

SISTEMAS DE SALUD Y DESARROLLO

Un análisis de políticas de salud para la orientación de las acciones de cooperación al desarrollo

Elisabet Jané Camacho

Médica. COOPERACCIÓ. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende aportar algunos elementos que ayuden a establecer la relación entre los sistemas de salud y el desarrollo. A partir de las conclusiones obtenidas se dan algunas recomendaciones que deberían tenerse en cuenta cuando se identifican y ejecutan proyectos de cooperación al desarrollo que inciden sobre los sistemas de salud.

En el texto se utiliza el término *sistema de salud* como el conjunto de recursos dedicados a la atención de salud a las personas, incluyendo cómo se financian estos recursos, la forma en que se producen los servicios, su organización y articulación y las condiciones de acceso establecidas.

Según las Naciones Unidas, el desarrollo es un proceso a través del cual se amplían las opciones de la gente. Considera esencial para el desarrollo humano la posibilidad de que las personas gocen de una vida larga y saludable, posean conocimientos y cuenten con acceso a los recursos necesarios para tener una vida digna. Sitúa, además, estas capacidades en el marco de los derechos humanos e integra en el concepto de desarrollo desde las oportunidades políticas, económicas y sociales y el derecho a ser creativos y productivos hasta el respeto por sí mismo, la potenciación y la conciencia de pertenecer a una comunidad (PNUD, 1998).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece en su artículo 25 el derecho de toda persona a gozar de un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...) la asistencia y los servicios sociales necesarios. Por su parte, el Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos económicos, sociales y culturales de 1966 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Además, desde una perspectiva económica, la salud tiene una doble función: es un bien final, cuyo consumo provee una satisfacción directa, y también es un bien de capital, que ayuda a producir otros bienes: la mejora de la salud de las personas en periodo de crecimiento y formación y de las que trabajan la productividad actual y futura de la economía y estimula el crecimiento económico (OPS/CEPAL, 1997).

Los impactos que podemos esperar de los sistemas de salud en el desarrollo se relacionan, en primer lugar, con la capacidad para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas,

pero también será importante valorar otros aspectos, por ejemplo, el valor que las personas dan a estos servicios y cómo afecta su financiación a la economía familiar y nacional.

Es bien conocido por todos aquellos que trabajan en los ámbitos de la salud pública que los servicios de atención de salud a las personas tienen un impacto marginal, aunque indiscutible, sobre la mejora de la salud de la población, muy por debajo de factores como el nivel de renta, el acceso a agua potable y saneamiento, una vivienda que reúna mínimas condiciones, trabajo, estabilidad social, alimentación adecuada y educación.

Sin embargo, los sistemas de salud producen servicios que pueden prevenir, curar y paliar las secuelas de muchas enfermedades. Además, mueven un porcentaje nada despreciable del PIB de cualquier país, dan trabajo a un número importante de personas y hay grupos de presión con fuertes intereses en su funcionamiento, como la industria farmacéutica y tecnológica, las aseguradoras o los gremios médicos (PNUD 1998, OPS 1998).

Dicha importancia económica y social ha sido la causa de que los gobiernos y los organismos internacionales que inciden en las políticas sociales se ocupen de los sistemas de salud con mayor intensidad y con un enfoque distinto al que justificaría el impacto que tienen sobre la mejora de la calidad y la cantidad de vida.

Las personas tienen una alta valoración de los servicios prestados por los sistemas de salud y sus preferencias no siempre coinciden con las valoraciones técnicas. La población suele estar más dispuesta a gastar dinero en acciones curativas que preventivas, especialmente en casos en que la expresión del problema de salud es aguda.

La disposición a gastar en acciones curativas puede llegar hasta la venta de la vivienda o de los medios de producción para conseguir tratamiento para un familiar enfermo (*Abel – Smith 1991*). En los países africanos, el dinero que las personas pobres tienen que invertir en salud son recursos ganados por las mujeres, que se ahorran de la alimentación o del vestido propio o de los hijos. (*The Economist*, 1995).

Las acciones de cooperación en los sistemas de salud pueden tener un impacto positivo sobre el desarrollo si tienen en cuenta que actúan en un entorno fuertemente condicionado por políticas económicas y sociales que en ocasiones no han sido libremente elegidas por los países y no siempre son favorables al desarrollo.

Por otra parte, los sistemas de salud tienen un impacto positivo sobre la calidad y la cantidad de vida si actúan de manera prolongada en el tiempo, más allá de la duración de cualquier proyecto. Solo el Estado puede asegurar el acceso de las personas que tienen pocos recursos a los servicios de salud a largo plazo

En resumen, la salud es un derecho fundamental de las personas y el acceso a servicios sanitarios que prevengan y resuelvan los principales problemas de salud, en condiciones que no afecten al acceso a otros bienes básicos, es un factor de primera importancia para el desarrollo.

EVOLUCIÓN DE POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

América latina vivió un periodo de crecimiento muy importante, incluso mayor que el de los países de la OCDE, entre 1950 y la década de los 70. Este crecimiento (mayor por supuesto en los países más ricos) se reflejó en el sector salud a través del aumento de las infraestructuras, el desarrollo de programas para la lucha contra las enfermedades más importantes y la extensión de sistemas de seguros que cubrían la atención de salud y los subsidios por enfermedad.

