



Reforma de los sistemas de salud

El debate sobre la reforma de los sistemas de salud se ha caracterizado por evaluaciones superficiales en la mayor parte de los países. Existen excepciones, Chile (1981), por el Banco Mundial; Brasil (1988) por la organización del Estado, y Colombia (1992) de carácter mixto.²³

Se ha hablado, por una parte, de descentralización, gestión gerencial, copago, capitación, pago por desempeño, autonomía de gestión, incentivos, sustentabilidad, equidad, eficiencia y participación social, modernización estatal; y por otra parte, de seguro voluntario, desarrollo gradual de sistemas unificados, cobertura por la seguridad social sin contribución; se han sumado diversas iniciativas en las últimas décadas con el fin de reformar y resolver los problemas de precariedad de dichos sistemas, la insuficiente regulación, el gasto elevado y el incumplimiento de metas establecidas por un número importante de los propios gobiernos, donde analistas renombrados consideran que América Latina no cumple con su papel de rectoría sectorial en salud; ellos hacen la gestión mediante instituciones débiles, hospitales

²³ Tikki Pang, Ariel Pablos Méndez. From Bangkok to México towards a framework for turning knowledge into action to improve health systems, *Bulletin, World Health Organization*, 82:10 de octubre de 2004, pp.719-810.

públicos carentes de recursos, así como recursos humanos que hagan más con menos^{24, 25, 26}

Atención primaria de salud y equidad

George Alleyne piensa que la equidad en materia de salud es un tema ético inspirado en la famosa Declaración de Alma Ata en 1978. Hace 30 años la elaboración de la estrategia de atención primaria de salud sería la plataforma para que, con la tecnología apropiada, participación comunitaria y la cooperación intersectorial, se pudieran movilizar los demás sectores del Estado. Una vez más predominó el error, la omisión y el escepticismo ante el anuncio de esta aspiración. La mayor parte de los gobiernos de América Latina no entendieron que la propuesta giraba en torno a los derechos humanos al incorporar la salud como un derecho, lo cual a su vez, por su contenido ético aplicado a grupos de la sociedad, favorecía la equidad. Lo que siguió después fue la inequidad; es decir, el subsidio injusto aun en el mismo campo de la salud, privilegiando otros programas asistenciales de fugaz presencia y pocos resultados. Salud para todos implicaba la presencia de la justicia distributiva.^{27, 28}

Por supuesto hubo países que interpretaron la estrategia adecuadamente y hoy muestran avances en la atención a su

²⁴ Ídem

²⁵ Uribe E. Misael, Alanam. Acceso Universal al cuidado médico; ¿realidad utopía? México, 2-3 de octubre de 2006.

²⁶ Uribe, Misael. Gestión. Evaluación de la atención primaria en salud en Iberoamérica "usoracional de la tecnología en salud", XVIII Reunión de la Alanam, 19 de septiembre de 2008.

²⁷ Law, J., et al. Alma Ata. 30 years on; revolutionary, relevant and time to revitalize, The Lancet 2008; 372: 917-927.

²⁸ Walley, J., et al. Primary health care. Making Alma-Ata a reality, The Lancet 2008; 372: 1001-1007.

población; la ampliación de cobertura y mayor infraestructura ha rendido frutos en la actualidad. La falta de voluntad política, el lento o nulo crecimiento económico; rudimentarios sistemas de vigilancia epidemiológica; el crecimiento demográfico y también los desastres naturales se conjugaron para continuar con la inequidad en la distribución de los recursos, dejando todavía más expuesta a la población pobre. Esto es lo que denominamos desigualdad, es decir, diferencias entre grupos independientes de cualquier valoración o juicio imparcial, a parte de la falta de equidad llamada injusticia.

En la actualidad, y desde hace casi dos décadas, prácticamente todos los países de América Latina presentan una severa crisis de eficiencia en servicios de salud, la cual se agravó, primero, por la crisis económica mundial de las décadas de los ochentas y noventas y, más tarde, por los ajustes que fue necesario realizar para salvar de la ruina a las deterioradas economías nacionales.

En este contexto, el surgimiento de los conceptos modernos de calidad y garantía de la atención han fortalecido los esfuerzos que los distintos países han emprendido para alcanzar un equilibrio entre la oferta de servicios, que es posible realizar con los recursos disponibles, y su creciente demanda, al mismo tiempo que se incrementa su calidad y su eficiencia administrativa sin aumentar innecesariamente sus costos.

