

### Reflexiones / 4

Enfermeras y Parteras de Belice.  
Contribución al Desempeño  
y Metas del Sector Salud  
Edilma Blandon

Qué se Puede Hacer con el Sector Privado  
del Sector Salud en Países de Ingresos  
Bajos?  
Mills y cols.

### Panorama / 10

Poner Límites a la Atención a la Salud  
Daniels / Sabin

Globalización y Salud  
David Dollar

### Monitor de la Salud / 13

México. Comparativo de Distribución  
de la Mortalidad por Ocupación  
según Porcentaje de Población Indígena

### Páginas de la Reforma / 14

### Noticias / 15

### Citas con la Reforma / 16

## El Reporte de la Comisión de Macroeconomía y Salud: Su Relevancia para la Región de América Latina y el Caribe

Organización Panamericana de la Salud  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

La Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en septiembre del 2000 exige importantes reducciones en la pobreza y mejoras significativas en la salud de los pobres. El argumento central del Reporte de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) de la OMS sostiene que mejorar la salud de los pobres es un medio para alcanzar las metas del desarrollo relacionadas con la reducción de la pobreza. Mayores inversiones en salud se traducirían en un ingreso substancialmente mayor en los países de ingresos bajos. La carga de las enfermedades es una barrera para el desarrollo económico, especialmente en el África al sur del Sahara. El SIDA está obstruyendo el desarrollo de África y puede provocar decenas de millones de muertes en India, China y otros países en desarrollo.

El Reporte de la CMS se enfoca especialmente en los países menos desarrollados y en los pobres de los países de ingresos medios y bajos. Se trata de países en donde el control de las enfermedades infecciosas y el mejoramiento de la salud materna e infantil se encuentran entre las más grandes prioridades de la salud pública. En esos países las principales causas de muertes evitables son el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (TB), las enfermedades infecciosas infantiles, las afecciones maternas y perinatales, las deficiencias de micronutrientes y las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) incluidos en las estimaciones de costos del Reporte son Haití (un país clasificado entre los menos desarrollados), Nicaragua (un país de ingreso bajo) y Bolivia, Cuba, Guyana y Honduras (países de ingresos medios). En el Reporte, el término Región ALC sólo incluye a los países mencionados.

### Las principales recomendaciones de la Comisión

Se propone que los países de ingresos bajos y medios-bajos deben elevar el acceso de los pobres del mundo a servicios de salud esenciales, incluyendo ciertas *intervenciones esenciales* a través de un sistema cercano-al-cliente que implica una reforma organizativa que asegura la cobertura universal para intervenciones prioritarias a través de centros de salud, clínicas o instalaciones ambulantes.

Proporcionar acceso a servicios esenciales de salud para los pobres requeriría recursos suplementarios de origen nacional e internacional. Sin embargo, los niveles actuales y proyectados de gasto en salud en los países menos desarrollados y en los de ingresos bajos serán insuficientes para atender los retos de salud que se enfrentan. Existe un brecha entre los recursos que deberían cubrirse y las contribuciones provenientes de donadores de los países de ingresos altos. Los países de ingresos altos podrían/deberían aumentar su ayuda financiera en forma de donaciones, especialmente para los países que necesitan de ayuda de manera más urgente. En este sentido, el reporte argumenta: "La falta de fondos provenientes de donadores no debe ser el factor que limite la capacidad de proveer servicios de salud a los pueblos más pobres del mundo."

El reporte estima que los países de ingresos altos necesitarían aumentar su asistencia financiera a esos países hasta cerca de \$27 mil millones de dólares por año en 2007 y hasta \$38 mil millones por año hacia el 2015. En la actualidad la ayuda oficial para el desarrollo es del orden de \$6 mil millones de dólares.

La agenda de inversiones en salud para el desarrollo económico incluye:

- El establecimiento de comisiones nacionales temporales de *macroeconomía y salud* para formular un programa de largo plazo destinado a aumentar las intervenciones esenciales en salud como parte de su marco general de estrategias para reducir la pobreza.
- *Movilizar recursos de donadores* para apoyar tanto los programas nacionales como a la Organización Mundial de la Salud, al Banco Mundial y a las nuevas instituciones internacionales de salud.
- ▶ Los recursos de los donadores deben ser canalizados para financiar los programas nacionales (alrededor del 80 %) y para

actividades internacionales relacionadas con la investigación y el desarrollo relacionados con las enfermedades de los pobres y para la provisión de otros bienes públicos (20%). La OMS y el Banco Mundial en conjunción con un comité directivo de países donadores y receptores estaría a cargo de la coordinación y el monitoreo del proceso de movilización de recursos.

- ▶ El Reporte de la CMS propone que la comunidad internacional debe establecer dos nuevos mecanismos de financiamiento: a) Un fondo global para luchar contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria de \$8 mil millones de dólares. Este fondo ya ha sido creado por el Secretario General de las Naciones Unidas. b) Un fondo global de investigación en salud de mil quinientos millones de dólares.

Además se deben canalizar recursos por mil quinientos millones de dólares a través de las instituciones existentes (tales como la OMS) para aumentar el financiamiento del Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales, la Iniciativa para la Investigación en Vacunas y el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación sobre Reproducción Humana, el Foro Global para la Investigación en Salud y varias asociaciones público-privadas que actualmente trabajan para desarrollar nuevos medicamentos y vacunas.

- ▶ La CMS también hace un llamado para aumentar el financiamiento de la OMS y el Banco Mundial para reforzar la oferta de otros bienes públicos: mil millones de dólares al año durante el periodo 2002-2007 y dos mil millones al año durante 2007-2015.

#### Otras recomendaciones no financieras (normativas)

- ▶ El Fondo Monetario Internacional y el BM deben trabajar con los países receptores para incorporar el mejoramiento de la salud y otros programas reductores de la pobreza dentro de un marco macroeconómico viable.
- ▶ A través del Fondo Global de Luchar Contra el SIDA, la Tuberculosis, y la Malaria y de otros mecanismos, se deben establecer compromisos previos para comprar productos nuevos para esa lucha a precios comercialmente viables a fin de dar incentivos al sector privado de los países desarrollados para un desarrollo de largo alcance de los medicamentos. Se

debe establecer un acuerdo corporativo entre la industria farmacéutica internacional, los países de ingresos altos y la OMS para asegurar el acceso de los países de ingresos bajos a los medicamentos esenciales. (Compromisos para proveer las medicinas esenciales a los precios más bajos comercialmente viables y para otorgar licencias para la producción de medicamentos esenciales a productores de genéricos respetando las condiciones de costos y/o de oferta.).

#### Relevancia para la Región de América Latina y el Caribe

Si bien sólo cinco países de la Región han sido incluidos en las estimaciones de costos del reporte, muchos de los argumentos enunciados pueden ser útiles para fortalecer los argumentos relacionados con ciertas políticas de salud. Aquí enfocamos algunos de los argumentos del Reporte que pueden ser relevantes para sostener la agenda de mejoramiento de la salud en la región. Se encuentran organizados en torno a los tres principales temas cubiertos en el Reporte. Se trata de a) las relaciones entre la salud y el crecimiento económico; b) los problemas más importantes que afectan a los países de ingresos bajos y medios bajos; y c) la brecha entre gasto y el financiamiento necesarios para enfrentar los problemas más importantes que afectan a los pobres en los países de ingresos medios-bajos.

- a) Sobre la relación entre salud y crecimiento económico. El reporte proporciona algunos argumentos sobre la relación entre la salud y el crecimiento económico que pueden ayudarnos a fortalecer la discusión sobre la importancia de la inversión en salud para lograr el crecimiento económico y el desarrollo social a largo plazo: la reducción de la pobreza y las desigualdades.

El llamado para establecer comisiones nacionales e interministeriales sobre salud y macroeconomía puede convertirse en una importante herramienta para argumentar en torno al papel de la salud y el desarrollo económico. Sin embargo, en el caso de

LAC, dada la situación actual, puede requerir todavía más argumentos además del análisis empírico presentado en el Reporte.

Los argumentos más convincentes presentados en el Reporte son los que provienen de la teoría económica, lo mismo que de nuevos análisis empíricos de la relación entre la salud y el crecimiento económico – *tasa de crecimiento económico*. Especialmente los argumentos y los datos empíricos desarrollados por los Premios Nobel citados en el Reporte (Schultz, Becker y Fogel).

Los argumentos basados en los costos económicos de las enfermedades evitables (carga de las enfermedades) pueden ser importantes para proponer inversiones en salud como una estrategia de reducción de la pobreza y deben ir acompañados por argumentos sobre la importancia de la salud como mecanismo para mejorar (la tasa) del crecimiento económico a largo plazo.

- b) Sobre los principales problemas que afectan a los países de ingresos medios y medios bajos.

El Reporte de la CMS también subraya el papel de algunas intervenciones de bajo costo en salud que pueden tener un impacto importante al lidiar con las principales causas de muertes evitables. Esta observación general es pertinente para la mayoría de los países de la región.

Las intervenciones destinadas a lidiar con estos problemas de salud son parte integral de las estrategias y programas nacionales de atención primaria a la salud que, de acuerdo con el Reporte, carecen

de fondos suficientes. Estos argumentos pueden ser usados para dar mayor fuerza a los compromisos gubernamentales relacionados con la atención primaria a la salud. No resulta muy claro si sería benéfico el cambiar la denominación de esta estrategia.

- c) Sobre la brecha entre gasto y financiamiento necesarios para hacer frente a los principales problemas que afectan a los pobres en los países de ingresos bajos y medios bajos.

Un ejercicio de estimación del nivel actual de gasto en atención primaria a la salud y de la "brecha de cobertura" de diferentes tipos de servicios pueden servir para identificar las necesidades específicas de los países en torno a la reasignación y/o la movilización de recursos. Un uso más eficiente de los recursos y una mejor asignación del gasto público para hacer frente a los principales problemas de salud de los pobres representan políticas más adecuadas para la mayoría de los países de la región de ALC.

La proposición de incrementar los niveles de gasto público en 1 por ciento del PNB para el año 2007 y en 2% para el 2015 necesita argumentos más allá de la falta de recursos para cubrir el sistema cercano-al-cliente esgrimidos en el Reporte. Las comparaciones con el nivel de gasto público como porcentaje del PNB entre los países desarrollados (alrededor de 6%) y los países de América Latina (alrededor de 3%) pueden dar mejores argumentos sobre la necesidad de aumentar el gasto público en salud para que los gobiernos jueguen un papel significativo en el desarrollo de sistemas nacionales de salud integrales.

Los argumentos para aumentar masivamente los recursos financieros destinados a "aumentar" las intervenciones en salud son menos convincentes en el contexto de la región de ALC.

