

Red del Cono Sur / 2

Análisis de Políticas de Reforma y Equidad en América Latina: Argentina, Brasil, Uruguay y Colombia
Almeida

El Proceso de Reconversión de las Obras Sociales en Argentina
Findling y col.

Equidad en Salud en Brasil: del Discurso a la Práctica
Junqueira y col.

Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia
Céspedes y col.

La Política Farmacéutica Nacional en Colombia y la Reforma de la Seguridad Social
Mejía y col.

Evaluación de la Reforma de Salud en Uruguay: Equidad y Redefinición del "Welfare State"
Mitjávila y col.

Páginas de la Reforma / 14

Noticias / 15

Citas con la Reforma / 16

Colaboración especial de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur

En los últimos tres años, la *Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina* y la *Red Interamericana José Luis Bobadilla de Políticas de Salud* han mantenido un estrecho y fructífero contacto. Además de los enriquecedores intercambios profesionales entre ambas redes, a través de nuestras páginas electrónicas hemos logrado que esta interacción sirva para movilizar en ambas direcciones una gran cantidad de información sobre los temas de reformas y políticas de salud en la región de América Latina y el Caribe. Todo esto ha aumentando significativamente nuestra capacidad de llegar con mayor profundidad a públicos cada vez más amplios. Ambas redes han logrado una consolidación importante en este período y se han vuelto actores importantes en el proceso de difusión y análisis de los resultados de las reformas del sector salud de nuestra región.

A fin de fortalecer el efecto sinérgico de nuestra relación, la *Red José Luis Bobadilla* ha abierto un espacio en su boletín trimestral para dar a conocer algunos resultados de los esfuerzos de la *Red del Cono Sur* por apoyar la generación de información innovadora originada en la investigación científica.

El presente número de *Informando & Reformando* incluye resúmenes de los informes de investigación que la *Red del Cono Sur* financió entre 1998 y 2000. Estos estudios fueron llevados a cabo en Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay. En conjunto, los proyectos de investigación permiten sin duda alguna avanzar en la comprensión de fenómenos ligados a los efectos de las reformas sobre la organización y producción de servicios de

salud en los diferentes países. En el caso brasileño, el estudio se enfocó en la evaluación del efecto de la política de salud destinada a reducir la inequidad en la distribución en el estado de Minas Gerais. Se observa que la reforma puede ser un instrumento útil para cumplir con metas de equidad y participación social cuando los gobiernos la utilizan adecuadamente. En el caso de Colombia se realizaron dos investigaciones. La primera buscó evaluar la accesibilidad y uso de medicamentos en población diabética en Medellín, Manizales y El Espinal desde una perspectiva de equidad. Este trabajo muestra la existencia de algunos avances en la cobertura de la población bajo estudio, sin embargo, señala que los mecanismos puestos en marcha por la reforma no resuelven la equidad en el acceso a medicamentos y que, por lo tanto, deben ser revisados y ajustados. El otro estudio realizado en Colombia se planteó como objetivo estimar los cambios acontecidos en la cobertura de la seguridad social y la utilización de los servicios entre 1993 y 1997. La investigación puso de manifiesto que efectivamente la cobertura aumentó en ese período, en especial entre los grupos sociales de bajos ingresos. Sin embargo, la utilización de servicios no siguió el mismo comportamiento. De modo que, si bien la reforma colombiana ha tenido avances, no ha sido así en todos los frentes y todavía falta mucho por hacer para alcanzar la equidad integral del sistema. Por lo que respecta al estudio dedicado a Uruguay, la investigación se dedicó al examen de las propuestas de reforma a partir de sus eventuales impactos en equidad y el escenario político que podrían generar. Se concluye que de los dos modelos de reforma que se encuentran actualmente en debate, el que aparece con más probabilidades de prevalecer es el denominado "pasivo", que implica el sostenimiento del modelo actual con una política de extensión de cobertura pero sin una política redistributiva explícita. Uno de los más importantes aportes de este análisis consiste en poner de manifiesto la importancia del contexto político en la definición de las reformas, sus objetivos y sus estrategias.

Estamos seguros de que los contenidos de estos documentos serán de gran interés para nuestros lectores no sólo por la calidad científica de las investigaciones, sino porque además cumplen con el objetivo de difundir experiencias concretas de los países de la región de las cuales será posible extraer importantes lecciones y enseñanzas.

Análisis de Políticas de Reforma y Equidad en América Latina: Argentina, Brasil, Uruguay y Colombia

Celia Almeida*

Los años 80 y 90 en América Latina fueron marcados por la inestabilidad económica y la implementación de políticas macroeconómicas de ajuste estructural, además de recortes substantivos en las políticas sociales, incluidas las de salud. La dinámica económica internacional y la implementación de reformas dirigidas a la integración de América Latina "en un nuevo orden global" restringieron la independencia y autonomía de los Estados nacionales para definir sus políticas sociales, una vez que han sido sometidos a las condiciones impuestas por los acreedores internacionales. Varios estudios demuestran que estos ajustes aumentaron las desigualdades e inequidades históricas en prácticamente todos los países de la Región.

Ese deterioro de las condiciones de vida y salud de la población latinoamericana y la exacerbación de las desigualdades históricas - como consecuencia de la falta de inversión en políticas sociales amplias y efectivas que acompañasen los procesos de estabilización económica y ajuste desde los años 80- han sido señalados por varios estudios como variables fundamentales que limitan una transformación productiva más vigorosa de esos países.

En lo que toca a las políticas de salud, América Latina ha enfrentado cambios substanciales durante los últimos años. Estos cambios incluyen la descentralización de los sistemas de salud, la expansión de los servicios privados y la introducción de nuevos modelos de financiación y organización de servicios de salud "orientados para la demanda del mercado". La cuestión de la equidad es un punto central de esa agenda reformadora que adquiere especial relevancia en el sector salud, dadas la extendidas desigualdades existentes.

En este contexto, surge la necesidad de evaluar las reformas sectoriales implementadas en América Latina a fin de monitorar su impacto analizando en qué medida han contribuido para la superación o el empeoramiento de esa situación.

Para participar en ese esfuerzo de búsqueda de evidencias, la *Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina* (Red) formuló el Programa Equity-Oriented Health Policy Analysis in Latin America (Programa de Análisis de Políticas de Salud Orientado para la Equidad en América Latina), financiado por el International Development Research Center – IDRC, de Canadá.

Este Programa de desarrolló entre 1998 y 2000 y tuvo como objetivos: (1) promover el desarrollo de un abordaje teórico y metodológico para el análisis de los procesos de reforma en las políticas de salud orientado hacia la equidad; (2) aumentar la capacidad de evaluación y monitoreo de los procesos de reforma en el sector salud; (3) mejorar la capacidad de decisión y de implementación de políticas mediante el aporte de conocimientos obtenidos de la evaluación de los resultados de las reformas en términos de equidad y (4) diseminar información sobre los procesos de reforma en el sector salud en América Latina poniendo especial énfasis a la vinculación entre las investigaciones, los proveedores de servicios y el proceso de toma de decisiones.

Cuatro componentes integraron el Programa: elaboración de estudios de casos, realización de un seminario metodológico sobre políticas de salud y equidad, elaboración de publicaciones e informaciones, y actividades de intercambio entre investigadores, tomadores de decisión y profesionales del sector.

Cinco estudios de caso recibieron financiamiento: uno de Brasil, uno de Uruguay, uno

de Argentina y dos de Colombia. De manera general, se constatan situaciones aún bastante conflictivas en los procesos de reforma y grandes dificultades por ser superadas. Por otra parte, el desarrollo de los proyectos pone en evidencia que existen claras deficiencias metodológicas en la evaluación de la equidad, lo cual no se limita a la capacitación de los investigadores. Existe también la necesidad de desarrollo de nuevas metodologías que permitan tanto evaluar la equidad en los servicios de salud como proveer subsidios a los diseñadores de políticas, sea para la corrección de los rumbos de los procesos de cambio, sea para la formulación de nuevas propuestas. A continuación se presenta una síntesis de los principales resultados de estas investigaciones.

Para mayores informaciones sobre la Red y sus programas, consultar la página: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsald>



* Médica, Magister en Medicina Social, Doctora en Salud Pública, profesora e investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Secretaria Ejecutiva de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Coordinadora del Programa Equity-oriented Health Policy Analysis en Latin America.

