

Algunas consideraciones sobre los procesos de reformas de los Sistemas de Atención a la Salud

Prof. Adj. Carlos Güida

Curso NAS

Area Salud



Atención a la salud: ética en las sociedades de mercado. Aportes a la reflexión María del Pilar Guzmán (2005).

- la atención sanitaria no es una mercancía
- la atención es un bien colectivo
- los pacientes no son consumidores de salud
- la salud no es un mercado de pérdidas y ganancias
- la salud es un bien social
- la atención a la salud es un ejercicio de derechos democráticos
- la salud debiese escapar a las leyes de oferta y demanda

Financiamiento de la atención y derechos ciudadanos

“El financiamiento de la salud es ahora el meollo de la política sanitaria y esta, a su vez, un aspecto muy importante de la política en general. La teoría y la práctica de la justicia configuran entonces el concepto y cuidado de la salud. El problema de la justicia distributiva - paladín de la bioética de la política sanitaria --, es ético y económico: una cuestión de principios y resultados. La economía de la salud y la ética médica aportan elementos que posibilitan tomar decisiones clínicas más científicas y certeras, así como conciliar la racionalización económica con la racionalidad ética y las prioridades epidemiológicas con las económicas, a fin de identificar las mejores opciones para la asignación de los insuficientes recursos disponibles. Se precisa de un renovado esfuerzo con medidas más efectivas, realistas y pragmáticas que permitan lograr la equidad y la justicia social en la salud humana y, por tanto, dar vida a una auténtica ética de la salud pública”. (Escobar Yéndez)

Equidad y Reforma: principios e imprecisiones (basado en Amlemida, C. (2004))

Existen distintas dimensiones de la equidad en salud: equidad en las condiciones de salud y equidad en los servicios de salud.

Es raro que se explicita claramente el concepto que se está utilizando. Difícil operacionalización del concepto.

La inclusión del principio de la equidad NO es acompañada automáticamente por la implementación de políticas que resulten tendencialmente en la superación de las desigualdades.

Equidad en salud se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, además de consideradas socialmente injustas. Valores y principios éticos, morales y político-ideológicos que varían en el tiempo y espacio y deben ser pactados políticamente - Diferentes connotaciones en distintas sociedades y diferentes momentos

La ausencia de diferencias sistemáticas potencialmente superables (remediables) en grupos poblacionales definidos

Diversas maneras de medir la justicia social. Diferentes resultados. Por lo tanto, la definición de equidad elegida para ser operacionalizada y las formas de medirla reflejan esos valores y opciones de determinada sociedad en esos momentos específicos.

Reforma y equidad: imprecisión conceptual

Esa imprecisión conceptual presente en ambas temáticas revela los objetivos estratégicos de diferentes definiciones .

Desde los años 80, se defiende la necesidad de operacionalizar adecuadamente el principio de equidad: límites políticos colocados por la escasez de recursos y la decisión selectiva sobre su aplicación ? perspectiva restrictiva.

Servicios de salud: se recomienda el establecimiento de prioridades, y una Política pública compensatoria y focalizada en los más necesitados, basadas En indicadores de costo - efectividad y de carga de enfermedad
A priori no lleva al alcance de mejores niveles de equidad.

Concepto de Reforma Sanitaria

- *"un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población". (Infante, 2000)*

- La aplicación de procesos de REFORMA en los países de América Latina y El Caribe es justificada por variadas circunstancias presentes, en particular los desafíos a los servicios de salud generados por los cambios demográficos, con la consiguiente falta de acceso de todos los ciudadanos a la atención, las desigualdades significativas en materia de condiciones de salud, el financiamiento insuficiente del sector, el alza de costos y la introducción de tecnologías inapropiadas y costosas.
- Las bases teóricas en las cuales se sustentan las REFORMAS aplicadas reconocidas son, entre otras:
- la Estrategia de Atención Primaria de Salud aprobada en Alma Ata (1978)
- la Carta de Ottawa y otros documentos sobre promoción de la salud
- movimientos de Municipios y Comunidades Saludables (surgidos a mediados de los 80). (López Pardo, 1996)