Lo mismo sucede con el llamado para obtener más recursos para el financiamiento de "nuevas" entidades destinadas a administrar los programas globales de SIDA, TB y Malaria o bien para incrementar el papel de la OMS y el BM con el fin de apoyar las estrategias de la CMS.

### Agenda para la Región de América Latina y el Caribe

1. El Reporte de la CMS y su tema central – invertir en salud para el desarrollo económico– pueden ser usados como herramienta para profundizar la investigación y los argumentos actuales en torno a la relación entre la salud, el crecimiento económico y el desarrollo social y la importancia de la salud en la reducción de la pobreza y las desigualdades.
2. La presentación del Reporte puede ser complementada con estimaciones regionales y nacionales del nivel de gasto en estrategias y programas de atención primaria a la salud y las limitaciones de recursos que enfrentan estos países y para identificar las necesidades de reasignación y/o movilización de recursos.
3. La presentación del Reporte puede ser útil para mostrar el avance de la región en la lucha contra algunos de los "principales problemas de salud de los pobres" que se enlistan en el Reporte y el tipo de problemas de salud y las intervenciones que deben ser incluidos en una estrategia revisada y replanteada de la atención a la salud primaria en los países de América Latina y el Caribe.
4. La Organización Panamericana de la Salud puede considerar el apoyo a la creación de comisiones sobre macroeconomía y salud nacionales (como la recientemente creada en México) o sub-regionales (como CARICOM, la Comunidad Andina y/o el Sistema de Integración Centroamericano).

5. En los países de ALC caracterizados como países pobres altamente endeudados (Bolivia, Guyana, Honduras, Haití y Nicaragua) la OPS puede promover la inclusión de un paquete de intervenciones esenciales destinadas a hacer frente a los principales problemas de salud de los pobres. Para ello es necesario reunir datos específicos de los países a fin de identificar las necesidades de recursos y para diseñar mecanismos eficaces de provisión.

# Enfermer@s y Parteras de Belice

## Contribución al Desempeño y Metas del Sector Salud<sup>1</sup>

Edilma Blandon

### Introducción

Los sistemas de salud de muchos países han sido transformados durante los últimos diez años como respuesta a la necesidad de sistemas más equitativos, eficientes y sustentables. Esta reorganización de los sistemas de salud ha aumentado la necesidad de generar conocimientos acerca del papel y de la contribución de los profesionales de la salud al desempeño y la realización de las metas de los sistemas de salud.

Los profesionales de la enfermería y las parteras constituyen el grupo más numeroso de proveedores de servicios y han sido afectados por los cambios en los sistemas de salud de diversas maneras. Los cambios que han sufrido el trabajo y el ambiente en el que practican los y las enfermer@s y parteras lo mismo que su relación con otros profesionales de la salud y los clientes han sido modificados afectando tanto su desempeño como el servicio que prestan.

En este marco, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha un protocolo de estudios de casos para obtener y analizar la información sobre la contribución de estos profesionales al desempeño de los sistemas de salud y a la realización de las metas, así como sobre los efectos que los cambios de los sistemas de salud han tenido sobre la eficacia de las intervenciones de los y las enfermer@s y parteras en tres países de la Región Panamericana: Belice, Colombia y México.

Los consultores de enfermería de cada país administraron un cuestionario de 40 temas a enfermer@s y parteras de diferentes instituciones de salud. También obtuvieron información fundamental de fuentes secundarias para apoyar sus descubrimientos y completar el análisis de los datos. En esta versión del artículo original, presentamos un análisis de los resultados del estudio de caso de Belice.

### El contexto social de Belice

Belice tiene una superficie de casi 23 mil kilómetros cuadrados y una población estimada para 1996 de poco más de 220 mil habitantes. Belice está atravesando por una transición demográfica que implica un descenso en la población menor de 15 años y un crecimiento relativamente estable de la población durante las últimas dos décadas aunado a una tendencia hacia el envejecimiento de la población.

Las principales causas de mortalidad en 1987 eran enfermedades originadas en el periodo perinatal, enfermedades del sistema respiratorio,

enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades cerebro-vasculares. En 1998 eran las enfermedades del corazón, accidentes, cáncer, neumonía y enfermedades infecciosas. Las mejoras en la atención perinatal pueden haber contribuido al cambio en la distribución de las causas de muerte. Además, la aparición de las enfermedades infecciosas entre las cinco principales causas de muerte representa un nuevo reto para el sistema de salud.

A diferencia de la mayoría de los países de América Latina, la cultura dominante en Belice proviene de la Gran Bretaña y, aunque el español se habla comúnmente, Belice es el único país Centroamericano cuya primera lengua es el inglés. Estas diferencias de herencia han influido sobre las estructuras de gobierno, políticas y sociales. En cambio, del mismo modo que el resto de los países de la región, Belice también ha pasado por una concentración de recursos en las ciudades más importantes provocando una falta de recursos en las áreas rurales y semi-rurales.

### La reforma de la atención a la salud

Los retos que enfrenta Belice incluyen la demanda de una mayor cobertura de los servicios y la expectativa de servicios de calidad en una situación de limitación de recursos. Además, se ha tenido que lidiar con la inmigración proveniente de las poblaciones desplazadas de los países centroamericanos, la cual ha aumentado la demanda de servicios sociales y de salud.

La reforma del sistema de salud de Belice se basa en las siguientes metas y objetivos: 1) asegurar el acceso universal a los servicios básicos de salud, usando una estrategia de atención primaria; 2) asegurar la supervivencia y el desarrollo de los niños y los adolescentes; 3) mejorar la salud de la población, su bienestar y su desarrollo, disminuir las disparidades en salud; 4) promover conductas y estilos de vida saludables; 5) promover condiciones y ambientes de vida saludables; 6) erradicar o controlar las amenazas nacionales a la salud; y 7) disminuir las discapacidades mediante el uso de estrategias preventivas. Por otra parte, la reforma de salud en Belice se orienta hacia el mejoramiento de la administración y el financiamiento de los servicios de salud, de los recursos humanos, la infraestructura y el desarrollo y la planeación institucionales.

### Cambios en el sistema de salud

El proceso de descentralización del sistema de salud de Belice apenas ha comenzado con la creación de cuatro regiones de salud: Norte, Sur, Oeste y Centro. Cada región tiene a su cargo la prestación de los servicios primarios, comunitarios y de salud pública y tendrá un hospital regional. Actualmente el Hospital Memorial Karl Heusner es el hospital nacional de referencia y está adquiriendo una mayor autonomía.

La meta del Plan Nacional de Salud de Belice es garantizar la cobertura universal brindando un

Población Menor de 15 años		Población Mayor de 65 años		Crecimiento de la Población	
1980	1999	N/A	1999	1983	1999
45%	Est. 42%	Mayor o igual a 60 años	Est. 3%	2.5%	Est. 2.4%

<sup>1</sup> Tomado del documento: Contribution of Nursing and Midwifery to Health System Performance and Goals. Publicado por la Organization and Management of Health Systems and Services (HSO) de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

conjunto de servicios integrales de salud pero los componentes específicos de estos servicios no han sido definidos (1998). Sin embargo la tendencia en el paquete básico es hacia servicios preventivos y de promoción de la salud.

En Belice no se han identificado poblaciones o servicios objetivo. Sin embargo, las áreas de los programas han sido incluidas en el Plan Nacional de Salud: edad adulta temprana y tardía, infancia tardía y adolescencia; infancia temprana, salud ambiental y deportes. Además se han incluido el mejoramiento de la salud prenatal y los servicios de vacunación.

Los servicios públicos de salud son prácticamente gratuitos pero se están desarrollando estrategias para aumentar la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, introduciendo el seguro nacional de salud y desarrollando estrategias para patrocinar y regular al sector privado. Por otro lado, las instituciones del sector público están subcontratando servicios del Hospital Karl Heusner.

La Oficina del Ministerio de Salud tiene a su cargo las siguientes responsabilidades: 1) provisión de servicios a través del establecimiento de Administradores Regionales de Salud, 2) el desarrollo de políticas incluyendo la identificación de necesidades y la construcción de consensos, 3) regular y subcontratar los servicios del sector privado para responder a las demandas del sector público, y 4) subcontratar servicios de la autoridad del Hospital Karl Heusner.

Belice cuenta con dos hospitales privados, numerosas ONG's y grupos religiosos que proveen servicios ambulatorios de salud, practicantes privados, laboratorios privados, servicios de radiología y farmacias. También tiene muchos practicantes tradicionales que atienden los partos, parteras y curanderos. Los servicios privados internacionales también juegan un importante papel. Los pacientes a menudo se auto-refieren a México, Guatemala y los Estados Unidos para recibir atención a la salud y los prestadores del sector público refieren a sus pacientes a los países vecinos cuando no cuentan con el servicio en Belice.

### Perfil de la enfermería y de las parteras

El personal dedicado a la enfermería constituye el grupo más grande de profesionales de la salud. De acuerdo con la OPS, 33% de los 500 trabajadores de la salud registrados en 1994 eran profesionales de la enfermería. También en 1994 había 117 parteras profesionales más 135 parteras tradicionales en la comunidad. Más de la mitad de los médicos y los profesionales de la enfermería se concentraban en el distrito metropolitano de Belice, y la mayoría de ellos trabajaba para el Hospital Karl Heusner. En el año 2000 existían 479 puestos de enfermería que incluían diversas categorías.

Por lo que se refiere a la educación, La Escuela de Enfermería de Belice ofrece cuatro programas: práctico, registrado, enfermería de salud rural y parteras-enfermeras. El programa profesional de enfermería requiere de tres años de estudios. La educación avanzada en enfermería se puede cursar en la University of West Indies en Jamaica. Los profesionales de la enfermería creen que el país necesita contar con programas de educación continua y de especialización dentro de sus fronteras.

### Provisión de los servicios

A pesar de que el personal que trabaja en enfermería representa al grupo más grande de los trabajadores de la salud y son ellos quienes tienen un contacto más cercano con el público, la contribución de la enfermería a la realización de las metas del sistema de salud no es fácil de medir. En Belice los profesionales de la enfermería contribuyen en este sentido a través de su participación en los programas de salud pública, tales como "Embarazo Seguro" ("Making Pregnancy Safe") y el de VIH/SIDA, así como en mejorar los resultados de la salud materno/infantil y en mejorar los resultados de salud mental. Sin embargo reportan la necesidad de expansión de los programas de salud materno/infantil dados los altos índices de mortalidad materna. Tienen una participación importante en la Comisión de SIDA y en cuanto a la salud mental el Programa de Enfermería Siquiátrica de Belice ha sido considerado como un modelo para los países del Caribe.

