

DE PAGINA 24

SALUD: AVANCES CON DESIGUALDAD

Este enfoque fue facilitado por la naturaleza fragmentada del sistema colombiano de aseguramiento de la salud, en el que las aportaciones ya se canalizaban mediante diversos esquemas de cooperativas de trabajadores. Un movimiento similar ocurrió en Argentina, donde las llamadas obras sociales (planes de salud de sindicatos) brindan seguridad en salud a unos 14 millones de personas. En 2001 el gobierno introdujo legislación para permitir que las alrededor de 300 obras sociales compitan, en un esfuerzo por hacerlas más eficientes.

En fecha más reciente, el Plan Nacional de Salud 2001-06 en México establece como principios la separación del financiamiento y de la prestación de servicios, y la gradual introducción de la competencia entre los sectores público y privado.

La introducción de mecanismos de mercado no siempre ha tenido el efecto deseado. Cuando, por ejemplo, los hospitales públicos colombianos recibieron la responsabilidad de manejar sus finanzas, varios fueron incapaces de pagar sus deudas por pensiones y otros renglones y cayeron en insolvencia. En Argentina la introducción de la competencia en las obras sociales no produjo un aumento de eficiencia ni la esperada consolidación del sector. En Chile, los diseñadores de políticas se sorprendieron al descubrir que las Instituciones de Salud Provisional Privadas (Isapres) son en general menos eficientes que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), institución aseguradora del gobierno.

Tratamientos y medicinas

Otro mecanismo de control del gasto ha sido racionar los tratamientos y medicamentos disponibles para los afiliados a esquemas públicos de salud básica. Este enfoque fue adoptado en Colombia conforme a una reforma emprendida en 1993. También es uno de los fundamentos del Seguro Popular mexicano, el cual especifica 78 tratamientos y 191 medicamentos disponibles en el sistema. Este racionamiento se usa también para mantener costos bajos en Chile, pero aquí una nueva reforma pretende una radical expansión del número de tratamientos disponibles. El proyecto, denominado Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), se propone garantizar a los ciudadanos cierto nivel de atención a 56 padecimientos, entre ellos diversos tipos de cáncer y el VIH/sida, hacia 2007.

A la vez que restringen la gama de medicamentos disponibles mediante sistemas públicos de salud, los gobiernos también se interesan cada vez más por promover el uso de medicamentos genéricos, más

Indicadores de salud en América Latina, 2002 (en años)

	Expectativa de vida al nacer	Expectativa de vida saludable al nacer*
Costa Rica	78.1	67.2
Cuba	78.7	67.6
Chile	78.1	67.3
Uruguay	75.3	66.2
Panamá	74.7	66.2
Argentina	74.2	65.3
Venezuela	73.7	64.2
México	73.4	65.4
Colombia	72.2	62.0
Paraguay	70.9	61.9
Ecuador	70.8	61.9
El Salvador	70.7	59.7
Perú	69.8	61.0
Nicaragua	69.5	61.4
Honduras	68.9	58.4
Brasil	68.1	59.8
Guatemala	65.8	57.4
Bolivia	63.9	54.4

*La expectativa de vida saludable es el número de años de buena salud que puede esperar un niño.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

LA JORNADA

que de patente, siempre que sea posible. Los hospitales chilenos tienden a administrar genéricos producidos en laboratorios del gobierno. En Brasil existen instalaciones federales, administradas por el Estado, que producen una amplia gama de genéricos, los cuales se distribuyen en hospitales públicos y, desde fecha reciente, mediante la cadena gubernamental Farmacias Populares. En Argentina, donde los costos de las medicinas se elevaron en forma dramática a raíz de la devaluación del peso, a principios de 2002, se aprobó una ley que obliga a los médicos a prescribir medicamentos sólo con sus nombres genéricos. Los resultados, según un estudio del Banco Mundial, han sido "espectaculares", en términos de una significativa reducción de precios. En México ha habido propuestas (ahora congeladas) de reducir de 20 a 10 años la vigencia de los derechos de patente sobre medicamentos. Estas acciones para favorecer los fármacos genéricos alterarán de manera sustancial el mercado farmacéutico latinoamericano, cuyo valor es de 14 mil mdd.