Szekely señala que la mejor forma de caracterizar los cambios en la pobreza e inequidad económica en América Latina durante la década de los noventas es el registro persistente del crecimiento en los niveles de inequidad, aun cuando el crecimiento económico sea poco, pero que implique una disminución modesta de la pobreza en esa década y reclama la conveniencia de diseñar políticas que establezcan un balance entre el crecimiento económico y la inequidad.^{29, 30}

²⁹ Carvalho J. Am. Ídem.

³⁰ Almeida, Celia. Íbidem.

■ Eficiencia o volver a Hobbes

La eficiencia es un criterio de racionalidad y racionalización económica que tiene que ver con la optimización del beneficio en relación con el costo. Esto constituye, evidentemente, una obligación moral relacionada con el principio de justicia. Se trata de una obligación de justicia, dado que los recursos son siempre, y por definición, limitados. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros.

Cuando se invierten recursos en la consecución de un beneficio, la tasa de eficiencia no suele ser lineal, sino que por lo general sigue la ley de rendimientos decrecientes, esto quiere decir que a más inversión, menos beneficio, y que a partir de un cierto punto la inversión produce muy poco beneficio, y en consecuencia, resulta ineficiente.

No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros

Los puntos de eficiencia son aquellos en que se optimiza la relación costo-beneficio.

Seguir invirtiendo cuando la eficiencia es baja, conlleva un alto costo de oportunidad, pues esa inversión aplicada al logro de otros beneficios produciría rendimientos más altos; también es un problema de justicia. El criterio de eficiencia es claramente utilitarista, ya que busca el beneficio óptimo compatible con el gasto óptimo. Esto suele llevar a la búsqueda del beneficio de la mayoría, pero no de todos.

Los utilitaristas defienden que la eficiencia es el criterio correcto de justicia. Aunque lo eficiente no redunde en beneficio de todos sino solo de la mayoría, ese ahorro permite inversiones mayores en otras áreas donde la eficiencia del gasto sea mayor, que repercuta en beneficio de todos. El problema es que nuestra sociedad piensa que no se puede ni se debe

discriminar a nadie por el hecho de que el gasto sea o no eficiente. De ahí la posibilidad de una postura radicalmente opuesta a la consecuencialista o utilitarista, de carácter deontologista y principalista. Esta define lo justo no por las consecuencias sino por los principios. Las consecuencias no pueden intervenir en la definición de lo justo. Lo justo se define conforme al criterio de equidad, no por el de eficiencia.^{31,32} Pero ello resulta también problemático, porque el criterio de equidad puede llegar a ser ineficiente. Si solo se usa como criterio la equidad, que todos disfruten de los mismos bienes, que no haya diferencias en la distribución de los mismos, aunque eso resulte ineficiente, la inequidad puede deberse a la propia ineficiencia.

La otra opción es volver a Hobbes, a la autoridad absoluta cuya ley es la jerarquía máxima. El Estado o Leviatán, como el monstruo bíblico, se convierte en soberano absoluto cuyo poder anula todos los poderes individuales; por supuesto buscar la paz y defenderla por todos los medios posibles; mientras las pasiones enfrentan a los hombres, la razón los hace pactar, en esa lógica todos tienen derecho a todas las cosas y, por ende, son iguales ante la Ley. El soberano debe procurar a sus súbditos todo aquello para lo cual ha sido instituido: seguridad, preservar la salud del pueblo, conservación de la vida y el goce de satisfacciones legítimas de la vida. Lo anterior va en contrasentido con la búsqueda de los desafíos globales, entre los cuales se encuentran las democracias auténticas y los diseñadores de políticas públicas sensibles.

³¹ Egan, Tim. Family planning challenges and recentralization of the services in Latin America, Prb. Population Reference Bureau popref@prb.org, 2008.

³² Referral Hospitals. Vital services, not disease palaces, disease control priorities Project, May 2008. www.dpz.org.

Nuestra sociedad considera que la opción más correcta es la que maneja en conjunto los criterios de eficiencia y de equidad. El problema es cómo realizar esa integración en la práctica. La tesis más acertada es que hay bienes sociales primarios, exigibles en justicia, y que deben ser distribuidos de modo equitativo, aunque esto lleve a un gasto en alguna medida ineficiente. En la provisión de estos bienes, no puede utilizarse el criterio de “generalización” (hay que buscar el bien de la mayoría, pero no el de todos) sino el criterio de “universalización” (hay que buscar el bien de todos y de cada uno por igual). En este ámbito de los bienes sociales primarios, pues, no puede utilizarse el criterio de eficiencia, sino el de equidad.

