

Retos en el campo de la salud en América Latina
Philip Musgrove – Editor Encargado, Asuntos de Salud

Antecedentes

El primer panel del Consenso de Copenhague, realizado en 2004, clasificó tres soluciones propuestas en el campo de la salud —control de la malaria, control del VIH/SIDA y reducción de las deficiencias de micronutrientes— entre las cuatro principales en total. A otras propuestas más generales, como el fortalecimiento de los servicios básicos de salud, se les asignó una prioridad más baja. Eso se debió, al parecer, a dos motivos: la dificultad en elaborar cálculos detallados sobre el grado de economía que se puede alcanzar proporcionando las intervenciones más amplias y, a nivel mundial, la carga más onerosa de deficiencias en la salud se ubica en la zona subsahariana de África, asolada tanto por la malaria como por el SIDA.

Un enfoque fundamentado en factores económicos resulta problemático. En particular, la relación proporcional no toma en cuenta la escala del problema, de modo que una clasificación puramente económica no necesariamente le da prioridad a los programas que pueden aportar los mayores beneficios en general, sino a aquellos en los que se invierte el dinero más eficazmente. Calcular el valor del número de años de vida ganados en términos de ingresos no cambia esa clasificación. En segundo lugar, los cálculos del valor basados más bien en el aumento de la productividad dejan de tomar en cuenta los importantísimos beneficios en términos de felicidad y bienestar propios de una mejor salud.

También es interesante constatar que, ante el mismo conjunto de retos que abordó el panel académico del primer Consenso de Copenhague, dos grupos de embajadores de la ONU y diplomáticos de alto nivel clasificaron el mejoramiento de la atención médica básica como el aspecto más importante de sus respectivas listas en 2006. Esto hace pensar que los diseñadores de políticas se ocupan más de la escala global de los problemas, mientras que los académicos tienden a favorecer más a aquellos proyectos de los que se dispone de los elementos de juicio más detallados y los análisis más rigurosos.

Jamison ha elaborado un trabajo para la próxima reunión mundial del Consenso de Copenhague, programada para mayo de 2008, que se diferencia de los trabajos presentados en 2004 en que toma en cuenta enfermedades no transmisibles y lesiones, y también en que se concentra en la zona subsahariana de África y en el sureste de Asia; las regiones más pobres del mundo, pero por lo demás emplea los mismos métodos. Recoge aspectos de la segunda edición de *Disease Prevention Priorities in Developing Countries* (Jamieson y otros, 2006; en lo sucesivo, “DCP2”) y presenta una gran cantidad de información útil, en particular, sobre la importancia de las enfermedades no transmisibles (NCD, por sus siglas en inglés), las cuales constituyen un reto mayor en América Latina que en algunas regiones más pobres. Las NCD ocasionan dos terceras partes de las muertes y 65% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), entre 13 y 16 puntos porcentuales más que en otras regiones en desarrollo. Las enfermedades cardíacas y metabólicas, en especial la diabetes, van aumentando en importancia y actualmente en la región la obesidad, uno de los principales factores de riesgo, es más corriente que un peso insuficiente.

Un enfoque distinto de los retos

La salud es el tema de este trabajo de propuesta de soluciones con miras a la *Consulta de San José*. Volver a tratar los retos que se abordaron en 2004 y 2006 no parece ser el mejor enfoque, dado que sigue sin resolverse el problema de cómo calcular adecuadamente el valor de los beneficios de las intervenciones y ni siquiera los nuevos cálculos de su economía representarían mayores cambios de la clasificación de las enfermedades.

Una cuestión importante en América Latina, más allá de enfermedades específicas, es lo irregular del acceso a una atención médica de calidad. Esto es un argumento a favor de definir los retos en cuanto a la salud de una manera sistémica, en vez de abordar enfermedades específicas. El lado negativo de este enfoque es que se dispone de poca información cuantitativa sobre los costos y beneficios. No obstante, los estudios de los efectos de la ampliación de la atención médica primaria sobre la mortalidad infantil indican que las relaciones proporcionales entre costos y beneficios se ubican alrededor de 2-3.

En el presente trabajo se consideran los retos de enfermedades específicas como factores predeterminados y se analiza cómo se podrían mejorar los sistemas de atención médica en general para poder efectuar intervenciones específicas más eficazmente. Desafortunadamente, a causa de la ineludible falta de análisis cuantitativos que podría haber para este enfoque, no es posible comparar las recomendaciones directamente con otras soluciones.