La crisis producida por la caída del precio del petróleo y de otras materias primas en los años 70 y las recesiones de la economía mundial que siguieron, golpearon severamente a la economía de la Región. Los países, con la anuencia de las instancias internacionales y los bancos, paliaron este impacto con endeudamiento externo.

A comienzos de la década de los 80 las tasas de interés aumentaron bruscamente, cayó el ingreso de capitales internacionales, bajaron los precios de las materias primas y se produjo la mayor recesión que el subcontinente haya vivido. Las políticas adoptadas por los países para afrontar esta situación, de acuerdo con el modelo impulsado por la Comisión Económica para América latina (CEPAL), consistieron en la disminución de las importaciones, tratando de sustituirlas por producción propia, y expandir las exportaciones.

Estas políticas, junto a fenómenos difíciles e incómodos de cuantificar, como los altos niveles de corrupción de gobiernos y acreedores internacionales, los cambios violentos de gobierno seguidos de periodos de dictaduras militares o el clientelismo político, no consiguieron cambiar la tendencia recesionista y, al mismo tiempo, chocaban frontalmente con la tendencia económica y política - denominadas monetaristas o neoliberales- ya en auge.

Los sistemas de salud sufrieron, a grandes rasgos, los mismos avatares. Hubo inversiones en infraestructura y equipamiento en las décadas de crecimiento e inflación de personal causada por el clientelismo político. Al llegar la crisis económica y caer los recursos asignados a salud, los servicios quedaron sobrecargados de personal, descapitalizados en tecnología y sin recursos para el funcionamiento cotidiano, y ofrecían servicios poco eficientes y de baja calidad.

Desde mediados de los ochenta (y antes en Chile, bajo la dictadura de Pinochet), de acuerdo con la orientación de organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional y de algunos gobiernos de la Región, las políticas macroeconómicas se orientan paulatinamente en una dirección radicalmente distinta, que enfatizan la austeridad fiscal, la liberalización de los mercados internos y la apertura de la economía. (Iglesias, 1992).

En la práctica, la aplicación de estos principios en cada país no es homogénea, sino que varía en función de las tendencias políticas en el poder, del marco legal vigente, de las expectativas de la población y de su capacidad de incidir en las políticas económicas y sociales. Los principios de las reformas actuales de los sistemas de salud nacen de estos paradigmas políticos y económicos que enfatizan la necesidad de reducir el papel del Estado con relación a las políticas sociales.

LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

La primera referencia ampliamente difundida sobre los cambios en la orientación de las políticas de salud es la que se refiere a la financiación de los mismos, en una publicación del Banco Mundial. En ésta se afirma que, aunque el dinero gastado en salud en muchos países en vías de desarrollo es insuficiente para satisfacer las necesidades críticas en esta materia, las políticas de austeridad presupuestaria no son compatibles con un aumento del gasto público (Banco Mundial, 1987).

En el mismo documento se propone disminuir la responsabilidad del gobierno en el financiamiento de las intervenciones sanitarias que no tengan externalidades. Toda la atención curativa quedaría excluida, con la excepción de la financiación pública de los servicios curativos para los más pobres (Banco Mundial, 1987).

Para lograr congelar el gasto público en salud y mantener los servicios, el Banco Mundial propone cuatro políticas financieras concretas:

- a) Cobrar aranceles por los servicios curativos (estableciendo mecanismos de identificación de los más pobres para exonerarlos).
- b) Extender los seguros obligatorios para los trabajadores del sector formal.
- c) Incentivar al sector privado a ofrecer servicios por los que la población esté dispuesta a pagar.
- d) Descentralizar los establecimientos públicos que ofrecen servicios por los que se puede cobrar a los usuarios, refiriéndose esencialmente a los hospitales.

Diez años después de este informe, las políticas señaladas se han desarrollado en diversos países de forma diferente en cuanto a concepción y alcance. A continuación se describe brevemente cómo se ha desarrollado cada una de las políticas mencionadas, así como la focalización del gasto público, que persigue la asignación de los recursos públicos a los más pobres.

a) El cobro de servicios a los usuarios

Bajo nombres como “recuperación de costos” o el más preciso de “copago”, en muchos lugares se está cobrando por los servicios prestados a los usuarios. Este cobro tiene repercusiones sobre la financiación de los servicios, la equidad de acceso y la eficiencia en el uso de los recursos.

El cobro por los medicamentos está ampliamente extendido y se rige por normas generalmente nacionales. En este artículo no se desarrolla esta forma de copago, sino que se analiza el pago por los servicios curativos o por los procedimientos diagnósticos o terapéuticos distintos a los medicamentos.

Los defensores del “copago” consideran que la atención hospitalaria sería el nivel adecuado para implantarla (Griffin, 1988), ya que en estos centros se ofrece atención especializada, no indispensable para resolver los problemas más prevalentes, sin externalidades y, también, porque existe la disposición de la población a pagar por dichos servicios. En cambio, suele recomendarse que no se cobren los servicios preventivos o curativos del primer nivel.