- La Reforma del Sector Salud, refiere al modo por el cual se da el cambio y no a los resultados del mismo (Bobbio, 200). Es por tanto un proceso continuo de cambio de políticas sanitarias y de las instituciones a través de las cuales se ponen en marcha, que implica:
 - Cambio estructural de arriba hacia abajo
 - Cambio que persigue determinados objetivos políticos
 - Cambio sostenido, a largo plazo
 - Cambio de instituciones
 - Cambio de estatutos organizativos
 - Cambio de estilos de gestión

Reforma de Sistemas de Salud: Definición

C. Almeida (2004)

“Procesos de cambio estructural en el área de atención a la salud, vinculados a transformaciones más amplias (contexto económico, político, ideológico y social), esto es, momentos históricos en que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender a la población, así como los roles del Estado (con sus instituciones) y de las organizaciones privadas (tanto de la sociedad civil como del sector empresarial) que actúan en el sector”.

“Olas” de Reforma en el siglo XX (Almeida, C, 2004)

Primera:

Fin del siglo XIX y primeras décadas del XX, antes y después de la 1º Guerra Mundial, con subsidios estatales y programas específicos para pobres y trabajadores de baja renta, emergencia programas nacionales (modelo alemán - seguro nacional de salud).

Segunda:

Posterior a 2º GM, extensión o universalización de antiguos programas o creación de sistemas nacionales de salud - derecho de acceso en derecho de ciudadanía (modelo inglés - NHS).

Tercera:

Dos momentos distintos - años 60-70 con expansión de los servicios de Asistencia médica; y años 80, crisis de ese modelo y formulación de un agenda “pós-welfare” también para el área de salud (hegemonía neo-liberal y los “modelos” formulados en EUA) - Reformas contemporáneas.

Eje central de esas transformaciones - importante intervención del Estado en el direccionamiento de procesos de cambio.

Dimensiones de la intervención del estado en los sistemas de servicios de salud

- Son muy variadas, pero se resalta que los SS difieren entre si en la interconexión de cuatro de ellas, particularmente importantes:
 - Monto del financiamiento público.
 - Regulación que esa estructura de financiamiento proporciona.
 - Propiedad de los medios de producción de servicios.
 - Papel del Estado como empleador
- La forma de imbricación de esas dimensiones es el resultado concreto del desarrollo histórico de los sistemas de salud, que se situó siempre en torno al debate entre lo público y lo privado, entre el Estado y el mercado y definen la Capacidad Regulatoria del Estado que si es crítica tanto para la planificación cuanto para la eficiencia de los SSS e incluye definición y control sobre:
 - QUIEN debe ser asegurado.
 - COMO la atención será prestada.
 - COMO proveedores serán pagados.
 - COMO los recursos serán distribuidos.

Según López Pardo (1996), los principales obstáculos han sido:

- La escasa coincidencia entre los países, los actores dentro de cada país y las agencias de cooperación, en relación con los contenidos y la naturaleza de la reforma.
- Las dificultades en la viabilidad política, exigen gran capacidad de liderazgo, de negociación y de ajuste (mayor en casos de los procesos de reformas integrales que en los casos de reformas parciales).
- No ha existido estabilidad de los máximos actores responsables de impulsarlas, de conducir los estudios y de negociar las propuestas
- Las reformas parciales resultan en modelos menos consistentes que los concebidos por 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 existido discrepancia entre las autoridades económicas y de salud respecto a los objetivos y las estrategias del proceso de reforma
- Existen reclamos por parte de los usuarios respecto a los beneficios de las reformas".

- “Prevalece una situación evidentemente contradictoria. Por una parte, las políticas aplicadas de privatización, descentralización y focalización -en las que básicamente se fundamentan los procesos de RS- han sido una prolongación de las políticas globales de ajuste predominantes en el campo económico y social⁷ y que han sido causa -admitido por múltiples organismos internacionales (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. Washington, D.C., 29-30 sept. 1995)- de la exacerbación de las iniquidades sociales en ALC, consideradas a su vez como las más acentuadas en el mundo. Se ha expresado que "la privatización dejará sin opciones de atención a los más pobres, la descentralización sin la presencia de un Estado central con decisión política de corregir desigualdades, abandonará a los pobres a su propia suerte; y los intentos de focalización significarán un retorno a las viejas prácticas de la beneficencia que en los hechos significa dar un poquito a muy pocos"

Uruguay y sus intentos de Reforma (León, Vivas, Güida et al.; 2005)

