

ANÁLISIS SOCIAL DEL PROCESO DE TRANSFORMACION DE LOS MODELOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y PANAMÁ

Social Analysis of The Process of Transformation of Health Models in Latin America and Panama

Israel Gordon Canto

Universidad de Panamá, Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y Tecnología.

Israel.gordon@up.ac.pa; igordon18@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0002-0279-1665>

DOI <https://doi.org/10.48204/2710-7744.4238>

Fecha de recepción: 01/04/2023

Fecha de aceptación: 25/06/2023

Resumen

El presente artículo presenta un enfoque social del proceso de reformas de los modelos de salud que ha atravesado América Latina y Panamá. El proceso de reforma ha sido lento y ha concurrido por diversas etapas, pasando de una primera orientación de integración del Sistema de Salud, cruzando por la búsqueda de aumentar la cobertura de la atención de la salud, mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, introduciendo conceptos nuevos como la descentralización, separación de funciones entre los Ministerios de Salud y los Seguros Sociales, la participación y control social, hasta modificar la obligación del Estado de garantizar la asistencia de la salud, (es decir que el Estado se convierte en un agente intermediario entre los trabajadores y empresas proveedoras de servicios privados en algunos casos y en otros, intermediario con empresas públicas y cooperativas). Hasta arribar a propuestas tales como reforma del modelo de atención, reforma en el modelo de gestión, y reforma en el modelo de financiamiento.

Se concluye que los problemas en el modelo de atención de la salud, escenifica un proceso de rápido deterioro de la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud; al igual que los problemas de financiación un modelo de gestión poco calificado, afectado por el aumento de costos, deterioro del poder adquisitivo monetario, deficiencia en la asignación de recursos, falta de planificación social, y por la presencia de monopolios y oligopolios que inducen a elevar los costos de medicamentos, insumos y equipos médicos quirúrgicos y por qué no señalarlo que propicia la corrupción; a la postre de un mal enfoque de medicina preventiva, lo cual contribuye a elevar los costos de salud.

Palabras Claves: Salud, economía, proceso, reforma, modelo, gestión, financiamiento.

Summary

This article presents a social approach to the reform process of health models that Latin America and Panama have undergone. The reform process has been slow and has gone through various stages, going from an initial orientation of integration of the Health System, going through the search to increase the coverage of health care, improve the quality, efficiency and effectiveness of the health care, introducing new concepts such as decentralization, separation of functions between the Ministries of Health and Social Security, participation and social control, until modifying the obligation of the State to guarantee health care, (that is, that the The State becomes an intermediary agent between workers and companies that provide private services in some cases and in others, an intermediary with public companies and cooperatives). Until arriving at proposals such as reform of the care model, reform in the management model, and reform in the financing model.

We conclude that the problems in the health care model, stage a process of rapid deterioration of the quality, efficiency and effectiveness of health services; as well as the financing problems, a poorly qualified management model, affected by the increase in costs, deterioration of monetary purchasing power, deficiency in the allocation of resources, lack of social planning, and by the presence of monopolies and oligopolies that induce raise the costs of medicines, supplies and surgical medical equipment and why not point it out that it encourages corruption; at the end of a bad approach to preventive medicine, which contributes to raising health costs.

Keywords: Health, economy, process, reform, model, management, financing

I. Antecedentes de la Reforma del Sector Salud

La Reforma del Sector Salud, (RSS), se inicia prácticamente en los finales de la década de los años setenta. La misma fue promovida inicialmente como parte integral de la modernización del Estado, específicamente a través de la Conferencia Internacional convocada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF), en Alma Ata, (hoy día Kazakstán), se da la declaración de Alma Ata en donde 134 países se comprometieron por luchar por “La salud igual para todos”. Este primer intento de reforma del sector salud (RSS), estuvo inspirada en introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias operativas del sector, con la finalidad de aumentar la equidad de las prestaciones, la efectividad y la eficiencia de la gestión, toda vez que desde sus inicios había conciencia de que los Sistemas de Salud Latinoamericanos, eran pocos equitativos e ineficientes, realidad a la cual Panamá no escapaba, lo cual más adelante se explica.

II. Inicio del Proceso de Reforma

A partir de la **Declaración de Alma Ata**¹ de 1978 en la que se adoptan las metas de salud para todos los Ministerios de Salud de la región, se dio inicio al proceso de reforma programado basado en los principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud; y de eficiencia en función del costo, mediante la promoción de los servicios de atención primaria de salud^(*) y la prevención de enfermedades (OPS,1978).