Definición de los retos

Existe la necesidad real de mejorar el acceso a servicios de atención médica de alta calidad, pero es preciso balancear la satisfacción de la misma con otras prioridades como la educación y la seguridad alimentaria. Por lo tanto, la mejor manera de expresar el reto para la salud en general es de la siguiente manera: *la gente no siempre recibe las intervenciones que necesita de entre el conjunto dado de intervenciones que se puede permitir una sociedad*. Este reto general tiene cuatro componentes causales:

- La gente no se da cuenta de que necesita atención médica (falta de demanda)
- Se carece de acceso a atención médica por razones físicas, económicas y culturales (deficiencias de oferta)
- Cuando hay acceso a la atención médica, ésta se presta ineficientemente
- Incluso cuando la atención médica es accesible su calidad es deficiente

Las primeras dos causas se presentan al nivel de la comunidad y del hogar, mientras que la tercera y la cuarta son propias de la prestación de servicios de atención médica. Todas ellas acusan las repercusiones de fallas de política de salud y de gestión estratégica. A continuación se abordan todos estos problemas más detalladamente.

No saber que existe la necesidad significa falta de demanda

Las estadísticas de salud sólo se pueden compilar contando los casos de enfermedades tratadas por el sistema de atención médica o mediante sondeos de la población. Aunque la persona que sufre una enfermedad aguda no se puede sustraer a la misma, hay mucha gente en los estadios iniciales de dolencias crónicas, tales como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, que no saben que tienen un problema. De igual modo, puede que la gente no esté consciente de factores de riesgo tales como el fumar o la obesidad.

Algunos factores de riesgo se pueden tratar a nivel de una población de manera muy económica. Por ejemplo, es posible convertir 2% del consumo total de grasas de gradas hidrogenadas a grasas poliinsaturadas a un costo muy bajo, sin necesidad que los consumidores estén siquiera conscientes del riesgo, si el cambio lo efectúan en la fuente los procesadores de alimentos. Si en vez de ello se opta por un enfoque de campaña mediática y de etiquetado de alimentos, los costos serían mucho mayores y la eficacia, menor. En el caso de enfermedades en sus estadios iniciales, un tratamiento más pronto puede resultar más económico y tener resultados mejores.

Aunque no hay cálculos directos del número de personas que no saben que tienen una enfermedad, es posible detectar esas personas mediante análisis colectivos. Un ejercicio de modelaje llevado a cabo en Australia sobre los análisis colectivos para detectar la diabetes mostró que los beneficios en términos de prevención de la muerte o complicaciones hace que este enfoque sea más económico que otros tipos de intervenciones, e incluso produjo economías en un plazo de menos de un decenio (es decir, que los costos adicionales fueron negativos).

No se dispone de resultados similares para América Latina, pero es razonable suponer que en esta región hay aún más casos de enfermedades sin diagnosticar. Se calcula que la incidencia de la diabetes es de 6% de la población y que afecta a 19 millones de personas, que factores del estilo de vida tales como la obesidad son tan corrientes como en los países más ricos y que los costos de los análisis colectivos deben ser menores. Sondeos efectuados en varios países de la región muestran, según testimonio de los propios encuestados, que el estado de salud mejora según aumentan los ingresos y da la impresión de que los pobres están menos informados sobre enfermedades crónicas. Puede que la ignorancia de la necesidad de atención preventiva sea aún mayor. Ésta es la motivación para crear incentivos del lado de la demanda en forma de transferencias condicionadas de efectivo para personas de escasos ingresos, a fin de que acudan más a los servicios de prevención y de promoción de la salud.

El tiempo y la distancia como obstáculos para la atención

La distancia que separa a una persona de un profesional de la salud y, más específicamente, el costo de salvar esa distancia, son factores importantes que hacen que entre los segmentos más pobres de una comunidad se opte por no procurar atención médica. Se trata de un problema mucho palpable entre poblaciones rurales, que en cualquier caso son más pobres que el promedio. Datos provenientes de Colombia muestran que la diferencia entre poblaciones citadinas y rurales en cuanto a la probabilidad de acudir a un médico por un problema de salud es de alrededor de 12% entre los hogares con seguro médico y de sólo 7-8% entre los no asegurados. Esto obedece a una situación en que el costo es el factor más importante que hace que no se busque atención médica.

Obstáculos culturales a una atención eficaz

Además de la simple ignorancia de las necesidades de salud, también puede haber impresiones culturales equivocadas, tales como la creencia de que sólo evitar el azúcar (en vez de controlar la ingesta global de carbohidratos) basta para evitar la diabetes. El otro obstáculo cultural se manifiesta cuando el paciente y el médico no hablan la misma lengua materna ni comparten las mismas ideas en cuanto al tratamiento médico. Se trata principalmente de un problema de las poblaciones indígenas.