- 1980: cambios en el sistema de salud en el marco de un proyecto global de mejoramiento de la gestión pública con los objetivos de:
 - Revalorizar estrategia de atención primaria
 - Mejorar coordinación entre sus sectores público y privado
 - Modernizar sistemas de información
 - Descentralización y autonomía hospitales públicos
 - Fortalecimiento rol rector Ministerio de Salud

- 1985: Concertación Nacional Programática: Propuesta de la creación de un Sistema Nacional de Salud como organismo responsable de la ejecución de los programas que integren el Plan Nacional de Salud. Se propone instaurar el Fondo Nacional de Recursos

- En 1987 creación de ASSE como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud del MSP. En el mismo decreto creó el marco normativo que posibilitaba la transferencia de la gestión de los establecimientos públicos de salud a los gobiernos departamentales y/o a las IAMC (artículo 275 de la Ley 15903). Esto implica un paso importante en dirección al principio de separación de las funciones asistenciales y normativas del Estado (Piotti, 1995).

- En 1995 gobierno envió al Parlamento proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno de sus artículos establecía la descentralización de la ASSE, dicho proyecto no fue aprobado debido a la presión del sector privado, que veía en ASSE un competidor potencial. y puso de manifiesto las dificultades políticas de alternativas de reforma, así como el poder político de las instituciones y actores del sector (MSP, 1995)

- *1997. Firma de compromisos de Gestión de ASSE con 10 hospitales de la Red Sanitaria.*
- *1999. Precipitación de la crisis del sub-sistema IAMC, con un fuerte contenido de ajuste auto-regulado por el sub-sector privado.*
- *2000: Ley de Presupuesto 2000-2004: Reorganización estructural del MSP, separando las funciones de Regulación de Políticas (MSP), Financiamiento (ASSE) y Provisión de Servicios: unidades Prestadoras (ÚP).*
- *Publicación del Informe Delphi priorizando los problemas del Sector Salud, donde aparecen como problemas importantes, la violencia y la falta de un modelo de política de Salud (déficit de equidad, accesibilidad, superposición de servicios, etc).*
- *2002: Aprobación en el Parlamento de la Reestructuración funcional del MSP- DIGESA: Creación de tres áreas: Servicios de Salud (Calidad, Evaluación y Auditoría), Productos (Equipos de salud, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y Medicamentos) y Salud de la Población (epidemiología y Programas Prioritarios)*
- *Aprobación del Decreto del Poder Ejecutivo (128/02) "Cartilla de los derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud"*
- *2003: Creación de las oficinas DAPS (Desarrollo de APS). Firma de "Compromisos de gestión" con 48 hospitales de la red*

- 2004: VIII Convención Médica. Conclusiones:
- El sector salud en el Uruguay es extremadamente complejo, tanto en lo que respecta a las prestaciones como al flujo financiero.
- El sistema no asegura una cobertura universal.
- Es un sistema fuertemente iniquitativo, tanto en la forma de financiación, como en la distribución y uso de los recursos si se compara el subsector público con el privado y al interior de cada uno de ellos, iniquitativo en lo que se refiere a la calidad e incluso cantidad de las prestaciones, y también en cuanto al salario, condiciones de trabajo y acceso al mercado laboral de los trabajadores médicos y no médicos, esto también al interior de cada subsistema, e iniquitativo por último en cuanto a la regulación y a las variables de ajuste económico ante contingencias.

- La población no tiene asegurada la accesibilidad al sistema al que está en gran medida obligada a aportar y no tiene asegurada tampoco la participación en ninguna de las etapas de la toma de decisiones.
- El modelo es fuertemente asistencialista, funciona a demanda de la población, no está adaptado al perfil epidemiológico y demográfico del Uruguay, las acciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación son de escasa magnitud, y dirige la mayor parte de sus recursos económicos y la formación de sus recursos humanos hacia la alta tecnología.
- Incurre en un gasto elevado del PBI del país sin tener objetivos claros en materia de salud, sin una política de Estado en la materia y sin que, pese a que los resultados obtenidos no se corresponden con ese gasto, se evidencie, más allá del discurso, una clara voluntad política de cambio.