### Desarrollo de recursos

L@s enfermer@s y parteras de Belice han contribuido al desarrollo de recursos humanos mediante la conducción de estudios de caso destinados a mejorar la calidad de la atención a la salud. Para lograr mejorar aún más los recursos humanos, sugieren revisar los *currícula* de parteras y enfermería, establecer un programa de bachillerato en enfermería, incluir la

investigación en enfermería en los cursos de enfermería, el entrenamiento en administración y la educación continua. También ponen de relieve la necesidad de aumentar los recursos en servicios materno-infantiles (más horas de servicio, atención prenatal, talleres perinatales, mejoras en las habilidades del manejo del nacimiento, entre otros), educación en salud y educación continua para enfermer@s en relación con VIH/SIDA y mayores recursos para salud mental. Reconocen la necesidad de una práctica basada en evidencia y la revisión de la regulación, especialmente en el caso de la práctica avanzada.

### Impacto de la enfermería y del trabajo de las parteras en la reducción de las barreras financieras a la atención

Aparentemente l@s enfermer@s en Belice tienen un papel limitado en la reducción de las barreras financieras a la atención para los pobres. Sugieren que se destine un presupuesto para programas de mayor alcance poblacional y participan en estrategias destinadas a reducir los costos de la atención a través de referencias y donaciones de medicamentos. Los profesionales de la enfermería en Belice piensan que las áreas que deben ser mejoradas son: 1) aumentar los recursos; 2) una mayor integración de los servicios sociales y de salud; 3) una mayor participación de la enfermería en el planeación de los presupuestos; 4) más énfasis en la prevención; y 5) un mayor compromiso de la enfermería a favor de los vulnerables.

### Factores que facilitan o inhiben la contribución de la enfermería en funciones centrales

Los profesionales de la enfermería de Belice consideran que los factores facilitadores son: 1) la voluntad de l@s enfermer@s para mejorar su desempeño; 2) la educación; 3) el liderazgo y la administración; 4) la práctica clínica; 5) el apoyo del Ministerio de Salud y de los administradores de alto

rango; 6) la política de salud; y 7) una mayor disponibilidad y acceso a los servicios de salud. Entre los inhibidores enumeran: 1) la interferencia política negativa; 2) la falta de personal; 3) las limitaciones en el entrenamiento; 4) las limitaciones en la autonomía, las políticas y el liderazgo; 5) las malas relaciones entre l@s enfermer@s y los médicos; 6) la falta de reconocimiento; 7) el transporte; 8) la falta de recursos humanos y materiales; 9) la poca investigación; 10) la regulación y la legislación; y 11) la inadecuación de la supervisión o el apoyo.

### Factores que impactan la contribución de la enfermería y las parteras

L@s enferme@s sugieren cambios para mejorar la relación costo-beneficio en las instituciones de salud. Su participación en la planeación y la administración de los recursos económicos es muy limitada. Muestran preocupación por el efecto que la presión ejercida sobre Belice para lograr la reducción de los costos disminuyendo los recursos pueda tener sobre la asignación de recursos al sistema de salud. De hecho actualmente los presupuestos para los servicios de enfermería sólo incluyen los salarios y apoyos, pero el control que tienen sobre los presupuestos que se destinan a su profesión está disminuyendo. Por ejemplo, a pesar de que el servicio de enfermería dentro del sector público había sido autorizado para administrar su presupuesto desde 1987, en el año 2000 este presupuesto fue incluido dentro del presupuesto de Distrito. Incluso se reporta una "falta de compromiso político con el sector de enfermería", que demuestra una falta de una base de poder para afectar los cambios.

### Factores que afectan los servicios de enfermería y parteras

En Belice se reporta que l@s enfermer@s y parteras responden en cierta medida a la dignidad individual, la confidencialidad y la satisfacción de los

clientes. Esto lo hacen mediante la provisión de servicios de calidad promotores de la salud de la población y el desarrollo humano. Sin embargo, ciertos servicios responden más a las necesidades del equipo de trabajo y l@s enfermer@ creen que todavía hace falta mejorar.

### Impacto de las condiciones socioeconómicas y políticas sobre los servicios de enfermería y parteras

En Belice existen limitaciones en el horizonte de los servicios de enfermería que hacen pensar en la necesidad de aumentar la cantidad de enfermer@s en puestos de educación y administración. Además, el alto costo de la especialización y la reducción de los recursos ha limitado su participación en esos programas. En lo que a la población se refiere, las condiciones socioeconómicas y políticas han hecho disminuir la accesibilidad de los servicios de salud.

Existe una preocupación por el congelamiento de los salarios en el sector público, por beneficios secundarios inadecuados, la desproporción de los salarios en relación a la carga de trabajo y la necesidad de mejorar los salarios de acuerdo con el aumento en el costo de la vida. Además hacen falta prestaciones tales como seguro médico.

La mayoría de los profesionales de la enfermería de Belice reportan una mejoría en las condiciones de trabajo, a pesar de que aún no sea suficiente y teniendo en cuenta la insuficiencia de recursos, incluyendo lo que se refiere al equipo.

De acuerdo con los participantes en el estudio realizado, se han dado cambios en los tipos y la cantidad de enfermer@s y parteras en puestos de liderazgo. Por ejemplo, pueden solicitar puestos regionales de administradores de salud o de hospitales. Incluso las 6 administradoras de enfermería y el Chief Nursing Officer participan en el desarrollo de políticas.

### Apoyo externo

Sólo la mitad de las y los enfermer@s entrevistados mencionaron que el financiamiento exterior ha ayudado a la formación y el desarrollo de los programas de parteras. Mencionan que la OPS sólo da financiamiento para la investigación y proyectos curriculares. Además no existe consenso respecto a si la ayuda ha aumentado o disminuido en los últimos años. Por su parte, la OMS ha fortalecido los servicios de enfermería y parteras mediante el financiamiento de la investigación y de actividades de entrenamiento, talleres, formas de registro perinatal, información y apoyo a actividades de ligadas a la atención primaria.

En resumen, la situación de la enfermería refleja las desigualdades existentes en los niveles social y económico y, por lo tanto, en los sistemas de salud. La reorganización del sector salud ha afectado a enfermer@s y parteras pero a pesar de ello su participación en el desarrollo de políticas de salud y la toma de decisiones todavía es muy limitada.

# ¿Qué se Puede Hacer con el Sector Privado del Sector Salud en Países de Ingresos Bajos?<sup>1</sup>

Anne Mills, Ruairi Brugha, Kara Hanson, & Barbara McPake<sup>2</sup>

London School of Hygiene and Tropical Medicine

### Introducción

En los años recientes se ha dado un creciente interés por las actividades de los prestadores dentro del sector privado de la salud en países de ingresos bajos a fin de que los diseñadores de políticas puedan capitalizar tanto la accesibilidad como la popularidad de este sector. Sin embargo, existen pocas pruebas de la mayor eficacia de cada una de las diferentes aproximaciones al tema. Se han hecho muchas referencias al *marketing* social, a la acreditación y al establecimiento de contratos, pero la mayor parte de la experiencia sólo ha sido documentada en literatura no publicada o ha sido obtenida en proyectos relativamente pequeños. La meta de este trabajo es considerar cómo se puede influir en las actividades del sector privado de la salud en países de ingresos bajos a fin de ayudar a responder a los objetivos de salud nacional.

### Características del sector privado de la salud en países de ingresos bajos

Podemos definir al sector privado de la salud como aquel que incluye a todos los prestadores ajenos al sector público, con fines filantrópicos o comerciales, y cuyo objetivo es el tratamiento o la prevención de enfermedades. Esto incluye grandes y pequeñas empresas comerciales, grupos de profesionistas, ONG's y prestadores individuales.

En la práctica existe un importante cruce de los sectores público y privado. El personal empleado en el sector público también puede tener una práctica privada, ya sea por su propia cuenta o bajo la administración de los propietarios de instalaciones privadas. Y los hospitales públicos pueden hacer funcionar servicios privados y administrar sus ingresos o bien permitir que se realice un trabajo destinado a ganancias privadas dentro de sus instalaciones.

El sector privado representa un recurso disponible y utilizado hasta en los países más pobres y entre los grupos de menores ingresos. Sin embargo, la eficacia de los servicios privados suele ser poca con consecuencias no sólo para las personas que reciben malos tratamientos, sino también para la transmisión de las enfermedades debido al desarrollo de resistencias a los medicamentos. Su popularidad parece provenir del hecho de que suelen ajustarse al poder adquisitivo de los cliente y facilitar el acceso.

Los crecientes servicios privados pueden llegar a competir con el sector público en la obtención de recursos humanos, lo cual simultáneamente debilita los servicios del sector público pero abre la posibilidad de usar los recursos del sector privado para promover los objetivos de salud pública.

Pero, ¿cómo mejorar el desempeño del mercado privado? La situación actual es resultado de la interacción entre consumidores y prestadores. Los consumidores toman sus decisiones sobre qué prestadores usar en base a los precios, al ingreso disponible, a su conocimiento de los diferentes prestadores y a sus preferencias por servicios diversos, especialmente en relación con la calidad. Los prestadores son influenciados por el costo de los servicios que proveen, por el precio que pueden cobrar, por su propio conocimiento y por el ambiente regulatorio. El esfuerzo por mejorar la situación actual debe influir tanto en la demanda como en la oferta de manera directa o incluso tratar de reestructurar la situación general.

### Influir sobre los consumidores

Los consumidores dentro de los países pobres enfrentan una variedad de problemas relacionados con el sector privado. Generalmente carecen del conocimiento sobre los medios apropiados para tratar y prevenir la enfermedad. Esto se traduce en

bajos niveles de demanda de medios eficaces de control de la enfermedad. Dependen de los prestadores para obtener información y esto puede volverlos vulnerables ante los intereses egoístas de los prestadores. Los consumidores suelen ser incapaces de comprobar la calidad técnica de los prestadores de modo que le dan más importancia a los aspectos de calidad percibida. De modo que pueden estar expuestos a prácticas no calificadas de muy mala calidad. Sin embargo, se sabe poco de los patrones de la conducta relacionada con la búsqueda de salud en diferentes grupos socioeconómicos o sobre el nivel en el que los pobres usan más los servicios de baja calidad de los prestadores privados.

En términos relativos, se han probado pocos métodos para apoyar a los consumidores en el uso del sector privado y, en general, tienden a obedecer a alguna de las siguientes objetivos: mejorar la información para el consumidor, hacer los servicios o productos más accesibles mediante alguna forma de subsidio y crear nuevas instituciones que den más autoridad a los consumidores para desafiar el tratamiento de mala calidad.

