

REFORMAS DE SALUD

LECCIONES DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL



Por Federico Tobar

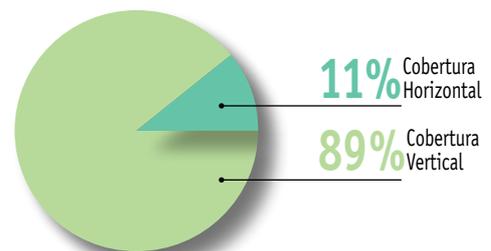
Una pandemia de reformas de salud afectó al mundo durante los últimos veinte años. Algunas fueron exitosas pero una gran parte de ellas fracasó o generó efectos no deseados. Esto dio lugar a nuevas políticas que buscaban “reformular la reforma”. El resultado es que nos hemos preocupado más por curar a los sistemas y servicios de salud que por combatir a la enfermedad y curar a las personas. Sin embargo, nuestras formas de producir salud continúan siendo cuestionadas y aún requieren de revisiones y reformulaciones. La mayor ventaja de este largo proceso es que nos permite aprender, tanto de los aciertos como de los fracasos. De los propios como de los ajenos. En un libro reciente propongo que, así como en las decisiones clínicas se busca hoy incorporar una Medicina Basada en la Evidencia, es necesario formular Reformas Sanitarias Basadas en la Evidencia¹. Para eso reviso la literatura especializada enfatizando la búsqueda de lecciones aprendidas en América Latina. En este artículo anticipo algunas de estas lecciones extraídas de las revisiones de las experiencias internacionales de reforma de salud:

1 El gasto en salud siempre tiende a crecer.

En la actualidad el gasto en salud (GS) representa el 9% del Producto Bruto Mundial, en 1990 era el 5%. Los costos continúan aumentando en las reformas que fracasan porque no consiguen incorporar una función de producción eficiente. Pero en las reformas exitosas, que consiguieron expandir cobertura y alcanzar funciones de producción en salud más racionales, el gasto también crece, porque la cantidad de prestaciones aumenta. En otras palabras, los sistemas de salud son víctimas de su propia eficacia. Cuando

consiguen brindar respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población, esta vive más y demanda prestaciones más caras y por más tiempo. Un estudio reciente sobre 10 países de la OCDE registra que entre 1970 y 2002 el gasto en salud creció 2,5 veces por encima del producto bruto. Al indagar respecto a qué factores explican mejor esa expansión. Los autores concluyeron que la extensión de la cobertura vertical fue responsable por el 89% del incremento mientras que la expansión de cobertura horizontal explicó solo el 11%².

Causas de la expansión del GS (1970-2002)



Fuente: Kotlikoff, L & Hagist, C (2005). "Who's going broke? Comparing Healthcare Cost in ten OECD countries". NBER Working Paper 11833. Dic.

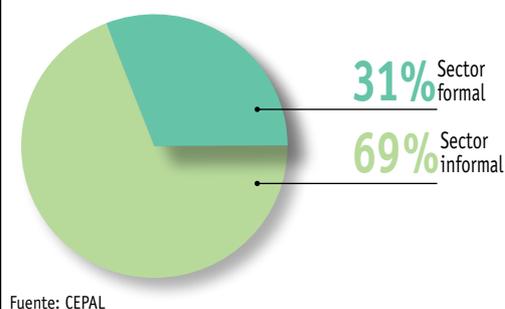
2 Cuando el gasto público se retrae el gasto privado se expande. Los economistas de salud han pasado mucho tiempo intentando descubrir cual tipo de sistema resulta más eficiente. Se ha verificado que los países en donde el peso de la financiación pública dentro del total del gasto en salud era mayor conseguían mejores resultados de salud y registraban una inflación sanitaria relativamente menor. Eso explica, al menos en parte, porque los Estados Unidos destinan el 16% de su PBI a salud mientras España solo el 6%. Sin embargo, en este último país el gasto en salud representa un tercio del gasto público total y en el actual contexto de crisis fiscal hay fuertes presiones para retraerlo. La alternativa que más se debate es

incorporar coseguros lo cual no significa contener el gasto sino pasarle la cuenta a la población.