Las universidades

En 1984, la UNAM convocó a la reunión “Las Universidades y la Meta de Salud para todos en el año 2000”. Ahí el doctor O. Akinkugbe, secretario técnico de la OMS, señalaba que desde 1970 la Organización basaba su estrategia en tres principios básicos: *Equidad en salud*, *Interacción de la salud con desarrollo humano* y *Aplicación de tecnologías apropiadas a nivel local*; se enfatizó en la función tripartita de las universidades como factores de sinergia en el propósito de conseguir la meta; invitó a modificar los planes de estudio, de estructurarlos de acuerdo con la estrategia de APS; la importante aportación en investigación biomédica y un mayor interés en socioeconomía y epidemiología; y en el servicio se requería un cambio en la actitud de la Academia hacia una colaboración interdisciplinaria.³³

Pablo Izaza, representante de la OPS, insistía en el círculo vicioso de la pobreza, desnutrición y limitación de posibilidades;

³³ Las universidades y la salud para todos en el año 2000, Declaración de Alma Ata, Memorias abril de 1984, UNAM.

pues señalaba que los sistemas de salud en América Latina eran desorganizados, desiguales; y que había deficiencias en la planificación y en la gestión.³⁴

Llegar a la meta tal como fue definida por los países tiene profundas implicaciones en el desarrollo económico y social, no se le puede considerar un objetivo sectorial aislado, sino propósitos más amplios que los gobiernos han aceptado en el seno de las Naciones Unidas. En ese momento, el sombrío panorama económico aparecía como un contexto en el cual la meta no tendría posibilidades de éxito.

La formación de recursos humanos se ha orientado a la satisfacción de las necesidades de grupos que dentro del cuerpo social han tenido mayores privilegios

La deuda externa para América Latina y el Caribe era de 310 000 millones de dólares. En ese momento, Carlyle Guerra de Macedo era el director de la OPS y al referirse a la formación de recursos humanos, señalaba ese proceso como un continuo enfrentamiento o conflicto entre algunas quimeras y la realidad. La palabra “quimera” se utilizó con el fin de expresar que ha habido un nivel de proposición, un nivel de discursos, un nivel incluso de iniciativas incompletas o parcialmente realizadas y un nivel permanente de realidades que no corresponden a estas proposiciones, a estas iniciativas.³⁵

Las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de las sociedades, hay un discurso de cambio en la práctica final; este no ha sido el papel más importante de la universidad, la marca fundamental de las sociedades es la conservación. La formación de recursos humanos se ha orientado a la satisfacción de las necesidades de grupos que dentro del cuerpo social han tenido mayores privilegios y se les ha dirigido hacia lo más

³⁴ Ídem.

³⁵ Ídem.

grande: la satisfacción de los intereses de los productores de salud o de los insumos y factores utilizados en el proceso productivo de salud.

José Narro y Fernando Cano Valle,³⁶ recopilaron, como relatores de esa reunión, catorce postulados que daban inicio a diversas acciones en el Sistema Nacional de Salud que, bien, se encontraban en proceso o en su caso debían incorporarse vinculatoriamente con las universidades de América Latina.

- Es deseo de la comunidad internacional arribar a la nueva centuria con mejores niveles de salud para toda la población.
- Las funciones sustantivas de la universidad: docencia, investigación y extensión de la cultura, pueden apoyar la búsqueda de mejores niveles de salud para nuestras poblaciones.
- Conviene que las universidades difundan entre sus comunidades, los objetivos, los propósitos, las estrategias y las metas del movimiento “Salud para todos en el año 2000”.
- Se reconoce que cada nación puede y debe adaptar la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” a sus condiciones y que aun dentro de cada país será necesario tomar en cuenta las variables locales.
- Se recomienda que cada universidad elabore un plan estratégico que tome en cuenta los lineamientos generales del movimiento “Salud para todos en el año 2000”, las peculiaridades y necesidades locales y que sumen sus esfuerzos a la estrategia general.
- Es necesario promover el desarrollo de programas y acciones de atención primaria de la salud y las universidades, dentro de sus posibilidades, habrán de participar en este desarrollo.

■ ³⁶ Ídem.

- Deberá favorecer el desarrollo conjunto de programas de atención primaria de la salud entre las instituciones educativas y las aplicativas al sector salud.
- Las universidades habrán de apoyar el diseño de programas de atención primaria, preferentemente en áreas rurales y suburbanas marginadas.
- Es indispensable el desarrollo y la incorporación de tecnología adecuada en materia de salud, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada nación.
- Las agencias gubernamentales, en coordinación con las universidades, habrán de promover el desarrollo de experiencias que estimulen la participación de la comunidad en materia de salud.
- Si bien las universidades pueden no tener directamente la responsabilidad de la prestación de los servicios asistenciales, es conveniente que instrumenten y evalúen modelos de prestación de servicios que sean extendidos posteriormente por las instancias aplicativas.
- Es recomendable que las universidades revisen los programas y las metodologías de formación de personal de salud y que los adecuen a las necesidades de los servicios y de la población.
- Es recomendable el desarrollo de seminarios regionales de análisis y evaluación de las acciones en donde participen las agencias gubernamentales de salud, las universidades y organismos internacionales de salud.
- Es indispensable la promoción del intercambio de información en cuanto a necesidades, recursos y posibilidades entre las agencias gubernamentales de salud y las universidades.