### Marketing social

El *marketing* social cada vez se usa más para subsanar la falta de información que padecen los consumidores. Su procedimiento utiliza las técnicas del *marketing* comercial con el fin de estimular la demanda de intervenciones eficaces de salud pública que luego son vendidas, generalmente a través del sector privado. Las organizaciones de *marketing* social generalmente son empresas o asociaciones sin fines de lucro, pero los productos tienden a ser distribuidos a través de mecanismos con fines de lucro y ONGs. Este procedimiento ha sido usado para intervenciones tan diversas como la planeación familiar, el tratamiento de infecciones sexualmente transmisibles y el uso de redes anti-mosquitos tratadas con insecticidas. Si bien se han obtenido incrementos importantes en la cobertura en un amplio rango de intervenciones que usan este procedimiento, todavía se debate sobre si fortalece al sector privado al crear una nueva demanda que se suma a la demanda de mercancías de precio mercantil o si, en cambio, vacía al sector privado comercial. La falta de datos se ve aumentada por el hecho de que los proyectos del *marketing* social tienden a medir su éxito en términos de ventas de los productos de sus propias marcas en vez de por el desarrollo de la totalidad del mercado.

Al proveer mercancías subsidiadas, el *marketing* social también ayuda a incrementar la accesibilidad. El nivel de subsidio difiere enormemente entre los proyectos y los tipos de intervenciones. Sin embargo, el precio de un

<sup>1</sup> Fuente: Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2002;80:325-330.

<sup>2</sup> Toda correspondencia debe ser enviada a: anne.mills@lshtm.ac.uk

producto suele cubrir su costo, dejando la promoción y la distribución a cargo de fondos públicos, generalmente provenientes de donaciones. Este tipo de subsidio suele no ser dirigido, posibilitando que una parte importante del mismo llegue a gente que de otro modo hubiera comprado el producto a su precio normal. No obstante, se requieren otras medidas para asegurar el acceso a la gente muy pobre que no puede tener acceso ni siquiera a los productos subsidiados.

Existe poca experiencia con el establecimiento de marcas para servicios y el uso del *marketing* social para promoverlos, por ejemplo en el caso de la salud reproductiva. Sin embargo, las consecuencias del *marketing* social de servicios puede ser muy diferente que en el caso de las mercancías debido a la naturaleza menos flexible de la oferta de servicios médicos. Se puede esperar que aumente la demanda de mercancías al aumentar la oferta, pero el personal calificado no se haya tan disponible y se requiere de largos tiempos de espera para entrenarlo. Esto significa que es factible que se produzca un aumento de precios debido al aumento de la demanda y/o que se retire personal del sector público. En ambos casos el efecto general sobre la utilización es la disminución. En la medida en que el *marketing* social de servicios tenga éxito al reorientar la demanda hacia los prestadores de servicios de mayor calidad, los incentivos para proveer una mejor calidad tienden a fortalecerse en el largo plazo. Mientras tanto, no obstante, existe el riesgo de que la tendencia a la segmentación de los mercados a lo largo de líneas de ingreso/calidad se refuerce, provocando las consecuencias habituales en la equidad.

### Uso de vouchers

La distribución dirigida de vouchers que se intercambian por servicios o productos de un prestador privado es una alternativa al subsidio no dirigido en el punto de venta. Los vouchers interfieren menos con el lado de la oferta, pues los prestadores continúan vendiendo a precios de mercado. También permiten que los consumidores escojan en dónde recibirán los servicios: el dinero sigue a los pacientes, y los prestadores tienen que competir por el mercado, volviéndose más sensibles a las preferencias de los pacientes. Sin embargo, un sistema de vouchers necesita un mecanismo que determine quién está calificado para recibir el subsidio y los vouchers pueden ser intercambiados entre las personas, dificultando aún más asegurar que los subsidios lleguen a los grupos objetivo. Este sistema de vouchers ha sido usado para dirigir el subsidio en el caso de servicios de salud sexual para trabajadoras sexuales en Nicaragua, pero su potencial todavía no ha sido suficientemente explotado.

### Protección de los consumidores

En general los consumidores carecen de las estructuras institucionales necesarias para ser resarcidos una vez que han sido víctimas de negligencia o mala práctica médica. La incorporación de la práctica médica privada en el Decreto de Protección al Consumidor de la India (Indian Consumer Protection Act) en 1986 es un ejemplo de creación de semejantes estructuras. Luego de la promulgación se realizaron algunas mejoras, pero se necesitan otras medidas complementarias para poder hacer frente a la mala calidad de la atención en el sector privado.

Existen otras aproximaciones potenciales para fortalecer la posición de los consumidores en los mercados privados de atención médica sobre los cuales se dispone de aún menos información. Por ejemplo, la educación directa de los consumidores podría ayudar a informar a los pacientes acerca de lo que constituye una atención de buena calidad para un rango de procedimientos médicos comunes. Proporcionar información sobre precios podría ser útil para que escojan a sus prestadores y los métodos de *marketing* social podrían ser útiles para publicar esa información. A pesar de que, estrictamente hablando, la regulación y la acreditación son intervenciones por el lado de la oferta, juegan un papel importante al enviar señales claras y transparentes a los consumidores acerca de cuáles prestadores están registrados y respetan los requerimientos mínimos en términos de equipamiento y de personal.

### Influir en los prestadores privados

Los gobiernos deberían usar diversos métodos para trabajar con los prestadores privados en vez de depender de estrategias únicas. En este sentido, el mejoramiento del conocimiento y las habilidades es un punto estratégico necesario. La mayoría de los prestadores privados no reciben ninguna guía del sector público en torno al diagnóstico y el tratamiento. En consecuencia, su práctica está determinada por información tendenciosa proveniente de las compañías farmacéuticas.

A pesar de que los métodos imaginativos para difundir la información basada en evidencia entre los prestadores privados no bastan para modificar la conducta, ofrecen una estrategia potencialmente accesible que no ha sido suficientemente explorada. El entrenamiento es algo central para todas las maneras de ver el problema. Por ejemplo, en México, ha ayudado a mejorar el manejo de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas por parte de practicantes privados de la medicina. Sin embargo, las mejoras atribuibles a un entrenamiento específico pueden ser de corta vida, y el seguimiento y la supervisión es muy difícil para un sector público con recursos escasos.

### Aproximaciones regulatorias y de participación

El sector privado ambulatorio puede ser muy competitivo, de modo que el éxito en alcanzar las

necesidades percibidas de los usuarios y conservar una clientela es vital para la supervivencia económica de los prestadores. Los prestadores privados pueden usar tratamientos ineficaces de manera deliberada debido a que existe una demanda real o percibida por parte de los consumidores. Ante esto, la participación de los usuarios de los servicios en el entrenamiento de los prestadores ha reforzado exitosamente el mejoramiento de la práctica. Sin embargo, los prestadores privados pueden tener prácticas no éticas a fin de maximizar sus ingresos. Las aproximaciones regulatorias, pasando por la legislación para proteger a los consumidores, han ayudado a resaltar esas prácticas, pero han tenido poco éxito para controlarlas. Otra aproximación que podría tener un mayor impacto a largo plazo es hacer que el sector público trabaje con las organizaciones que representan a los prestadores en la búsqueda de reconocimiento social y prestigio.

### Retroalimentar a los prestadores

Es posible que los prestadores privados no tengan acceso a servicios de diagnóstico y tratamientos esenciales. Una manera de abordar este asunto ha sido proveerlos con medicamentos preempacados para padecimientos comunes tales como malaria e infecciones sexualmente transmitidas. Sin embargo, pueden darse resultados adversos, como se ha visto en casos en que los farmacéuticos que reciben medicamentos preempacados los venden a revendedores que distribuyen las tabletas por unidad a precios más elevados entre los consumidores más pobres. Estas estrategias por tanto requieren de un importante monitoreo y pueden ser difícilmente justificables en donde la oferta de medicamentos del sector público es escasa.

### Visiones globales

Algunos proyectos exitosos han adoptado una visión global, mejorando el conocimiento y las habilidades de los prestadores, ayudando a los usuarios a reconocer y exigir buena atención y ayudando a los prestadores en la aplicación de lo que han aprendido. Por ejemplo, el Proyecto Green Star en Pakistán mejoró el acceso y aumentó la cobertura de un amplio rango de servicios de planeación familiar entre mujeres que anteriormente no habían sido contactadas. En este y otros proyectos la calidad de la atención clínica fue monitoreada por agentes

externos y las marcas de los proyectos fueron promocionadas entre los usuarios potenciales de los servicios; actividades que un sector público débil difícilmente puede reproducir a escala nacional.

Sin embargo, los gobiernos deben tener cuidado al otorgar aprobación oficial a la calidad de la atención de los prestadores privados entrenados a menos de que se pongan a funcionar sistemas eficaces de monitoreo. Esta visión también corre el riesgo de incrementar la segmentación del mercado a lo largo de líneas de ingreso/calidad.

### Reestructuración del mercado

El reconocimiento de la importancia del sector privado en los resultados del sistema de salud no significa que el sector público deba jugar un papel menos importante. En cambio, se trata de llevar la atención hacia la función frecuentemente subvalorada que el gobierno puede ejercer como guía y sin la cual el sector privado opera un tanto cuanto a la deriva.

Los gobiernos deben regular el sector privado no sólo por legislar y administrar reglas formales, sino para intervenir alterando los incentivos disponibles que influyen sobre las instituciones del sector privado y de ese modo, afectar positivamente sus actividades y los resultados de su desempeño.

### Regencia (*Stewardship*) gubernamental

El concepto de regencia (*stewardship*) no sólo tiene que ver con el papel del gobierno en relación con el sector privado, sino también con la reorganización de las funciones gubernamentales en el sistema público, la cual suele estar al mismo tiempo mal regulada y mal dirigida para servir a los intereses de la salud pública. Al enfocarse en el lado de la compra en vez del lado de la prestación en el mercado de servicios de salud, el gobierno puede tratar de alcanzar metas dentro del sector público similares a las que se persiguen con las políticas de contratación externa del sector privado. La regulación formal puede influir en la cantidad de prestadores a través del otorgamiento de licencias, pero el desarrollo de las compras puede crear un nuevo mercado suficientemente grande al cual puedan responder los prestadores privados. La separación de compradores y prestadores implica la creación de instituciones prestadoras públicas con una creciente autonomía. Y es dable esperar que estas compitan más vigorosamente con las alternativas del sector privado.

### Contratación externa de servicios

Durante la década pasada muchos países optaron por la contratación externa de servicios en el sector privado, en gran medida para servicios no clínicos, todo lo cual ha sido reportado en literatura no publicada. Los contratos formales son más comunes para servicios relativamente fáciles de especificar y monitorear, mientras que las relaciones menos formales, más basadas en relaciones de confianza, se han establecido en el caso de los servicios más difíciles de especificar, esto es, la mayoría de los servicios clínicos. Las relaciones de largo plazo tradicionalmente han dominado en el área de la atención primaria.

