

REFORMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Dr. Marcelo Avellanal*

El Centro de Estudios del SMU intenta aportar análisis y propuestas que permitan a diversos actores de la salud enriquecer su visión, desde otras miradas disciplinares y experiencias colectivas.

Es con esta mirada que realizamos el siguiente análisis en donde se encontrarán transcripciones conceptuales a partir de publicaciones realizadas por el investigador Dr. Daniel Maceira⁽¹⁾, sobre algunas de las experiencias latinoamericanas de reforma de los sistemas sanitarios⁽²⁾, sus desafíos y aprendizajes.

Estos elementos intentan ser unos aportes en materia sanitaria orientados a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). También, de los mismos podemos extraer algunos

de los mecanismos de economía política⁽³⁾, que, a nuestro criterio, resultan fundamentales para entender algunos éxitos y fracasos de los procesos reformistas de la región

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe son altamente heterogéneos no sólo en términos de los estándares de salud alcanzada, sino también en cuanto al rol desempeñado por cada uno de sus actores en el financiamiento y en el esquema de prestación de los servicios establecidos.

Ambos aspectos refieren a la capacidad del sistema de alcanzar niveles razonables de equidad en la cobertura (financiamiento), así como en asignar eficientemente los recursos disponibles por el sector (prestación).

Los esfuerzos de reforma, que pretendemos analizar, llevados a cabo en cada uno de estos países, son el producto de las capacidades del sector público, su representación política y diseño institucional, para establecer metas de salud a nivel nacional, lo que a su vez se encuentra determinado por la posibilidad que tiene el tomador de decisiones de alinear los objetivos de los actores participantes.

En este sentido, el Estado es un actor más –con distinto poder relativo de negociación–, según contextos nacionales, con mayor o menor capacidad para hacer efectiva la implementación del programa de cambios.

La naturaleza segmentada de gran parte de las estructuras sanitarias de la región limita la capacidad del reformador para llevar a cabo una estrategia que logre alcanzar los objetivos planteados.

Existen obvias dificultades metodológicas y conceptuales al comparar experiencias entre situaciones sociales, culturales y económicas diversas, incluida el riesgo de hablar de un solo “contexto latinoamericano”, pero a pesar de ello es posible aproximarse a experiencias comunes, de sociedades en transición, con altos niveles de inequidades históricas y similares realidades demográficas.

Existen fuertes diferencias re-

gionales en la organización de los Sistemas de Salud en América Latina, pudiendo identificarse cuatro grandes grupos:

1) El “Público Integrado”, donde el sector público cuenta con un poder casi monopólico en el financiamiento y la prestación de servicios (Caribe inglés, Cuba, Costa Rica). El sector privado juega un papel secundario, habitualmente como proveedor de servicios complementarios.

2) El “Sistema Segmentado Latinoamericano”, donde coexisten dos estructuras paralelas al interior del sector público, la asociada con el Ministerio de Salud y la vinculada a la Seguridad Social, con gran independencia entre ellas en la cadena de financiamiento, y un alto nivel de integración vertical en lo referente a recolección de ingresos, organización de los fondos de aseguramiento, gerenciamiento de dichos fondos y provisión de servicios. En algunos casos (Bolivia, con el Seguro Básico de Salud, México y Panamá) se observan mecanismos de subsidios cruzados, con limitada capacidad de cumplimiento de las reglas de cooperación definidas, y un sector privado que avanza en la provisión de servicios, aun en los estratos más humildes, mediante mecanismos de diferenciación de

precios de servicios entre grupos poblacionales de acuerdo a su capacidad de pago.

3) El “Sistema Único de Salud de Brasil”, donde el financiamiento de recursos fiscales generales se canaliza en la provisión de servicios en forma descentralizada, estadual y municipal, y no sólo a través de instituciones sanitarias del sector público, sino también mediante la contratación de prestadores privados dirigida a cubrir las deficiencias en la provisión de servicios. Paralelamente, existe un alto porcentaje de la población cubierto con seguros privados complementarios de los servicios públicos o “exclusivos” con ofertas integrales para los sectores sociales con alto nivel económico.