En la práctica, el cobro de servicios ha sido implantado sin homogeneidad entre los países e, incluso, dentro de los países, dejando una gran discrecionalidad a cada establecimiento para decidir qué cobra y qué criterios establece respecto al cobro.

Impacto sobre la financiación

La financiación de los servicios a través del “copago” raramente representa más allá del 3 o 4% del presupuesto del centro. Por tanto, es poco relevante para su sostenibilidad. Sin embargo, en establecimientos públicos de gestión centralizada y asignación financiera presupuestaria, los ingresos por cobro directo a los usuarios pueden ser importantes para los directivos y profesionales si les permiten mejorar sus salarios y comprar insumos y tecnología sin estar sometidos a control externo o a criterios de planificación. En consecuencia, si el dinero cobrado se gestiona en el propio centro, existirá un fuerte incentivo a cobrar una vez se ha iniciado esta práctica.

Equidad

Las fórmulas utilizadas para exonerar o disminuir los aranceles a los más pobres suelen consistir en mecanismos de clasificación socioeconómica. Estos mecanismos tratan de establecer la capacidad de los usuarios para pagar los servicios recibidos o que recibirán.

La capacidad económica es muy difícil de establecer en los países de América latina, porque la economía informal está más extendida que el trabajo formalmente asalariado. Además, las unidades de exoneración de cobros acostumbran a disponer de recursos mínimos y personal escaso y poco formado para su función. En consecuencia, la exoneración difícilmente cumple el objetivo de proteger la equidad.

Eficiencia

El cobro de algunas intervenciones incentiva su aplicación en detrimento de las que no se cobran. Muchos establecimientos cobran por los productos intermedios (exámenes de laboratorio y radiografías, por ejemplo) y no cobran la consulta o la hospitalización. Esto genera un exceso de producción de estas pruebas.

Además, el incentivo al cobro de servicios produce, en ocasiones, barreras a la gestión integrada de un establecimiento. Un hospital puede tener diversas fundaciones privadas con responsabilidad sobre el cobro, adscritas cada una a un servicio asistencial diferente. Estas fundaciones son las que deciden cómo se invertirán los fondos, con independencia de los intereses globales del centro, lo cual dificulta la gestión y disminuye los posibles beneficios de una economía de escala.

En muchos casos, el cobro se efectúa mediante la exigencia a los usuarios de la aportación de los insumos que serán utilizados en la intervención (medicamentos, gasas, guantes

desechables, jeringas, sueros, etc.) que son comprados, por tanto, en las farmacias privadas, a precios de minorista, muy superiores a los que se conseguirían con una economía de escala y que no permiten al centro gestión alguna de estos ingresos.

En resumen, puede afirmarse que la política de cobro de servicios asistenciales se ha desarrollado ampliamente, sin un aumento de la eficiencia y afectando negativamente a la equidad.

b) Extensión de los seguros a los trabajadores del sector formal

Existe un respetable nivel de consenso entre gobiernos y organismos internacionales que inciden en políticas económicas y sociales, sobre la necesidad de incorporar recursos procedentes de las rentas del trabajo y de las empresas al financiamiento público de los servicios sociales, así como sobre las ventajas de los sistemas de seguros públicos sobre el pago directo de servicios (Abel-Smith, 1991).

Algunos países, como Chile, Costa Rica y Colombia, han hecho esfuerzos importantes y exitosos para extender los seguros de salud en el sector formal de la economía (Morales, 1997; Bitrán, 1997).

El financiamiento de los sistemas de salud procedente de cotizaciones obligatorias, además de aportar más recursos para la provisión de servicios sanitarios, puede tener una gran influencia sobre la equidad de acuerdo con la forma en que estos recursos se redistribuyan y con la capacidad del Estado para ejercer sus funciones de regulación.

En Chile, por ejemplo, cada asegurado tiene derecho a recibir un conjunto de prestaciones según el volumen de su cotización. Por lo tanto, el financiamiento público del sistema de salud sobre la base del seguro obligatorio no es equitativo (Larrañaga, 1997).

En Costa Rica el acceso a los servicios de salud es igual para todos los ciudadanos, independientemente de que estén o no asegurados y del volumen de sus cotizaciones. En consecuencia, los recursos financieros del seguro de salud y los subsidios estatales para los no asegurados constituyen una bolsa única de recursos que se redistribuye equitativamente conforme a la demanda (Sojo, 1998).

En Colombia, con un porcentaje de población asegurada mucho menor que en Costa Rica, el Estado subsidia a los no asegurados y la Ley de Salud prevé que en el año 2001 el paquete de servicios que reciba la población subsidiada será igual al de los cotizantes. (Ley 100 de 1993).

La extensión del aseguramiento en Chile y Colombia se ha hecho transfiriendo a aseguradoras privadas la afiliación, el cobro y la contratación de servicios asistenciales, mientras que en Costa Rica la Caja Costarricense del Seguro Social mantiene integradas todas estas funciones.