Una indicación reciente de esta tendencia fue la sugerencia de productores farmacéuticos privados brasileños de ser incluidos en sociedades con el gobierno para producir genéricos. La mayoría de los países de AL tratan de fomentar mayor participación del sector

privado en el sector salud, por razones más pragmáticas que ideológicas. A medida que crecen las poblaciones y prevalecen las enfermedades crónicas, los gobiernos están más interesados en compartir la carga de la prestación de servicios de salud. La dificultad es que no existe un modelo claro para incorporar al sector privado en el mercado masivo de AL, en tanto que dos de los más efectivos sistemas de salud de la región —los de Costa Rica y Cuba— virtualmente no tienen participación privada.

Pese a estos contratiempos, la prestación de seguros privados de salud parecería un mercado atractivo y poco desarrollado. Una indicación de ello es la prevalencia del gasto "directo del bolsillo". En México más de 90% del gasto privado —igual a 55% de todo el gasto en salud— sale del bolsillo. En Venezuela representó 95% de todo el gasto privado en 2001. En Argentina un dólar de cada cuatro gastados en salud en 2001 fue pagado a la entrega. Es probable que esta proporción se haya elevado desde que se derrumbó la moneda. Incluso en Brasil, con su sector privado relativamente maduro, se cree que más de la tercera parte del gasto en salud sale del bolsillo. Estas cifras subrayan la necesidad de ampliar esquemas costeables de seguridad social que ofrezcan a los consumidores la oportunidad de compartir riesgos (y evitar los gastos catastróficos aso-

ciados a algunos tratamientos). Un mercado a observar será México, cuyo gobierno actual tiene el compromiso explícito de reducir el gasto salido del bolsillo y fomentar un mercado privado de atención a la salud.

Un factor crucial de éxito en la construcción de alternativas al sector público será el diseño e instauración efectiva de regulación que proteja a los consumidores pero mantenga atractivo el mercado para proveedores alternativos. Es un equilibrio difícil de lograr. Chile, por ejemplo, tuvo éxito notable en fomentar el desarrollo de un sistema privado de atención a la salud en las décadas de 1980 y 1990. Pero su sector privado en la materia sigue estando fragmentado, sus costos administrativos son altos en comparación con el estatal, y ha logrado evitar dar atención a las categorías de mayor riesgo. De modo similar, las obras sociales de Argentina y los esquemas de trabajo vinculados a la industria en Colombia no han respondido a los esfuerzos de sucesivos gobiernos por convertirlas en

El Plan Nacional de Salud 2001-06 en México establece la separación del financiamiento y de la prestación de servicios y la gradual entrada de la competencia entre los sectores público y privado

ble excepción.

La reforma del sector salud probablemente seguirá ocupando un lugar importante en la agenda política en AL, pero es improbable un cambio rápido. Incluso gobiernos con fuerte compromiso ideológico de mejorar servicios de salud, como el de México, han hallado dificultades para construir consensos e impulsar reformas en la legislación. La corrupción sigue siendo un obstáculo; en Brasil un gran escándalo referente a productos sanguíneos ha distraído la atención del programa de reforma. El financiamiento al sector salud sigue siendo vulnerable en momentos de declive económico, y todas las reformas tienen que hacer frente a una escasez de médicos, enfermeros y otros profesionales del ramo. Es probable que los indicadores básicos de salud continúen

Gasto total en salud

	% del PIB		Dólares per cápita ^a
	1997	2001	2001
Argentina	8.1	9.5	679
Bolivia	4.7	5.3	49
Brasil	7.4	7.6	222
Chile	6.6	7.0	303
Colombia	7.7	5.0	105
Costa Rica	6.7	7.2	293
Cuba	6.6	7.2	185
Ecuador	4.4	4.5	76
El Salvador	8.1	8.0	174
Guatemala	3.8	4.8	86
Honduras	5.4	6.1	59
México	5.5	6.1	370
Nicaragua	6.2	7.8	60
Panamá	7.4	7.0	258
Paraguay	7.6	8.0	97
Perú	4.4	4.7	97
Uruguay	10	10.9	603
Venezuela	5.4	6.0	307

^aA lasas de cambio promedio

Fuente: Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud

LA JORNADA

alternativas viables —y posiblemente privatizadas— a los sistemas públicos de salud. Una indicación adicional de que la regulación no está funcionando es la renuencia de los proveedores multinacionales de salud a entrar en el mercado latinoamericano; la participación de la ING holandesa en la empresa líder chilena Inapre es una nota-

mejorando con los programas ya en curso. Sin embargo, la creación de sistemas universales de salud, listos para enfrentar las demandas de poblaciones de mayor edad y enfermedades crónicas como el cáncer y los padecimientos del corazón, puede estar todavía lejana.

*Redactor especializado en temas de América Latina