Salud y Desregulación. El Proceso de Reconversión de las Obras Sociales en Argentina. Un Estudio de Caso

Liliana Findling, María Arruñada, Ezequiel Klimovsky¹

La crisis de la deuda y las políticas intermitentes de ajuste macroeconómico aplicadas en Argentina en las últimas décadas reestructuraron drásticamente la economía, dando paso a su transformación frente a las nuevas exigencias de una economía globalizada. Como parte de ese proceso, se incluye la transformación del sistema de protección social.

El sistema de salud argentino es sumamente heterogéneo y complejo, con una atención sanitaria costosa e injustamente distribuida. Tres sectores comparten el financiamiento, la producción y la provisión de los servicios: el sector público, las Obras Sociales y el sector privado. Las Obras Sociales son la base de la organización de la Seguridad Social Médica en el país. En busca de un mecanismo ordenador del sistema y de transformación de la cultura organizacional de estas instituciones se ha propuesto la desregulación de ese sub-sector. Sin embargo, la implementación de esa reforma se ve obstaculizada por un difícil proceso de negociación entre los principales actores involucrados.

La reforma de las Obras Sociales presenta desafíos y características propios: la fuerte presencia sindical en la administración y manejo de los fondos de las Obras Sociales, la ausencia del Estado como financiador y regulador del sistema y la presencia de prestadores privados como principales proveedores de servicios de salud. El reemplazo del concepto de población cautiva por el de libre elección plantea el inicio de un proceso de transición que genera cambios profundos en el vínculo del beneficiario con su prestador de servicios de salud.

El estudio de caso analizó la reformulación de la política de la Seguridad Social Médica en el período 1998-2000 en el marco del proceso desregulatorio. En el nivel macro, se estudió la evolución del proceso global de reformulación desde la visión de los actores involucrados, y en el nivel micro se analizaron los cambios producidos en una obra social específica - Unión Obrera Metalúrgica - durante su proceso de reconversión. Además, se intentó caracterizar los escenarios futuros de la reforma y los efectos sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud.

El enfoque metodológico fue de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo y diacrónico, con base en el análisis de datos secundarios y primarios. Se utilizaron estadísticas producidas por la Superintendencia de Servicios de

Salud, datos del Programa de Reconversión del Banco Mundial y una revisión de las secciones "política y salud" de los principales diarios. También se realizaron entrevistas a profundidad con los principales actores de la reforma para conocer su percepción sobre el proceso de reconversión y los futuros escenarios de la reforma. La percepción de la calidad de atención por parte de los afiliados de la Unión Obrera Metalúrgica fue estudiada a través de entrevistas a profundidad con usuarios de centros regionales seleccionados y mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a una muestra probabilística de 400 usuarios de la Obra Social.

Resultados

Los principales resultados del análisis del *Proceso de Reconversión de las Obras Sociales* demuestran que la apertura al sistema de libre elección de los afiliados tuvo un efecto lento durante el período 1997-1999, pues sólo 7.5% del total de afiliados titulares del sistema de Obras Sociales y 8,2% del total de beneficiarios decidieron cambiar de Obra Social. Eso se debió a la falta de un marco regulatorio global, a la fuerte oposición de los gremios a estas medidas y a la escasa organización de las Obras Sociales para enfrentar la apertura del sistema. Quienes cambiaron de Obra Social se caracterizaron por tener una elevada remuneración mensual, edad máxima de 30 años, sin grupo familiar a cargo, y por poseer una mayor información sobre las opciones. Las Obras Sociales más perjudicadas fueron las entidades grandes (más de 100.000 afiliados), a diferencia de las menores que utilizaron como estrategia de supervivencia la suscripción de convenios con empresas de medicina pre-paga.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) para las Obras Sociales y las empresas de medicina-prepaga está conformado por un paquete básico de prestaciones (prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico obligatorio), y ofrece cobertura para atención primaria, atención secundaria y prestaciones complejas. Se extendieron y mejoraron las coberturas médicas para cumplir con el PMO y se intentó fortalecer la red de atención primaria creando centros específicos con la orientación de médicos de familia. El Fondo Solidario de Redistribución (FSR) estableció un mecanismo de compensación automática para las entidades de menor ingreso, reintegrando la diferencia a la Obra Social en la cual la contribución de sus afiliados no cubría el valor fijado por el PMO (\$40 por mes). Esto optimizó la asignación destinada a subsidiar los ingresos de Obras Sociales pobres. El Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS), subsidiado por el Banco Mundial, destinó un préstamo a 30 de las 90 entidades que lo solicitaron, las cuales representaban la mitad de los beneficiarios del sistema. La mayoría de ellas operaba con déficit y un elevado nivel de endeudamiento, por lo que más de la mitad del valor del préstamo fue destinado a saneamiento financiero.

Con respecto a la *postura de los actores involucrados* frente a la Reforma, existe coincidencia en el reconocimiento de la ineficiencia del sistema de salud (alto costo y alta inequidad) y la irreversibilidad de la reforma. No obstante, existen importantes discrepancias respecto al papel del Estado y el manejo de las Obras Sociales. Por un lado, algunos sostienen la necesidad de preservar la responsabilidad del Estado sobre el sector y desconfían de las bondades y capacidades de autorregulación del libre mercado. Por otro lado, otros actores enfatizan la necesidad de que el sector funcione desreguladamente y rechazan modelos

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina

planificadores globales con injerencia del Estado, argumentando que la libre elección del consumidor y el riesgo económico asumido por los prestadores permitirán lograr eficiencia y competitividad.

La reconversión de la *Unión Obrera Metalúrgica (UOM)* se inició con un serio recorte en los gastos de administración y de personal con el objetivo de ingresar al FROS. Sin embargo, los conflictos de intereses entre autoridades del gobierno impidieron la condonación de sus deudas para acceder al Programa. Además, hubo una migración masiva de afiliados que provocó fuertes pérdidas y una grave crisis financiera. Entre las razones que originaron la deserción de afiliados destacan las divergencias ideológicas internas, la presión de empresas metalúrgicas para que sus empleados optasen por entidades privadas y la disminución progresiva de la calidad de atención de sus prestaciones médicas. La crisis provocó serios problemas en el funcionamiento de los Centros y el pedido de convocatoria de los acreedores. Por otra parte, el manejo sumamente centralizado del gremio y las pugnas internas en períodos de renovación de delegados afectan su futuro.

La *visión de los usuarios* de la UOM muestra un elevado índice de satisfacción en lo que se refiere a la calificación de la Obra Social (7,27 puntos). Una amplia mayoría (83%) estaba informada sobre la posibilidad de cambio de Obra Social, sin embargo, sólo un tercio estaría dispuesto a optar por otra, y más de la mitad (55%) desea permanecer en la UOM. Los usuarios de mayor nivel educativo reconocen excesivos problemas en la atención médica, no creen en una pronta solución y adjudican esta crisis a un deficiente manejo de los dirigentes sindicales. En cambio, el segmento de menores ingresos y menor nivel educativo, si bien percibe algunos problemas en la atención, cree que son coyunturales y anhela un mejor funcionamiento.

Conclusiones

La crisis del sistema de la seguridad social en Argentina es reflejo de una lógica interna altamente fragmentada, con presencia de actores que imponen sus intereses corporativos y con una ausencia de resortes institucionales parlamentarios capaces de cambiar el rumbo de lo decidido a través de la negociación corporativa. La pesada estructura del sistema (más

de 280 Obras Sociales) posee una alta concentración de afiliados en pocas entidades y acaba reproduciendo las desigualdades de ingresos en la actividad económica, ya que los aportes y contribuciones descansan sobre los salarios medios de las distintas ramas de producción de bienes y servicios y afectan tanto las prestaciones como los indicadores financieros de las entidades. La apertura al sistema de libre elección no provocó una masiva migración de afiliados. Sin embargo, produjo cierto nivel de selección por riesgo (*descreme*) que puede profundizar aún más la estructura inequitativa y fragmentada.

El conjunto de Obras Sociales que recibió asistencia del FROS alcanzó una mejoría relativa en sus indicadores económico-financieros. Sin embargo, esto implicará una deuda a largo plazo difícil de saldar en un escenario de contracción económica.

La creación de mecanismos regulatorios para perfeccionar la coordinación y mejorar la eficiencia interna de las entidades fue entorpecida por una excesiva burocracia, carencia de voluntad política,

ausencia de una visión planificadora estratégica global y predominio de prácticas para convalidar acuerdos entre los principales protagonistas.