4) Las “Estructuras de Aseguramiento Social Intensivas en Contratos”, como son el caso chileno y el colombiano –con participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros (privados o sociales, según el caso)–, o la presencia de sistemas de seguro social que contratan prestadores mayoritariamente privados (obras sociales o mutuales) en la provisión de servicios, como en Argentina y Uruguay.

Tomaremos las experiencias de reforma brasileña y chilena como

paradigmas que permitieron procesar diversos objetivos y metas transformadoras con relativo éxito, desde visiones, situaciones institucionales y nacionales diversas. El actual proyecto de reforma uruguayo del SNIS recorre algunas de las complejidades de ambas reformas, tanto desde sus potencialidades como desde sus amenazas de sustentabilidad y desafíos estratégicos.

Objetivo: Ampliación de Cobertura, Aumento del gasto público sectorial.

Experiencia brasileña

Datos sociodemográficos de Brasil

Población: 189.323.000 habitantes.

Ingreso per cápita en US\$: 8.800.

Esperanza de vida al nacer H/M en años, 2003: 57/62.

Probabilidad de morir antes de alcanzar los 5 años de vida por 1.000 nacidos vivos: 20.

Probabilidad de morir entre los 15 y 60 años H/M por 1.000 habitantes: 230/121.

Gasto total en salud por habitante en 2005: US\$ 755.

Gasto total en salud como porcentaje del PBI 2005: 7,9%.

Ranking de inversión en US\$

per cápita en 191 países estudiados por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 54.

Ranking de performance global de 191 países estudiados por la OMS: 125.

OMS, Brasil 2008.

Un caso relevante de analizar a la luz del marco teórico presentado y la actual creación del SNIS en Uruguay, es el modelo de salud de Brasil. A fines de la década de 1980, la reforma que dio origen al Sistema Único de Salud brasileño genera una redefinición de la estructura del sector con el objetivo básico y principal de ampliar la cobertura de la población. Si bien la idea de equidad se encontraba subyacente en la ampliación de cobertura —en la medida que el acceso físico constituye un indicador mínimo de equidad—, los objetivos de contención de costos y sustentabilidad del proyecto no constituyeron prioridades en el cambio de salud propuesto. Esta estrategia resultó sólida en la medida que alineó los objetivos de todos los actores participantes. El sector público decidió hacerse responsable por el financiamiento del sistema, volcando una gran masa de dinero para cubrir las necesidades básicas de la mayoría de la población, complementando los mismos con el sector privado, que a su vez encontraron una po-

sibilidad de desarrollo potencial. Sumado a ello, se instrumentó un proceso de descentralización en la definición de metas y asignación de recursos federales, promoviendo el protagonismo de municipios y sus estados. Se fijó un piso básico de atención capitada, con niveles gerenciales claramente definidos a nivel nacional, estadual y municipal. Esta estrategia dejó para una segunda instancia acelerar los procesos orientados a consolidar la sustentabilidad y la equidad del programa, constituidos actualmente en los grandes desafíos que enfrenta el modelo brasileño.

Es importante retener que la decisión fiscal de incremento del gasto público sectorial, provee los estímulos e incentivos para alinear, con menor grado de dificultad política y de gobernanza, a todos aquellos que desde la oferta ven potenciada su presencia a nivel de mercados. Todos los sectores, aseguradores, prestadores, proveedores profesionales, se ven beneficiados por el proceso, tendiendo a optimizar sus ganancias y carteras de clientes. Esta fue la opción brasileña, encaminada por gobiernos democráticos, hacia la atención de una sociedad compleja e inequitativa que no contaba con mínimos asegurados de atención en amplios sectores poblacionales. Las posibilidades de mantener en el tiempo

dicho nivel de “gasto” depende de las situaciones macroeconómicas, del contexto e interdependencia global. Implican estas opciones, riesgos de inestabilidad en momentos de recesión y por ende de crisis fiscales, donde se repiten experiencias históricas en Latinoamérica, de aseguramiento constitucional declarativo, de derechos que no se ven refrendados materialmente⁽⁵⁾.