Si se privatiza el aseguramiento y éste se efectúa de manera individual, existe la posibilidad de que se produzca una selección de riesgo de los asegurados por parte de las empresas aseguradoras, dejando a las personas con mayores posibilidades de enfermar, que son las que generan mayores costes, bajo la protección del sector público. Las aseguradoras pueden poner barreras burocráticas o de otro tipo a la utilización de servicios o pueden propiciar que los asegurados tengan que recurrir al sector público cuando necesiten intervenciones caras.

Para evitar estas perversiones del sistema es necesario que el Estado disponga de mecanismos y recursos para ejercer su función de regulación y garantía de los derechos de los ciudadanos. En muchos países latinoamericanos fallan los elementos más básicos para ejercer estas funciones, como un censo de población mínimamente fiable o unos profesionales adecuadamente formados (OMS/OPS, 1998).

En resumen, la extensión de los seguros públicos puede aumentar el financiamiento público de los sistemas de salud de manera significativa. Su impacto sobre la equidad y la eficiencia social dependerá de cómo se redistribuyan estos fondos y de la capacidad del Estado de vigilar el cumplimiento de las normas establecidas.

c) *Participación del sector privado*

En América latina siempre existió un sector privado que prestaba servicios de salud a las personas con más recursos y se financiaba a través del pago directo o de seguros privados. Algunos seguros sociales también han comprado tradicionalmente servicios al sector privado, como en Argentina, Venezuela o Colombia.

Con las reformas, el sector privado ha sido incentivado para actuar en el sector de servicios de salud financiado públicamente, en la provisión de servicios y en el aseguramiento. En ambos casos, el efecto esperado es el aumento de la eficiencia como consecuencia de la competencia y de la mayor capacidad de gestión que se le supone a la iniciativa privada.

En aquellos países en que el aseguramiento sigue siendo público no se han producido grandes cambios en la participación de los proveedores privados. En algunos casos hay experiencias de pequeña envergadura, como cooperativas de atención primaria de salud en Costa Rica (Sojo, 1998), provisión de diagnóstico por imagen u otras tecnologías diagnósticas.

En los países en que se ha transferido la función de aseguramiento al sector privado ha aumentado la participación del mismo también en la provisión, bien a través de establecimientos propiedad de las aseguradoras, bien por contratos entre aseguradora y proveedores. Este crecimiento es más notable en aquellos países cuyos sistemas públicos no utilizaban servicios privados antes de la reforma, como en Chile y Nicaragua.

Guatemala, que cuenta con una red de servicios públicos muy limitada, ha establecido programas de compra de servicios a instituciones privadas para que presten atención a

poblaciones rurales, utilizando un mecanismo de asignación de recursos financieros por volumen de población (Muñoz, 1998).

En resumen, la participación del sector privado en la provisión de servicios no ha aumentado de forma significativa con las reformas, excepto cuando se ha privatizado también el aseguramiento. Los posibles impactos del aseguramiento privado sobre la equidad ya han sido comentados en el apartado anterior.

d) La descentralización de los servicios públicos.

Bajo el nombre de descentralización se han desarrollado multitud de iniciativas en el sector salud de América latina que incluyen, por lo menos, la privatización del aseguramiento o la provisión, la desconcentración administrativa de diversas funciones a unidades territoriales, la delegación de la gestión de servicios a entes paraestatales y la transferencia de competencias a entes territoriales con autonomía política (municipios, Estados o provincias).

Un análisis de estos procesos de descentralización desborda las posibilidades de nuestro artículo y debería recibir una atención especial por parte de evaluadores de reformas, tanto por su repercusión como por el grado de confusión que gira a su alrededor.

El Banco Mundial, en el documento citado (BM 1987), al hablar de descentralización se refiere a dotar a los hospitales públicos de capacidad para gestionar sus recursos, cobrar los servicios prestados y competir con el sector privado.

Argentina es probablemente el país que más énfasis ha puesto en el desarrollo de la capacidad de gestión de los hospitales públicos (Infante, 1998), pero hasta ahora no puede decirse que haya resultados medibles (Tafari, 1997). Algunos trabajos apuntan logros en la mejora de la competitividad de algunos hospitales públicos, mayoritariamente universitarios, como en Brasil (OPS/CEPAL, 1997).

El escaso avance de esta política, de la que deberían esperarse resultados positivos en la eficiencia de gestión de los establecimientos, puede deberse a que ha chocado desde su inicio con la dificultad de cambiar las formas altamente centralizadas de gestión existentes en el sector público. En la mayoría de países las decisiones sobre contratación y pago del personal, compra de insumos o inversiones en este sector están fuertemente centralizadas, esta centralización es un elemento de presión (y muchas veces de corrupción) social y político muy potente y en contadas ocasiones hay una voluntad en los gobiernos y sindicatos de cambiar estas condiciones.

Dos países, Chile y Costa Rica, han desarrollado relaciones de tipo cuasi contractual entre el nivel central (Ministerio o Caja del Seguro Social) y los establecimientos (Sojo, 1998). En ambos casos se está tratando de cambiar la asignación tradicional de los recursos financieros, en base histórica y retrospectiva, por un mecanismo que pondere este presupuesto de acuerdo con la productividad o la población cubierta. Colombia también está avanzando en este sentido.