Las restricciones que debió enfrentar la UOM debido a su profunda crisis financiera y su reconversión mal planificada ocasionaron fallas en la oferta de servicios médicos. Esto perjudicó principalmente al segmento de población más vulnerable que, contradictoriamente, es el que mejor evalúa la UOM y desea permanecer en ella, privilegiando el sentido de hábito y pertenencia. Por otro lado, un segmento minoritario critica la baja calidad de la atención y presenta una alta predisposición al cambio de Obra Social. El futuro de las Obras Sociales pasa por la creación de mecanismos de fusión, asociación o integración entre las entidades, la necesidad de una mayor regulación del Estado ante el fracaso de la lógica de mercado para la asignación de recursos y la necesidad de mecanismos que eviten la selección de riesgos producida por la migración de afiliados de elevados ingresos hacia los sistemas de medicina de pre-paga.



Equidad en Salud en Brasil: del Discurso a la Práctica

Virgínia Junqueira; Umberto C. Pessoto; Jorge Kayano; Paulo R. Nascimento; Iracema Y. N. Castro; Jucilene L. de la Rocha; Roberta C. Boaretto; Marcelo F. Terence; Carlos Tato Cortizo; Sandra T. Rodríguez; Luiza Sterman Heimann¹

El proceso de redemocratización iniciado en Brasil en la década de los 80 estuvo marcado por el surgimiento y la expansión de movimientos sociales, entre ellos, el de la Reforma Sanitaria. En 1986, diversos actores se articularon en torno a la elaboración de una propuesta de reforma del sector salud que fue discutida y aprobada en la 8ª Conferencia Nacional de Salud. Este movimiento consiguió intervenir en las resoluciones de la Asamblea Nacional Constituyente para inscribir la salud como derecho de ciudadanía en la nueva Constitución de 1988 e instituir el Sistema Único de Salud (SUS) en 1989 bajo los principios doctrinarios de universalidad, integralidad de la atención y equidad.

A partir de entonces se estableció la dirección única en cada esfera de gobierno, y la descentralización de la gestión del sistema con asignación específica de recursos se constituyó en el eje de la reforma.

En general los resultados del proceso de descentralización han sido positivos. Su avance se basa en el otorgamiento de poder a los gestores municipales, el desarrollo de capacidad gerencial, el aumento y la diversificación de la oferta, el establecimiento de un nuevo patrón en la relación público/privado y el impulso de una mayor participación social en el control público del sistema de salud. No obstante, el gran número de municipios (cerca de 5500), el sub-financiamiento, la diversidad regional, las dificultades de regulación y los conflictos de intereses constituyen obstáculos para el pleno avance de la implementación del SUS.

El nivel local (municipal) es el *locus* privilegiado donde esas transformaciones son más evidentes. Esta investigación evalúa el resultado de las acciones de gobierno orientadas hacia la reducción de las inequidades en salud en el municipio de Belo Horizonte, provincia de Minas Gerais entre 1993 y 1997. Se trabajó con la hipótesis de que aún en un ambiente nacional adverso, un municipio con definición política orientada hacia la equidad puede reducir las desigualdades locales apoyándose en el aparato jurídico-legal y en los valores del SUS.

Belo Horizonte es un municipio de gran tamaño y que dispone de información relevante sobre las desigualdades en las condiciones de vida y salud de su población. Es pionero en la construcción y aplicación del Índice de Calidad de Vida Urbana (IQVU) construido con base en 75 indicadores intersectoriales en áreas tales como habitación, infraestructura, salud, educación, servicios urbanos, los cuales son geo-referenciados en 81 unidades espaciales. Este índice ha permitido el reconocimiento de las desigualdades sociales en la ciudad aportando insumos para la planificación y definición de prioridades en la asignación de recursos.

Desde 1993 este municipio ha sido administrado por dos gobiernos con plataforma política orientada hacia la equidad. Y desde 1994, ha sido calificado como de "gestión semiplena" en el proceso de descentralización del sistema, con un grado de autonomía relativamente alto, siendo gestor de toda la red de servicios de salud a nivel local.

También desde 1993 la prefectura promueve la realización del "Presupuesto Participativo" (PP), que es un mecanismo político y social para discutir y decidir anualmente sobre la aplicación de una parte de los recursos municipales destinados a inversiones en obras y planes sectoriales. A partir de asambleas populares en las que participan diversas representaciones de la sociedad, que se reúnen con comisiones y consejos sectoriales, se elabora un diagnóstico de los principales problemas de salud de las distintas localidades del municipio y se definen las prioridades de inversión. Tomando como base las decisiones del PP, el gestor compatibiliza las propuestas de inversión con la "Programación Abierta" (PA), que es la inversión decidida según criterios del administrador municipal. Así mismo, el Proyecto Vida, cuyas acciones están orientadas a disminuir los índices de mortalidad infantil, junto con algunas otras acciones intersectoriales funcionó como articulador de la acción del gobierno.

Para este estudio se usaron métodos cuantitativos y cualitativos. El IQVU fue utilizado para estudiar la equidad en las condiciones de vida. Y como *proxy* de las inequidades en salud se utilizaron los coeficientes de mortalidad infantil, neonatal e infantil tardía, cuyas variaciones fueron medidas mediante la técnica de Brechas Reducibles de Mortalidad Infantil (BRMI). Fueron privilegiadas dos dimensiones de análisis: la evaluación de las acciones de salud y la evaluación de las acciones de gobierno dirigidas a la reducción de las inequidades en salud.

La primera dimensión se basó en la reducción del coeficiente de mortalidad infantil (CMI), utilizándose también indicadores de capacidad instalada. La acción de gobierno en otros sectores fue medida por la proporción de la ejecución presupuestaria para obras municipales previstas en el Presupuesto Participativo y en la Programación Abierta.

Se hizo una caracterización socio-económica de los distritos de Belo Horizonte identificando los de mejor y peor condición, y se seleccionaron cuatro distritos-caso para su estudio. También se realizaron entrevistas con los principales actores involucrados en el proceso.

Resultados

El análisis de *las acciones de gobierno* evidenció que el gobierno municipal consiguió reducir las desigualdades sociales. La agrupación de distritos según calidad de vida y salud, permitió verificar que se asignó un mayor monto de recursos financieros y se realizó un mayor número de obras en aquellos de menor IQVU.

El volumen de recursos utilizados en obras intersectoriales, ya sea originado en PP o en PA, fue siempre muy superior al usado en obras de salud. También constatamos una mayor asignación de recursos y un mayor gasto 'per capita' proveniente de ambas fuentes en los tres distritos de menor IQVU.

Con la práctica del PP los recursos se distribuyeron de manera más igualitaria, mientras que con el PA, más de la mitad se destinaron a un solo distrito con una de las peores condiciones de vida, indicando una distribución posiblemente más equitativa.

En el análisis de las acciones en salud destaca la formulación e implementación del Proyecto Vida

¹ Núcleo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Instituto de Salud de São Paulo, Brasil.

por todos los distritos sanitarios. Este proyecto buscó reducir la mortalidad infantil, intentando reorganizar la asistencia a la salud de la mujer y del niño.

El sub-Proyecto de Vigilancia a la Mortalidad Infantil implantó mecanismos de acompañamiento especialmente para los recién-nacidos de madres residentes en áreas de riesgo y la administración municipal amplió el número de camas para recién-nacidos de riesgo. En los distritos de menor IQVU hubo mayor expansión de la oferta, lo que sugiere una tendencia redistributiva de la oferta en el SUS en el nivel local. Sin embargo, a pesar de haber aumentado en número, los recursos humanos necesitan de mayor calificación y desarrollo en la gerencia de sistemas de salud locales.

El acompañamiento a la gestante dando prioridad a la captación precoz, generó un aumento importante del número de gestantes acompañadas entre 1996 y 1997, aunque todavía insuficiente frente a la demanda existente. La frecuencia de gestantes menores de 14 años disminuyó en todos los distritos, lo que puede indicar mayor efectividad en las acciones de atención básica a la infancia y la adolescencia.

De manera general, las acciones gerenciales y la asistencia al embarazo y el parto se diferenciaron en los diferentes distritos, dando prioridad a los de peor calidad de vida. En relación a la atención al parto, la Central de Internaciones implantada amplió y facilitó el acceso a los habitantes de distritos que no disponían de camas hospitalarias suficientes en su territorio. Además, este mecanismo generó un banco de datos de gran utilidad para las actividades de auditoría y control que tuvieron como resultado la descalificación de algunos servicios. En contrapartida, el índice de cesáreas aumentó en todos los distritos, pero el porcentaje de Apgar bajo disminuyó revelando mejoría en la asistencia al parto y al recién nacido.

El impacto del Programa de Prevención y Combate a la Desnutrición se expresó en una reducción significativa del número de muertes por desnutrición en menores de 5 años, de 12,3% a 6,5% entre 1993 y 1995, siendo que 39% de los niños desnutridos mejoraron su condición y 56% se mantuvieron en el mismo grado de desnutrición, aunque con mejoría clínica acentuada.