En virtud de ello, a finales de los años setenta la primera orientación que se le dio al Sistema de Salud fue la Integración del sector, (Ministerios de Salud, Seguro Social), con la finalidad de aumentar la cobertura, disminuir la duplicidad de servicios, disminuir costos operativos, mejorar la coordinación y administración del sector y establecer un sistema más eficiente y eficaz, con la finalidad esencial de focalizar el gasto con el objetivo de lograr un rendimiento máximos en eficiencia, (gastar los pocos recursos disponible en quienes verdaderamente lo necesitan), y eficacia, (ejercer un efecto sobre los indicadores que definen el fenómeno de la pobreza).

Al inicio de los años ochenta se agudiza la crisis en la región, el PIB baja en más del 3%, la atención médica de los Ministerios de Salud disminuye en calidad y cantidad, La accesibilidad

¹ Conferencia Internacional convocada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF), en Alma Ata, (hoy día KazaKhstán), en la Declaración de Alma Ata 134 países se comprometieron por luchar por “Salud igual para todos.

^(*)En tal sentido, se extendió los servicios de salud a la población marginal y rural; paralelamente que se introduce la participación comunitaria

de la salud se reduce en relación inversa al aumento de la pobreza. Este panorama hace abortar el incipiente proceso RSS. En esta década los sistemas duales de salud, (Ministerios de Salud y Seguros Sociales), enfrentaban una serie de problemas propios de la época, entre los cuales se puede mencionar:

- Los Ministerio de salud no logran brindar servicios a toda la población en situaciones de altos niveles de pobrezas y carentes de Seguridad social.
- Subutilización de las instalaciones.
- Los Ministerios de Salud no lograban proteger a toda la población marginada carente de seguro.
- Falta de accesibilidad y de equidad.
- Problemas de suministros de insumos y de mantenimiento preventivo del equipo médico-quirúrgico; y en algunos casos carencia de medicamentos básicos y pésimo suministro de este.
- Enormes deficiencias administrativas, (subutilización de instalaciones de salud, problemas de suministros de insumos y mantenimiento preventivo del equipo médico quirúrgico; y en algunos casos insuficiencia del cuadro básico de medicamentos).
- Falta de coordinación entre los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social, lo cual conduce a la duplicidad del servicio.
- Altos salarios pagados al personal de salud, lo cual conlleva a una rigidez del presupuesto de funcionamiento.

Estos factores prácticamente han sido una constante histórica, los cuales ha provocado que el sistema de salud sea sumamente costoso, paralelamente que poco eficiente y eficaz.

Para superar la crisis que comenzó en los años ochenta, los Organismos Internacionales, quienes veían al Estado con grandes ineficiencias operativas, excesivo tamaño, con un creciente déficit fiscal y una elevada carga de deuda externa, promovieron los **Ajustes Estructurales** que limitaban el rol de Estado en la actividad económicas, reducía el tamaño de este, liberaliza el mercado, descentraliza su actividad y propicia la reducción de los gastos fiscales e incremento de los impuestos. En tal sentido, el intento de reforma del sector salud en la década de los ochenta coincide con la tercera etapa de las privatizaciones que se da en América Latina, la cual está basada en la apertura de las áreas sociales al capital privado.

En síntesis, las razones aducidas para la RSS no vario mucho entre los años 1970 - 1989, entre ellas destacan:

- Aumentar la cobertura de la atención de la salud.
- Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud.
- Fomentar la participación comunitaria.
- Mejorar la equidad de los servicios de salud.
- Ajustar la atención de la salud a las nuevas circunstancias económicas y sociales.

Sin embargo, en la década de los noventa la mayor parte de la RSS responde a los cambios generales de la concepción del rol que desempeña el Estado en la actividad económica y en otros la reforma se perpetúa como parte integral del denominado "proceso de modernización del Estado"². En este periodo se continúa con la búsqueda del incremento de la cobertura, rectoría de sector salud por parte de los Ministerios de Salud, y se introduce conceptos nuevos como la descentralización, separación de funciones entre ambas entidades y la

² Otros como Honduras y Guayana introducen la reforma del sector salud como parte de un Plan Nacional de Salud.

participación y control social.

En esta década igualmente se promulga por un nuevo enfoque del modelo de gestión en donde se plantea **modificar la obligación del Estado de garantizar la asistencia de la salud**. Específicamente Los proponentes de este nuevo rol del Estado parten de la premisa de que la producción de bienes y servicios en mano del estado no es eficiente, existe una mala calidad de los servicios de atención médica, el sector salud se ha politizado en exceso y el mismo carece de una verdadera planificación estratégica. Por tales razones, proponen que el **Estado se convierta en un agente intermediario entre los trabajadores y empresas proveedoras de servicios privados** en algunos casos y en otras empresas públicas y cooperativas.