Este cambio en la asignación se acompaña de una progresiva desconcentración de la gestión de los recursos recibidos, bien mediante cambios legislativos, bien a través de los resquicios que suele dejar cualquier normativa, por más centralizadora que sea. Estas experiencias parecen positivas, aunque todavía es muy pronto para evaluar resultados (Sojo, 1998).

En resumen, se han producido pocos avances en la mejora de la capacidad de gestión de los establecimientos públicos. En aquellos países en que se producen cambios paulatinos, éstos parecen relacionarse con la firma de cuasicontratos entre un organismo central y los establecimientos. En los cuasicontratos se especifican objetivos y metas y se establecen mecanismos de asignación de recursos financieros vinculados al logro de los objetivos.

e) La focalización del gasto público

Esta política promueve la aplicación del gasto público en salud a las intervenciones preventivas y a un paquete básico de prestaciones curativas que sean costoefectivas para resolver los problemas de salud más importantes. Propone también identificar los grupos de población que requieren de subsidios para acceder a estas intervenciones. La focalización es defendida por la banca multilateral (Banco Mundial, 1993) y otros organismos internacionales como OPS y CEPAL (OPS/CEPAL, 1997).

La focalización es aplicable siempre que exista el nivel suficiente de financiamiento público y es independiente de quien ejerza las funciones de aseguramiento y provisión. Identificar las prestaciones más adecuadas para los problemas más relevantes y garantizarlas a las personas de menores recursos es una política que, en teoría, mejora la equidad. Los problemas derivadas de la aplicación de esta política son de orden conceptual y técnico.

En el orden conceptual hay diferencias muy significativas de enfoque en relación con la equidad entre la propuesta de un paquete mínimo básico de acceso universal (equidad de mínimos) que, en definitiva significa un paquete mínimo para los pobres, y la garantía de un paquete de intervenciones para toda la población que aborden los problemas de salud más relevantes.

En el orden técnico, la determinación del contenido de la canasta está fuertemente limitada por la incertidumbre sobre la efectividad de las intervenciones sanitarias. Si se trata de la eficiencia, medida como costo – efectividad, las limitaciones del conocimiento son mucho mayores.

Si las canastas se establecen a escala nacional, siempre quedarán fuera de ellas las intervenciones para problemas de baja prevalencia en el conjunto, pero alta en un territorio o sector de la población determinado. Cualquier lista positiva deja fuera determinadas intervenciones que pueden representar una opción segura de vida o de mejora importante de la calidad de vida de algunas personas.

La focalización y su aplicación requieren la identificación rigurosa de las personas, en primer lugar, y a continuación de los ingresos de las personas o las familias, lo cual está lejos de ser fácil en cualquier país, y menos aún, en aquellos en que la economía informal o de subsistencia es mayoritaria.

En resumen, la focalización del gasto público puede ser una política que mejore la equidad en el financiamiento y en el acceso a los servicios de salud si su alcance es congruente con la capacidad de regulación y control del país y si se acompaña de otras políticas que van en el mismo sentido. Entre estas últimas, la más importante es conseguir que el financiamiento público sea suficiente y se redistribuya con criterios de equidad.

REFORMAS DE SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

A continuación se presentan algunos comentarios de las transformaciones llevada a cabo en los sistemas de salud de cuatro países, Chile, Colombia, Nicaragua y Costa Rica, con la finalidad de facilitar la comprensión global de las políticas descritas y sus posibles impactos.

Los criterios para seleccionar los países han consistido en el conocimiento de la autora y la existencia de cambios significativos en la organización del sistema de salud. Los aspectos que se comentan son el entorno político, económico y de servicios de salud antes de la reforma, el financiamiento y aseguramiento, la capacidad de regulación y control y el modelo de atención.

Como se afirma en la introducción, los sistemas de salud tienen escaso impacto sobre la salud. En consecuencia, se ha tratado, cuando ha sido posible, de establecer la relación entre la reforma y el acceso a los servicios de salud y no se ha tratado de hacer ninguna comparación entre reformas y cambios en los indicadores de salud.

Chile

Este país tuvo un sistema nacional de salud desde 1952 hasta 1981, financiado básicamente con recursos públicos, que daba cobertura a la totalidad de la población.

Las razones para llevar a cabo la reforma del sistema de salud en Chile deben buscarse en campos distintos de la salud. Responden a los principios del modelo económico neoliberal que impuso Pinochet y fue diseñada para dirigir los recursos públicos a aumentar las oportunidades de negocio del sector privado. En efecto, las aseguradoras privadas han tenido una rentabilidad muy alta, especialmente en los primeros años de funcionamiento, y han dado un auge importante al negocio de la salud, entre otros (Bitrán, 1997).

La reforma chilena, iniciada en 1981 en plena dictadura, rompió el sistema nacional de salud al terminar con la redistribución del financiamiento público. Además, el gasto público en salud cayó dramáticamente y no se recuperó hasta la restauración de la democracia en 1990. Tras la reforma el financiamiento se basa en cotizaciones obligatorias a cargo del trabajador. Todo trabajador chileno por cuenta ajena paga el 7% de su salario para salud y el Estado subsidia a los que no tienen un salario o una pensión.