El análisis de la serie histórica del CMI y sus componentes reveló una tendencia decreciente, principalmente en función a la mortalidad infantil tardía. El análisis de las BRMI mostró que el distrito con menor CMI es también el de mejor calidad de vida (mayor IQVU). En los distritos de menor IQVU, no sólo hubo reducción de la brecha entre ellos sino que sus

coeficientes prácticamente se igualaron a los de mejor IQVU, evidenciando la efectividad de las acciones de gobierno en la reducción de las inequidades en salud.

A pesar de una clara intención de los gestores a nivel local de reducir las desigualdades sociales y de salud en este grupo prioritario, se confirma que la red física de servicios asistenciales de salud es necesaria pero no suficiente para impactar de forma positiva los macro-indicadores de salud. Entretanto, el impacto positivo se evidencia en aquellos indicadores sensibles a las acciones de los servicios de salud.

Conclusiones

La investigación analizó la capacidad del gobierno municipal para reducir las inequidades en salud, sea con acciones sectoriales o intersectoriales.

El estudio demostró que la información disponible en el nivel local puede ser usada para la identificación de desigualdades entre las áreas de un mismo municipio y que existen formas de organizar los datos de mortalidad infantil y sus componentes que permiten construir indicadores para el monitoreo tanto de las condiciones de vida y salud de la población como de la efectividad de las acciones de gobierno.

El análisis de las brechas del CMI permite una aproximación preliminar a las desigualdades existentes. La fuerte correlación entre el IQVU y el CMI, es un instrumento gerencial importante para la evaluación de las acciones de salud en la reducción de las desigualdades sociales, constituyéndose en una forma indirecta de medición de los resultados de las acciones de gobierno, tanto intersectoriales como del sector salud. La implementación de programas específicos para el acompañamiento y el control de riesgos y agravamientos es un método eficaz para la superación de las desigualdades. El Proyecto Vida cumple con esos supuestos en su formulación, pero es necesario dotarlo de un subsistema de información que permita tanto discriminar y cuantificar los grupos prioritarios en áreas específicas como proveer indicadores para la gestión local.

La principal contribución de este estudio consiste en evidenciar que la implementación de las directrices y principios del SUS (universalidad, equidad, atención integral y participación social) adquiere gran significado en el nivel local, pues la reducción de las desigualdades sociales y de las inequidades en salud depende necesariamente de un proyecto del gobierno local comprometido con esas directrices.



Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud

Juan Eduardo Céspedes; Iván Jaramillo; Rafael Martínez; Sonia Olaya; Jairo Reynales; Camilo Uribe; Ramón A. Castaño; Edgar Garzón; Fernando Basto; Janeth Angarita¹

En Colombia, la equidad ha adquirido creciente importancia como principio orientador de las acciones en salud. A partir de 1990, Colombia inició una profunda reforma de su antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) e introdujo un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Reforma fue el resultado de un largo y complejo proceso que se dio dentro de un contexto más amplio y que transformó radicalmente todo el modelo de desarrollo económico y social del país. Este modelo fue adoptado formalmente a través de la Constitución de 1991, en donde se consagraron los principios de eficiencia, calidad y equidad, y la Ley 100 de 1993, que dio origen al nuevo SGSSS. Estas leyes definieron nuevas reglas del juego que afectaron profundamente la organización y funcionamiento del sistema de salud, buscando garantizar la salud y el acceso universal a los servicios a toda la población.

El antiguo SNS estaba organizado de manera vertical e integrado por los sub-sistemas público, de seguridad social y privado, caracterizados por una distribución desigual de recursos y diferencias de calidad en la entrega de servicios. Este sistema fue reemplazado por una estructura horizontal que introdujo nuevas instituciones y formas organizacionales. El nuevo SGSSS descrito corresponde conceptualmente a un modelo llamado Pluralismo Estructurado, inspirado tanto en argumentos teóricos como en evidencias empíricas. En este modelo mixto, las funciones están separadas e integradas horizontalmente y algunas de ellas son responsabilidad directa del Estado (dirección y gobierno, financiamiento y provisión de servicios de promoción y prevención, otorgamiento de subsidios), en tanto que otras son desarrolladas

por agentes públicos y privados (aseguramiento y prestación de servicios de salud).

El objetivo de la presente investigación consistió en evaluar los efectos de esa política de reforma sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud a través de dos estrategias analíticas. La primera se orientó a describir y analizar los resultados obtenidos por el SGSSS sobre el aseguramiento como mecanismo principal para garantizar el acceso a los servicios de salud. Para ello se compararon dos cortes transversales de la población, antes (1993) y después (1997) de la Ley 100 de 1993, con respecto al comportamiento observado en la cobertura del aseguramiento según deciles ó cuartiles de ingreso de los hogares. La segunda estrategia se orientó a describir y analizar los resultados obtenidos por el aseguramiento sobre la prestación de servicios de salud a la población; para ello, en cada uno de los dos cortes mencionados, se compararon dos grupos de población, afiliados y no afiliados a una empresa de aseguramiento, con respecto al comportamiento de indicadores de equidad en la accesibilidad y utilización final de los servicios de salud, también según deciles o cuartiles de ingreso de los hogares.

Las condiciones y necesidades de salud de la población y la prestación de servicios de salud en respuesta a dichas necesidades constituyeron dos dimensiones de análisis. Para abordar la primera se observaron las variaciones en la distribución de los indicadores de salud en segmentos de población de diferentes características demográficas, geográficas y económicas, entre otras.

Para evaluar las inequidades en la prestación de servicios de salud se usaron indicadores de acceso a los servicios (cobertura en la afiliación al SGSSS y

razones de no utilización de los servicios en caso de necesidad) e indicadores de utilización de los servicios (utilización de servicios hospitalarios en el último año y utilización de servicios de salud en general en los últimos 30 días, este indicador refleja principalmente la demanda y utilización de servicios extra-hospitalarios y ambulatorios).

Las fuentes de datos utilizadas para construir los indicadores fueron la Encuesta Nacional de Caracterización Socio-económica (Casen), realizada por el Departamento Nacional de Planeación, durante 1993; y la Encuesta de Calidad de Vida (Encalivida), realizada durante 1997 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane).

Resultados

Las características de la población estudiada en los dos cortes transversales y los segmentos de la población afiliada al SGSSS presentaron diferencias en su estructura: edad, nivel de educación, deciles de ingreso, distribución geográfica y demás características consideradas, con excepción del género.

Los indicadores de salud mostraron variaciones importantes en los dos sentidos de las comparaciones realizadas.

Para el periodo de comparación (1993-1997) se observó un ligero aumento en los indicadores de salud. Entre ellos, la prevalencia de morbilidad general ajustada (por edad, género y actividad restringida) que aumentó de 10,7 a 12,9 entre 1993 y 1997, respectivamente. De modo similar, hubo un aumento en la prevalencia de actividad restringida (por edad y género) de 4,7 a 5,7, en el mismo periodo.

Coincidentemente, se observó un aumento en los indicadores de salud para los afiliados y no afiliados al SGSSS, a pesar de mantenerse las diferencias entre ambos grupos. Así, en 1993 las tasas ajustadas de prevalencia de morbilidad general y de actividad restringida fueron respectivamente, 1,4 y 1,1 veces más altas en los afiliados a la seguridad social con respecto a los no afiliados; de forma similar, en 1997 esas proporciones de disparidad correspondieron a 1,4 y 1,2 respectivamente.

Con relación a la equidad en el acceso a los servicios, los resultados revelaron que entre 1993 y 1997, la cobertura del SGSSS aumentó de 23,7% a 57,2%. El aumento en la cobertura fue más significativo entre los

¹ Post-gradado en Gerencia de Servicios de Salud de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Bogotá, Colombia.

segmentos más pobres de la población. Para el primer decil de ingresos del hogar ésta aumentó de 3,1% a 43,7%, y el índice de concentración en la distribución de la afiliación al SGSSS se redujo a la mitad. Se observó que en los segmentos no cubiertos por el SGSSS la falta de dinero constituyó la principal razón para no utilizar los servicios de salud debido a las cuotas moderadoras y copagos, mientras que entre los afiliados fue la segunda razón más importante.

Se observaron incrementos en la utilización de servicios asociados con la afiliación a la seguridad social. Adicionalmente, la utilización de servicios está fuertemente asociada con las variables *proxy* de necesidades de salud: morbilidad general, morbilidad general o crónica con actividad restringida y estado general de salud: regular o malo.