3 Reformas sólidas se basan en leyes. Las reformas requieren que se defina cómo se va a producir salud y qué función le corresponderá a cada subsector y cada actor institucional. La evidencia indica que esto no se logra como la suma de esfuerzos parciales porque estos se suelen discontinuar y contradecir. En los casos exitosos se asumieron grandes leyes de salud como nave insignia de las reformas. Sin leyes no hay status normativo ni creación de derecho. En el caso de Argentina esto nunca ocurrió y el sistema público nunca tuvo su ley de salud en Argentina como si lo tiene la educación.

4 Los seguros sociales encuentran dificultades para extender la cobertura. Por un lado, la extensión de cobertura horizontal se activa con el crecimiento de la economía formal. Frente a la precarización del empleo y los ajustes propulsados por el denominado “consenso de Washington”, las posibilidades de extensión de cobertura a más personas por la vía del empleo formal resultaron cercenados. La CEPAL advertía que 69 de cada 100 empleos creados durante la década pasada se generaban en la economía informal. Fue así que algunos países inauguraron como alternativa los “régimenes subsidiados” del seguro social. Chile fue el primero, desde su reforma todos los asalariados aportan un 7% de sus haberes y pueden optar por dos modelos: el de las Instituciones de Salud Provisional (Isapres) y el Sistema Público de Salud (Fonasa). En este último casi la mitad de los beneficiarios son no cotizantes y su cobertura se financia a través del subsidio público. En Colombia el régimen subsidiado se incorporó en 1995 y sus beneficiarios pueden optar entre diferentes aseguradores (EPS). En el mismo año el Estado de Costa Rica pasó a subsidiar servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social para la población que hasta entonces, no estaba asegurada. En Argentina se crea también en ese año por el decreto N° 292 el Programa Federal de Salud para brindar asistencia médica a beneficiarios de pensiones no contributivas. Reformas posteriores recurren a esta modalidad, como el Seguro Popular en México y el Seguro Familiar de Salud en República Dominicana y el AUS en Perú.

Generación de empleos en A.L. en la década pasada



5 Los modelos universales de salud pueden ser más eficaces en la conquista de resultados sanitarios.

Se puede argumentar que independientemente del nivel de gasto la organización del sistema de salud involucra niveles diferenciales de eficiencia. Un estudio de Elola³ y colaboradores avanzó por esta segunda vía correlacionando los resultados de salud con los modelos de sistema en 17 países europeos. A través de este diseño cuasi-experimental se controló las variables ingresos y gastos en salud del país. Los autores concluyeron que a niveles similares de la economía y del gasto total en salud, los sistemas universalistas consiguen menores niveles de mortalidad infantil sin embargo no se registraban variaciones sensibles sobre la variable esperanza de vida. Poco tiempo después Barbara Starfield demostró que los sistemas más efectivos son aquellos que privilegian la APS y esta tiene como condición previa la universalidad⁴. Pero, además, dentro de estos últimos, los más poderosos resultan aquellos que instrumentan modelos de responsabilidad nominada de los servicios sobre la población en donde hay una puerta de entrada al sistema clara junto a esquemas de cuidados progresivos.

6 Las reformas centradas en servicios públicos han encontrado más dificultades en conquistar calidad uniforme de las prestaciones. El de la calidad homogénea es, tal vez, la mayor de las deudas para las reformas latinoamericanas. Aunque la cobertura horizontal se ha expandido durante los últimos años, las desigualdades se han incrementado. En ese contexto, los sistemas de seguros resultan menos vulnerables porque sus beneficiarios tienden a tener mayor poder de reclamo. La focalización de los

“Nos hemos preocupado más por curar a los sistemas y servicios de salud que por combatir a la enfermedad y curar a las personas. Sin embargo, nuestras formas de producir salud continúan siendo cuestionadas y aún requieren de revisiones y reformulaciones”

servicios públicos, ha contribuido para que las presiones para mejorar la calidad se disipen. En parte, la calidad alcanzada por los servicios de los sistemas nacionales de salud europeos se apoya en el hecho de que los servicios son utilizados por todos los sectores sociales, esto impide que se conviertan en “pobres servicios para los pobres”.

7 La sostenibilidad de un sistema de seguros depende en gran medida de la evaluación de costos. Un trabajo encomendado por la OPS para revisar las evidencias a ser generadas en apoyo a las reformas destaca la necesidad de un cálculo permanente de cuánto cuesta brindar las protecciones de salud a ser cubiertas porque mientras los ingresos y los gastos no se equilibren la cobertura será solo un simulacro y el aseguramiento no será un verdadero derecho de la población⁵.