A diferencia de los sistemas de seguros públicos que conocemos en Europa, cada individuo tiene derecho a un paquete de prestaciones proporcional a su aportación, es decir, el financiamiento por cotizaciones obligatorias no funciona como un sistema de redistribución.

Existen aseguradoras privadas, denominadas instituciones de salud provisional (ISAPRE), y una aseguradora pública, el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cada cotizante puede escoger su aseguradora según su capacidad económica. Por esta razón, las personas protegidas en ISAPRE son más jóvenes, con menor representación del género femenino y de mayores ingresos que la media (Bitrán, 1997). En consecuencia, FONASA tiene afiliados que cotizan menos y carga con la población de más edad y menores recursos, aquella que tiene más riesgo de enfermar.

Los sistemas de información permiten en Chile conocer con bastante precisión los afiliados a las ISAPRE, la gestión financiera de éstas y las prestaciones que reciben los beneficiarios.

FONASA, sin embargo, tiene problemas para la identificación de sus beneficiarios, lo que da lugar a la atención gratuita en el sistema público de personas aseguradas en ISAPRE cuando estas personas sufren procesos cuya atención no está cubierta por la póliza comprada. Esto da lugar a un subsidio cruzado de los más pobres hacia los más ricos. FONASA está mejorando sus sistemas de información central y de los hospitales, de manera que es de esperar que el subsidio cruzado vaya desapareciendo (Wainer, 1997).

El modelo de atención de los servicios públicos se organizó sobre la base de la transferencia a los municipios de la atención primaria de salud y la desconcentración de la gestión de los hospitales en servicios regionales de salud que dependen del Ministerio.

Esta separación afecta a la equidad de los servicios de atención primaria, cuyos ingresos son distintos según la riqueza del municipio. Además, su relación con la red hospitalaria no se ve favorecida por la distinta dependencia y la inexistencia de cualquier incentivo a la coordinación. Otra consecuencia de la falta de relación entre primaria y hospitales es la inexistencia de incentivos a la atención primaria para aumentar su capacidad de resolución, lo que resulta negativo para la eficiencia global del sistema (Larrañaga, 1997).

Colombia

Las motivaciones que llevaron a Colombia a iniciar un proceso de reforma del sector salud fueron el programa de ajuste macroeconómico y de apertura de la economía iniciado por el Presidente Cesar Gaviria desde 1990, siguiendo las líneas políticas auspiciadas por los organismos multilaterales que se han señalado en la introducción: el interés del Gobierno en reformar el sistema de pensiones, permitiendo la capitalización privada de las mismas, y el análisis del propio sector.

Este análisis mostraba múltiples compartimentaciones en el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios; una cobertura muy baja del Seguro Social, estimada alrededor del 20 al 25% de la población global y el 50% de los que tenían un trabajo asalariado (Morales,

1997), y un gasto global en salud alto, equivalente al 7,3% del PIB en 1993, mayoritariamente privado (Restrepo, 1997).

Las cifras anteriores llevaron a los políticos a afirmar que el gasto en salud era suficiente para cubrir las necesidades de la población si se redistribuía adecuadamente y se organizaba el sector. El diseño de la reforma se basó en las propuestas de Enthoven sobre la introducción de la competencia gestionada dentro de los sistemas de salud (Londoño, 1996).

La reforma colombiana, promulgada en la llamada Ley 100, establece el aseguramiento obligatorio de los trabajadores formales, trata de incentivar el aseguramiento de los trabajadores autónomos y compromete al Estado en el subsidio de aquellas personas que queden fuera de ambos grupos.

Establece un plan obligatorio de salud igual para todos los contribuyentes y se propone la meta de ofertar el mismo plan a los no contribuyentes en el año 2001. Diseña también un complejo sistema de planes para riesgos específicos y para complementar la oferta básica.

El Estado colombiano ha incrementado sustancialmente su aportación al sistema de salud (33% entre 1994 y 1995) (Restrepo, 1997). La Ley 100 y los reglamentos que la desarrollan diseñan un sistema de alta complejidad, con multitud de mecanismos de preservación de la equidad e incentivación de la eficiencia del sistema y de los proveedores de servicios.

El aseguramiento, incluyendo la afiliación y la recaudación de las cotizaciones, ha sido descentralizado a empresas privadas llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Estas empresas también son responsables de la organización y administración de los servicios, según lenguaje de la Ley 100, lo que equivale a la gestión de servicios propios o a la compra de servicios a proveedores ajenos.

Existen algunos problemas importantes para la implantación de la reforma. En primer lugar la economía y el empleo no han crecido al ritmo que se había previsto al promulgar la Ley 100; y esto ha afectado al financiamiento por cotizaciones (Morales, 1997). Además, los servicios públicos no pueden instalarse de manera estable en el 40% del país ya que la falta de presencia del Estado y la violencia, las migraciones internas y la emigración son muy importantes y no existe un censo fiable. Además de las dificultades de implantación, los complejos mecanismos diseñados para garantizar equidad y eficiencia no disponen de la información necesaria para ser efectivos.

