

Reformas de salud y equidad en América Latina

Health reform and equity in Latin America

*Núria Homedes*³

*Antonio Ugalde*⁴

Antes de discutir el impacto de las reformas de salud en la equidad en salud en América Latina (AL) hay que recordar que de entre los determinantes de la salud la atención médica es un contribuyente minoritario. La distribución de los recursos de salud, sigue siendo irracional: más del 90% del presupuesto de salud se invierte en tratar y diagnosticar enfermos, y solo una proporción muy pequeña en facilitar conductas saludables, disminuir contaminación ambiental, evitar riesgos ocupacionales y accidentes, o en promover la equidad social. El impacto de esta irracionalidad es todavía más negativo en AL, donde la prevalencia de enfermedades atribuibles a accidentes, incluyendo los ocupacionales, problemas nutricionales y medioambientales (acceso y calidad de agua, saneamiento, calidad de aire, contaminación del suelo, vivienda inadecuada y presencia de vectores) sigue siendo inaceptablemente elevada.

Al analizar las reformas de los sistemas de salud es importante tener en cuenta el contexto político e histórico nacional e internacional. En AL, hasta mediados de los 80s, la mayoría de los países "priorizaron" en sus declaraciones los principios de la Declaración de Alma Ata; además, en casi todos los países existían sistemas de seguridad social para los trabajadores del sector formal, a veces extensibles a sus familias.

Las reformas neoliberales (RN) empezaron a gestarse a partir de la crisis económica de los 80s, que obligó a muchos países latinoamericanos a solicitar préstamos del FMI y del Banco Mundial (BM). Es así como el BM comenzó a promover la descentralización del sector y la privatización de los servicios. El Informe Invertir en Salud del BM¹ plasma su visión neoliberal para el sector, elaborada con la participación de asesores internacionales, entre ellos el mexicano Julio Frenk.

³Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas.
nuria.homedes@uth.tmc.edu

⁴Departamento de Sociología, Universidad de Texas.
augalde@mail.utexas.edu

Luis Londoño, responsable del sector salud colombiano fue el primero en expresar interés en implementar la reforma del BM. Tanto en México como en Colombia se establecieron grupos de investigación que tradujeron las normativas del BM en planes de salud. En 1997, Londoño y Frenk publicaron un artículo² en el que promovían el aseguramiento universal, el subsidio a la demanda, y la prestación de servicios a través de redes públicas y privadas que compiten para captar pacientes. No es casual que estos dos países hayan sido los que más han avanzado en la implementación de la reforma promovida por el BM, y que ambos hayan intentado evitar la segmentación ocurrida en Chile a través de paquetes básicos de cobertura (como hizo Chile a mediados de la década pasada).

La implementación del Acuerdo General sobre Comercio y Servicios y de los Tratados de Libre Comercio también han facilitado la RN al permitir que compañías extranjeras aseguradoras y prestadoras ofrecieran sus servicios en los países de la región. En Costa Rica, el único país en el que desde finales de los 70' la seguridad social cubre a prácticamente toda la población, las compañías extranjeras amenazan la propia estructura de su sistema universal de salud.

Sojo afirma que el objetivo de las reformas de salud fue ampliar la cobertura, y otros han dicho que se trata de mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios. Desde nuestra perspectiva el objetivo real ha sido abrir las puertas al sector privado y flexibilizar la fuerza laboral; esto último para debilitar a los sindicatos y su oposición a las reformas neoliberales. Por razones de espacio nos limitaremos a explicar la reforma de México, un ejemplo claro de los objetivos de las RN, siguiendo el análisis publicado en PLoS Medicine³.

Antes de la creación del Seguro Popular (SP), todos los mexicanos podían acudir a los centros de salud y hospitales de las Secretarías de Salud estatales, y sus directores podían eximir a la población indigente del pago de las cuotas de recuperación. Tras la implantación del SP, los ciudadanos tienen que inscribirse en el programa para acceder a un paquete de servicios y medicamentos definido en base a estudios de costo-efectividad, dejando explícitamente sin cobertura a las personas afectas de problemas no incluidos en el paquete de servicios.