Objetivo: Contención de Costos, Sustentabilidad.

Experiencia chilena

Datos sociodemográficos de Chile

Población total: 16.465.000 habitantes.

Ingreso per cápita en 2005: US\$ 11.270.

Esperanza de vida al nacer H/M en años: 75/81.

Probabilidad de morir antes de los 5 años por 1.000 nacidos vivos: 9.

Esperanza de vida sana al nacer en años H/M: 65/70 (2003).

Probabilidad de morir entre los 15 y 60 años H/M en años, 121/60.

Gasto total por habitante en salud en 2005: US\$ 668.

Gasto total en salud como porcentaje del PBI en 2005: 5,4%.

Ranking de performance global dentro de 191 países estudiados

por OMS: 33

OMS, Chile 2008.

En el caso chileno, con un gobierno dictatorial y con una cobertura histórica más amplia al momento de “decretar” la reforma sectorial, el objetivo fue lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos, brindando previsibilidad y reduciendo la exposición financiera del Ministerio de Salud Pública y, por ende, de los fondos fiscales dentro de un entorno de liberalización económica y autoritarismo político.

Para ello, la estrategia diseñada presentó dos vías de implementación. Por un lado, promoviendo una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos, los que se vieron ampliados con la creación del Fondo Nacional de Salud. Este último incorpora los aportes de aquellos trabajadores en relación de dependencia que optan por un seguro público. Por otra parte, se generó una estructura paralela de seguros, los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES)⁽⁶⁾, lo cual permitió involucrar al sector privado en el proceso de reforma.

El resultado actual es de un modelo dual de financiamiento, donde las ISAPRES, mediante una agresiva campaña de afiliación, logran “descremar”⁽⁸⁾ el sistema de

salud, al tiempo que generan al sector público el efecto de “selección adversa”⁽⁷⁾ —elección de aseguramiento realizada por las personas de mayor edad, mayor carga de enfermedad—, que obstaculiza la eficacia y democratización en la utilización de estos fondos. Claramente, el objetivo de sustentabilidad constituyó una de las metas prioritarias de la reforma chilena de la década de 1980, que obtiene resultados de salud por encima del promedio general, dejando para un segundo momento el tema de la equidad. Actualmente, el desafío de los gobiernos democráticos es lograr un esquema de seguridad social que transfiera y garantice las prestaciones integrales de los diversos planes de las ISAPRES y una redistribución de los fondos hacia el fortalecimiento del sector público. El modelo chileno ha dejado como aprendizaje la necesidad de una regulación orientada al funcionamiento de los “mercados de salud”, en donde la liberalización de los mismos, sin los controles adecuados, consolidan la inequidad estructural y la dificultad de acceso para las poblaciones de menores recursos, así como “conductas oportunistas”, tanto desde el lado de la oferta de los prestadores asistenciales (“descreme” del mercado-selección de poblaciones jóvenes de mejores ingresos) y con menor carga

de enfermedad, dejando al sector público aquellas poblaciones con mayor nivel de riesgo y costos esperables. A su vez, desde el lado de los consumidores, usuarios, se generan estímulos para contratar seguros que cubran lo ambulatorio, con menores costos, pero que no prevén los eventos graves y aleatorios, que, de ocurrir, se espera sean cubiertos por el sector estatal o público que actúa como “segundo asegurador” con “mandato sin financiamiento”.

Datos sociodemográficos de Uruguay

Población total 3:331.000 habitantes.

Ingreso per cápita en 2005: US\$ 11.150.

Esperanza de vida al nacer H/M en años: 72/79.

Esperanza de vida sana al nacer H/M en años: 63/69.

Probabilidad de morir antes de alcanzar los 5 años (por 1.000 nacidos vivos): 15.

Gasto total en salud por habitante en 2005: US\$ 885.

Gasto total en salud como porcentaje del PBI en 2005: 8,1%.

Ranking de performance global entre 191 países estudiados por OMS: 65.

OMS, Uruguay 2008.

