



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D. C. 20037, E.U.A.

CABLEGRAMAS: OFSANPAN

TELEFONO 861-3200

REFERENCIA

haz

ESQUEMA PARA EL ABORDAJE
DE LAS IMPLICACIONES ECONOMICAS
DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES
DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000
(SPT/2000)

mayo de 1987

ESQUEMA PARA EL ABORDAJE DE
LAS IMPLICACIONES ECONOMICAS DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES
DE SPT/2000

INTRODUCCION

El tema de las Discusiones Técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud en 1987 será el "Apoyo Económico a las Estrategias Nacionales de Salud para Todos". La OPS/OMS decidió encarar estas Discusiones como una oportunidad para promover, entre sus Países Miembros, un análisis en profundidad sobre la medida en que las metas de SPT podrán ser alcanzadas en el año 2,000, así como sobre las políticas que se están adoptando, o que se debería adoptar para ese propósito, teniendo en cuenta las implicaciones económicas respectivas.

Tal análisis deberá necesariamente considerar la brecha existente entre la situación de salud actual y la que se desea alcanzar en 2,000. Esta brecha que se persigue eliminar puede ser considerada como la deuda sanitaria acumulada en los países de la Región, en relación a los distintos grupos sociales en cada contexto nacional.

Para ello, la OPS/OMS está desarrollando un esquema de abordaje de las relaciones entre necesidades y recursos de salud en diferentes escenarios contextuales y en función de SPT/2000, cuyos principales supuestos y características se sumarizan en este documento. Este esquema trata de superar el plano discursivo en que se ha mantenido muchas veces el debate sobre la meta de SPT/2000 y la estrategia de APS. En ese sentido, es necesario que en cada país de la Región se defina concretamente el significado de SPT y se establezcan estrategias realistas de APS para alcanzarla.

Este enfoque parte de la consideración de que hay variables de significativa influencia sobre la situación de salud que escapan al control de las autoridades de salud. Tales variables introducen un cierto grado de incertidumbre e ingobernabilidad a los propósitos de SPT/2000. Por esta razón el esquema supone la construcción de escenarios que, reconociendo estas variables, señalen acciones que deben realizar los países, más allá de la producción de los servicios de salud, para reducir la deuda sanitaria.

El esquema que se propone se inserta en una estrategia de cambio en la forma de alcanzar las metas de SPT en la Región, incluyendo las transformaciones que se requieren en el campo de la cooperación técnica internacional, a través de un proceso de reflexión-acción. Se ha optado por una metodología simple que pueda ser operacionalizada aunque haya insuficiente disponibilidad y discutible calidad de información, lo cual refuerza su carácter movilizador de cambios.

definiciones formales, o bien por la decodificación teórico-instrumental que hacen de ella diferentes escuelas de pensamiento en el campo de la salud.

Existen, como consecuencia, tres interpretaciones posibles de atención primaria de salud. La primera trata la atención primaria como un nivel de complejidad tecnológica del sistema de salud. Esta interpretación limita el significado de APS a una instancia técnico-operativa y ofrece reducidas posibilidades para la acción intersectorial en pro de la salud.

La segunda interpretación considera la APS como un programa específico dirigido a grupos sociales y/o regiones marginalizadas. Su operacionalización significa el reconocimiento implícito o explícito de la imposibilidad de superar las desigualdades relativas al acceso a los servicios de salud y las posibilidades de enfermarse, morir e incapacitarse de los diferentes grupos sociales en las diversas subregiones del continente. Esta concepción contradice el criterio de equidad contenido en las metas de SPT/2000, una vez que implica aceptar la existencia de ciudadanos de segunda categoría, a quienes se puede ofrecer servicios de "segunda categoría".

Finalmente, hay la concepción de atención primaria como una estrategia que comprende y afecta a toda la población y a todo el sistema de salud, enfrentando la deuda sanitaria mediante formas particulares de apropiar, reajustar, recombinar y reorientar los recursos de toda la sociedad para satisfacer sus necesidades y aspiraciones en el área de salud.

Esta interpretación de APS como estrategia, es sin duda la que se enuncia en el discurso oficial: "Una vez que el propósito de la meta está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y entre grupos humanos, esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda población y no quedar restringida a grupos postergados o marginados, aunque la satisfacción de las necesidades básicas de éstos, constituya un objetivo principal. Es por esta razón que no es posible concebir la atención primaria como un programa limitado a satisfacer, en alguna medida, las necesidades mínimas de grupos que viven en la extrema pobreza".

Además de eso, esa es la interpretación que guarda mayor coherencia con los postulados de la meta de SPT/2000. Ella logra sintetizar, mejor que las interpretaciones anteriores, las políticas de salud más capacitadas a contemplar cambios no solo en el sistema de salud sino que también en los otros determinantes socio-económicos de la situación de salud, como los que se requieren para la disminución de la deuda sanitaria.