- Así constituido es un sistema complejo con un elevado entrecruzamiento de poderes, conflictos de interés y gran poder “lobista” que hace muy dificultosa la toma de decisiones, en caso de que hubiera claridad y voluntad de tomarlas.
- Se verifican resultados sanitarios pobres en relación con el gasto y deterioro de la posición relativa del Uruguay en la materia en el ámbito internacional
- Es por todos constatable la gran insatisfacción tanto de los usuarios como de los médicos y funcionarios con el modelo analizado”.
- Ejercicio: CONTRASTAR ESTES POSICIONAMIENTO Y LOS DISCURSOS DE SECTORES MEDICO EN CONFLICTOS DURANTE EL PROCESO DE REFORMA

Sistema de salud uruguayo, previo a la Reforma

(M^a J. Muñoz, 2006)

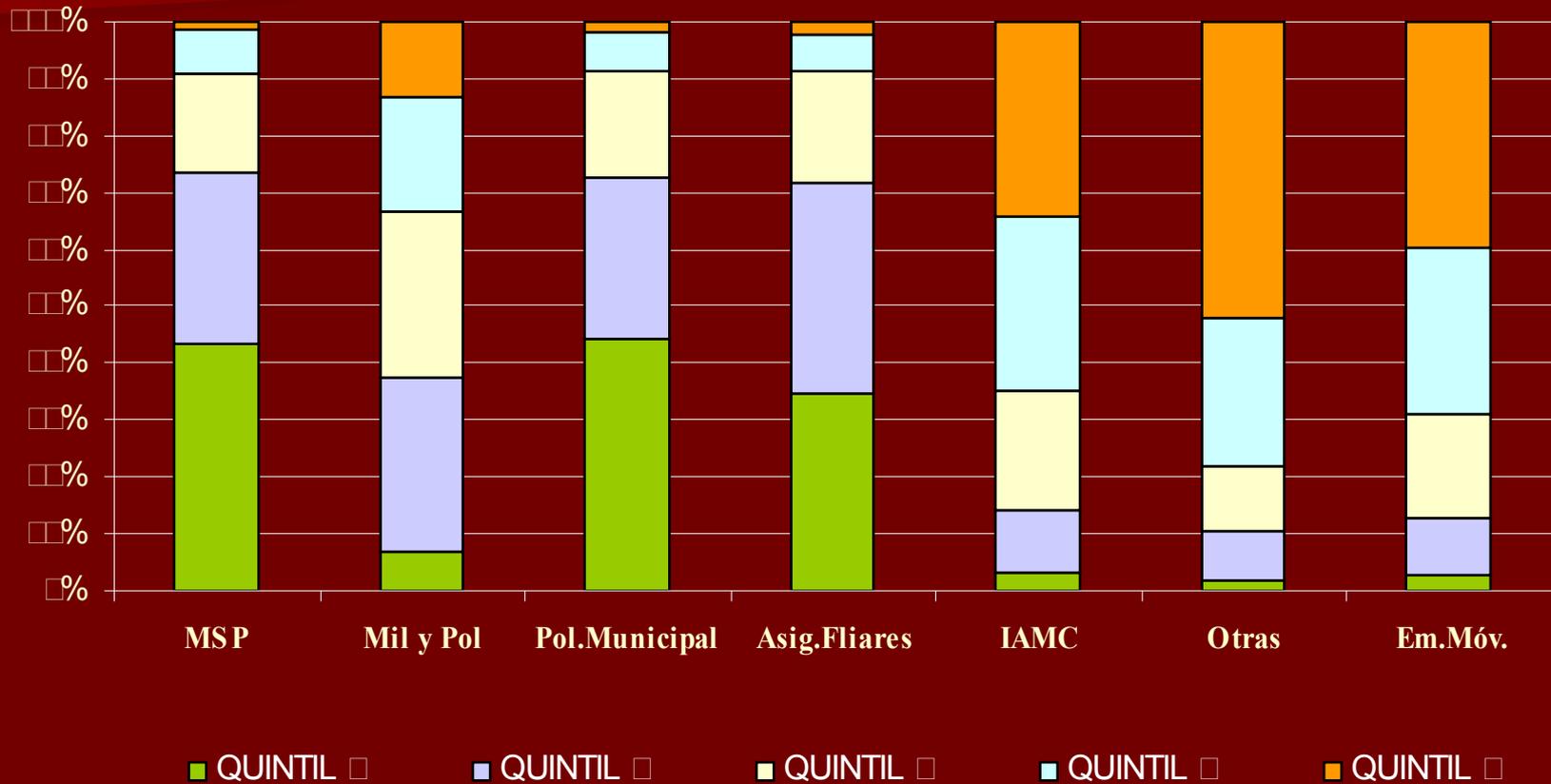
Subsistema	Principales prestadores	Cobertura	Financiamiento
Subsistema público	ASSE Hospital de Clínicas	Toda la población sin otra cobertura 48% de la población	Recursos fiscales
Seguridad Social	Contrata IAMC	Trabajadores privados Algunos públicos Jubilados de bajos ingresos 20% de la población	Contribuciones sobre ingresos Recursos fiscales
Subsistema privado	IAMC	43% de la población (incluyendo seg. Soc.)	Gasto privado Recursos de la Seguridad Social