En esta modalidad el Estado como tal, puede promover la aparición de empresas particulares integradas por capital nacional e internacional, es decir, que se traspasa el servicio de salud del sector público al privado, ejemplo el caso de Uruguay.

Estas empresas proveedoras de servicios y actualmente denominadas Empresas Prestadoras de Servicios, (EPS), a su vez cobran una "**cuota de prepago**" por la oferta de la atención de la salud. Por lo general estas empresas particulares prestadoras de servicio establecen un **contrato-programa** con la institución regente de la salud por medio del cual se comprometen a administrar y gestionar determinados servicios de salud hasta un tope máximo de a cambio de determinado monto a percibir; mientras que la rectora del sector salud o la entidad de seguridad social se comprometen a recaudar, financiar, pagar, supervisar, evaluar, auditar y definir las prestaciones de salud.³

Para estos periodos 1970-2000 la mayoría de la reforma del sector salud ha tenido como objetivos centrales, (Mesa- lago, 2005, pp. 33 y 34):

“a) Descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, con un papel crucial del subsector privado y mayor independencia o autogestión de los hospitales; b) separar las funciones de rector/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión; c) introducir la libertad de elección del proveedor por el asegurado o usuario; d) ampliar la cobertura, extender la atención primaria a través de paquete básico de prestación y mejorar la calidad de los servicios; e) promover la equidad, reasignando recursos para reducir la brecha entre regiones y municipios y focalizar los subsidios fiscales en los pobres; f) aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, específicamente en los hospitales; g) cambiar el financiamiento tradicional desde el presupuesto fijo hacia reembolsos por provisión de servicios, de subsidio a la oferta hacia subsidio a la demanda; h) reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas en uso; i) promover una mayor participación y control social”

En el periodo 2000-2020 la reforma se planteó básicamente abarcando la búsqueda de tres elementos:

³ Un ejemplo de ello lo constituye el modelo estructurado del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, (INSS), en donde se contrata empresas de salud y se garantiza, por parte del INSS una paquete básico de salud; otro ejemplo lo constituye el modelo de Costa Rica, en donde las Unidades de Servicios Ambulatorio contratan Cooperativas Autogestionarias que administran y gestionan los servicios de salud y el rector del sector salud garantiza una canasta básica de servicios y tarifas por habitantes adscrito al área.

- La transformación del modelo de atención.^(*)
- La transformación del modelo de gestión. ^(**)
- La transformación del modelo de financiamiento.

III. La transformación del modelo de Atención de la Salud

Esta transformación del modelo de atención de la salud, ha transitado desde un prototipo puramente curativo a un modelo de atención de prevención de enfermedades, promoción de la salud y de atención integral y continua orientada a la familia, a la comunidad y el ambiente, en donde se hace hincapié en el primer nivel de atención, (ejemplo Costa Rica, Uruguay); otros países en cambio han establecido un modelo de atención basado en principios de universalidad, integralidad, accesibilidad y transferibilidad proporcionados de formas gratuitas,(caso Canadá). Otros países focalizan la reforma del modelo de atención en garantías explícitas de atención de la salud, los cuales constituyen paquetes de salud que se ofertan bajo cuatro fundamentos: acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, (este es el caso de Chile y México); sin embargo, en la práctica estos paquetes se establecen con un tope de servicios a prestar y en función de la capacidad del asegurado.

En el modelo de Atención de la Salud se observa una **creciente tendencia a la compra de servicios a terceros**, (Salvador, Nicaragua, Costa Rica, etc); y entre las nuevas modalidades de atención a la salud se observa una tendencia los servicios médicos móviles, (ejemplo EBAS en Costa Rica, 911 y el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

La transformación del modelo de gestión en algunos países ha mantenido su esencia pública, (Canadá); mientras que en otros países se ha optado por abrir la participación de empresa privadas, cooperativas y empresas públicas y mixtas dentro de un componente contributivo y un régimen subsidiado para la población de escasos recursos, (ejemplo Colombia con las Empresas Promotoras de Salud,-EPS- e Instituciones Prestadoras de servicios).

En algunos casos el sector público de salud se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y EPS, (ejemplo México) y en otro caso por la presencia única de EPS, (ejemplo Chile, y nicaragua en el régimen contributivo). Otra modalidad de la reforma del modelo de gestión se observa en los E.E.U.U. en donde la gestión de los cuidados de la salud es suministrada por seguros privados y el gobierno federal mediante tres tipos de programas: Medicare y programas asistenciales Medicaid y los planes de salud a largo plazo.

Es obligante señalar que en el proceso de reforma del modelo de gestión en el área Latinoamericano se ha llevado a cabo diferentes modalidades de descentralización y desconcentración de la gestión administrativa, (caso Venezuela) y en otros casos se presenta una separación de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, (en casi todo Centro América).