Esto sugiere que el desarrollo de la competencia puede no ser un resultado común del aumento del uso de relaciones contractuales para servicios clínicos, independientemente de que el mercado hubiera podido estar sujeto a la competencia o que sea potencialmente competitivo. De hecho se sabe poco acerca de la naturaleza de la relación entre comprador y prestador y cómo esto afecta a la atención prestada.

### Regulación del mercado

Una regulación cuyo objetivo primario sea intervenir de manera estratégica en el mercado de la atención médica es poco común. En todo caso, el tema central en la regulación es la implementación, la cual ha sido típicamente débil. Esto significa que la regulación no suele tener un impacto importante sobre los prestadores privados o la estructura del mercado y explica el amplio desarrollo del sector privado informal. El crecimiento del sector privado está en gran medida determinado desde el exterior, aún cuando existen medidas especialmente destinadas a apoyarlo. La experiencia obtenida en un país de ingresos medios sugiere que los países de ingresos bajos no deben dejar pasar las oportunidades para regular antes de que el sector privado se vuelva económica y políticamente fuerte como para oponerse. La regulación parece ser tanto una función como una influencia potencial del mercado.

### Reestructuración global

Se han realizado pocas tentativas para reestructurar completamente el mercado de atención médica, especialmente en los países más pobres. En Zambia, el Consejo Central de Salud fue creado

para desempeñar el papel de comprador a nivel nacional. Contrata con las autoridades distritales de salud y los hospitales de referencia, tanto públicos como no-gubernamentales. El volumen de intercambios contractuales con hospitales administrados por ONGs representa un cambio importante para la visión de un sector público integrado y altera al lado de la demanda de manera considerable. También ofrece la oportunidad de llevar a cabo cierta coordinación pública de los prestadores sin fines de lucro, pudiendo así incrementar la equidad geográfica de la prestación de servicios y la planeación de cobertura para intervenciones preventivas se puede mejorar. Otros efectos de la reforma se ven limitados por la sub-explotación de las nuevas estructuras. El punto de vista de la reestructuración todavía tiene que ser probado en su totalidad dentro de un contexto de bajos ingresos.

### Conclusiones

Se ha obtenido una buena cantidad de experiencia acerca de cómo trabajar con los prestadores privados en los países de bajos ingresos a fin de mejorar su desempeño. Sin embargo, se dispone de poca información sobre cómo influir sobre la conducta de los consumidores y reestructurar el mercado. Si bien hemos identificado algunos esfuerzos exitosos por influir en los prestadores privados, estos pueden ser algo problemático. Por ejemplo, pueden significar la sanción de prácticas de tratamiento contrarias a la políticas utilizadas provocando una fuerte oposición de grupos profesionales poderosos. La función de monitoreo es vital pero difícil de sostener en el largo plazo. Los proyectos exitosos en gran medida utilizan enormes cantidades de recursos, especialmente cuando implican el trabajo con prestadores individuales no organizados. Por lo tanto, se deben hacer juicios muy cuidadosos acerca de los beneficios reales de la inversión en la mejoría de las actividades del sector privado frente a la opción de invertir en el fortalecimiento del sector público. Es mucho más factible para los gobiernos trabajar con el sector privado formal organizado (médicos, enfermeras, farmacéuticos). No obstante, en este sentido existe un dilema en el hecho de que los pobres usan más frecuentemente los servicios de prestadores informales que practican de manera ilegal. Cómo traer al sector informal hacia una red global de políticas públicas, sigue siendo el problema no resuelto. El entrenamiento y la inversión en un sector formal más fuerte, tanto público como privado, y la reestructuración del mercado para fortalecer las funciones de compra y regulación son medidas que pueden llegar a desplazar al sector informal, pero esto parece ser un proceso de muy largo plazo.

El dominio de la prestación privada en el sistema de salud de los países de bajos ingresos pone de relieve la urgencia de investigar más para comprender e influir mejor sobre su conducta y profundizar la experimentación con estrategias alternativas. En especial, es necesario investigar en torno al éxito de las estrategias orientadas por el lado de la demanda, que podrían complementar e incrementar la eficacia de las intervenciones dirigidas hacia los prestadores.

# Poner Límites Legítimos a la Atención a la Salud<sup>1</sup>

Norman Daniels / James E. Sabin

Todas las sociedades establecen límites a la atención a la salud de un modo u otro, de manera justa o injusta.

La necesidad de establecer límites sociales y el problema de cómo fijarlos surgieron en la segunda mitad del siglo XX. El avance del conocimiento y la tecnología médicos, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, convirtió la atención a la salud en el fruto de la actividad de un complejo sistema de científicos, practicantes, corporaciones, hospitales y otras instituciones prestadoras. Con este cambio, la atención a la salud se volvió un método mucho más eficaz, pero también mucho más costoso para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones. Como resultado, el creciente número de participantes en la producción de atención a la salud, lo mismo que la totalidad de la población que la recibe, ahora tienen gran interés en la manera cómo se usa y se distribuye este valioso recurso.

La fuerza más importante que eleva los costos de la atención a la salud en todo el mundo es la emergencia de nuevas tecnologías aunada al aumento de la demanda de lo que estas pueden hacer por la gente. En este contexto, el problema de la limitación justa y socialmente aceptable de la atención a la salud puede ser considerado como el más importante -y conflictivo- que se enfrenta al diseñar los sistemas de prestación de atención en el nuevo siglo; no sólo en los sistemas de mayores recursos, sino también en los países en desarrollo. En estos últimos, no sólo la escasez de recursos puede ser extrema, sino que además las clases más ricas exigen todos los beneficios que la medicina puede ofrecer. Los límites, pues, son el precio del éxito de la medicina, no de su fracaso.

La justicia demanda que todas las sociedades satisfagan las necesidades de atención médica de manera justa dadas ciertas limitaciones en los recursos. Obviamente, un sistema justo de atención a la salud debería usar sus recursos de manera prudente, evitando el desperdicio y tratando de obtener lo mejor por el dinero que se invierte en atención a la salud. Pero incluso un país rico con un sistema de atención a la salud muy eficiente tendrá que establecer límites -es decir, racionar- la atención que le garantiza a todo el mundo. Por importante que sea la atención a la salud, no es el único bien social importante. Las sociedades deben también proveer

educación, empleo, transporte, energía, defensa, investigación, arte, cultura y un gobierno e instituciones políticas eficaces. La sociedad simplemente no puede satisfacer todas las necesidades médicas, y definitivamente no todas las preferencias médicas, así que debe decidir cuáles necesidades deben recibir tratamiento prioritario y en qué casos es mejor gastar los recursos en otra parte.

Nuestro trabajo sería mucho más sencillo si la gente pudiera ponerse de acuerdo sobre los principios de una justicia distributiva que determinarían cómo poner límites justos a la atención a la salud. Si las sociedades estuvieran de acuerdo sobre esos principios, podríamos servir de rasero para considerar los límites a la atención a la salud.

Desgraciadamente, a nuestro conocimiento, no existe ninguna sociedad democrática que haya alcanzado el consenso sobre cuáles serían esos principios de justicia distributiva en relación con la atención a la salud. Sin embargo, a pesar del desacuerdo, las sociedades tienen que definir políticas sociales.

A manera de ejemplo podemos utilizar la pregunta: ¿Cuánta prioridad debe dar una sociedad a sus enfermos más graves?

Una de las visiones daría prioridad total a esos pacientes, como se hizo en Suecia en 1995, dando completa prioridad a los más vulnerables y a los más gravemente enfermos. Sin embargo, dar una prioridad así a los pacientes más enfermos a menudo significa sacrificar los mayores beneficios médicos que se pueden ofrecer a pacientes menos enfermos. Mucha gente piensa que dar prioridad estricta a los más enfermos es injustificable cuando implica sacrificar beneficios substancialmente mayores para otros.

Una visión opuesta establece que la sociedad debe maximizar el beneficio total de sus gastos en atención a la salud, independientemente de quién reciba esos beneficios. Esta visión no le da ninguna prioridad a los más enfermos y fue utilizada a inicios de los años 1990 en el estado de Oregon. Cuando las consecuencias de este plan se hicieron evidentes (en su jerarquización inicial de prioridades, ciertos tratamientos dentales gozaban de mayor prioridad que la cirugía de apéndice) las comisiones pública y estatal tuvieron que modificar el enfoque adoptando un método que daba algo de prioridad a los enfermos más graves.

Las lecciones de Suecia y Oregon son bastante generales: la mayoría de la gente no sacrificaría todo por los más enfermos, ni tampoco los abandonaría. La solución parece ser algo a medio camino. El rango intermedio parece ser lo que la mayoría de los sistemas de salud termina incorporando en sus decisiones sobre la asignación de recursos. Pero esta prioridad intermedia es poco clara. En vez de dar prioridad total (Suecia) o no dar ninguna prioridad (Oregon) dar "cierta prioridad" es algo bastante indeterminado. Adoptar una posición intermedia implica reconocer la existencia de varias alternativas de políticas justas y políticamente aceptables.

El problema del establecimiento de límites no deriva simplemente de que en general se carece de un consenso sobre los principios que nos dirían cómo distribuir la atención a la salud de manera justa. Aun si ese consenso fuera alcanzable, no llegaría pronto. Los países como Suecia, Noruega, Holanda y Dinamarca, en donde se han establecido comisiones nacionales a fin de articular un acuerdo público sobre esos principios han comprobado que, de todas maneras, el desacuerdo continúa entorpeciendo el suave funcionamiento de las decisiones que fijan límites a la atención a la salud. Más recientemente, esos países han cambiado su enfoque definiendo un proceso justo para establecer los límites sin tratar de definir principios distributivos generales. Esto no invalida los principios generales, pero hace ver que existe cierto desacuerdo sobre su utilidad para la toma de decisiones en el mundo real.

A falta de un consenso amplio sobre los principios de la distribución justa, el problema de la asignación justa se convierte en un asunto de justicia de los procesos. La idea básica detrás de esto es que cuando se carece de consenso sobre los principios que nos dicen qué es justo, o cuando éstos cargan con fuertes desacuerdos sobre cómo aplicarlos, debemos de todos modos encontrar un proceso o procedimiento que pueda ser aceptado por la mayoría como algo justo para aquellos que se ven afectados por tales decisiones. El proceso justo entonces determina lo que se toma como un resultado justo.