Entendemos que las dificultades

de los procesos de reforma son la norma, y que su tendencia al equilibrio en el largo plazo se ve amenazada por situaciones contextuales que no son posibles de manejar exclusivamente por los análisis coyunturales reformistas en base a escenarios únicos. A pesar de ello, debemos jerarquizar las experiencias internacionales, para no cometer similares errores de implementación.

En este sentido, el objetivo estratégico y común a varias experiencias transformadoras de “extensión de cobertura sanitaria”, debería ser problematizado conceptualmente.

Parece mejor hablar de “extensión de la protección financiera al momento de enfermar”⁽⁵⁾.

Extensión de cobertura puede significar muchas cosas, entre ellas, cobertura geográfica: presencia física de hospitales, clínicas o puestos de salud, sin necesariamente preocuparse de si la gente “cubierta” los utiliza.

Por cobertura financiera se entiende la afiliación formal a un seguro, o mutual, sin cuestionar tampoco los servicios “cubiertos” ni la disponibilidad y costes de alternativas o las barreras de acceso como los copagos.

El verdadero reto es proteger a más gente contra el riesgo de afrontar costes sanitarios tan altos que lo empobrecería al ser atendi-

dos o en su caso los dejaría sin asistencia. Proteger implica disponer físicamente de servicios, con mecanismos prepagos de financiamiento y que no deben salir del bolsillo del usuario al momento del uso.

Los sistemas de servicios públicos financiados por impuestos generales o el aseguramiento obligatorio con subsidios a poblaciones de menores recursos parecerían ser, junto a los fondos únicos de financiación y pooling de riesgos⁽⁵⁾, los escenarios más favorables a la equidad y eficiencia sistémicos, dependiendo su viabilidad del desarrollo cultural, fiscal e institucional de las sociedades en cada momento histórico.

La protección estable en el tiempo implica prever escenarios de crisis económicas, con planes de contingencia, cubriendo eventualidades como la desocupación transitoria. Es un desafío que involucra a todas las funciones del programa de reformas, buscando un control de costos y la eficacia de los prestadores en relación con el resultado de sus acciones. El fortalecimiento de la capacidad de “Rectoría”, el “Análisis estratégico de los diversos actores”, la “Elaboración de incentivos” y “Sistemas de información legítimos”, son todos elementos que permiten avanzar en un área de alta complejidad, donde los pensamientos lineales

o las simplificaciones ideológicas pueden resultar catastróficos para todo el sistema.

***Médico. Miembro del CES.**

Notas

1. Dr. Daniel Maceira. Doctor en Economía. Investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires. Investigador para el BID en su Departamento de Desarrollo Sostenible. Docente de postgrado de Gestión de Salud del CLAEH.

2. Economía política de las reformas en salud: Un modelo para evaluar actores y estrategias. Nota técnica de salud N° 2 de marzo del 2007, BID. Departamento de Desarrollo Sostenible.

3. Actores y reformas en salud en América Latina. Nota técnica de Saúde, N° 1 de marzo del 2007, BID. Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas de Desarrollo Social.

4. Privatización de los servicios de salud: La experiencia de Chile y Costa Rica. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas-Houston. Departamento de Sociología, Universidad de Texas-Austin-. N. Homedes/A.Ugalde consultores de OMS-PNUD.

5. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia europea?/Figueres/Musgrove/Carrin/Durán. WHO Regional office for Europe. Copenhagen. Dinamarca.

(6) ISAPRES, son un componente básico del sistema chileno, compañías aseguradoras privadas que reciben la cotización del 7% de los trabajadores formales a través del Fondo Nacional de Salud. Ofrecen diversas pólizas según núcleo familiar, el monto absoluto de la cotización, con diferentes deducibles, copagos y cientos de planes de coberturas diversos con limitaciones para cargas de enfermedad diversas.

7. Selección adversa en mercados de aseguramiento voluntario es el proceso mediante el cual las personas más riesgosas tienden a asegurarse y/o a seleccionar las pólizas de mayor cobertura.

8. Descreme de mercado, tendencia de las aseguradoras a seleccionar los “mejores riesgos”, esto es, aquellas personas cuyo gasto esperado es considerado inferior al promedio. Jóvenes, menor carga de enfermedad, mayores ingresos.