Bajo la modalidad de descentralización se ha introducido en muchos países la rendición de cuentas y presentación periódica de cuentas nacionales. En algunos casos la reforma del

^(*) El modelo de Atención de la salud es concebido como la combinación en alguna forma específica, de las variables internas del proceso de atención sanitaria, que se encuentra inmerso dentro del conglomerado de los grandes agregados económicos, sociales, culturales, ecológicos y políticos de la sociedad.

^(**) El modelo de gestión se concibe como el conjunto de acciones de conducción y apoyo que viabilizan la óptima aplicación de recursos para el logro de los objetivos trazados para el establecimiento de salud.

modelo de gestión ha abarcado el establecimiento de niveles de gestión, administración y jurisdicción territorial con múltiples prestadores de servicios, (caso Bolivia) y en otras latitudes se avanza en convenios de subrogación de servicios y co-pago por los usuarios, (sobre todo en Centro América).

En síntesis, se evidencia tres niveles claramente establecidos en los nuevos modelos de gestión:

1. Gestión pública que abarca directamente el arbitraje del Estado con el objetivo esencial de procurar subsanar las fisuras que se presenta en el mercado de salud y procurar establecer políticas de salud y prevención; sin embargo, se observa en ellas bajas asignaciones de recursos humanos y financiación, sobre todo en las áreas rurales de población dispersas.
2. Gestión rigurosamente orientada a la participación del sector privado.
3. gestión estrictamente mixta, en donde conviven lo público con el sector privado de la economía.

IV. La transformación del modelo de Financiamiento

La transformación del modelo de financiamiento se concentra en definir tres incógnitas:

1. ¿Cuánto se debe gastar en la atención de la salud?
2. ¿De dónde debe provenir los recursos monetarios?
3. ¿Como asignar esos recursos monetarios?

Del desarrollo de estas tres incógnitas se ha generado la transformación del modelo de financiamiento. Así vemos que se presenta la modalidad de **mantener el financiamiento público**, (ejemplo Canadá donde el financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales; y Cuba donde la reforma fue profunda basada en un sistema totalmente público), hasta llegar a un **Financiamiento Mixto** en donde el Estado contribuye con una aportación fiscal y se mantiene un esquema contributivo para aquellas personas con capacidad de pago, (caso Colombia con las Empresas Promotoras de Salud – EPS-) e instituciones Prestadoras de Servicios.

Otros países establecen una asignación presupuestaria fiscal de aportes provenientes del Sistema Nacional de Salud, (caso Uruguay); mientras que en otros se incluye el financiamiento de ciertas coberturas de paquete de intervenciones con cargo a aporte del gobierno federal y estatal, complementado por medio del pago de una prima establecida en función del ingreso, (ejemplo México con el Seguro Popular de salud).

Otra modalidad de financiamiento se da cuando se mantiene un régimen contributivo para la atención de la salud con cargo al Seguro Social y un régimen no contributivo cuyo financiamiento corre con cargo al presupuesto general de la nación, (caso Panamá y Nicaragua).

V. Dinámica de la búsqueda de transformación

En la mayoría de país de América Latina el proceso de Reforma del Sector Salud -RSS -está ligado a los procesos de reforma del Estado y el mismo ha sido liderizado por los Ministerios de Salud, pero con una marcada presencia de organismos internacionales, tales como el Banco Mundial, (BM), Banco Interamericano de Desarrollo, (BID), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial para la salud, USAID, entre otros. Estos procesos de RSS abarcan agendas que incluyen reforma sectorial; sin embargo, en la

mayoría de los casos la participación de la población ha sido muy reducida. Entre los puntos de convergencia de la agenda de RSS destacan los siguientes:

- La reorganización y reestructuración de las instituciones proveedoras de la atención de la salud, tal es el caso de Belice, El Salvador, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.
- El acceso a la atención de la salud se focaliza en la población de mayor riesgo, (ejemplo Guatemala, Belice y Costa Rica).
- Establecimiento de una nueva modalidad de provisión de la atención de la Salud, ejemplo Costa Rica, Nicaragua y El Salvador .
- Asignación de los recursos financieros haciendo énfasis en la eficiencia y equidad, (ejemplo caso de Belice, Guatemala y Costa Rica)
- Garantizar la sostenibilidad económica de la atención de la salud.