Claro está que todavía se puede decir mucho acerca de qué es lo que hace que un proceso de decisiones en torno a límites sea justo para quienes se ven afectados por él. Los desacuerdos acerca de la asignación de recursos para la atención a la salud finalmente descansan en perspectivas morales. Es por esto que para que un proceso de toma de decisiones sea justo y sea percibido como tal, debe incentivar una amplia deliberación de los hechos, las razones y los principios relevantes para la discusión. Más aún, dado que estos límites afectan el bienestar e incluso la libertad de maneras fundamentales, las razones que juegan un papel en su definición deben ser aceptadas como relevantes para las decisiones. A final de cuentas, eso quiere decir que un proceso justo debe posibilitar la deliberación pública y la supervisión democrática de los límites a la atención a la salud.

Nuestro enfoque consiste en relanzar el problema del establecimiento de límites como una cuestión ligada a la manera en que deben tomarse las decisiones sobre límites. En concreto: ¿En qué condiciones una sociedad debe otorgar autoridad a ciertos individuos o instituciones para que establezcan límites a la atención a la salud? ¿Bajo qué circunstancias la gente debe poner su vida en las manos de otros de esta manera y dar legitimidad a la autoridad que ejercen? A nuestro parecer, este problema de legitimidad es un problema fundamental de ética y de políticas de salud para el siglo XXI, independientemente de las particularidades de los sistemas de financiamiento y prestación que distinguen a los sistemas de salud de los diferentes países.

<sup>1</sup>Resumido del primer capítulo del libro: *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?* Nueva York: Oxford University Press, 2002

### Globalización y Salud<sup>1</sup>

David Dollar

#### Introducción

La integración económica mundial se está produciendo desde hace mucho tiempo, pero se ha acelerado en la última década. El comercio y la propiedad de activos externos han alcanzado nuevos máximos en relación con los ingresos mundiales. Esta integración comporta beneficios económicos evidentes para el mundo en su conjunto, pero también ha suscitado muy diversas inquietudes; una de ellas, importante, atañe a la salud. Este es, obviamente, un tema muy amplio, por lo que mi objetivo en el presente artículo es más modesto y se reduce a introducir cuatro puntos en el debate sobre globalización y salud. Voy a abordar la globalización en el sentido de una integración creciente de economías y sociedades diversas como consecuencia de los mayores flujos de bienes, capitales, personas e ideas.

#### Integración mundial e ingresos de los países pobres

Empezaré por abordar la relación entre globalización e ingresos de los pobres porque, en primer lugar, esta cuestión es objeto de interpretaciones erróneas en la mayor parte de los debates actuales sobre globalización y, en segundo lugar, está firmemente probada la relación entre los ingresos de los pobres y algunos resultados importantes de salud.

La creencia de que la apertura al comercio y la inversión internacionales acelera el desarrollo está muy extendida entre los economistas, y son muchos los datos que la respaldan. La reciente ola de globalización proporciona algunos ejemplos importantes. El mayor de los países en desarrollo, China, tenía una economía sumamente cerrada hasta mediados de la década de 1970. Las reformas económicas iniciales se centraron en la agricultura, pero, desde la década de 1980, la apertura al comercio y las inversiones del exterior han sido un componente clave de su estrategia.

Esta apertura ha traído consigo tasas de crecimiento sin precedentes en las provincias costeras del país y un mayor crecimiento, aunque menos espectacular, en zonas del interior. También la India liberalizó el comercio y las inversiones extranjeras en la década de 1990 y ha obtenido buenos resultados, con un crecimiento de los ingresos por habitante que se acelera por encima del 4%. Entre los países con ingresos por habitante bajos, Uganda y Viet Nam son los mejores ejemplos de países que han aumentado su participación en el comercio y la inversión, y ambos han crecido bien en la década de 1990.

Estos casos indican que la apertura al comercio exterior y la inversión extranjera, unida a reformas complementarias, puede conducir a un mayor crecimiento en los países en desarrollo. Las experiencias de China, la India y Viet Nam no son ejemplos aislados. Comparando los países entre sí, el crecimiento guarda una estrecha correlación con las medidas de apertura del comercio, los volúmenes de comercio y el monto de las inversiones extranjeras directas. Según Peter Lindert y Jeff Williamson no existen datos sobre ningún país que haya decidido abrirse menos al comercio y a los flujos de factores en la década de 1990 con respecto a 1960 que haya ascendido en la escala mundial de nivel de vida.

Si se compara a los países en desarrollo que ocupan el tercio superior de la clasificación con el resto del mundo en desarrollo, tomando como criterio el incremento de la razón comercio/PIB durante los últimos 20 años, se puede constatar que este grupo de países que emprendieron la globalización después de 1980 ha experimentado un aumento particularmente importante del comercio con respecto a los ingresos: un 104%, frente al 71% de los países ricos. Lo sorprendente es que las otras dos terceras partes de los países en desarrollo comercian hoy menos que hace 20 años. La lista de países que iniciaron la globalización después de 1980 incluye algunos reformadores bien conocidos: Argentina, China, Hungría, India, Malasia, México, Filipinas y Tailandia. Los "globalizadores" recientes han experimentado una aceleración de las tasas de crecimiento década a década que va del 1.4% anual en la década de 1960 al 5% en la de 1990, mientras que en los países ricos las tasas de crecimiento descendieron durante ese período. Por el contrario, los países en desarrollo que no pertenecen al grupo de los globalizadores han visto declinar su tasa media de crecimiento desde el 3.3% anual en la década de los setenta al 0.8% en los años ochenta y el 1.4% en los noventa. Por otra parte, si consideramos el aumento de la inversión extranjera directa en los países en desarrollo, veremos que el grupo de cabeza está constituido casi por los mismos países. Como ocurre con el comercio, los datos indican que la inversión extranjera directa acelera el crecimiento del país receptor. Considerados en conjunto, los datos respaldan los modelos en los que la innovación desempeña un papel clave en el crecimiento, y la integración en la economía mundial acelera la innovación en los países en desarrollo.

Por otra parte, si bien la migración es el flujo mundial más restringido, ciertas investigaciones permiten concluir que el comercio, la inversión extranjera directa y la emigración pueden aumentar los ingresos de los países en desarrollo.

#### La integración mundial y los ingresos de los pobres

Una opinión muy extendida sobre la creciente integración económica internacional es que genera una mayor desigualdad entre los países ricos y los

países pobres, así como dentro de los propios países, al beneficiar a los hogares ricos más que a los pobres. En el apartado anterior se demostró cómo, en realidad, la mayor apertura al comercio internacional ha contribuido a reducir el desfase entre los países ricos y pobres, ya que los países globalizadores, como grupo, han crecido más rápidamente que los países ricos como grupo. Pero ¿cuáles son los efectos de la globalización sobre la desigualdad dentro de los países?

Para analizar esta cuestión, Dollar y Kraay reunieron una gran serie de datos sobre desigualdad de los ingresos, recopilada a partir de diversas fuentes y utilizaron estos datos, referidos a 137 países, para intentar comprender qué está pasando con los ingresos del quintil inferior de la distribución por ingresos a medida que avanza la globalización. Las variaciones porcentuales de los ingresos de los pobres son, en promedio, iguales a las variaciones porcentuales de los ingresos medios. Estos resultados equivalen a constatar que las variaciones en la distribución de los ingresos no están relacionadas sistemáticamente con la tasa de crecimiento.

La hipótesis de que una mayor apertura de las fronteras al comercio conduce a una mayor desigualdad entre las familias significa que una mayor apertura lleva a un crecimiento del ingreso de los pobres menos que proporcional al crecimiento del PIB por habitante. Dollar y Kraay consideraron diversas variables para intentar explicar las diferencias entre países en cuanto al grado de repercusión del crecimiento en beneficio de los situados en el quintil inferior, pero los resultados fueron poco satisfactorios. Una de las variables analizadas fue el volumen de comercio, pero no encontraron ningún indicio de relación sistemática entre las variaciones del comercio y las variaciones de la desigualdad. Dollar y Kraay demuestran que la ausencia de relación es bastante resistente cuando se añaden muchas otras variables al análisis. No cabe duda de que la liberalización del comercio y las inversiones repercute en la distribución, es decir, a corto plazo existen "ganadores" y "perdedores", pero los autores concluyen que los perdedores no proceden desproporcionadamente de entre los pobres. Aunque esta constatación es reconfortante, debe preocuparnos el hecho de que algunos hogares pobres se vean afectados a corto plazo por la liberalización del comercio. Por consiguiente, es importante complementar las políticas de apertura comercial con medidas eficaces de protección social, como los seguros de desempleo y los programas de alimentos por trabajo.

<sup>1</sup> Resumido del artículo ¿Es la globalización buena para la salud? Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos N° 6, 2002

El hecho de que el incremento del comercio se acompañe generalmente de un crecimiento más rápido y sin cambios sistemáticos en la distribución de los ingresos de las familias significa que también suele ir seguido de mejoras en el bienestar de los pobres. En el caso de los países globalizadores individuales, algunos de ellos han visto aumentar las desigualdades; un ejemplo destacado es el de China, con un incremento bastante importante de las desigualdades. Sin embargo, en este país los ingresos de los pobres han crecido rápidamente, y se ha producido la reducción de la pobreza más rápida de la historia mundial: la pobreza rural descendió de 250 millones de personas en 1978 a 34 millones en 1999. En otros países globalizadores en desarrollo, la desigualdad entre las familias apenas ha cambiado (Uganda, Viet Nam) o ha descendido moderadamente (Malasia, Filipinas).

Viet Nam ilustra muy bien mi tesis fundamental sobre la integración mundial y la pobreza. Con la apertura de las fronteras, este país ha experimentado un gran aumento de los ingresos por habitante y ningún cambio significativo en las desigualdades. Por consiguiente, los ingresos de los pobres han aumentado de forma espectacular y el nivel de pobreza absoluta ha descendido abruptamente, desde el 75% de la población en 1988 al 37% en 1998. ¡La pobreza se redujo a la mitad en 10 años! En el caso de Viet Nam disponemos de datos especialmente buenos, porque se llevó a cabo una encuesta familiar representativa al comienzo del proceso de reforma (1992-1993) y se visitó a estas mismas 5.000 familias seis años después. De las incluidas en el 5% más pobre en 1992, el 98% tenían mayores ingresos seis años después. Dado que la apertura de Viet Nam ha conducido a la exportación de arroz y de productos que requieren un uso intensivo de mano de obra, no debería sorprendernos que la gran mayoría de los hogares pobres se beneficiaran de inmediato de un sistema comercial más abierto. Y los beneficios van más allá de los ingresos, para alcanzar también al estado de salud: ¡entre 1992 y 1998 el porcentaje de niños con retraso del desarrollo por malnutrición descendió en Viet Nam del 51% al 34%.