8 En el modelo del seguro la extensión de cobertura tiende a ser vertical y se da por vía judicial. Esto corroe la racionalidad de la función de producción. La judicialización de la cobertura no es exclusiva del modelo de seguros. De hecho en el SUS de Brasil es significativa. Solamente para el Ministerio de Salud Federal los gastos ordenados por dictámenes judiciales para compra de medicamentos aumentaron veinte veces entre 2005 e 2008, pasando de R\$2,5 millones para R\$ 52 millones⁶. Sin embargo, para los sistemas nacionales (como el británico, el español y hasta el mismo SUS de Brasil) ha resultado más viable incorporar agencias de evaluación de tecnología que racionalizan la expansión de la cobertura vertical.

9 Las patologías de alto costo requieren de un pool de riesgo adecuado que inviabiliza el aseguramiento competitivo. Es conveniente desplegar líneas de cuidados que universalicen la protección frente a ellas implementando una “discriminación positiva” que consiste en brindar un trato diferencial a prestaciones de baja prevalencia y alto costo simplemente porque el sistema se enferma si se las provee de forma desregulada y descentralizada. Colombia avanzó en ese sentido. También lo hizo, en parte, Chile con el AUGE ya que buena parte de las patologías para las cuales se protocolizó la atención y garantizó su financiación, son de alto costo. En Brasil hay prestaciones especiales y medicamentos excepcionales que no son exigidos a los seguros y son adquiridos y contratados por el gobierno federal. Incluso la Ley de Reforma que el presidente Obama de Estados Unidos firmó el 23 de marzo de 2010 contempla esta lección. Propone que los Estados federales establezcan *pools* de alto riesgo para enfermedades preexistentes hasta que en 2014 se concrete un nuevo esquema de aseguramiento. Pero, en nuestra región, donde más se avanzó en la construcción de respuestas adecuadas a las enfermedades de alto costo ha sido Uruguay con su FNR. Es importante destacar la diferencia entre las soluciones que generan un pool de riesgo, captan economías de escala para adquirir medicamentos de alto costo y buscan reducir

la variabilidad de la práctica médica, de otras menos eficientes que en el mejor de los casos funcionarían como un reaseguro, como es el caso de la APE en Argentina.

10 Aún no hemos conseguido avanzar de aparatos prestadores a verdaderas redes de servicios.

Alcanzado cierto nivel de desarrollo de los servicios de salud, sus rendimientos en términos de resultados de salud logrados, pasan a depender más de la coordinación entre ellos que de incrementos marginales en la oferta, producción e incluso asignaciones presupuestarias. Las evidencias respecto a que, en salud, más no siempre es mejor, reorientan el análisis hacia los modelos de atención. En este giro, el objetivo de fortalecer el funcionamiento en red de los servicios adquiere cada vez mayor protagonismo^{7,8}. Recuperar el enfoque de redes involucra una revisión de los paradigmas de reforma impulsados en décadas pasadas. En 2009 la OPS publica el documento sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que identifica las causas de la fragmentación: “Las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre distintos proveedores y aseguradores. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y aumentó la fragmentación de los servicios de salud”⁹. El mismo documento postula un punto de inflexión con una tendencia a “abandonar la competencia y a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud” 

Referencias

- 1 Tobar, Federico. ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud?: Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Buenos Aires. Ediciones Fundación Sanatorio Guemes. 2010. 144 páginas
- 2 Kotlikoff, Laurence J & Hagist, Christian (2005). “Who’s going broke? Comparing Healthcare Cost in ten OECD countries”. National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper 11833 Diciembre de 2005. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w11833>
- 3 Elola, Javier; Daponte, Antonio; Navarro, Vicente. “Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe”. *American Journal of Public Health* (vol. 85) No 10:1397-1401. Octubre de 1995.
- 4 Starfield Barbara (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.
- 5 Arias, Jaime & Yepes, Francisco (1996). *Op. Cit.*
- 6 Medici, André. “Judicialização, Integralidade e Financiamento da Saúde”. *Monitor de saúde*. 4 de Abril 2010. Disponible en: <http://monitordeusaude.blogspot.com/2010/04/judicializacao-integralidade-e.html> Visitado el 10/08/2010.
- 7 OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre del 2005.
- 8 Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.)
- 9 OPS/OMS. 49o Consejo Directivo. 61.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 200. Punto 4.12 del orden del día provisional CD49/16 (Esp.). Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 13 de agosto del 2009.