan la diversidad de procesos comúnmente contemplados como descentralización, si bien representan procesos tan dispares que la utilidad del análisis y la evaluación requiere distinguir con mayor precisión los cambios que afectan a la regulación, a la cobertura aseguradora, a la financiación y a la provisión de servicios.

Vázquez et al hacen en su trabajo una revisión de los mecanismos de participación en los sistemas de salud, la relevancia que han ido tomando a lo largo de las últimas décadas y sus resultados como instrumentos de control democrático, así como instrumentos de gestión y mejora del propio sistema. Su análisis, focalizado en Latinoamérica y especialmente Brasil y Colombia, permite observar que la promoción de la participación ha sido un elemento común de las reformas de los sistemas de salud. Sin embargo, en función de las características de cada país, se han realizado propuestas muy distintas en sus objetivos y aplicación. Una política de incrementar la participación puede tener objetivos tan diferentes como contribuir a una mejor detección de necesidades y orientación de la oferta, o como incrementar la contribución en recursos humanos y materiales de la población por la insuficiente financiación pública. Por otro lado, se pueden realizar enfoques que van desde fomentar la participación comunitaria en los servicios de salud de atención primaria y promoción de la salud a aquellos enfoques basados en la participación individual a partir, por ejemplo, de la libre elección de los proveedores.

El artículo de González Rosetti y Mogollón analiza la factibilidad política de las reformas. Los procesos de reforma de los sistemas de salud tienen un importante componente político, determinado por las políticas macroeconómicas de cada país y en el que intervienen todos los grupos cuyos intereses se van a ver afectados. En Colombia y México la estrategia de cambio seleccionada ha sido la creación de un grupo de tecnócratas, alguno de los cuales había participado en el diseño e implantación de las políticas macroeconómicas y cuyas propuestas eran similares: incrementar la presencia de la iniciativa privada y dejar el papel del Estado en el ámbito de la regulación del sistema. Este grupo se ha enfrentado a las burocracias de los ministerios de salud y los institutos de seguridad social cuyos intereses se veían en peligro. Como ambas burocracias son indispensables para instrumentar la transformación de las estructuras existentes, las reformas se han visto muy limitadas en este campo.

Iván Jaramillo presenta en el segundo artículo una evaluación de la reforma del sistema de salud de Colombia en la que se demuestra que ha incrementado la población asegurada, el gasto público y la equidad en la distribución de este gasto. Con las transferencias de competencias y los incentivos creados por la nueva legislación los municipios y departamentos han incrementado sus responsabilidades en la prestación de servicios curativos, pero sus funciones tradicionales de atención al medio y de aplicación de otras medidas de salud pública han disminuido. Buena parte de los médicos se oponen a una reforma que ha disminuido sus ingresos y ha incrementado los costes de transacción al introducir agentes intermediarios como son las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

En otro artículo de Núria Homedes y Antonio Ugalde, se analizan de forma comparativa dos casos muy relevantes de transformación reciente en los sistemas de salud de América Latina. Se trata de los casos de Chile y de Costa Rica. La comparación de ambos casos de estudio pone de relieve los efectos de las claras diferencias en el sistema de financiación, en la cobertura aseguradora y en la asignación de recursos a los proveedores sobre la extensión de la cobertura, el coste del sistema de salud y el grado de equidad del mismo.

El artículo de Buglioli et al analiza de forma rigurosa cuáles han sido los efectos de los cambios en la regulación de las instituciones de asistencia médica en Uruguay. Este impacto se observa por el lado de la oferta de los servicios de salud (estructura de mercado, determinación de precios e incentivos a la selección de riesgos), así como por el lado de la demanda (presencia de selección adversa y efecto de los sistemas de copago establecidos por los aseguradores).

Si bien los problemas de equidad en los sistemas de salud de América Latina parecen haber recibido una notable atención en la bibliografía, son todavía escasos los estudios en los que el análisis utiliza instrumentos cuantitativos modernos y rigurosos. El artículo de Sandiford y Salvetto sobre el sistema panameño de salud analiza las desigualdades socioeconómicas

en la salud y en los servicios mediante el análisis de información micro procedente de la Encuesta Nacional de Vida, el Censo Nacional y el Registro de Eventos Vitales. El riguroso y relevante artículo de estos autores emplea índices de desigualdad relativa y coeficientes de concentración para medir el grado de inequidad.

La revisión de los mecanismos de contratación del personal de salud en el Programa de Salud de la Familia en Brasil que se presenta en el artículo de Dal Poz describe los cambios en las formas contractuales en el sector salud, que han evolucionado desde el empleo público hacia los contratos temporales que, en muchas ocasiones, no garantizan la legalidad vigente en materia laboral.

Machado y Pereira describen la administración y distribución de los recursos humanos del sector salud en Brasil en el marco de la reforma que ha descentralizado la atención de salud del Estado Federal a los municipios. Además de la municipalización de los contratos, se señala que se ha producido un incremento exponencial de los profesionales de la salud, aumentando el número de mujeres. La contratación de estos profesionales corre cada vez más a cargo de cooperativas u organizaciones no gubernamentales, como en otros sectores.

El análisis de las oportunidades de mejora de la eficiencia en las compras de bienes realizadas por los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires es el objeto del artículo de Rossi et al. En él se analizan los efectos de una reforma administrativa implementada en 1998 sobre el coste de las compras por parte de estos hospitales. Los autores observan que las medidas han contribuido a una reducción general de precios que contrastan y valoran mediante técnicas cuantitativas como el análisis factorial y la regresión múltiple.

Jaume Puig-Junoy
Elisabeth Jané
Xavier Castells
Isabel de la Mata
Editores invitados