La carga económica de la atención médica para la familia

A medida que los países se enriquecen, el pago adelantado de atención médica mediante los mecanismos de seguro o los impuestos se hace más corriente, pero en los países más pobres es más corriente que el tratamiento lo pague directamente el paciente (OOP, por sus siglas en inglés) y eso hace aumentar las probabilidades de niveles inaccesibles de gastos y un descalabro económico.

Un análisis por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de sondeos realizados en 89 países, 13 de los cuales pertenecen a la región de América Latina y el Caribe, mostró que el gasto OOP por concepto de atención médica, que normalmente es de menos de 5% del gasto total, no fue oneroso en promedio. Incluso como porcentaje del ingreso disponible (no de subsistencia) luce soportable, pero que el gasto “catastrófico” por concepto de atención médica —40% o más del presupuesto no de subsistencia— puede afectar hasta 10% de los hogares de países con una prestación pública precaria de dichos servicios, como Brasil y Nicaragua.

Los gastos OOP por concepto médico se concentran considerablemente en una minoría de hogares. Aún así, un estudio realizado en México halló que entre dos y cuatro millones de familias cada año o bien gastan más de 30% de su ingreso disponible en atención médica o bien caen por debajo de la línea de pobreza a causa de esos desembolsos.

Indudablemente que esos estudios subestiman el problema porque no toman en cuenta el tratamiento que se deja de tomar por ser inaccesible. Esos estudios tampoco incluyen los costos a largo plazo del financiamiento de la atención médica —la venta de tierras o el retiro de niños de la escuela, por ejemplo— ni se adentran en la historia médica de los encuestados, quedándose apenas en los antecedentes más recientes.

En principio, la proporción relativamente reducida de hogares afectados por costos OOP catastróficos debería significar que un aumento reducido de la provisión de fondos para la atención médica debería atenuar este problema de manera considerable. Sin embargo, las reducciones de precios que se necesita para abordar el problema también harían aumentar la demanda de atención médica por parte de todos los sectores de la población, lo que agravaría los problemas generales de acceso.

Por último, hay que hacer notar que incluso el mejoramiento del acceso a la atención médica inmediata pierde gran parte de su valor si las familias empobrecidas no disponen de los medios para obtener medicamentos ni costear el tratamiento de enfermedades a largo plazo.

Prestación ineficiente de atención médica

Se han identificado cuatro fuentes principales de ineficiencia:

- Los servicios de salud efectúan las intervenciones incorrectas, en particular, al proporcionar atención médica menos económica cuando existen alternativas que lo son más.
- Los recursos se aportan en las proporciones incorrectas, de modo que los resultados quedan limitados a causa de los recursos más escasos, mientras que otros recursos se utilizan poco o nada.

- Las instalaciones, especialmente los hospitales, funcionan de manera extremadamente antieconómica. Esto es producto en parte de decisiones precarias en cuanto a inversión y también de una asignación inadecuada de responsabilidades y capacidades.
- El sistema de salud es dinámicamente ineficiente debido a que el gasto público es cíclico y en vez de compensar las fluctuaciones de la cobertura del seguro de empleo privado y los gastos de salud, las exacerba. En una economía inestable puede ocurrir que se recorte el gasto público precisamente cuando más necesidad hay del mismo, de manera que velar por la estabilidad macroeconómica es indiscutiblemente el medio individual más importante para mejorar la salud.

Atención médica de mala calidad

Cada año se registran más de 30 millones de ingresos a hospitales en la región. Tomando como guía las estadísticas de Estados Unidos cabe anticipar que los errores médicos ocasionen entre 41.000 y 92.000 fallecimientos prevenibles. Aunque no se cuenta con las cifras correspondientes en cuanto a la atención ambulatoria, se considera que los errores son tan corrientes que la OMS ha preparado un conjunto de nueve lineamientos de fácil cumplimiento para garantizar la seguridad de los pacientes. Su aplicación con toda seguridad generará economías generales de costos.

En el caso de pacientes que presentan síntomas específicos (fiebre, diarrea, etc.) o de la atención prenatal, hay protocolos que pueden constituirse en el punto de partida para la evaluación del ejercicio médico efectivo. De un estudio de ese tipo realizado en México se desprende que las variaciones específicas más notables entre los profesionales de la salud y los pacientes indican que los profesionales de la salud del sector público registran un desempeño mejor que los del sector privado, los médicos plenamente calificados registran un mejor desempeño que los que no tienen título y los pacientes más pobres y las mujeres indígenas reciben una atención médica notablemente peor en el sector privado. Esto ocurre a pesar de una percepción general que tiende a favorecer al sector privado. Por contraste, un estudio similar realizado en Paraguay llegó a demostrar de hecho que se les había destinado *un mayor* esfuerzo a los pacientes más pobres.