Los estudios y encuestas sobre acceso y gastos en salud han arrojado información contradictoria sobre el impacto del SP⁴⁻⁹. Como los estados tienen que aportar una contraparte por beneficiario del SP (en su inicio era por familia), los estados con

mayor número de población sin seguridad social, que son los más pobres, tienen que aportar una mayor cantidad de recursos, lo que ha contribuido a que persistan las diferencias geográficas de acceso. En 2007, algunos estados habían inscrito a más del 70% de la población elegible, pero otros cubrían menos del 30%, y la media de gasto por familia asegurada era de US\$ 377 (rango estatal US\$ 208-US\$ 511). La contribución federal por familia era de US\$ 259 (rango entre estados: US\$ 123 a US\$ 378), y algunos de los estados más ricos recibían una mayor contribución por familia que algunos de los estados más pobres. Además, tal como indica Sojo, el SP ha segmentado el acceso de la población abierta a los servicios de salud: ahora están los que tienen seguro y los que carecen de él, con diferentes derechos y obligaciones. Es decir, que la inequidad en el sistema persiste y es posible que se haya acentuado.

Que el SP no haya alcanzado los objetivos anticipados no debería extrañar. Fue una reforma diseñada por el nivel federal sin contar con la concurrencia de los estados que habían sido descentralizados unos pocos años antes, y sin que el gobierno federal se reservase la capacidad de controlar el uso de las transferencias por parte de los estados. Se hubieran obtenido los mismos o mejores resultados (al ahorrar gastos administrativos) si en lugar de condicionar las transferencias de fondos al número de personas inscritas, se hubiera incrementado el monto de las asignaciones federales a los servicios de salud estatales, priorizando a los más rezagados. O en otras palabras sin la creación del SP. Además los estados hubieran podido seguir avanzando en la organización de sus sistemas descentralizados de salud (política que se inició a mediados de los 80s y recibió un nuevo impulso a finales de los 90s), no hubieran tenido que segmentar sus servicios para la población abierta y hubieran podido decidir si querían fortalecer su propia red de servicios o si preferían inscribir a sus beneficiarios al seguro que ofrece el IMSS para los trabajadores informales o si querían aumentar el número de contratos con el IMSS, como algunos estados habían estado haciendo. En cambio, el SP parece haber contribuido a debilitar el IMSS⁸.

Nuestro análisis de la reforma contrasta con lo reportado por Sojo, discrepamos en los objetivos de la reforma y ofrecemos información documentando que el gran aumento del gasto en salud no ha redundado en mejoras importantes en la cobertura de servicios para los afiliados al SP, ni ha mejorado la equidad y eficiencia del sistema de salud. Sin embargo, ha incrementado la

participación del sector privado en la prestación de servicios financiados por el sector público y ha propiciado que los estados contraten sin ofrecer los beneficios que corresponden a los empleados públicos, incluyendo su sindicalización. En realidad el SP no es un seguro ya que solamente un uno por ciento de los inscritos paga una póliza.

Finalmente queremos resaltar que todas las reformas han incrementado significativamente el gasto en salud, pero desafortunadamente un porcentaje elevado de estos recursos ha sido absorbidos por el incremento del gasto administrativo, y en el caso de Colombia y Chile por los márgenes de ganancia de las ISAPREs y las EPS. Las reformas de Chile y Colombia también han demostrado que es muy difícil que el sector público controle el comportamiento de las compañías aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, ya que tiene un elevado poder económico y político. Y para terminar queremos insistir en que para que las reformas de salud tengan un impacto positivo en los indicadores de salud deben priorizar las actividades de salud pública, y tienen que consensuarse con los diferentes actores (incluyendo los profesionales de la salud) y partidos políticos, pues su implementación abarcará varios periodos legislativos.

Referencias

1. Banco Mundial. *Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
2. Londoño JL, Frenk J. Structural pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41:1-36.
3. Homedes N, Ugalde A. Twenty-five years of convoluted health reforms in Mexico. *PLoS Medicine* 2009; 6(8):e1000124.
4. King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, Ravishankar N, Vargas M, Tellez-Rojo MM, Avila JEH, Avila MH, Llamas HH. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009; 373(9673):1447-1454.
5. González-Block MA, Nigenda G. *Sistema de protección social en salud: evaluación de procesos administrativos* [resumen ejecutivo]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2008.
6. Eibenschutz C, Támez S, Camacho I. Inequality and erroneous social policy produce inequity in Mexico. *Revista de Salud Pública* 2008; 10(Supl.1): 119-132.
7. Támez S, Eibenschutz C. Popular health insurance: key piece of inequity in health in Mexico. *Revista de Salud Pública* 2008; 10(Supl.1):133-145.
8. Laurell AC. Health systems reform in Mexico: a critical review. *International Journal of Health Services* 2007; 37:515-535.
9. Urbina M. *Sistema de Protección Social en Salud: seguro popular en salud. Evaluación y consistencia de resultados*. México, DF: Coneval; 2008. [acessado 2008 dez 6]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/eval_mon/1742.pdf