De lo anterior, surgen dos preguntas: ¿qué ha hecho la universidad en América Latina en favor de la salud de cada país en los últimos 25 años?, ¿qué va a hacer la universidad de América Latina ante este nuevo ciclo de la economía, que de crisis hipotecaria pasó rápidamente a crisis financiera y de ahí se ha expandido al mundo y al contagio a los países pobres y que, por tanto, es inoperable?

Revitalizando Alma Ata

Existen tendencias internacionales para actualizar los principios revolucionarios de equidad, justicia social y salud para todos; con la participación comunitaria, promoción de la salud, la interacción sectorial y el apropiado uso de los recursos. Esa vieja estrategia y los nuevos retos como VIH Sida, enfermedades crónicas y problemas psiquiátricos proponen una política de salud pública basada en evidencia bajo una adecuada investigación de paquetes de servicios bajo consenso con la comunidad y el fortalecimiento de los servicios primarios.^{37, 38, 39, 40}

México ofrece un seguro de salud a sus 110 millones de habitantes. La cobertura universal constituye un aspecto clave de un ambicioso paquete de reformas diseñado para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, el cual debe garantizarse con base en las necesidades de los ciudadanos e independientemente de su nivel de ingreso, lugar de residencia, origen étnico o condición laboral. Además de

³⁷ Socioeconomic status and health disparities in old age. Today research on aging II: June 2008.

³⁸ Law, J. et al. Alma Ata, 30 years on; revolutionary, relevant and time to revitalize. The Lancet 2008; 372: 917-927.

³⁹ Walley, J. et al. Óp. Cit.

⁴⁰ Fafard, Patrick. Evidence and health and public policy; insights from health and political sciences national collaborating centre for Health Public Policy, Mat 2008, Institute National de Santé Publique Quebec.

contar con un sólido fundamento ético, la reforma constituye un estímulo importante para el progreso económico de México (Frenk).^{41, 42}

La meta principal de la reforma mexicana es asegurar que cada individuo se cubra y atienda de forma equitativa. La reforma garantiza que toda familia, incluyendo las más pobres, cuente con protección contra el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud. También garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud que comprende todas las intervenciones costo-efectivas y socialmente aceptables. Este paquete incluye atención ambulatoria y hospitalaria para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, servicios pediátricos y geriátricos, así como exámenes anuales preventivos y medicamentos para cubrir los tratamientos, incluyendo los medicamentos para los padecimientos crónicos. Este programa basado en investigación y conocimiento científico encuentra su antecedente en el viejo anhelo de Alma Ata.

El plan de seguro universal, denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se convirtió en ley en la primavera de 2003 y entró en operación en enero de 2004. A finales de 2005, su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), contaba ya con más de 4 millones de familias afiliadas—cerca de 12 millones de personas—. Mediante el incremento del gasto público en salud de 1% del PIB, el proceso de afiliación continuará en los próximos cuatro años con la afiliación de 1.5 millones de familias por año hasta alcanzar la cobertura universal en 2010.⁴³

⁴¹ Frenk, Julio y Richard Horton. Evidence for Health system reform; a call to action, *Lancet* 2006; 368, 3-4.

⁴² Frenk, Julio. Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico, *Lancet* 2006; 368; 954-961.

⁴³ Frenk, Julio y Richard Horton. Óp. Cit.

Los principales objetivos del Sistema de Protección Social en Salud cuyo cumplimiento se evaluó son los siguientes:

1. Eliminar las barreras financieras de acceso a los servicios esenciales de salud.
2. Mejorar el acceso a servicios de calidad técnica, y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada al SPS.
3. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.
4. Reducir los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS, y
5. Reducir los gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS.^{44, 45, 46, 47, 48}

■ Casalud, una propuesta innovadora

Las empresas sociales (ES) son aquellas donde la dinámica empresarial aprovecha fuerzas, tanto mercantiles como no mercantiles, para perseguir un fin social. Buscan financiación propia por medio de la producción de bienes y servicios como complemento a los subsidios públicos, a los donativos privados y al trabajo voluntario. El objetivo primario de las ES comprende la asistencia a víctimas de la exclusión social más que la generación

⁴⁴Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud, estrategia de evaluación, Secretaría de salud, México, 2006.