En algunos países el proceso de RSS ha tenido su propia particularidad al introducir una reforma en el marco jurídico del sector, así vemos que en el Ecuador en el año 1997 se estableció la Ley de Descentralización y Participación Social, por medio de la cual se transfirió a los municipios la responsabilidad de planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria y en el caso de Panamá en 1998 se promulga la Ley N°27 y N°28 por medio de la cual se crea la Coordinadora Nacional de Salud -CONSALUD- y el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA), respectivamente.

En otros países, como es el caso de Bolivia introdujeron la reforma sectorial a través un Plan estratégico de Salud, (1998) y en algunos casos como tónica general se puede indicar que el proceso de RSS va precedido por cambios en la Constitución Nacional en lo concerniente a regulaciones básicas tanto en el modelo de atención, como en el modelo de gestión y financiamiento. Un ejemplo de esto último lo constituye Costa Rica, en donde creo el Consejo Nacional de Salud y la Ley de desconcentración de hospitales. También se ha presentado el caso en que los procesos de reformas han sido impulsados por una agenda nacional definida en donde todos los sectores de la sociedad participan en la definición de rumbo a tomar en materia de Seguridad Social, (Colombia).

VI. El Caso de Panamá

Con el advenimiento de la Ley No. 27 DE 1998 se da inicio a la aplicación de un nuevo modelo de gestión hospitalaria en Panamá. CONSALUD surge como una empresa de utilidad pública sin fines de lucro, la cual tiene como misión la coordinación, financiación y provisión de los servicios de atención médica y de salud en todo el territorio nacional. De igual forma, esta coordinadora era la responsable de la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios médicos y de salud que financie ó contrate tanto el MINSA como la C.S.S. (en la práctica esto se circunscribió al modelo de atención del Hospital Integral San Miguel Arcángel, (HISMA). A demás, se establece en dicha Ley que la **provisión de los servicios e insumos médicos** se hará por medio de **entidades prestadoras de servicios** de salud a la población. Mientras que la contratación y previsión se daba a través de **Contratos – Programas**.

El modelo de atención promovido por CONSALUD está fundamentado en un modelo público-privado, para tal efecto La Ley No.27 establece que su política se regirá por los principios que sobre la materia le fije el Ministerio de Salud, (MINSA) y la Caja de Seguro Social, (CSS); sin embargo, la provisión de servicios e insumos se da por vía de la tercerización de entidades. Por otra parte, la ley No.28 que da vida jurídica al patronato del Hospital Integrado de Salud

San Miguel Arcángel (HISMA), establece la misión del mismo de brindar servicios hospitalarios integrales de segundo nivel de complejidad, mediante los procesos de atención ambulatoria, pre y post internamiento quirúrgico, urgencias y hospitalizaciones, con calidez, eficiencia y calidad.

Inspirado en esa misión se establece como visión del HISMA responder a todas las demandas de atención médica de II nivel hospitalario de la población residente en el Distrito de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, de acuerdo con su capacidad, resolutive y en forma oportuna. Los servicios se brindaban a la población derecho habiente de la C.S.S. y a los no asegurados; para tal efecto, entre el patronato del HISMA y CONSALUD se estableció el contrato No. 055-98-ALC del 3 de diciembre de 1998 entre la C.S.S., MINSA y CONSALUD para la contratación y provisión de los servicios médicos hospitalarios y de urgencia en el HISMA.

En este contrato CONSALUD se obliga a prestar a la CSS los servicios de hospitalización de segundo nivel de complejidad, cirugía ambulatoria y urgencia que contrate el patronato del HISMA. La cláusula tercera establecía un techo máximo de cobertura: 12,898 egresos hospitalarios, 1,680 cirugías ambulatorias y 51,310 urgencias pactadas. En la cláusula octava la CSS se obliga a contribuir con el financiamiento del HISMA por un monto de B/. 6.5 millones correspondiente al año 1998.

Obsérvese, que por medio de este tanto la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud son los responsables de la función de financiamiento del hospital y la provisión de servicios de salud del hospital la brinda las empresas contratadas en el sector privado y su administración recae en la responsabilidad de un Patronato. (*) De igual manera se estableció un Contrato – Programa entre CONSALUD y el Patronato del HISMA por medio del cual se regulaba la provisión de servicios de hospitalización de segundo nivel de complejidad, servicios de cirugía y servicio de atención de urgencia por parte del Patronato en el HISMA para la población asegurada y no asegurada. En este contrato-programa se establecían además las responsabilidad y derecho de las partes; al igual que la coordinación entre la C.S.S. y el MINSA mediante el sistema de referencia y contra referencia del primer y segundo nivel de atención que se oferta en la región con el tercer nivel.

