

SALUD: AVANCES CON DESIGUALDAD

Domina en la región la tendencia a la privatización y a recetar medicamentos genéricos

Los latinoamericanos tienen ahora cinco veces más probabilidades de morir de enfermedades crónicas no transmisibles que transmisibles

Francis MacDermot*

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT
/THE ECONOMIST

En general, los latinoamericanos disfrutan hoy de una vida más prolongada y saludable que las generaciones anteriores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la mortalidad infantil ha descendido 80% de 1970 a la fecha en Chile, Costa Rica y Cuba. La expectativa de vida al nacer en Chile es hoy de 76 años, comparada con 68 en 1985. Los mexicanos pueden esperar vivir 33 años más que hace seis decenios. Con 78.1 años, la expectativa de vida promedio en Costa Rica es más alta que en EU o GB. Sin embargo, AL aún tiene terreno por recorrer en salud básica, sobre todo en lo referente a la prevención de enfermedades transmisibles y a la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil. Además, si bien el perfil general de salud en la región comienza a parecerse al de los países desarrollados, la desigualdad sigue siendo un problema grave.

Los avances en los indicadores regionales de salud en las décadas pasadas han sido resultado de mejoras en los niveles de vida y nutrición, y de un acceso más amplio a infraestructura de agua limpia y drenaje, así como a servicios prestados por sistemas de atención a la salud. Entre éstos, los más importantes han sido procedimientos simples, de costo razonablemente bajo. La inoculación contra enfermedades comunes y la asistencia en el parto por personal médico calificado son dos factores importantes que continúan elevando la expectativa de vida en la región.

A medida que retroceden las antiguas causas de muerte, las pautas de mortalidad y morbilidad comienzan a parecerse a las de los países desarrollados. Los latinoamericanos tienen ahora cinco veces más probabilidades de morir de enfermedades "crónicas" no transmisibles (como cáncer o padecimientos cardiovasculares) que transmisibles (como sarampión o diarrea) o de condiciones maternas, perinatales o nutricionales. (En Europa occidental sólo 6% de las muertes son causadas por enfermedades transmisibles). Junto con este giro han surgido mayores demandas sobre los sistemas lati-

noamericanos de salud. El tratamiento de enfermedades crónicas requiere por lo general equipo más avanzado, personal mejor calificado y medicamentos costosos. Ello ocasiona un aumento de recursos y hace que la salud se vuelva un tema político cada vez más importante en la región.

Los principales retos de los gobiernos de AL:

– Consolidar las ganancias de décadas recientes, reduciendo más la incidencia de enfermedades y muertes prevenibles, tarea más acuciante en naciones que la OMS califica de "países en desarrollo de alta mortalidad": Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú. Sin embargo, incluso los "países en desarrollo de baja mortalidad", clasificación que incluye al resto de AL excepto Cuba (catalogada por la OMS a la par de Canadá y EU), van a la zaga de las normas de los desarrollados.

– Mejorar cobertura y capacidad, problema particularmente agudo en México y los estados andinos de Perú, Ecuador y Colombia. Sin embargo, ningún gobierno puede permitirse la autocomplacencia en este punto.

– Encontrar formas justas de recaudar suficientes recursos financieros para un sistema moderno de salud y asegurar que los fondos se empleen con equidad y eficiencia. Al tratar de incrementar los recursos disponibles, los gobiernos deben tomar decisiones sobre el equilibrio entre la tributación general, el seguro público de salud y el privado como fuentes de financiamiento. Asegurar la asignación eficiente de recursos implica tomar decisiones sobre la forma de introducir la rendición de cuentas en las instituciones públicas, hasta dónde descentralizar, cómo combatir la corrupción y, de manera esencial, cómo racionalizar los recursos a la vista de demandas en constante expansión.

En general, el enfoque de los programas financiados por agencias internacionales de desarrollo como el Banco Mundial (que instigó muchas de las reformas del decenio de 1990) y la estadounidense Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) es lograr más mejoras necesarias en la prestación de servicios básicos de salud. USAID apoya programas de reformas orientados a mejorar indicadores básicos, inclusive en Perú y El Salvador.

El mejoramiento de la salud básica es también objetivo de muchas de las iniciativas presentadas en Brasil por el gobierno de Luiz Inacio Lula da Silva cuando asumió el poder, a principios de 2003. Las autoridades brasileñas

apuntan a reducir los niveles de mortalidad materna en una cuarta parte en los próximos cinco años y mejorar los servicios de emergencia y la atención prehospitalaria para víctimas de violencia y de accidentes de tránsito en las grandes ciudades.