Entretanto, durante el periodo estudiado, los indicadores de concentración en la utilización de servicios variaron muy poco, inclusive luego del ajuste hecho por edad, género y necesidades. Paralelamente, persiste una fuerte asociación positiva entre la utilización de servicios y el decil de ingresos del hogar, inclusive entre los afiliados: es decir, los cuartiles de mayor ingreso utilizan más los servicios que aquellos de menores ingresos.

Los incrementos observados en las tasas de utilización de servicios, son mayores en los servicios de salud en general con respecto a los servicios de hospitalización. Las tasas ajustadas de hospitalización y de servicios de salud en general, pasaron de 1,7 a 3,4 y de 7,7 a 12,4, respectivamente. Estas diferencias fueron aún más acentuadas entre la población afiliada al SGSSS, con respecto a la no afiliada, y durante 1997 con relación a 1993.

Conclusiones

Las evidencias de esta investigación indican que los efectos de la reforma en Colombia fueron positivos con relación a la equidad en el acceso al aseguramiento, pero no para la equidad en la utilización de los servicios.

El primer logro se apoya en tres realizaciones concretas de la reforma. Primero, el incremento observado en la cobertura del SGSSS benefició a las personas en todos los deciles de ingreso del hogar, pero fue mucho más dramático en el primer decil de ingresos. Segundo, aunque persiste una pendiente positiva en el comportamiento de la cobertura con respecto al decil de ingresos de los hogares, la pendiente fue mucho menos pronunciada durante 1997 en comparación con 1993. Tercero, entre las personas no afiliadas al SGSSS, la causa más frecuente para no utilizar los servicios de salud fue la falta de dinero. En cambio, entre las personas afiliadas, fue la falta de gravedad de la enfermedad, seguida por la falta de dinero.

En contraste con lo anterior, las evidencias no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de servicios de salud. Se evidencia la persistencia de inequidades en la utilización de servicios por los segmentos de población de más bajos ingresos, a pesar de estar afiliados a la seguridad social. Es decir, aunque se ha aumentado la cobertura, las poblaciones de menores ingresos continúan utilizando menos los servicios de salud.

Ese problema, que no parece originarse en la ausencia de políticas y regulaciones, requiere

fortalecimiento de la capacidad operativa de las agencias estatales de inspección, vigilancia y control del SGSSS con el fin de lograr una cobertura universal en el aseguramiento en salud y que los servicios sean utilizados por los que necesiten cuando lo necesiten. Esta es una acción crítica para poder contrarrestar dos consecuencias indeseables de las asimetrías de información entre usuarios y aseguradores: la selección adversa de riesgos y el fenómeno de riesgo moral. Así mismo, para lograr una mayor reducción de las inequidades que persisten en el acceso y en la prestación de servicios de salud es preciso mejorar la eficacia de los instrumentos regulatorios existentes.

Cabe la posibilidad de que los efectos de la Reforma sobre la utilización se expresen con mayor claridad a través de otros indicadores que no fueron abordados por esta investigación, por ejemplo: necesidades, oportunidad e integralidad de la atención y gasto en salud.

Adicionalmente, para evaluar la equidad también es importante la consideración de otras variables geográficas (regiones del país) y socioeconómicas tales como género, edad, educación y el posible efecto de los mecanismos de construcción de costos, como barreras económicas al acceso y utilización de servicios de salud.



La Política Farmacéutica Nacional en Colombia y la Reforma de la Seguridad Social : Acceso y Uso Racional de Medicamentos

Samuel Mejía Restrepo; Alba Lucia Vélez Arango; Maria Cristina Arango Mejía; Olga Clemencia Buritica Arboleda;
Jaime Alberto Del Río Gómez¹

En el marco del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia creado a partir de la Ley 100/93, entre 1995 y 1998 se formuló una Política Farmacéutica Nacional (PFN) cuyos objetivos fundamentales eran: a) garantizar el acceso a medicamentos esenciales de calidad a toda la población afiliada al sistema general de seguridad social, b) promover el mejoramiento del servicio farmacéutico, c) promover el uso racional de los medicamentos en el país, la gerencia y el desarrollo tecnológico.

Esa política se insertó en los principios que orientan el SGSSS, donde ocupa lugar preeminente la equidad, entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a toda la población colombiana, independientemente de su capacidad de pago.

La PFN es una de las áreas más sensibles e importantes en el cumplimiento de la ley, ya que gran parte de la población sufre la falta de acceso a los medicamentos esenciales, y el conocimiento sobre una prescripción racional y el uso apropiado de los medicamentos por prescriptores y consumidores sigue siendo muy bajo. La Ley 100/93 contempla la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y crea el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) cuya meta es garantizar el acceso equitativo a los medicamentos esenciales a la población asegurada de los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, actualmente no hay claridad respecto al éxito de la política formulada e implementada para favorecer la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos contemplados en el POS.



Esta investigación evaluó los términos de la formulación legal de la política farmacéutica y su respuesta a parámetros de accesibilidad y uso racional de medicamentos dentro del SGSSS Colombiano y bajo una perspectiva de equidad, estudiando estos aspectos en la población de pacientes diabéticos en las ciudades de Medellín, Manizales.

Este estudio de caso utilizó datos cuantitativos y cualitativos y fue desarrollado en dos niveles: macro y micro.

A nivel macro se investigó mediante análisis documental de qué modo la Constitución Colombiana reformada en 1991 insertaba implícita o explícitamente enunciados tendientes al logro de la equidad en la accesibilidad y el uso racional de medicamentos y cómo se reflejaban estos contenidos en las disposiciones de la Ley del SGSSS y de la PFN. Se analizó también la

percepción de los actores que participaron en el diseño, la formulación y la implementación de la PFN. Finalmente, ese análisis fue confrontado con un listado de indicadores de la OMS para evaluar la política de medicamentos en su relación con los desarrollos legislativos y reglamentarios.

A nivel micro, se evaluó la implementación de la política en relación con el acceso y el uso racional de los medicamentos. Las ciudades fueron seleccionadas en razón del número de habitantes, diferencias de localización geográfica y diferentes distribuciones de régimen de afiliación en las respectivas poblaciones. Se escogió la *diabetes mellitus* como enfermedad trazadora, por ser de alta prevalencia en la población adulta, de diagnóstico y tratamiento farmacológico estandarizados, y estar incluida en el POS.

Se realizaron encuestas y entrevistas a instituciones, médicos y pacientes. A nivel institucional se estudió el funcionamiento de algunos componentes del suministro de medicamentos. En la encuesta a los médicos, fueron investigados el conocimiento y uso de los medicamentos incluidos en el POS para el tratamiento de *diabetes mellitus*, así como su conducta prescriptiva con los pacientes diabéticos. En entrevistas a los pacientes diabéticos se exploraron: condiciones socio-económicas, cobertura del SGSSS y acceso, asistencia farmacéutica y prescripción.

¹ Universidad de Caldas. Manizales, Colombia - Hospital de Caldas ESE, Manizales, Colombia

Resultados

Al analizar el marco jurídico de la PFN se observó que la afiliación al SGSSS otorga a la población el acceso a un plan de salud y el derecho al suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Fueron creados organismos para garantizar el acceso a los medicamentos y el uso racional, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) y el INVIMA y la Comisión Tripartita para definir estrategias sobre precios de medicamentos. También se creó la Superintendencia Nacional de Salud con funciones de vigilancia y control. No obstante, aspectos como la insuficiente cobertura en salud, la libertad de precios de los medicamentos y la falta de vigilancia y control en el cumplimiento de la ley, fueron factores que dificultaron el cumplimiento de los objetivos de estos organismos.

En opinión de los actores, la ley contempla aspectos que favorecen la equidad en la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos, pero existen problemas en su aplicación, vigilancia y control. Además, subrayan la inexistencia de una cultura del medicamento esencial y genérico, y la falta de educación e información sobre uso racional de medicamentos entre los profesionales de la salud y la comunidad en general.

Los actores también señalan que el diseño y formulación de la PFN favorecen el uso racional y mencionan el Manual de Medicamentos del SGSSS y la definición y adopción de Protocolos de diagnóstico y tratamiento para las patologías incluidas en el POS entre los instrumentos creados para este fin.

Los indicadores utilizados mostraron la existencia de documentos oficiales de la PFN expedidos en los últimos cinco años que configuran una legislación dispersa y con exceso de disposiciones reglamentarias. También identificaron instancias de regulación en materia de medicamentos, controles para la promoción de los fármacos en la comunidad y sistemas de regulación de la venta de los medicamentos.