Definición de las soluciones

Definir los retos de manera sistémica significa que las soluciones que hay que sopesar son reformas de todo el sector de la salud en su conjunto. Evaluar los costos y los resultados potenciales es más problemático que en el caso de intervenciones relacionadas con enfermedades específicas. Se han propuesto cuatro soluciones que pueden tener un efecto sinérgico si se llevan a la práctica conjuntamente. Se clasifican de manera subjetiva en orden de importancia:

- Mejoramiento del acceso a la atención médica
- Mejoramiento de la calidad
- Aumento de la eficiencia de la prestación de los servicios
- Reducción de la ignorancia o las impresiones equivocadas de las necesidades.

Mejoramiento del acceso a la atención médica

Para poder proporcionar un mejor acceso hace falta algún tipo de cobertura universal de seguro y que los servicios se presten de manera competitiva tanto en el sector público como en el privado. Esto se puede lograr de varias maneras, como ilustran los tres ejemplos siguientes.

En Chile todos los empleados deben aportar 7% de su salario bien sea al Fondo Nacional de la Salud o a una entidad aseguradora privada de su elección. Las personas en mejor situación económica están en libertad de aportar más, pero la prestación de atención médica a los pobres se subsidia a través del régimen tributario general. En México el enfoque es el *Seguro Popular*, creado en 2003 para proporcionar seguro a la mitad de la población que no está cubierta ni por el seguro social ni por el sistema de empleados públicos. La afiliación es voluntaria pero las familias más pobres se subsidian totalmente. Esas familias también están en la obligación de participar en actividades de promoción de la salud. En Colombia el gobierno introdujo un marco jurídico para la creación de una nueva clase de entidades aseguradoras y de mecanismos de financiamiento. Hay regímenes de aportes y de subsidios, y existe la competencia entre profesionales de la salud y entidades aseguradoras. La cobertura de seguro explícita se ha extendido considerablemente tanto en Colombia como en México.

No existe un modelo obviamente preferible y el grado adecuado de competencia es discutible, pero cualquiera de estos regímenes es preferible a la creación de un seguro definido estrechamente para grupos o enfermedades específicos. Claro está que una iniciativa sería de afiliar a los no asegurados puede ampliar rápidamente la cobertura. Todos los regímenes procuran financiar la demanda más que ofrecer atención médica, por contraste con el modelo normal de servicio público. La garantía de cobertura debe ser eminentemente transparente y explícita.

Mejoramiento de la calidad

Una vez que se dispone de atención médica la calidad de la misma cobra importancia. El Instituto de Medicina define seis aspectos de la calidad: seguridad, eficacia, focalización en el paciente, oportunidad, eficiencia y justicia.

Hay muchas maneras distintas de mejorar la calidad, bien sea a nivel de la organización o del profesional de la salud. En combinación con diversas normas sobre la calidad inicial, es difícil especificar soluciones para países específicos o para la región como un todo. Se ha demostrado que la capacitación de los profesionales en cuanto a protocolos específicos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la infancia resulta muy económica cuando la calidad inicial es baja. Esto sugiere fuertemente que, en la región de América Latina y el Caribe, la intervención más importante sería la capacitación con evaluación de colegas en cuanto a la atención primaria de todas las dolencias con respecto a las cuales hay lineamientos bien establecidos.

Aumento de la eficiencia

La cobertura universal de seguro y el mejoramiento de la calidad contribuyen a mejorar la eficiencia de la prestación de atención médica hasta cierto punto y la competencia también puede ayudar. Sin embargo, los resultados dependen de la manera en que se cuantifique y recompense la calidad: los costos pueden aumentar si se hace más por los pacientes.

La eficiencia en el sentido de minimizar los recursos que se necesitan para obtener un resultado dado a menudo se atiende por la vía del concepto de *nueva gestión pública*, que incluye un mayor grado de flexibilidad, más autonomía local y separación de las finanzas de la prestación de los servicios. Los ejemplos de Chile, México y Colombia se remiten todos a este enfoque. El aumento de la eficiencia es un problema de orden técnico a cuya solución a menudo contribuye

una mejor gerencia, pero también hay una dimensión política y a menudo los profesionales de la salud se oponen a los cambios.