### Efectos perjudiciales de la globalización para la salud

Al contribuir a la reducción de la pobreza, la integración mundial conducirá indirectamente al mejoramiento de la salud por medio de los ingresos. Pero es evidente que la globalización puede también tener efectos perjudiciales para la salud. Surgen fundamentalmente como efectos colaterales de los viajes y las migraciones, aunque también el comercio de alimentos y otros productos puede propagar enfermedades.

La epidemia de SIDA es el más trágico ejemplo reciente de enfermedad mortal propagada por los viajes y las migraciones. Se ha descubierto una relación positiva entre la presencia de migrantes en la población y la prevalencia del VIH. La cuestión de la integración no es únicamente internacional. En China, a raíz de las reformas y la mayor integración económica dentro del país, enfermedades de transmisión sexual casi erradicadas en la década de 1960 se han propagado rápidamente.

Por consiguiente, la integración expone sin duda a las comunidades a diversos riesgos para la salud. Lo que quiero señalar aquí es que, dejando aparte los casos extremos de aislamiento, tanto los globalizadores "débiles" como los "fuertes" del mundo en desarrollo afrontan estos riesgos para la salud. Esto me lleva a pensar que la estrategia sensata para luchar contra el SIDA no consiste en aislar la economía del resto del mundo, sino en hacer frente al problema por medio de políticas de salud. Tailandia es un

buen ejemplo de una economía muy abierta que está logrando mantener su problema de SIDA bajo control mediante el uso de una estrategia, propuesta por la OMS, que combina la educación pública con intervenciones dirigidas (distribución de preservativos) centradas en grupos de alto riesgo.

Otro buen ejemplo de los posibles efectos adversos de la globalización sobre la salud es el comercio de los productos del tabaco. También en este caso la solución evidente radica en las políticas de salud, no en las comerciales. La constatación general es que la apertura trae consigo beneficios económicos, pero también expone a la sociedad a diversos riesgos. Por consiguiente, las políticas aperturistas deben complementarse con buenas políticas de salud.

### Globalización y fármacos que salvan vidas

Aunque existen motivos para creer que un incremento del comercio y de la integración de los mercados aportará beneficios netos en forma de reducción de la pobreza y mejoras en la salud mundial, otra cuestión distinta es si las actuales instituciones mundiales son suficientes para garantizar la cobertura de las necesidades de las personas y los países más pobres en materia de salud. Ilustra esta situación la necesidad de medicamentos mejores y más baratos para los problemas de salud de los países en desarrollo. Una de las cuestiones candentes en el debate de la globalización atañe a los derechos de propiedad intelectual (DPI), sobre todo en relación con los productos farmacéuticos. La controversia en torno a los antirretrovirales para los países en desarrollo ejemplifica lo bueno y lo malo de la globalización.

En desarrollo del tratamiento antirretroviral de alta potencia (HAART) que retrasa el comienzo del SIDA en pacientes infectados por el VIH ejemplifica el proceso de innovación en un contexto de amplio mercado y DPI que recompensan el esfuerzo. Sin discutir si el precio del tratamiento (\$10,000 USD) en los países ricos es justo, señalaré que el sistema de innovación de la OCDE se basa en el financiamiento público de la investigación científica fundamental y el financiamiento privado de aquella que tiene aplicaciones comerciales. Este sistema depende de un marco de DPI que permite unos beneficios muy superiores a los costos de fabricación, para que los innovadores sean recompensados por su inversión en ideas.

Al mismo tiempo, a casi todo el mundo le parece inmorales que personas de los países en desarrollo infectadas por el VIH no tengan acceso a estos fármacos, cuyo costo de fabricación apenas se eleva a varios cientos de dólares para el suministro de todo un año.

Jean Lanjouw hace una interesante crítica del régimen de DPI para los fármacos y propone que, en el caso de los medicamentos para el tratamiento de enfermedades mundiales, los innovadores del sector farmacéutico puedan asegurarse los DPI ya sea en los mercados ricos o bien en los pobres, pero no en ambos. Así, en el caso de los antirretrovirales, este sistema nos conduciría exactamente a la misma situación a la que hemos llegado: los laboratorios farmacéuticos llevaron a cabo la investigación y el desarrollo pensando fundamentalmente en los mercados de los países ricos y obtendrán sus beneficios en estos mercados. Los países pobres de África accederán a estas tecnologías sin costo. Este sistema supone una desincentivación mínima para la innovación, porque la mayor parte de los beneficios potenciales residen en los mercados de la OCDE. Pero esto no se cumple para todas las potenciales innovaciones en materia de salud. Aunque una enfermedad sea de ámbito mundial, puede concentrarse en los países en desarrollo (una forma determinada de cáncer, por ejemplo). Cuando en los mercados de la OCDE existe poca demanda para una innovación, los DPI en los países en desarrollo pueden ser un importante incentivo para que los laboratorios (con sede en otros países) investiguen y desarrollen productos para tratar el problema.

La propuesta de Lanjouw ilustra muy bien cómo, en algunos casos, los países en desarrollo pueden obtener beneficios si protegen los DPI en materia de salud, al tiempo que reconoce la escasez de argumentos que justifiquen la protección de los DPI en todos los casos. Se han formulado recientemente otras propuestas para reforzar los incentivos a la investigación en tecnologías de salud mediante subvenciones, e incluso garantías de mercado si se consigue desarrollar medicamentos eficaces, por ejemplo antipalúdicos. En este terreno, la idea general es que puede mejorarse mucho el marco de relaciones internacionales para estimular la innovación en tecnología de la salud.

### Conclusión

La conclusión fundamental es que la integración mundial de la economía puede ser una poderosa fuerza para aumentar los ingresos y mejorar así la salud y otros aspectos del bienestar; pero para hacer realidad esas posibilidades se requieren políticas complementarias en los países en desarrollo y nuevas mejoras en el marco de las relaciones internacionales, por ejemplo, en materia de derechos de propiedad intelectual.

# Monitor de la Salud en las Américas 1998

## México. Comparativo de Distribución de la Mortalidad por Ocupación según Porcentaje de Población Indígena

### Población Total y Población Indígena

	Total	%	Mujeres	%	Hombres	%
Población Total 2000 (muestra censal)	97,014,867	100	49,756,602	51.29	47,258,265	48.71
Población en 739 Municipios con 30% y mas de población Indígena	10,754,922	11.1	5,291,666	49.20	5,463,256	50.80

### Mortalidad por Ocupación según Porcentaje de Población Indígena\*

Num. de orden	Ocupaciones (CMO)	Municipios con 30% y más de población Indígena				Municipios con menos del 30% de población Indígena		
		Total	%	Tasa (1)	Tasa (2)	Total	%	Tasa (1)
01	Trabajadores en actividades, agrícolas, ganaderas, caza y pesca	13,443	29.3	13.9	125.0	67,029	15.3	69.09
02	Trabajadores en la industria de la transformación	2,053	4.5	2.1	19.1	32,862	7.5	33.87
03	Comerciantes, empleados de comercio, agentes de ventas	1,027	2.2	1.1	9.5	18,407	4.2	18.97
04	Trabajadores administrativos de nivel inferior	618	1.3	0.6	5.7	13,502	3.1	13.92
05	Conductores de maquinaria móvil y medios de transporte	362	0.8	0.4	3.4	7,315	1.7	7.54
06	Trabajadores de la educación	303	0.7	0.3	2.8	5,409	1.2	5.58
07	Trabajadores servicios personales en establecimientos	243	0.5	0.3	2.3	3,978	0.9	4.10
08	Profesionistas	186	0.4	0.2	1.7	3,921	0.9	4.04
09	Trabajadores de fuerzas armadas, protección y vigilancia	174	0.4	0.2	1.6	3,090	0.7	3.19
10	Ayudantes producción industrial y artesanal	117	0.3	0.1	1.1	2,401	0.5	2.47
11	Técnicos	109	0.2	0.1	1.0	1,981	0.5	2.04
12	Vendedores ambulantes	97	0.2	0.1	0.9	1,513	0.3	1.56
13	Trabajadores del arte, espectáculos y deportes	79	0.2	0.1	0.7	1,424	0.3	1.47
14	Trabajadores de servicio doméstico	67	0.1	0.1	0.6	1,012	0.2	1.04
15	Funcionarios y directivos	29	0.1	0.0	0.3	792	0.2	0.82
16	Personal de control producción industrial	12	0.0	0.0	0.1	623	0.1	0.64
17	Trabajadores administrativos de nivel intermedio	11	0.0	0.0	0.1	529	0.1	0.55
18	Operadores de maquinaria fija	10	0.0	0.0	0.1	194	0.0	0.20
19	Ocupaciones no clasificadas anteriormente	9,279	20.2	9.6	86.3	69,715	15.9	71.86
<b>Total de defunciones población ocupada durante el año 2000</b>		<b>18,940</b>	<b>41.3</b>	<b>19.5</b>	<b>176.1</b>	<b>235,697</b>	<b>53.9</b>	
No trabaja		17,629	38.5	22.1	2.5	199,789	45.6	205.94
Total de defunciones durante el año 2000 en regiones Indígenas		45,848	10.5	426.4	47.3			
<b>Total de defunciones durante el año 2000</b>						<b>437,667</b>		

(1) Tasa x 100,000 habitantes, población nacional 2000, Muestra censal INEGI

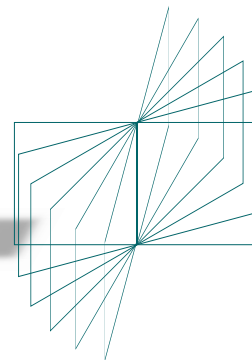
(2) Tasa x 100,000 habitantes, población regional 2000, Muestra censal INEGI

### Principales Causas de Mortalidad en Municipios con 30% y más de Población Indígena Según Sector de Ocupación\*

	Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, caza y pesca	%	Trabajadores en la industria de la transformación	%
Cirrosis hepática	1,841	13.7	331	16.1
Enfermedades cardíacas Ischaemic	1,094	8.1	130	6.3
Enfermedades Cerebro-vasculares	844	6.3	95	4.6
Diabetes mellitus	569	4.2	148	7.2
Alcoholismo	561	4.2	77	3.8
Desnutrición	520	3.9	38	1.9
Homicidio	520	3.9	87	4.2
Infecciones respiratorias	455	3.4	44	2.1
Enfermedad pulmonar Crónica obstructiva	387	2.9	45	2.2
Nefritis y nefrosis	327	2.4	54	2.6
Tuberculosis	232	1.7	31	1.5
Enfermedades Diarreicas	223	1.7	13	0.6
Cáncer de estómago	222	1.7	19	0.9
Hipertensión	217	1.6	14	0.7
Anemia	182	1.4	19	0.9
Accidentes de vehículos de motor	175	1.3	75	3.7
Cáncer de Próstata	173	1.3	22	1.1
Heridas auto provocadas	138	1.0	62	3.0
Cáncer de hígado	134	1.0	16	0.8
Caidas	129	1.0	23	1.1