Las instituciones de salud contaban en su mayoría con el listado básico del POS y se encontraron en promedio 7 de los 9 medicamentos esenciales escogidos. Sin embargo, cerca de tres cuartas partes reportaron dificultades para la adquisición de medicamentos (principalmente de insulinas), menos de la mitad tenían comité técnico-científico y menos de un cuarto daba instrucciones sobre medicamentos que debían comprarse. De las prescripciones despachadas, más de la mitad estaban constituidas por medicamentos del POS (sin costo para el paciente) y el restante eran mezcla del listado del POS con otros no esenciales. El número promedio de medicamentos por prescripción fue de 2 y la gran mayoría fue prescrito con denominación genérica.

Todos los médicos encuestados conocían el listado del POS; más de la mitad lo usaban prescribiendo en genérico y cerca de un tercio en forma mixta (nombre comercial y genérico). Más de la mitad manifestó tener restricciones para prescribir los medicamentos genéricos, y la gran mayoría consideró que podía prescribir medicamentos fuera del POS en determinados casos. La mayoría de médicos afirmó que usaba protocolos de manejo, mientras menos de un tercio los desconocían o no existían en su institución. La mayor parte afirmó dar información sobre los medicamentos a sus pacientes diabéticos.

Con relación a los pacientes diabéticos, cerca de la mitad recibían menos de un salario mínimo legal (SML) y de estos, 77.5% estaban afiliados al SGSSS. Se encontró que la mayoría tenía conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento. Más de la mitad de los pacientes recibieron los medicamentos. Entre los que no los recibieron, la mayoría eran del régimen contributivo y cerca de una sexta parte del subsidiado. La mayoría de los pacientes adquirieron los medicamentos principalmente en asociaciones de diabéticos y farmacias particulares y en menor proporción en las instituciones de salud. Más de la mitad recurría a medicinas alternativas como plantas medicinales, acupuntura y orinoterapia.

Conclusiones

En general, se considera un avance que la garantía de acceso a medicamentos esenciales por la población sea considerada en la Ley Marco de Salud y que la asistencia farmacéutica esté contemplada en la política nacional de salud como parte de las acciones de atención sanitaria. Sin embargo, según la percepción de los actores, en términos de cobertura en salud y accesibilidad a los medicamentos estudiados, se evidencian problemas de control y vigilancia en los procesos de aplicación de la ley.

A pesar de que la cobertura en salud para los pacientes diabéticos fue alta en comparación con la cobertura promedio general, resulta contradictorio que estos pacientes con bajo nivel educativo y ganando menos de un SLM, pertenezcan al régimen contributivo, diseñado originalmente para personas que reciben un SML o más.

Se constató el incumplimiento o la falta de implementación de la ley en las instituciones que no contaban con comités técnico-científicos, además de que éstos en muy pocos casos daban instrucciones sobre la adquisición de medicamentos. Adicionalmente, algunos factores desfavorecen el acceso a medicamentos, sobre todo las dificultades para su adquisición, sea por falta de presupuesto, demora en el pago a los laboratorios farmacéuticos, por compras condicionadas o escasez de oferta.

Los pacientes diabéticos difícilmente tienen acceso a los medicamentos del POS, a pesar de que la mayoría están afiliados al régimen contributivo. Se observó que esos pacientes adquirieron los medicamentos en farmacias particulares, mientras que los vinculados o del régimen subsidiado, lo hicieron en las asociaciones de diabéticos.

El modelo de reforma adoptado en el sector salud presenta en su estructura condicionantes que generan diferencias injustas al distinguir los grupos de población afiliados al sistema en función de su capacidad de pago. Este determinante estructural de inequidad en el SGSSS, se refleja en las diferencias de cobertura en la prestación de servicios de salud y consecuentemente en los bajos niveles de acceso a medicamentos esenciales por parte de la población vinculada y subsidiada.

La implantación aún incipiente de la PFN en el contexto de la reforma, ha promovido algunos avances importantes en el uso racional de medicamentos y en la atención farmacéutica, pero aún no ha logrado un efecto transformador en las prácticas de trabajo y el mejoramiento de la gestión del suministro de medicamentos esenciales.



Evaluación de la Reforma de Salud en Uruguay: Equidad y Redefinición del “Welfare State”

Myriam Mitjávila; José Enrique Fernández; Constanza Moreira¹

El proceso de la reforma del Estado en Uruguay ha tenido un desarrollo atípico, constituyéndose en un modelo diferente al de otros países de la Región.

Esto se relaciona con la dificultad para dismantelar el modelo de estado benefactor en un contexto democrático que ha inducido procesos graduales de reforma en el sector social y de salud con fuertes contenidos estatistas y altos niveles de negociación con los agentes involucrados.

Las propuestas de reforma sectorial se han dado en un sistema altamente institucionalizado, consolidado y complejo. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) desempeñan un papel fundamental dando cobertura a alrededor del 50% de la población, mientras que aproximadamente otro 40% está cubierto por el sub-sector público, cuyos principales proveedores dependen de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), ámbito desconcentrado de las funciones asistenciales antes desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

La agenda de la reforma sectorial en Uruguay presenta un bajo nivel de visibilidad pública que obliga a identificar las diferentes propuestas en juego, así como las estrategias de los principales agentes que las sustentan.

Este estudio estuvo dirigido a relevar y examinar las propuestas de reforma del sector salud en Uruguay, así como sus eventuales impactos sobre la equidad y su consistencia con las estructuras institucionales y las relaciones de poder prevaletentes entre los principales actores.

La hipótesis de la investigación sostiene que coexisten dos estrategias contradictorias entre los agentes vinculados a la élite del sistema. Una que busca consolidar el modelo representado en las IAMC, como paradigma de políticas de *welfare* integradas en el área. Y otra orientada a la instrumentación de un modelo residual, apoyada en la provisión selectiva de los servicios de salud, enfocada en los pobres y la redefinición del papel del Estado como proveedor.

El estudio se basó en la triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas de análisis de datos y elaboración de escenarios prospectivos. Se utilizaron indicadores *proxy* de equidad y dos estrategias metodológicas: un levantamiento de información documental sobre el proceso de reforma junto con el análisis de datos secundarios (series de cobertura y gasto), y el análisis del discurso de los agentes (datos primarios a través de entrevistas a profundidad) sobre las estrategias de reformas, intentando medir el ajuste del discurso a los referentes empíricos obtenidos.

Resultados

El sistema de salud uruguayo es un sistema cuya formación es atípica en el continente dada la transición demográfica y epidemiológica que el país conoció en las primeras décadas del siglo, con una población mucho más envejecida, y que obligaron a enfrentar problemas de salud no habituales para el resto de los países de América Latina. Su financiamiento tiene una estructura bastante compleja en relación a sus fuentes y el uso de los fondos.

Entre los problemas fundamentales que enfrenta el sector salud en Uruguay se mencionan el aumento del gasto público y privado, la pérdida progresiva de rentabilidad del sector IAMC y su crisis financiera, la inequidad, la ineficiencia y las dificultades de regulación del sistema. Estos problemas han estado en el centro de los diagnósticos y la “contención del gasto” en salud se ha transformado en uno de los principios claves para juzgar la virtud relativa de las distintas medidas de reforma. El proceso de reforma se inscribe en el marco de la democratización del país, desde los acuerdos de la Concertación Nacional Programática de la transición política en 1985, sigue con las leyes de creación de la ASSE (1987) y su descentralización (1995), continua con

la reforma del Estado en los años 90 y llega hasta hoy con las nuevas elecciones nacionales en 1999.

Entre las propuestas de reforma se visualizan tres estrategias centrales, que corresponden a la lógica de tres agentes colectivos emergentes en este proceso: a) la techno-burocracia estatal del MSP que gestiona la ASSE; b) la techno-burocracia adscrita al proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS) del Banco Mundial; y c) el plenario de IAMC y la Federación Médica del Interior (FEMI). Sus propuestas son:

- La propuesta que se enmarca en la Reforma del Estado tiende a la descentralización de la ASSE. Esta propuesta que proponía fortalecer el rol regulador del MSP y disponer cierta autonomía operativa de la ASSE, en la práctica ha generado una reestructuración administrativa con la mejora de la gestión y la introducción de mecanismos de planificación estratégica.
- La propuesta del Proyecto FISS establece dos alternativas: la primera es un modelo global de transformación del sistema actual y la segunda es un conjunto de “ajustes parciales” al sistema. El modelo global supone la creación de un Fondo Nacional que realizaría un pago per capita por una canasta de servicios a los proveedores de atención a la salud, mientras que los servicios fuera de la canasta se comprarían en régimen de libre mercado. El Estado garantizaría asistencia médica a los indigentes y los usuarios de los servicios públicos quedarían en libertad de elegir la institución proveedora. Esto requeriría una agencia central de regulación y financiamiento. El modelo de ajustes parciales, por el contrario, supone el mantenimiento del sistema multi-institucional, con un presupuesto público para los organismos públicos y un financiamiento privado y de la seguridad social para los proveedores privados, haciendo ajustes al esquema general.
- Las IAMC y la FEMI proponen conjuntamente mantener los principios constitutivos del sistema actual, agregando algunas medidas para sanear la situación financiera de las IAMC y proveer mecanismos de regulación más efectivos. También se incluyen la estructuración de un seguro nacional de salud, el mejoramiento tecnológico, un programa de garantía de calidad y un nuevo modelo general de atención sanitaria.