El 14 de diciembre de 2007 a través de un acuerdo entre el MINSA, CSS y la Comisión Medica Negociadora Nacional (COMENENAL), se estableció que los patronatos de Hospitales, institutos nacionales y cualquiera otra instalación de salud, de cualquier nivel de atención y complejidad existente o futuras se mantendrán dentro del modelo público en la provisión, gestión y financiación; y no usaran sistema alguno que incluya elemento de privatización, internalización, tercerización, o concesión administrativas. Esto último dio fin a la Coordinadora nacional de Salud y por lo tanto al proyecto de privatizar la atención de salud a través de los denominados contratos-programas.

Durante el transcurrir del tiempo y para solventar problemas en **la creciente demanda, el mayor proveedor de servicios –C.S.S.- ha efectuado convenios de externalización** de servicios con otras instalaciones de salud pública para procurar darle respuesta a una demanda insatisfecha de servicios médicos. Estos convenios se han dado con instalaciones de salud estatales tales como el Hospital del Niño, Hospital Nicolás Solano, Hospital San

(*) También, el sector privado se encargaba de la prestación de los servicios generales y los intermedios.

Miguel Arcángel, Instituto Oncológico Nacional y una Compensación de costo con el MINSA. Por otro parte, la CSS ha efectuado contratación de **servicios médicos externos a clínicas privadas** (tales como Centro Médico de Paitilla, Hospital Nacional, S.A., Clínica Hospital San Fernando, CLEONSA, Centro Médico Mae Lewis S.A., Centro Médico Marbella Ochsner, Clínica del Sueño, Clínica Boyd) y servicios médicos al exterior, esto con el fin de dar respuesta a los asegurados y sus beneficiarios que requieren tratamientos que no puedan ser brindados en las instalaciones de la CSS.

VII. Limitantes del Proceso de Reforma del Sector Salud

Se observa que la reforma de la Atención de la Salud ha tenido como mayor obstáculo la definición de los criterios de evaluación del mismo proceso de reforma. En muchos de los casos no existe disponibilidad de insumo que permitan ponderar la eficacia, eficiencia, equidad, calidad y sostenibilidad de la reforma. Países como Honduras, Nicaragua, Guatemala ni siquiera establecieron los criterios de evaluación al iniciar su proceso de reforma.

Unos de los pocos países en donde se han realizado evaluaciones y recomendaciones por parte de ONGS y Universidades son Colombia y Costa Rica; mientras que en el caso de Chile se han establecido metas e indicadores de gestión que facilitarán el proceso de evaluación.

VIII. Posiciones Sobre los Procesos de Reforma del Sector Salud

En 1993 el BM publica el Informe sobre el Desarrollo Mundial, (N°34129), en mismo su presidente el Sr. Lewis T. Preston, indico lo siguiente, (Preston 1993, prefacio,iii,iv):

“...el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficientes en función de los costos...”

...Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por vía de los seguros ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de los seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondo público, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios”

Con este documento se plasma formalmente la posición economicista de dicho organismo en materia de salud, en cuanto a alcanzar la eficiencia y la eficacia en materia de salud a través de la utilización de mecanismos de mercados como lo son costos, competencia, participación privada en la atención de la salud y financiamiento a través de empréstitos. Con el advenimiento del documento titulado Invertir en Salud del BM, existe punto de convergencia entre algunos Organismos Internacionales – BM, BID y FMI- en cuanto a posiciones sobre el proceso de RSS.

Otros Organismos Internacionales vinculados directamente con el sector salud – OPS, OMS y OIT-mantienen posición diferente a los Organismos Financieros arriba indicado, toda vez que ellos hacen más hincapié a una colaboración con los Ministerios de Salud que propicie el acceso a la salud de los grupos excluidos, ampliación de la cobertura, fortalecimiento de la

Atención Primaria de Salud, la promoción de la salud, la participación comunitaria y sobre todo que la atención de la salud se brinde con equidad. De igual forma, otros organismos regionales, plantean las siguientes conclusiones en torno a la última generación de reforma del sector salud, (Comité de Promoción de la Salud Comunitaria, -CRPSC- p.10):

“a. Sin excepción todos los procesos de reformas están siendo ideológicamente orientados por concepciones neoliberales.

b. Se promueve procesos de reorganización y regionalización de los Ministerios de Salud, orientándolos a asumir funciones de regulación de servicios con énfasis en el fortalecimiento de paquetes básicos de servicios de atención primaria de salud...

c. Se está favoreciendo la entrega al sector privado, de los servicios de 2do. y 3er. nivel de atención, particularmente aquellos que se prestan en las instituciones de seguridad social, por cuanto son estos servicios de mayores complejidades la atención, los que resultan más rentables a los inversionistas privados...”