Cobertura en salud de los uruguayos (Muñoz, 2006)

- Alta correlación entre tipo de cobertura, nivel de ingresos y condición de actividad: existe una salud para ricos y una para pobres.
- 55% de la población menor de 14 años pertenece al 30% más pobre de los hogares.

Casi el 90% de los niños más pobres del país se atienden en el sector público

Cobertura y nivel de ingresos



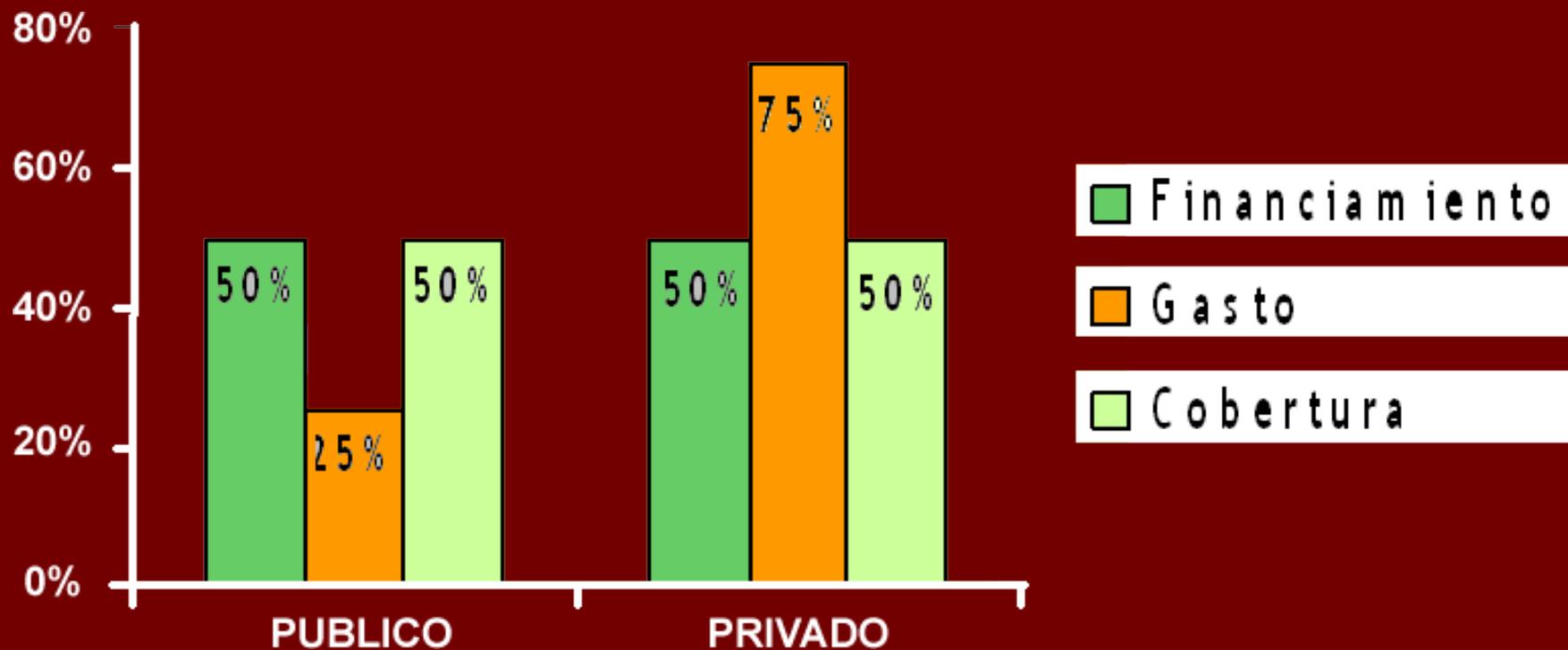
Fuente: Procesamiento de Microdatos ECH (INE) 2004