Con relación al análisis de la equidad, primero se analizaron las desigualdades e inequidades en el gasto y cobertura en el modelo actual y, en un segundo momento, se diseñaron escenarios prospectivos tomando como referencia las propuestas de reforma presentes en el debate político.

¹ Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (CIESU)

A pesar de comprobarse un crecimiento progresivo del gasto en salud (3,3% entre 1987 y 1995) tanto público (2.86% del PBI) como privado (7.14% del PBI) y un aumento del gasto per cápita de 243%, se registran inequidades en la distribución del gasto, en la distribución geográfica de los sub-sistemas y en la cobertura.

El gasto por beneficiario por año del subsector privado (IAMC) es más del doble que el del subsector público (ASSE) y participa con más de 70% del gasto en salud, mostrando su importancia y la imposibilidad de diseñar políticas de salud sin tener en cuenta su participación. En el caso de las prestaciones de alta especialización el gasto de los beneficiarios del sistema IAMC es notoriamente superior al de los beneficiarios del MSP.

La relación entre ingresos y gasto en salud de las familias permite observar que tanto en Montevideo como en el Interior los niveles más bajos de gastos en salud se localizan en los deciles de menores y mayores ingresos de los hogares. En un sistema donde por lo menos el 90% de la población tiene acceso formal a una canasta universal, la concentración del gasto en los deciles medios se puede asumir como correspondiente al acceso a la canasta básica (principalmente dentro del sub-sistema IAMC) más los gastos de bolsillo necesarios para cubrir las carencias de la misma. Los valores de los deciles más bajos indican un déficit de consumo por imposibilidad económica. A su vez, los bajos valores de los deciles más altos permiten suponer una redistribución regresiva del gasto ya que las características del sector privado colectivo, fuertemente extendido, subsidiado y regulado por el Ministerio de Economía y Finanzas, abarata en términos relativos el costo de la cuota de la canasta básica.

También se detectan correlaciones significativas entre la tasa de cobertura de IAMC y variables de naturaleza socio-estructural (Índice de Desarrollo Humano-IDH, PBI departamental *per cápita*, tasa de contribución del PBI departamental al nacional y precariedad del empleo), y socio-económicas individuales (edad, condiciones de actividad, nivel de instrucción e ingresos).

Montevideo y el Interior del país presentan formas altamente diferenciadas de organización de los sub-sistemas con respecto a la cobertura. La relación entre tasa de cobertura e IDH es significativa, indicando que a un mayor IDH, corresponde mayor cobertura IAMC. Y lo mismo se observa en relación al PBI per cápita. En el caso de la precariedad del empleo existe una relación negativa: a mayor precariedad, menor cobertura IAMC.

Por otra parte, la cobertura varía según los diferentes grupos de edad y es distinta en los diferentes sub-sistemas. En el caso de la relación IAMC-MSP, el total de afiliados de las IAMC se concentra básicamente



entre los 20 y los 59 años, mientras que en el sub-sistema MSP a mayor edad aumenta la cobertura. La cobertura IAMC crece con el nivel educativo mientras la del MSP baja; lo mismo se evidencia con la condición de actividad del individuo, siendo que la del MSP aumenta en los desempleados. En relación con el ingreso, a mayores ingresos corresponde mayor cobertura IAMC y a menores ingresos mayor cobertura MSP.

La superposición de servicios debido a la descoordinación interinstitucional, así como la falta de mecanismos de regulación y evaluación impacta tanto en la calidad y costos de la atención, como en la eficiencia del sistema.

Conclusiones

La fuerte estructuración de un sistema altamente fragmentado obstaculiza las políticas activas de reforma del sector. Las opciones más viables son las de reestructuración pasiva y existe una tendencia hacia la profundización del carácter mixto del sistema.

Las inequidades registradas, concentradas en el gasto y la cobertura entre sub-sectores y en el ámbito territorial, tienden a agravarse con las propuestas planteadas ya que ninguna de ellas contempla mecanismos redistributivos o aumento en el gasto global en salud. La única redistribución

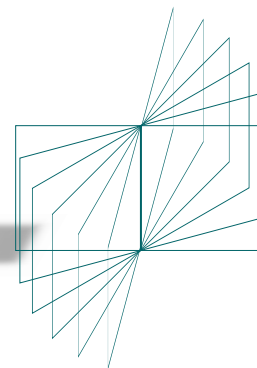
planteada es regresiva para sectores de ingresos medios, cuya capacidad de veto limita la implementación de la misma.

Considerando la evolución probable en el curso de 5 años, se plantean dos tipos opuestos de estrategias para el diseño de escenarios alternativos:

- a) La reestructuración pasiva, que constituye el escenario mínimo de reforma y prevé la manutención de la viabilidad del sistema sin modificaciones estructurales significativas. Esto puede implicar el aumento de la cobertura por parte del sub-sistema IMAC mediante la extensión del seguro de la seguridad social, pero no incluye políticas redistributivas.
- b) La reestructuración activa, que incluye las medidas del primer escenario y las profundiza, pero sin llegar a plantear la integralidad del sistema. Supone la racionalización de la relación entre ambos sub-sectores e incluye políticas redistributivas.

Actualmente (2001) se han dado pasos dentro de lo previsto en el primer escenario. Sin embargo, la crisis del sub-sector IMAC que ha superado las estimaciones previstas al inicio del actual gobierno (2000), hace peligrar la viabilidad política del mismo y generar nuevas coaliciones de veto.

Páginas de la Reforma



Publicaciones Recientes

- APRESAL, Foro Internacional La Reforma del Sector Salud, Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala (APRESAL), 1999
- Earl-Flater, Alan. Diccionario de Economía de la Salud. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, Abril 2001
- Hsiao, William, Mark J. Roberts, Peter A. Berman y Michael R. Reich. Encauzando la Reforma del Sector Salud. Santiago de Chile: Bitrán & Asociados, Instituto del Banco Mundial, Abril 2001
- Maceira, Daniel. Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: LACRSS, 2001
- Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Hoja-resumen sobre desigualdades en Salud: Colombia. Washington, D.C.: OPS/OMS, Agosto 2001 <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/Colombia-res.pdf>
- Székely, Miguel. The 1990s in Latin America: Another Decade of Persistent Inequality, but with Somewhat Lower Poverty. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Hoja de Trabajo # 454, Junio 2001

Experiencias de relación Estado-mercado en la Reforma del Sector Salud

Esta obra es parte de los resultados del esfuerzo realizado conjuntamente por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina en la formación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo una reforma del sector salud basada en toma de decisiones con conocimiento sobre política de salud y gerencia, financiamiento de salud, mejora de los servicios y desarrollo institucional.

El programa de Maestría de estas instituciones incluye una sección de estudio puntual sobre la situación de salud y la organización de servicios de salud. En este marco, durante 1998 y 1999 invitaron a especialistas en servicios de salud de Chile, Inglaterra, Cataluña, Canadá y Brasil para que hicieran una presentación de sus diferentes sistemas de salud y de las reformas llevadas a cabo en cada uno de sus países.

Los compiladores aseguran que esta obra se distingue de la literatura existente no sólo por la profundidad y claridad con la que cada uno de los autores ha expuesto sus respectivos modelos, sino también porque los han situado con claridad dentro del contexto de sus particulares marcos políticos, sociales y económicos, haciendo posible una mejor comprensión de los elementos que los singularizan. Otro aporte significativo se halla en el hecho que además de la descripción estructural de sus respectivos modelos, cada autor ha incluido sus ideas y su visión individual de lo que fue, es y/o debería de ser el modelo de organización de la salud, aportando de este modo una pluralidad de concepciones que ayudan al lector a encontrar problemas y soluciones comunes.