La atención primaria, como en Chile, se ha transferido a los municipios, que en muchos casos no pueden hacerse cargo de estos servicios por falta de capacidad de gestión (González, 1997). Los hospitales públicos deben convertirse progresivamente en empresas públicas de servicios y recibir los recursos financieros con base en la actividad que realicen.

La cobertura de la seguridad social había aumentado en el primer año hasta la mitad de la población. Este crecimiento no seguirá la misma tendencia en los años siguientes, porque los primeros nuevos beneficiarios fueron los familiares de los afiliados (Plaza, 1997).

Nicaragua

Este país ha tenido dos reformas del sistema de salud, de orientación radicalmente distinta, con una separación de poco más de una década. En 1981 se fundó el Sistema Nacional Único de Salud, orientado hacia un modelo de sistema nacional de salud, con cobertura universal y un financiamiento basado en impuestos.

En 1993 se desintegró el financiamiento público y el aseguramiento obligatorio se privatizó. Desde entonces las cotizaciones de los trabajadores del sector formal son administradas por aseguradoras privadas que compran servicios al sector público y al privado y que ofrecen un paquete cerrado de prestaciones.

La atención al resto de la población es financiada por el Ministerio de Salud por medio de los impuestos. Se da la paradoja de que por cada beneficiario de la Seguridad Social (20% de la población) se recaudan alrededor de 160 US\$, lo que le da derecho a un paquete cerrado de prestaciones que no incluye la atención a enfermedades crónicas (diabetes o cáncer, por ejemplo), mientras que por cada persona no asegurada el Estado dedica a salud 20 US\$.

Cuando los trabajadores formales tienen un problema de salud cuya atención no está cubierta en el paquete establecido, son atendido en los hospitales públicos. De forma similar a lo que sucede en Chile, el sector público está subsidiando las enfermedades graves y costosas que sufren las personas aseguradas (Jané y cols, 1996).

El modelo de atención consta de hospitales nacionales de referencia situados en la capital, Managua, y en la ciudad de León, y un conjunto de redes de atención primaria y hospitales departamentales, organizados conjuntamente y con un grado importante de desconcentración, con territorios que coinciden con la división administrativa del país en departamentos, denominados sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS).

El financiamiento público y la cobertura han caído de una manera dramática desde 1990. Los servicios públicos no disponen de los recursos mínimos para dar atención, de manera que los usuarios tienen que aportar los materiales para ser atendidos. La población más pobre gasta proporcionalmente más en salud. Por ejemplo, las mujeres más pobres acceden menos a los servicios públicos y gastan más en la atención al parto, porque son atendidas con mayor frecuencia por parteras empíricas; de hecho, se trata de recursos privados porque estas personas cobran por su trabajo. (Banco Mundial, 1994).

Costa Rica

En este país la atención de salud a las personas ha sido transferida progresivamente a la entidad aseguradora pública, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La cobertura es universal y el financiamiento se basa en cotizaciones de empresarios y trabajadores e impuestos.

En Costa Rica se está consolidando un sistema equitativo en el financiamiento y en el acceso, que soporta además la tensión de un número indeterminado de inmigrantes (se estiman entre 500.000 y 1.000.000) que reciben también atención básica, con un gasto global en salud en 1995 equivalente al 8,6% del PIB, por encima de la media del continente americano (7,3) (OPS, 1998).

La decisión de modificar el sistema de salud se toma en el marco del proceso de modernización del Estado, que está llegando a la mayoría de servicios públicos, como el Servicio Nacional de Electricidad, aduanas, mercado de valores, entidades financieras, Instituto Costarricense de Energía, etc. Este proceso implica en unas ocasiones la privatización de los servicios y en otras, cambios en la gestión, manteniendo la propiedad pública.

El crecimiento del gasto en salud sin repercusiones en los indicadores de salud o en la productividad de los servicios fue la razón que llevó al gobierno a emprender en 1994 un proceso de modernización de este sector (Proyecto de modernización de la CCSS, 1997). Simultáneamente se iniciaron proyectos para mejorar las otras funciones de la CCSS (recaudación, pensiones, etc.). El cambio se ha producido a pequeños pasos, sin variaciones legislativas de importancia hasta el momento y con una evaluación interna y externa a la CCSS continuada (Sojo, 1998).

Esta modernización se ha basado en dos estrategias: La primera ha sido extender y fortalecer la atención primaria de salud, dándole responsabilidad sobre la población, no solo sobre los individuos que acuden a los centros, enfatizando las intervenciones de prevención y promoción y dotándola de mayor capacidad de resolución también en el campo curativo. Este modelo de atención, basado en equipos multidisciplinarios denominados EBAIS, ya está implantado en la zona rural y se está adaptando para la zona urbana.

La segunda ha consistido en la implantación de mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos en función de la productividad y la cobertura. Se han firmado cuasicontratos, denominados compromisos de gestión, entre el nivel central de la CCSS y los establecimientos. Estos cuasicontratos vinculan un presupuesto al logro de objetivos de salud, producción de servicios, mejora de la calidad de atención, de los sistemas de información, etc.

El compromiso de gestión se asocia a un aumento progresivo de la capacidad de gestión de los establecimientos, de manera que la autonomía de gestión sea progresivamente, una realidad. Incluye también incentivos al aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria.