Fuentes de Financiamiento y

Fuente de financiamiento	Prop. del gasto
Impuestos Generales y contribuciones	21.9%
Precios de Empresas Públicas	2.3%
Seguridad Social	25.4%
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	49.6%
Gasto Privado en seguros	32.4%
Gasto Privado “de bolsillo”	18%
FINANCIAMIENTO PRIVADO	50.4%

Sector	Gasto	Cobertura
Público	25%	50%
Privado	75%	50%

Financiamiento, Gasto y Cobertura



Agentes financiadores de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva-IAMC (Muñoz, 2006)

AGENTES	Millones \$	%
IAMC	7.824	53,29
BPS – Seguro Enfermedad	4.537	30,9
Empresas y Org. Públicos	691	3.82
FNR	480	3,27
Intendencias	397	2.71
Seguros Convencionales	334	2,27
Sanidad Policial	200	1,36
Universidad	152	1,03
BPS – Sanatorio	49	0,33
BSE	130	0.89
Caja Notarial	19	0,13
TOTAL	14.683	100

La Conformación del Seguro Nacional de Salud (Muñoz, 2006)



El sistema de cuidado a la salud

- **Es una red compleja de prácticas sociales que tiende a depositar en determinadas instituciones y personas el “deber ser” traducido en roles de responsabilidad, disponibilidad, así como los recursos necesarios con el fin de atender y cuidar a individuos y grupos humanos, mediante acciones más o menos específicas, definidas como prácticas de cuidado a la salud.**
- **Abarca desde instituciones públicas (por ejemplo: BPS, BSE, ASSE) y privadas (instituciones con fin lucrativo o no), las asociaciones civiles de apoyo a las personas con discapacidades y el sistema de cuidado doméstico a la salud.**

El sistema de cuidado a la salud

- **Existen mandatos constitucionales o legislativos para hacerse cargo del cuidado de la salud en sus distintos niveles de prevención y atención.**
- **En sociedades patriarcales, el cuidado doméstico de la salud es realizado abrumadoramente por mujeres y se “invisibiliza”, es decir corresponde a los mandatos de género.**
- **¿Cuál ha sido y cuál es el papel del Estado en cuidar la salud de la población?**

Textos constitucionales, derechos y responsabilidades en salud

- En los textos constitucionales de la Región, se observan diferentes concepciones acerca de la salud como derecho. En algunos textos, la salud aparece como un derecho individual (Bolivia, Chile, México, Panamá, Paraguay).
- En cambio, en otros la Salud es reconocida como un derecho social (Brasil, Venezuela).
- “Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, la vivienda, el tiempo libre, la seguridad, la previsión social, la protección a la maternidad y la infancia, la asistencia a los desamparados, en la forma de esta Constitución”. (artículo 6, Constitución Brasil)
- “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.... Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud”. (Venezuela, en el artículo 83 de la Constitución)

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO – LA PROGRESION HACIA EL DERECHO A LA SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE – ONU, 2008