Según esta última corriente, los paquetes básicos de atención a la salud se constituyen en uno de los elementos comunes en las diferentes propuestas de reforma del sector salud considerando su posible financiamiento ó subsidios con fondos públicos y estableciendo la inclusión de los servicios de atención médica con criterios economicistas de costo – beneficio, el cual repercute en la equidad del sistema de salud.^(*)

Dado lo anterior, los principales argumentos contra la última generación de RSS se centran básicamente en lo siguiente:

- Se elimina los principios doctrinarios de solidaridad y equidad que existe en la atención de la salud pública.
- Los servicios de salud pública son una responsabilidad exclusiva del Estado.
- La salud, como tal, es una inversión social y no un consumo a perc4.
- Existencia de incapacidad en el sistema de precio para garantizar un nivel óptimo de consumo.
- Existe un problema de incertidumbre y asimetría de la información asociada a la demanda de servicios de salud que no soluciona con la externalización de servicios ó con el establecimiento de empresas prestadoras de servicios.
- Los programas preventivos de orientación colectiva que poseen externalidades positivas son subvalorados en el sector privado.
- La información en el mercado de atención de la salud es asimétrica, ya que los proveedores están mejor informados que los consumidores.
- La atención a la salud no se demanda por su propio bien, sino por la contribución que puede hacer en el mejoramiento de la salud⁵.

(*) Para ahondar sobre el tema véase Rosenberg y Anderson, “Repensar la protección social en América Latina y el Caribe, Rev Panam Salud/public Health, 2000

⁴ Los servicios de salud tienen un doble carácter: son considerados por el demandante directo como consumo, pero socialmente tiene un carácter de inversión con externalidades positivas que en su gran mayoría únicamente se puede cuantificar a través una evaluación económica social que contemple un análisis de costo/beneficio y costo/efectividad.

⁵ La salud da lugar a beneficios externos en donde la sociedad tiene interés en la equidad de acceso a los servicios de salud., desde esa perspectiva la salud no es un bien comercializable, más si lo es la atención de la salud.

Hay que tener presente que las decisiones de los demandantes de salud estas basadas en la búsqueda de su bienestar - conservación de la salud a nivel individual-, lo cual significa que el demandante lo hace en interés propio de preservar o recuperar la salud y no con el propósito explícito de mantener o incrementar su productividad. En un mercado de libre oferta y demanda, la salud tiene una connotación económica muy especial, por cuanto que las decisiones de intercambio dejan por fuera los beneficios externos referente a la salud como una inversión que tiene importancia en términos sociales. Esta falla en el mercado constituye uno de los argumentos más fuerte que justifican la participación Estatal en la prevención de la salud y para la existencia de la atención médica dentro del contexto de la Seguridad Social y Salubridad Pública.

Lo cierto es que en un **esquema de mercado** prevalece el principio de exclusión, **quien no paga, no obtiene el servicio**. En el **esquema público**, el principio de solidaridad y subsidiaridad garantizan que el **financiamiento este en función las posibilidades económicas del individuo, en tanto que los beneficios lo estén en función de las necesidades**. Dada la dicotomía entre las necesidades y posibilidades, dentro del esquema público se garantiza una redistribución del ingreso⁶, mediante la cobertura de las prestaciones médicas que se otorgan, lo cual significa la eliminación tacita del principio de exclusión propio del mercado de libre oferta y demanda.

En otra dimensión, el esquema de mercado de la salud – vía canasta básica de servicios de salud- implica establecen contratos o acuerdos estratégicos de atención de salud con empresa privadas o entre instituciones públicas, tales como atención de urgencias, cirugías ambulatorias, consultas externas y hospitalización oncológicas, atención pediátrica y neonatología, cirugías electivas, etc, etc. Y en muchos países estos contratos o acuerdos estratégicos son diseñados y/o administrados por unidades especializadas en la gestión de los servicios externos; sin embargo, el costeo y evaluación de resultados son efectuados por unidades alternas que no forman parte de dicha unidad especializada.

Las principales consecuencias de las últimas reformas que se están escenificando en el sector de la salud estriban en tres grandes elementos:

- Distorsiona la concepción de la medicina preventiva dirigida hacia la sociedad e impone el concepto curativo mercantilista.⁷
- El Estado reduce substancialmente su obligación de asistir en salud a la población independientemente de su ingreso o situación social o busca transferir costos a la seguridad Social.
- La externalización y/o privatización de la salud, a través del sistema de precio es incapaz de tomar en consideración las valorizaciones - externalidades positiva - de costo/eficiencia que pueden ser medibles en un alto porcentaje a través de la evaluación económica social.