El mejoramiento de la salud básica está ligado a la expansión de la cobertura de los sistemas de salud pública. La desigualdad de acceso a las instalaciones de salud es un reto importante para quienes trazan políticas en AL. Pese al compromiso casi universal en la región de proveer atención básica de salud para todos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que probablemente hasta 100 mil latinoamericanos estén aún excluidos. En México, los pueblos indígenas de Oaxaca tienen que arreglárselas con 1.3 médicos por mil habitantes; la pro-

porción en la totalidad del estado es de 9.4 por mil, y en el país, de 13.8. Sólo Chile, Costa Rica y Cuba se acercan a la cobertura universal de sus poblaciones. En la mayoría de los países donde porciones significativas de la población están excluidas o tienen acceso sólo a cierto número de tratamientos, se llevan a cabo programas específicos. Tal vez el más ambicioso es el Seguro Popular de México, que busca llevar un paquete limitado de servicios de salud a los 48 millones de mexicanos que están fuera de la red existente de seguridad social. Este grupo consta sobre todo de trabajadores rurales pobres y del gran número de informales que no pagan impuestos por nómina. El esquema se basa en la familia y las aportaciones se calculan según los ingresos del hogar. A agosto de 2004 se habían afiliado un millón de familias (alrededor de 4.5 millones de mexica-

nos), según el gobierno. La meta es lograr cobertura universal en 2006. Al mismo tiempo, el programa Oportunidades, lanzado en 1997, aún paga incentivos monetarios a 4.5 millones de familias en pobreza extrema para que asistan a clínicas, reciban educación en salud y mantengan a sus hijos en la escuela. Su presupuesto en 2003 fue de 2 mil 250 mdd. Ambos planes corren paralelos a un modelo alternativo implantado por el Gobierno del Distrito Federal, cuya meta es ofrecer a los no asegurados (unas 875 mil familias) exactamente el mismo acceso a atención y medicamentos gratuitos de que gozan los asegurados. A enero de 2004 medio millón de familias se habían afiliado. Además, 350 mil pensionados de más de 70 años de edad estaban registrados para recibir medicinas y alimen-

tos gratuitos conforme a un programa separado. Con las reformas en proceso, el gasto oficial total en salud en AL se mantendrá al alza. En general esto se considera deseable; el gasto total actual en salud en la región (de los sectores público y privado) promedia 6% del PIB, en tanto en los países de la OCDE promedia 8-9% del PIB. La dificultad que enfrentan los gobiernos será mantener los compromisos de gasto a la vista de los malos resultados económicos. La historia reciente levanta poco el ánimo.

Prioridad a estrategias para optimizar recursos

Ante la dificultad de que los gobiernos recaben más fondos para la salud, las políticas orientadas a optimizar los recursos seguirán teniendo alta prioridad. Las principales estrategias desplegadas son descentralización, mayor énfasis en la prevención y la atención primaria, introducción de fuerzas de mercado, promoción de un papel mayor de medicamentos genéricos y esfuerzos por involucrar al sector privado.

La descentralización ha formado parte del mantra de la reforma del sector de salud en AL en toda la década pasada, en la cual la responsabilidad de la atención primaria se ha devuelto poco a poco a los gobiernos estatales o municipales en la mayoría de países. Al mismo tiempo los presupuestos destinados a tal fin han comenzado a asignarse sobre la base tanto de población como de perfil demográfico o epidemiológico, con la mira de asegurar que las comunidades más necesitadas reciban los mayores recursos. También se hacen esfuerzos por lograr la participación ciudadana en el manejo local de la salud para mejorar la rendición de cuentas.

Se han hecho varios intentos de introducir mecanismos de mercado con la intención de incrementar la eficiencia. Uno de los pilares de la reforma del sector salud emprendida en el decenio de 1990 en Chile fue incrementar la competencia, al permitir a los ciudadanos escoger entre dirigir sus aportaciones por nómina al seguro público o a uno de varios seguros privados. La reforma en Colombia, lanzada en 1993, separó el mercado entre compradores y proveedores de atención a la salud y estimuló la libre competencia.



ARCHIVO LA JORNADA

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002

Enfermos de dengue en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, durante un brote que afectó la zona en noviembre de 2002