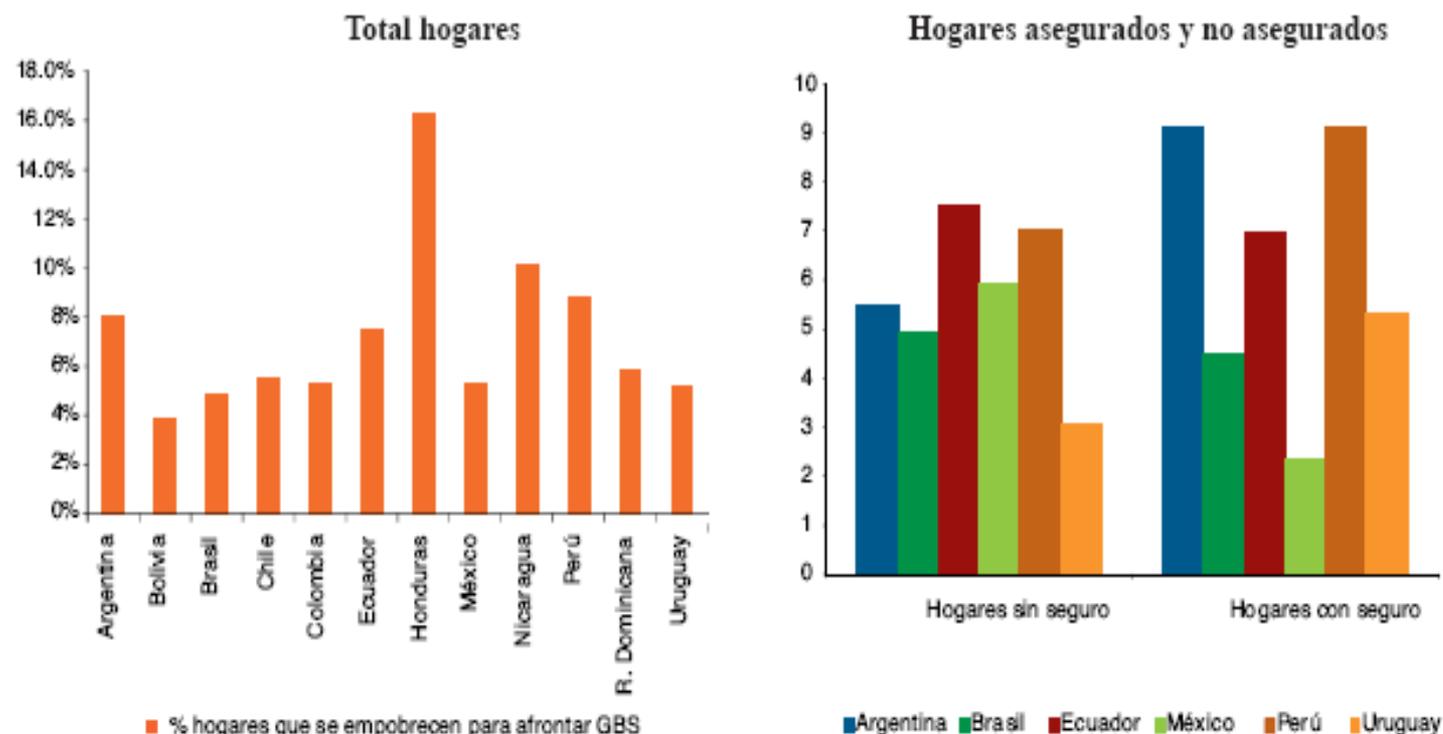
El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total del gasto de consumo doméstico representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos —denominados también gastos de bolsillo— o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (OPS, 2007b). Los hogares realizan estos pagos directos de manera fragmentada, generalmente al prestador del servicio; ellos dependen de la capacidad de pago de cada cual y, por tanto, son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos (Sojo, 2003). Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias.

Los gastos de bolsillo en salud abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos de carácter neto, es decir, deducidos de los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. La carga del gasto de bolsillo expresa la magnitud de tales gastos respecto de la capacidad de pago del hogar. Esta se define como el ingreso total del hogar menos sus gastos de subsistencia.⁴

Gráfico V.1

PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, INCIDENCIA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD SOBRE LA CAPACIDAD DE PAGO DE LOS HOGARES