\* Elaborado por Javier Dorantes con datos de INEGI y FUNSAUD

# Páginas de la Reforma



## Publicaciones Recientes

- Cuéllar, Carlos J., William Newbrander, Gail Price. Extending Access to Health Care through Public-Private Partnerships. The PROSALUD Experience. Boston, Mass. E.U.A.: Management Sciences for Health. 2000.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2001. Santiago de Chile: CEPAL. 2002.
- Devereux, Stephen. Social Protection For The Poor: Lessons From Recent International Experience. Brighton, Reino Unido: IDS Working Papers - 142 - Institute of Development Studies, University of Sussex, 2002. Disponible en Internet en: <http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp142.pdf>
- French-Davis, R. Stallings B. Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973. Santiago de Chile: CEPAL. 2001.
- Moreno Jaimes, Carlos La Descentralización del Gasto en Salud en México: Una Revisión de sus Criterios de Asignación. México: Centro de Investigación y Docencia Económica. División de Administración Pública. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico: Informe de la Comisión Sobre Macroeconomía y Salud. ¿?: OMS. 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Desafíos para la educación en salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.: OPS/OMS. 2000.
- Rubin, Elaine R., editora. What Determines Health and Quality of Life? Health As Good Economics. Fourth Trilateral Conference. Washington, D.C.: Association of Academic Health Centers. 2001.

## Revista Gestión en Salud

La Revista Gestión en Salud pretende llegar a quienes tienen algún grado de responsabilidad directa o indirecta en la gestión de servicios de salud. En ella se puede encontrar información sobre las técnicas y herramientas de gestión disponibles. Los diversos temas que se presentan en la revista tienen como objetivo compartir información sobre cuáles de esas técnicas y herramientas han sido o están siendo probadas e implementadas y quiénes las están desarrollando; en qué marco se deben desenvolver los tomadores de decisiones; cuáles son las mejores opciones para capacitarse y cuáles son las lecturas recomendadas.

Los temas a abordar son: gestión de organizaciones y redes, herramientas informáticas, planificación estratégica, ética en la gestión, marco normativo, economía de la salud, calidad, innovaciones tecnológicas, tendencias internacionales, actualidad en las provincias argentinas, comentarios bibliográficos, los mejores cursos, maestrías y congresos

Entre otros, el tercer número de la revista Gestión en Salud contiene los siguientes artículos:

- Descripción del sistema Case-Mix Adjusted Clinical Groups (ACGs), por Juan F. Orueta
- ¿Para qué sirve la economía de la salud?, por Federico Tobar.
- Liderazgo en la organización hospitalaria, por Reinaldo Reimondi.
- Promoción y Gestión de Proyectos y obras Hospitalarios: criterios básicos de organización y desarrollo, por Diego Falcón Vizcaino y Jorge Lago Piñeiro.
- El modelo de costes abc (activity based costing) y su aplicación en el ámbito hospitalario, por Fernández Díaz, Jesús María; Pizarro Segura, José María; Nuño Solinis, Roberto; López Arbeloa, Pablo.
- Medicina Basada en la Evidencia: Experiencia de su Implementación en un Hospital Público de la Argentina", por Dolores Montes Varela.



La revista cuenta con una página en Internet: [www.gestionensalud.com](http://www.gestionensalud.com)

## Financiamiento de la Seguridad Social

Los estudios incluidos en la presente publicación fueron realizados en el marco del proyecto conjunto «Reformas al financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe», ejecutado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), con el apoyo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania. La primera parte está dedicada a un análisis de los aspectos analíticos y los problemas prácticos que plantean los procesos de reforma del sector de la salud tanto a nivel regional como internacional. Se examinan, asimismo, la organización del financiamiento y de la provisión de servicios de salud, que son objeto de variados planteamientos, como queda en evidencia en el estudio comparativo de estos procesos en Canadá y los Estados Unidos.

Los estudios de casos incluyen tres países de la región —Argentina, Chile y Colombia—, y examinan temas centrales del debate sobre las reformas al sector salud en los países de América Latina y el Caribe: la evolución de las fuentes de financiamiento, de la estructura de gastos en el sector, de la dinámica y comportamiento de la oferta de servicios de salud, tanto pública como privada, y de la interacción entre los subsistemas público y privado de seguridad social.

En los artículos se otorga particular importancia a los cambios que han estado ocurriendo en la configuración de la combinación público-privada, sobre todo en el ámbito del financiamiento.

Los editores del presente libro subrayan que uno de los propósitos de las reformas del sector salud debe ser la creación de estructuras institucionales que, además de dar cabida a la participación de instituciones privadas tanto en el ámbito de la provisión como del financiamiento, fortalezcan los mecanismos de solidaridad de tal modo que sea posible financiar los servicios de salud destinados a la población de menores recursos.

José Antonio Ocampo  
Secretario Ejecutivo de la CEPAL

**Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de:** Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia  
**Compiladores, Daniel Titelman y Andras Uthoff**  
**Chile, Julio de 2000**

# Noticias

## Primera Estrategia Global Sobre Medicinas Tradicionales y Alternativas

En mayo pasado la Organización Mundial de la Salud hizo pública su *Estrategia 2002-2005 Para las Medicinas Tradicionales*. Sin duda alguna esto representa el reconocimiento de la enorme importancia que, a nivel mundial, lo mismo en los países desarrollados que en desarrollo, por diversos motivos revisten estas grandes corrientes.

En África alrededor del 80% de la población recurre a la medicina tradicional. En Francia 75% de la población reporta haber usado alguna forma de medicina complementaria y en Alemania 77% de las clínicas del dolor ofrece tratamientos con acupuntura. Así pues, se estima que el mercado global para las terapias tradicionales puede alcanzar los 60 mil millones de dólares (US) al año.

Para el caso de los países en desarrollo, además de reconocer una práctica comúnmente existente, se sabe que las terapias tradicionales y alternativas podrían convertirse en una herramienta importante para incrementar el acceso a la atención médica. Sin embargo, en unos y otros países es necesario asegurar la eficacia y la seguridad en el uso de medicinas que nos han sido objeto de ninguna forma de regulación.

En este sentido resulta especialmente esclarecedora la afirmación del Dr. Yasuhiro Suzuki, Director Ejecutivo de Tecnología en Salud y Farmacología de la OMS: "La medicina tradicional o complementaria es víctima tanto de un entusiasmo acrítico como de un escepticismo desinformado. El objetivo de esta estrategia es apuntar hacia su verdadero potencial para actuar en favor de la salud y el bienestar de la gente, al mismo tiempo que se minimizan los riesgos del uso de remedios no probados o mal utilizados".

Algunas naciones ya han realizado la integración completa de estas medicinas en sus sistemas de salud, como es el caso de China, Corea del Norte y del Sur y Vietnam. Otras, Ghana y Kenya, por ejemplo, actualmente están llevando a cabo procesos en este sentido. En concreto, la *Estrategia* de la OMS pretende ayudar a los países a:

- desarrollar políticas nacionales para evaluar y regular la práctica de las medicinas tradicionales y alternativas;
- crear una base de datos más sólida sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de los productos y las prácticas de estas medicinas;
- asegurar el acceso y la accesibilidad de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias;
- promover el uso terapéuticamente consistente de estos métodos por parte tanto de los prestadores como de los consumidores.

## Urge Reformar los Sistemas de Salud Antirretrovirales y Tratamiento del SIDA en países pobres

La discusión acerca de la importancia de que los pacientes infectados con VIH en los países en desarrollo puedan contar con los medicamentos necesarios para su tratamiento inevitablemente pasa por el tema de los elevados costos de los antirretrovirales (aproximadamente 1,000 USD por paciente por mes en los países desarrollados). Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que, siendo una condición necesaria, el suministro de estos medicamentos no es suficiente. Aun salvando la dificultad de los

elevados costos de estos medicamentos, se considera que una de las barreras más menos importantes para mejorar tanto las condiciones de salud de los pacientes infectados con VIH como la salud pública en general proviene de la falta de una adecuada infraestructura para la distribución de los medicamentos.

Se sabe que el VIH gradualmente se vuelve resistente a los antirretrovirales y que esa resistencia se hace mayor en los casos en que los pacientes no los toman con la regularidad indicada o ingieren combinaciones erróneas de los mismos. Es por ello que en los países que cuentan con medios suficientes se acostumbra realizar un intenso monitoreo del estatus inmunológico de los pacientes, de los efectos secundarios de los medicamentos y de la resistencia a los mismos mediante pruebas de laboratorio. Cuando ese monitoreo no se lleva a cabo de manera eficiente, el resultado no sólo puede ser fatal para los pacientes directamente concernidos, sino que además crea un ambiente propicio para la transmisión de tipos de VIH resistentes a los medicamentos.

Todo esto pone de relieve la necesidad de una visión mucho más amplia del tratamiento del SIDA que incluya, además del acceso a los antirretrovirales, por lo menos la prevención de la tuberculosis y otras infecciones y enfermedades vinculadas con el VIH (especialmente las infecciones sexualmente transmitidas) y la prevención de una mayor difusión del SIDA mediante programas como la distribución de condones. Es evidente que en la mayoría de los países en desarrollo esto no podrá realizarse si no se logra profundizar, definir con mayor claridad y/o simplemente echar a andar el proceso de Reforma del Sector Salud en su conjunto.

\* Nota preparada por Erika Troncoso

## Citas con la Reforma

### Foro de Promoción de la Salud

Octubre 20 -24 2002

Santiago de Chile

### Sexta Conferencia Asia-Pacífico de las Ciencias Sociales y de la Medicina (APSSAM)

Octubre 14 -18 2002

Kunming, China

### Tributo Cultural a la Salud

Noviembre 4, 2002

Kingston, Jamaica

### Foro Global para la Investigación en Salud

Noviembre 12 - 15 2002

Arusha, Tanzania

### Noveno Congreso Internacional y Primer Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud

Febrero 23 - Marzo 1 2003

Guadalajara, México

### The 2002 Directory of Training Programs in Health Services Research and Health Policy

### Directorio 2002 de Programas de Entrenamiento en Investigación y Políticas de Servicios de Salud

Disponible en Internet: <http://www.academyhealth.org/directory/search.cfm>

## 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  
Victor Becerril • Editor  
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial  
Alejandro López Franco • Asistente Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR  
<http://www.insp.mx/ichsri>