⁴⁵Sepúlveda, Jaime, Bustreo, F., Tapias J. et al. Improvement of child survival in Mexico: The diagonal approach, *Lancet* 2006; 368: 2017-2027.

⁴⁶Horton. A new discipline is born: comparative health systems studies, *Lancet*, 2006, 368: 1949-1950.

⁴⁷Fineberg, H. Health reform in Mexico; a work in progress, *Lancet* 2006, 368, 1755-1756.

⁴⁸González, Pier E., et al; Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health, *Lancet*, 2006: 368, 1608-1618.

de ganancias para los accionistas. La diferencia básica entre ES y los organismos de la sociedad civil (osc) es la visión empresarial, el grado de autonomía del Estado y la provisión de servicios innovadores en respuesta a las necesidades que no cubren por completo ni el Estado ni el mercado.⁴⁹

Las ES componen a la “economía social” o “tercer sector”, situándose en el punto de convergencia entre las fuerzas del mercado que promueven la eficiencia económica y las intervenciones del Estado que promueven la justicia social. Desde otra perspectiva, las ES responden a fallas del mercado y del gobierno, estas últimas de burocracia y falta de flexibilidad y dificultad para identificar preferencias y para encarar inequidades.

Los osc, por su parte, han demostrado su capacidad para servir a la población en condiciones de pobreza, si bien se han limitado a la atención de la salud reproductiva y bajo una gran dependencia de los donantes. Existen fuertes limitaciones en la capacidad, tanto del gobierno como de las osc, para vincularse de manera efectiva como socios para llevar servicios básicos de salud a zonas de alta marginación.

La innovación de Espacios Casalud implementará el modelo de atención con base en tecnologías de punta apropiadas para los medios rural y urbano marginales. Se identificarán los paquetes de diagnóstico más avanzados que permitan a personal técnico supervisado iniciar la atención de manera oportuna, así como controlar padecimientos como diabetes e hipertensión de manera continua. La telemetría será una herramienta total en el diseño del modelo operativo. La capacitación contará con plataformas de educación sin distancia que permitirán la participación de todo el personal en programas de alto valor

⁴⁹ Tapia, Roberto. Espacios CaSalud, Instituto Carso, Fundación Carlos Slim. Documento interno. (Comunicación personal).

curricular para la acreditación. El expediente clínico será electrónico y diseñado bajo los estándares emergentes para facilitar la comunicación confidencial con prestadores no solo de la red Espacios Casalud, sino con prestadores públicos y privados, tanto nacionales como extranjeros.

Casalud será una organización social de gran visión, abocada a encarar el reto de la inequidad en México y del compromiso histórico con el bienestar de la población rural y urbana marginal. La visión será, entonces, coadyuvar en la cobertura de servicios de salud integrales para la población en pobreza y en condiciones de movilidad; manera acelerada, ampliamente participativa y sustentada en el desarrollo económico.⁵⁰

Las franquicias sociales estarán fundamentadas y buscarán que sean sustentables al perseguir objetivos sociales. Dichas organizaciones habrán de estimular la oferta, no solo de servicios sino de tecnología apropiada para resolver los problemas que afectan a los pobres en México y en otras partes del mundo. Sobre estas bases se tendrá que superar las limitaciones de los servicios públicos y privados, tanto lucrativos como no lucrativos, para brindar servicios básicos integrales de alta calidad a poblaciones en condiciones de pobreza rural y periurbana.⁵¹

El Instituto Carso de la Salud tiene la posibilidad única de estimular la combinación de las diferentes formas de financiación de la protección social en salud ya existentes en México. Como parte de la estrategia del Instituto, se concibe una plataforma de acción denominada Espacios Casalud que pretende ser el brazo operativo del propio Instituto, teniendo a su cargo instrumentar programas y proyectos que estimulen, tanto la oferta como la demanda de servicios médicos.⁵²

⁵⁰ Ídem.

⁵¹ Ídem.

⁵² Ídem.

Las innovaciones estarán sujetas en plataformas informáticas de conexión satelital a Internet y al portal de Casalud así como de las instituciones que colaboren en la iniciativa. Espacios Casalud brindará una plataforma de implementación para las diversas iniciativas del Instituto Carso de la Salud tales como Telsalud, Amanece y otros. Es un buen proyecto; hemos de estar alertas para ver su desarrollo y tenerlo en evaluación permanente.