La CCSS ha ido mejorando sus sistemas de información. Al inicio del proceso de modernización no se disponía de censo ni de ningún mecanismo consensuado para asignar población a los EBAIS, en la actualidad se dispone de este mecanismo y también se han fortalecido los sistemas de información sobre la demanda atendida y la facturación de servicios.

LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LOS PROYECTOS DE DESARROLLO

Como se afirma en la introducción de este trabajo, la salud de las personas es un factor de primer orden para el desarrollo de los países y el acceso a los servicios de salud tiene gran importancia para la salud y para la equidad.

Para que estos servicios tengan impacto sobre la salud y para evitar que las familias gasten sus ingresos tratando las enfermedades y restando recursos a la obtención de otras condiciones básicas, es necesario que el acceso sea continuado y económicamente sostenible. En una perspectiva de largo plazo esto solo puede ser garantizado por el Estado.

El gasto global en salud de la inmensa mayoría de países latinoamericanos es suficiente para prestar servicios de salud a toda la población en condiciones dignas y en aquellos que no entran en esta mayoría, como por ejemplo Haití, la comunidad internacional debería tener una atención específica y global, no referida separadamente a salud, que se proponga lograr que estos países lleguen a ser económicamente sostenibles de manera independiente.

Los dos factores que determinan que este gasto logre financiar un acceso equitativo a los servicios son el porcentaje público del mismo y su redistribución equitativa o de acuerdo con la aportación de los individuos.

Algunos Estados están aplicando reformas de salud basadas en políticas que ponen barreras económicas al acceso o no redistribuyen el gasto público de salud obtenido por cotizaciones. Aunque estas políticas se acompañen en teoría de mecanismos para subsidiar el acceso de los más pobres, en la práctica no hay medidas efectivas.

En consecuencia, un proyecto de desarrollo deberá tener en cuenta si sus acciones sobre el sistema de salud son sostenibles una vez finalizado el mismo; y debería evitar especialmente que sus acciones sirvan de colchón social temporal que facilite la aplicación de políticas que dejarán a la larga a los más pobres sin acceso a servicios curativos o, incluso, fomentarán un subsidio cruzado de los pobres hacia los ricos.

BIBLIOGRAFÍA

Abel – Smith B. Financiación de la salud para todos. Foro mundial de la salud, V 12 206 – 215. 1991.

Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. 1987.

Banco Mundial. Invirtiendo en Salud. Oxford University Press, 1993.

Infante A. Las reformas de los sistemas de salud en América latina y el Caribe. Revista de Administración Sanitaria. Vol. II n° 8 77 – 98.

Bitrán, R., Almarza, F.X. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile. CEPAL, serie financiamiento del desarrollo n° 56. Santiago de Chile 1997.

Calonge S. Rodríguez M. Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad. Papeles de economía española n° 76 253 – 272. 1998.

Griffin C.C. User charges for health care in principle and practice. Economic Development Institute of the World Bank. Edi Semiar Paper n° 37. Washington. 1988.

Iglesias, E.V. Reflexiones sobre el desarrollo económico. BID. 1997.

Larrañaga, O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. CEPAL, serie Financiamiento al desarrollo n° 49, Santiago de Chile, 1997.

Londoño J.L. Frenk J. Towards A new model for health system reform in Latin America. Technical Department for the Latin American and Caribbean Region. The World Bank. 1996.

Morales, L.G. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. CEPAL, serie financiamiento del desarrollo n° 55. Santiago de Chile. 1997.

Muñoz, C. Sistemas nacionales de salud de América Central: la respuesta actual y futura del sector. Proyecto de salud materno-infantil, convenio CE – ALA 91/25. 1998.

OPS. La salud en las Américas. Vol. 1. OPS. 1998-12-31.

OPS/CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en América latina y el Caribe. OPS/CEPAL Washington – Santiago de Chile. 1997.

OPS/OMS. Recursos humanos: Un factor crítico de la reforma sectorial en salud. Reunión Regional. San José de Costa Rica 3 – 5 de diciembre de 1997. HSP. Serie Desarrollo de recursos humanos n° 8. Washington. 1998.

Plaza, B. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia. CEPAL. Serie financiamiento del desarrollo. Santiago de Chile. 1997.

PNUD. Informe sobre el desarrollo humano. PNUD.1998.

Proyecto de modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social. Hacia un nuevo modelo de asignación de recursos. CCSS. 1997.

Restrepo M. La Reforma a la Seguridad Social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL. Serie Financiamiento del desarrollo n° 47. Santiago de Chile, 1997.

Sistema de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993. Edit. Unión Ltda. Bogotá.

Sojo, A. Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. CEPAL, serie Políticas sociales n° 27. Santiago de Chile. 1998.

Tafari R. Reforma al sector salud en Argentina. CEPAL. Serie Financiamiento del desarrollo n° 53. Santiago de Chile. 1997.

The Economist, editorial. Good intentions, road to hell?. The economist, 7 de octubre de 1995.

Wainer, U. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de las ISAPRES. CEPAL, serie Financiamiento del desarrollo n° 54. Santiago de Chile 1997.