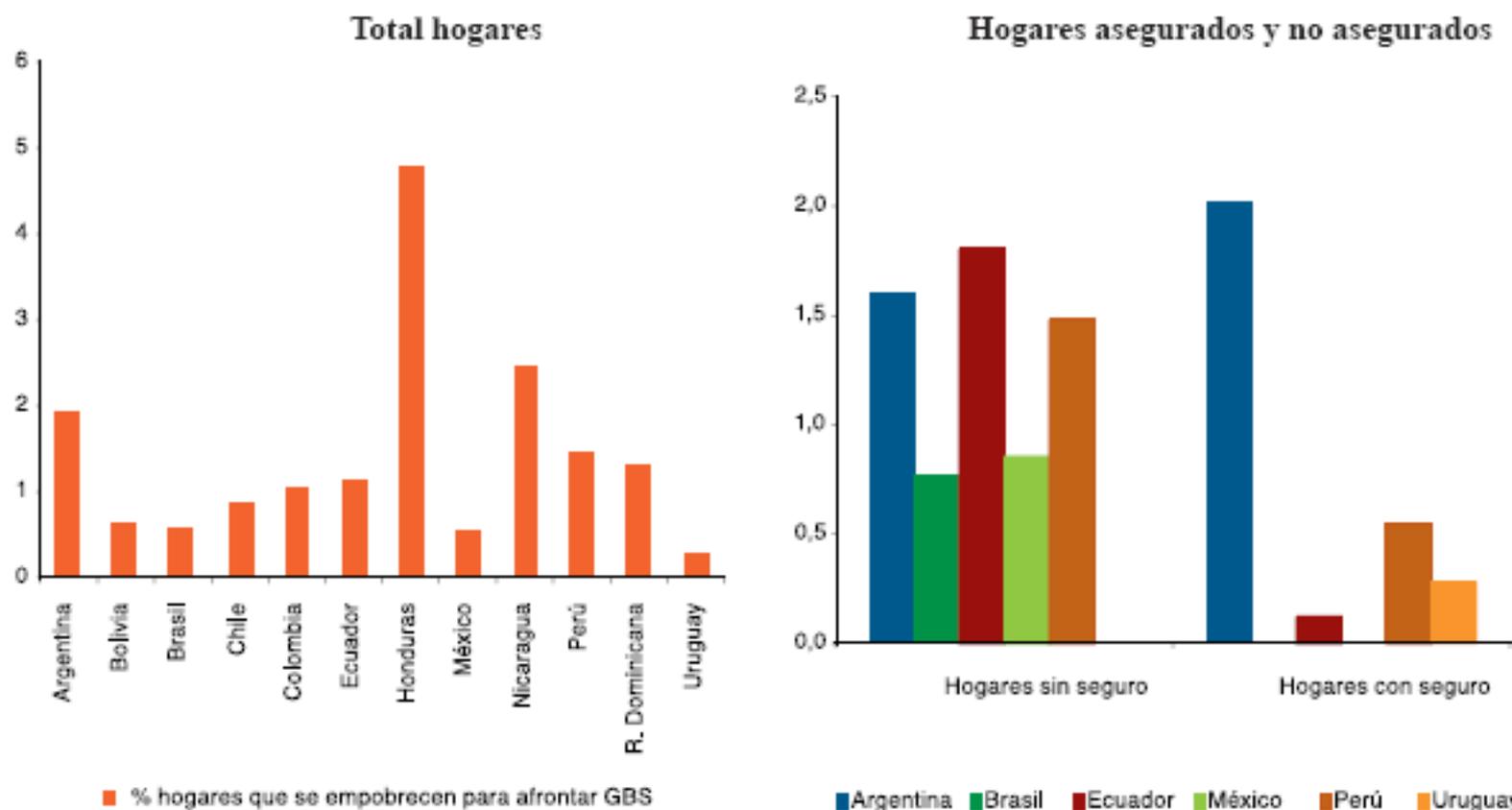
(En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud de siete países latinoamericanos", *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y "Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): HOGARES QUE SE “EMPOBRECEN” TRAS AFRONTAR GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
(En porcentajes)



Fuente: M. Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y "Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

Nota: Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1

En ese sentido, algunos hallazgos muestran cómo la carga del gasto de bolsillo en salud se relaciona no solo con la cobertura de los sistemas públicos de salud y con los precios que prevalecen en estos mercados, sino con los sistemas de seguro. En Argentina y Uruguay, el Estado presta servicios médicos directamente a la población de menores recursos y la cobertura del sistema de seguro social es relativamente amplia. Pero en estos países precisamente son los hogares con cobertura completa los que sobrellevan una carga mayor de gastos de bolsillo en salud⁷ y enfrentan tasas más altas de “empobrecimiento”, en circunstancias de que tampoco el costo de su cobertura médica es menor. Por ejemplo, en Argentina los hogares con cobertura completa destinan un tercio de su gasto mensual en salud al pago del seguro médico y en Uruguay, este costo se eleva al 57%. Por otro lado, en Ecuador y México, donde la cobertura del seguro de salud es más baja, la carga del gasto de bolsillo en salud, sin embargo, no es particularmente alta y los desembolsos por concepto de cobertura médica son bajos. En Brasil, un bajo porcentaje de los hogares contrata seguros de salud para complementar el Sistema único de salud (SUS), pero algunos de esos hogares pagan sumas apreciables de su propio bolsillo con este fin (Peticara, 2008a).⁸