Aunque una mejor gerencia puede contribuir a mejorar la manera en que se presta la atención médica, persiste la cuestión de la asignación: qué atención y servicios prestar. La mejor recomendación a este respecto es emplear la economía como criterio de selección, para obtener los mayores beneficios posibles de salud a cambio de un gasto dado. Chile ha empleado este criterio con gran eficacia, añadiendo 56 tratamientos a la lista de tratamientos garantizados a los pacientes tanto por parte del Ministerio de Salud como de las empresas aseguradoras privadas.

Aunque reducir la inestabilidad del gasto público en salud es menos urgente actualmente que hace 20 años, ello sería un aporte importante al logro de una eficiencia sólida y duradera. Se trata básicamente de una cuestión política; asegurar la estabilidad macroeconómica y una mejor planificación a largo plazo.

Mejorar el conocimiento por parte de la gente

El mejoramiento del grado de entendimiento por parte de la gente de las enfermedades, síntomas y factores de riesgo puede contribuir a la prestación de tratamientos efectivos y económicos desde los estadios iniciales. La manera más económica de lograrlo es mediante publicaciones y medios electrónicos, pero, si se justifica el costo, puede ser la orientación personal o los análisis colectivos de salud. Estos últimos se pueden justificar en el caso de dolencias más graves o imperantes tales como el VIH/SIDA, la diabetes o el cáncer del seno.

El acceso universal a la atención médica y una mejor calidad de la misma pueden por sí solas mejorar las tasas de diagnóstico, pero suele haber más oportunidades de mejorar los conocimientos. Si se realizan encuestas para determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades específicas, se pueden tomar decisiones racionales en cuanto a la oferta de servicios de análisis colectivos a la totalidad o parte de la población.

Los costos de mejorar el uso de una atención de buena calidad

De las soluciones tratadas, la extensión de la cobertura de seguro es, con mucho, la más costosa y también la única con respecto a la cual es posible obtener estimaciones aproximadas. Sin embargo, debido a que los costos se redistribuyen, el costo neto para la sociedad es menor que el costo neto para el sector público.

El sistema colombiano es el que dispone de la información más completa y reciente. En 2002 la prima de la parte del régimen basada en aportes fue de 300.684 pesos colombianos (\$120 al tipo de cambio de mercado), y la mitad de ese monto para la parte subsidiada del sistema. La prima promedio de los 5,3 millones de contribuyentes y ocho millones de beneficiarios subsidiados fue de \$84. El fondo recibió 4.740 millones de pesos y pagó 4.590 millones. De hecho, también hay un financiamiento considerable del lado de la oferta, lo cual hace inflar los costos reales a \$164 para el paquete completo y a \$83 para la cobertura totalmente subsidiada. El gasto total per cápita por concepto de salud en el país es de \$136.

Aproximadamente ocho millones de los 22 millones de personas que cumplen con los requisitos para recibir cobertura subsidiada se encuentran cubiertos actualmente. Extender esa cobertura a

los 14 millones de personas restantes costaría \$1.160 millones. Sin embargo, dado que no todas esas personas necesitarían un subsidio completo, el costo bajaría a alrededor de \$1.000 millones. Los costos de otras intervenciones para mejorar la atención médica serían comparativamente pequeños.

Beneficios de las soluciones propuestas

Entre 1993 y 2003 el valor de la atención médica prestada en Colombia aumentó 11% en términos reales, aunque costos administrativos elevados significan que eso representa apenas una fracción del aumento de 50% del gasto público durante ese plazo. Para los beneficiarios, que anteriormente no gozaban de cobertura, la mejora es mucho mayor que 11%. Aunque resulta difícil calcular la relación proporcional real entre costos y beneficios con toda seguridad es mayor que 1.

En especial, las reformas en Colombia han conseguido trasladar la carga de los pagos de los hogares al gobierno. Los beneficios han llegado de manera preferencial a los hogares más pobres: la cobertura de seguro en el quintil más bajo de ingresos aumentó de 9% a 48%. El bienestar ha mejorado de manera significativa a cambio de un costo adicional pequeño para los más prósperos.

Conclusiones: qué hacer

La reforma clave que puede permitir mejorar el acceso a la atención médica es extender la cobertura de seguro subsidiada y accesible a toda la población. Aunque esto no garantizaría una mayor calidad o eficiencia, probablemente sí facilite las reformas que se necesitan en esas áreas.

Aunque este enfoque se diferencia del de los ejercicios anteriores del Consenso de Copenhague, concentrados en intervenciones de dolencias específicas, ambos son complementarios. Sin un sistema de atención médica que funcione bien, las iniciativas específicas no serán todo lo eficaces que pudieran llegar a ser.