⁶ En la seguridad social aquellas personas que devenga un alto nivel de salario contribuyen a financiar la prestaciones de aquellas personas que menos salario devenga y las generaciones nuevas de trabajadores insertado en el mercado formal de trabajo contribuyen a financiar las prestaciones de las generaciones viejas desvinculadas del mercado de trabajo; mientras que en las necesidades de atención de salud de población no asegurada es financiada por toda la colectividad a través de los impuestos recaudados por el Estado.

⁷ Solamente aquellos sectores de la población con altos ingresos pueden hacerle frente a la demanda de atención médica.

IX. CONSIDERACIONES FINALES

A más de 60 años de reformas del sector salud se observa que aún subsisten en la región de América Latina, a saber:

- Los problemas en el modelo de financiación de las prestaciones, por múltiples factores como lo son: la pérdida de empleo, incremento del empleo informal, devaluaciones monetarias, cambios demográficos y epidemiológicos y altos niveles de corrupción.
- Los Problemas en el modelo de Atención de la Salud, en donde se escenifica un proceso de rápido deterioro de la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.
- Existencia de un modelo de gestión poco calificado, afectado por el aumento de costos, deterioro del poder adquisitivo monetario, deficiencia en la asignación de recursos, falta de planificación social, y por la presencia de monopolios y oligopolios que inducen a elevar los costos de medicamentos, insumos y equipos médicos quirúrgicos y por qué no señalarlo que propicia la corrupción.
- El enfoque de medicina curativa en detrimento de la medicina preventiva, lo cual contribuye a elevar los costos de salud.
- Los procesos actuales de RSS tienden a introducir incentivos al mercado, a través de la creciente participación del sector privado, dentro de un marco legal regulatorio sumamente mínimo, en donde la provisión de los insumos médicos-quirúrgicos se caracteriza por desvanecer la calidad y eficacia de ellos. Además, que estimula la creación de monopolios y oligopolios en insumos sensitivos como lo son medicamentos e instrumental médico quirúrgicos.
- En el esquema de **mercado prevalece el principio de exclusión**, quien no paga, no obtiene el servicio. En cambio, en el **esquema público**, el principio de solidaridad y subsidiaridad garantizan que el financiamiento este en función de las posibilidades económicas del individuo, en tanto que los beneficios lo estén en función de las necesidades.
- La RSS que se viene escenificando en Latinoamérica reduce substancialmente la responsabilidad del Estado de asistir a la población independientemente de su ingreso o situación social.
- El modelo de atención de la salud focalizado en el esquema de mercado distorsiona la concepción de medicina preventiva dirigida hacia la sociedad e impone el concepto curativo mercantilista, ya que solamente los sectores de la población con altos ingresos pueden hacerle frente a su demanda de atención médica; mientras, que aquella población que posee bajos niveles de ingresos tendrá que conformarse con una canasta básica de salud muy limitada.
- La formulación y desarrollo de una nueva estrategia del modelo de atención integral de salud en la región debe mantener inalterable los principios de equidad, integralidad, eficiencia, eficacia, subsidiaridad y solidaridad por parte del Estado. Además de contemplar una cobertura de atención universal, equitativa, humanizante, solidaria, eficiente, eficaz, oportuna y con costos razonables.
- Cualquier modelo de Atención integral de la Salud debe contemplar la participación social de la comunidad tanto en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios de salud, (sobre en los procesos administrativos, en la formulación de una política de medicamentos coherente, fortalecimiento de la capacidad instalada, disponibilidad oportuna de insumos y equipos médicos, políticas de fortalecimiento del capital humano y de establecer prioridades para hacerle frente a la escases de recursos monetarios, etc).

X. BIBLIOGRAFÍA

- BM (1993): "Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud", Banco Mundial, Recuperado de <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/282171468174893388/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>
- CEPAL (2003): "Conferencia Interamericana de Seguridad Social, "Evaluación de las Reformas: Informe sobre Seguridad Social en América Latina" 2003. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/30178>
- Drago, Marcelo (2006): "La reforma del Sistema de salud chileno desde la perspectiva del os derechos humanos", Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), 2006.
- Herrero & Duran (2001): "El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica", Fernando Herrero; Duran Fabio Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL).
- Mesa-Lago, C. (2005): "Reforma de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad Social", Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL). Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf
- Noriega, (2006): "Financiamiento del Sistema de Salud de México" Instituto Nacional de salud Pública, México. Recuperado de: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/rs/lg/Rs2006_Lg_noriega.pdf
- OPS (1978): "*Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata*". Organización Panamericana de la Salud, Alma Ata Rusia. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Rodríguez, A. (2006): "La reforma de salud en Nicaragua" Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5155/S0600414_es.pdf
- CRPSC (1999): "La Reforma del Sector Salud en las América" del VII Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud, Ponencia del Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, La Habana, Cuba.