Factibilidad y retos de la Reforma del Sector Salud en países en desarrollo

Este libro tiene su origen en un programa de investigación financiado por el Comité Económico y Social de Investigación del Departement for International Development (DFID) de la Gran Bretaña y contó con la participación de cinco grupos británicos de investigación. La obra fue realizada conjuntamente por Sara Bennett, Anne Mills y Steven Russell con la ayuda de colaboradores especializados en los cinco países en los que se llevaron a cabo los estudios de caso.

Los autores afirman que a partir del surgimiento de nuevas formas de abordar la administración de los servicios públicos de salud en los países desarrollados y el reconocimiento del fracaso de los gobiernos para asegurar la equidad y la eficiencia se ha generado un importante movimiento en pro de la reforma del sector salud en los países de ingresos medios y bajos. Así mismo, reconocen que entre las tendencias más comunes de las políticas de reforma se cuentan la separación de las funciones de compra y provisión de los servicios de salud, la creciente autonomía de las organizaciones del sector público, el estímulo a la competencia entre proveedores, la expansión del papel de los proveedores privados y el incremento del financiamiento proveniente de fuentes no fiscales.

El libro examina tanto la factibilidad como la conveniencia de este tipo de reformas en países de bajos ingresos tomando como base un profundo estudio de los casos de Ghana, Zimbabwe, Sri Lanka, la India y Tailandia. En él se plantean las preguntas clave respecto a las capacidades requeridas por los gobiernos para poder asumir estos nuevos y complejos roles de manera eficaz y se analiza qué tan capaces de lograrlo han sido los diferentes gobiernos. Teniendo como base los resultados de las investigaciones realizadas, este libro representa un reto para la visión convencional de la reforma del sector salud y sostiene que las reformas deben estar más fuertemente arraigadas en y ser más sensibles a las características institucionales de cada país.



Sistemas de salud y reformas
Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado
Silvina Ramos y Pablo Vinocur, compiladores
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)
Buenos Aires, Argentina, 2000



The Challenge of Health Sector Reform
What must Governments Do?
Anne Mills, Sara Bennett y Steven Russell. Palgrave, Gran Bretaña, 2001

Noticias

Programa Flagship sobre Reforma y Financiamiento Sustentable del Sector Salud

Contando con la colaboración y el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y el respaldo técnico del Instituto del Banco Mundial, Bitrán y Asociados organizará e impartirá en la Ciudad de Panamá la tercera versión en castellano del *Programa Regional Flagship para Latinoamérica y el Caribe (LAC Flagship)* los días 8 al 16 de noviembre de 2001.

El objetivo del curso **LAC Flagship** es difundir conocimientos sobre economía, financiamiento y reformas en el sector salud a personas clave encargadas de formular políticas sectoriales o institucionales, así como a responsables del financiamiento y provisión de servicios de salud en los

Ministerios, instituciones públicas y organizaciones privadas relacionadas con la salud.

Este curso ofrece un equilibrio único entre lo conceptual y lo aplicado poniendo especial énfasis en las siguientes interrogantes: ¿Cómo diseñar, cómo evaluar y cómo implementar las reformas en el sector salud?

Los expositores son expertos internacionales del sector salud con amplia experiencia a nivel regional en temas de reforma e implementación. Este curso ya ha sido impartido con anterioridad en Latinoamérica (junio de 2000 y abril de 2001, Santiago de Chile) y en ambas ocasiones contó con la asistencia de más de 90 participantes

provenientes de ministerios de salud, instituciones de seguridad social y otras organizaciones de más de 15 países de la región. Estos eventos han sido calificados como todo un éxito, tanto en número de participantes, instituciones y países representados, como en la calidad de los contenidos impartidos y la metodología utilizada en su desarrollo.

Los lectores interesados en participar o simplemente en ampliar la información pueden consultar la página web del LAC Flagship en <http://www.bitran.cl/flagship/>.

PROGRAMA FLAGSHIP
REFORMAS Y FINANCIAMIENTO
SUSTENTABLE DEL SECTOR SALUD
CIUDAD DE PANAMÁ

NOVIEMBRE 2001



México lanza el Programa Nacional de Salud 2001-2006

La Reforma del sector salud en México data de principios de la década de los años ochenta. Desde entonces se han llevado a cabo importantes acciones tendientes a lograr la descentralización y el mejoramiento de la atención a la salud. Sin embargo, entre otras causas, el carácter "segmentado" del sector salud (originado en la existencia de al menos cuatro grandes proveedores: la Secretaría del Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y un importante sector privado) ha impedido la puesta en marcha de una reforma articulada.

Democratización de la salud

El *Programa Nacional de Salud* forma parte del **Plan Nacional de Desarrollo** del nuevo gobierno y su mensaje central es que "para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención a la salud". Así pues, desde su presentación define claramente sus objetivos: "*El Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México: hacia un sistema universal de salud*".

Para ahondar en el concepto de democratización de la salud que maneja el *Programa* basta considerar esta afirmación: "La protección de la salud no puede ser considerada una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio: es un derecho social".

Según la presentación del *Programa*, ese derecho habrá de ejercitarse mediante el estímulo a la participación de los ciudadanos y el desarrollo de un sistema que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas, que amplíe sus posibilidades de elección, de presentación eficiente de quejas y sugerencias y que ofrezca también a los prestadores de servicios remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo profesional.

Retos, objetivos y estrategias

Reconociendo que "si bien es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud en las últimas décadas", el *Programa* insiste en que aún "persisten tres grandes retos: la equidad, la calidad y la protección financiera".

La equidad es un problema relacionado con la "transición que experimenta México en materia de salud" caracterizada "por el traslape de dos desafíos: el rezago en salud (principal responsable de uno de los rasgos distintivos de la transición epidemiológica: la desigualdad) y los riesgos emergentes". Por lo que toca a los problemas de **la calidad** de la atención, se mencionan los largos tiempos de espera en la atención ambulatoria, el deficiente abastecimiento de medicamentos y la existencia de equipo insuficiente y obsoleto en los hospitales. El *Programa* reconoce que "los **problemas financieros** relacionados con la atención a la salud representan ya una seria carga para la población" pues al menos 52 por ciento de los

gastos totales en salud se cubren directamente con gasto del bolsillo de las familias y "cada año alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más de 30 por ciento de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud".

Ante estos retos, El *Programa Nacional de Salud* define cinco objetivos y diez estrategias para alcanzarlos:

Objetivos

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el sistema de salud, en particular sus instituciones públicas
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

Estrategias sustantivas

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Estrategias instrumentales

6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud



Citas con la Reforma

Health Systems Management Administración de los Sistemas de Salud

Octubre 17 – Noviembre 5, 2001
Galilee College, Israel

Training Institute on Cultural Competency in Health Care Instituto de Entrenamiento sobre Competencia Cultural en Atención a la Salud

Octubre 22 -26, 2001
Seattle, Washington, E.U.A.

Focus on Women: Challenges in the Prevention and Treatment of HIV/AIDS

Enfoque sobre las Mujeres: Retos en la Prevención y el Tratamiento de VIH/SIDA

Octubre 19, 2001
Nueva York, NY, E.U.A.

Enhancing Outcomes in Women's Health: Translating Psychosocial and Behavioral Research into Primary Care, Community Interventions, and Health Policy Mejorar los Resultados en la Salud de las Mujeres: Traducir la Investigación Sicosocial y del Comportamiento en Atención Primaria, Intervenciones Comunitarias y Políticas de Salud

Octubre 4 -6, 2001
Washington, D.C., E.U.A.

Public Health in Complex Emergencies Training Program Programa de Entrenamiento sobre Salud Pública en Emergencias Complejas

Noviembre 4 -18, 2001
course@intrescom.org

Monitoring and Evaluation of Population and Reproductive Health Programs

Monitoreo y Evaluación de Programas de Salud Reproductiva y Población

Noviembre 5 -23, 2001
Bangkok, Tailandia

American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) 50th annual meeting

Quincuagésima reunión anual de la Sociedad Americana de Medicina Tropical e Higiene

Noviembre 11 -15, 2001
Atlanta, Georgia, E.U.A.

17th World Congress on Fertility and Sterility Décimo-séptimo Congreso Mundial sobre Fertilidad y Esterilidad

Noviembre 24 – Diciembre 1, 2001
Melbourne, Australia

Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información
sobre Iniciativas de Reforma



Banco
Interamericano
de Desarrollo



Fundación
Mexicana
para la
Salud



Instituto
Nacional de
Salud
Pública
México



Organización
Mundial de
la Salud

Directorio

Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud
Enis Baris • Banco Mundial
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud
Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México
Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director
Víctor Becerril • Editor
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial
Alejandro López • Asistente Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR

<http://www.insp.mx/ichsri>