Hablar de APS como una estrategia para lograr SPT/2000 implica, por lo tanto, emprender dos tipos de acciones que deben desarrollarse simultáneamente y fortalecerse mutuamente. El primero se refiere al llamado discurso normativo, lo cual significa el cuestionamiento permanente de los determinantes generales y particulares de la situación de salud. El segundo tipo tiene que ver con la concreción de APS a través de políticas específicamente orientadas a la consecución de la meta de SPT/2000.

Sin apoyo de políticas consecuentes de APS, el cuestionamiento de la situación de salud por sí solo es incapaz de viabilizar el logro de SPT/2000. Sin embargo, el reconocimiento de la insuficiencia y de las limitaciones del discurso normativo de ninguna manera significa descalificar su necesidad. La explicitación de una 'utopía', independientemente de su viabilidad y factibilidad, es absolutamente necesaria en cualquier proceso de cambio real. Sus roles fundamentales son los de la denuncia argumentada y la "visión profética", y su valor básico reside en la influencia que puede ejercer sobre la movilización de los actores sociales involucrados en el proceso de cambio.

Especialmente en el campo de la salud, el discurso normativo cumple la función indispensable de destacar los valores éticos inmanentes en un sector que tiene, básicamente, responsabilidad por la vida humana. Más aún, el discurso normativo es una exploración irrestricta de un futuro deseable. En este caso, como en todo proceso de planificación, el diseño del futuro solo tiene sentido si sirve para orientar el presente.

Por eso, aún reconociendo su insuficiencia, debe buscarse el máximo de eficacia del discurso normativo. Por lo tanto, resulta necesario una mayor precisión en su contenido temático, lo cual nos obliga a explicitar claramente los significados de SPT/2000 y de la estrategia de APS.

NECESIDADES Y RECURSOS DE SALUD

El establecimiento de las metas de SPT/2000 y la definición de las estrategias correspondientes de APS, sea en sus dimensiones normativas como en su contenido de políticas específicas, no es algo que se pueda hacer sin un análisis riguroso de la situación actual de salud de la población y de sus determinantes principales. El hecho de que se definan estándares mínimos internacionalmente aceptables para lo que se considera un nivel básico de SPT es solo un término de referencia, que no dispensa la consideración del punto de partida en que cada país se encuentra en la actualidad.

Por otra parte sabemos que la situación de salud de la población de un país representa la agregación de las situaciones de salud particulares de los respectivos grupos sociales.

Posiblemente en algunos países, gran parte de su población ya disfruta en el presente de una situación de salud mejor que aquella planteada por un estandar básico de SPT. Quizás en otros, que representan la mayor parte de la población del planeta, este nivel mínimo está todavía por ser logrado.

De esta forma, parece legítimo postularse la definición de SPT/2000 no solo desde una perspectiva internacional, pero también en relación a los diferentes grupos sociales dentro de cada país. En otras palabras, la desigualdad en la situación de salud que se observa entre naciones es una expresión de las desigualdades que, en cada país, se verifican entre los respectivos grupos sociales. Por consiguiente, las metas de SPT/2000 deben referirse tanto al mejoramiento de la posición de cada país en relación a los demás países, como a la reducción de las brechas sanitarias que han surgido entre los grupos de población de cada país.

La caracterización de la situación de salud de un grupo de población requiere la valoración de múltiples variables cuantitativas y cualitativas, en base a indicadores, y la apreciación de la dinámica de los mismos en el tiempo y en el espacio, así como en relación a otros grupos sociales.

El reconocimiento de la heterogeneidad de perfiles de salud-enfermedad en diferentes grupos de población, obliga a discutir las limitaciones de los indicadores de salud generalmente utilizados. En los últimos años ha habido importantes cuestionamientos a los indicadores de mortalidad debido a que ellos sólo recogen estadios terminales, puntuales y tardíos del proceso salud-enfermedad. Se ha señalado además que las deficiencias de calidad de la certificación médica de causa de muerte pueden destacar algunas patologías, y reflejar con debilidad otras., dependiendo de la capacidad diagnóstica y tipo de formación del personal médico; y también se ha encontrado que las deficiencias cuantitativas y cualitativas no se distribuyen homogéneamente entre diferentes sectores de población, tendiendo a ser mayores en algunos grupos etarios (niños y ancianos) y en regiones y grupos sociales más postergados.

Los indicadores de morbilidad que se fundamentan en los registros médicos suelen tener las mismas limitaciones ya señaladas para mortalidad pero en un grado mayor, razón por la cual tienden a reflejar más el perfil de oferta y accesibilidad de los servicios que el perfil de necesidades de diferentes grupos de población.

Además de eso, indicadores que suponen un cierto desarrollo de los sistemas de registro civil y de salud tienen poca utilidad para caracterizar la situación de los grupos humanos que se encuentran insuficientemente cubiertos por esos sistemas. Debido a esas limitaciones, se hace necesario desarrollar e incorporar sistemáticamente a los procesos de análisis de situación de salud, indicadores obtenidos a

partir de fuentes no convencionales como opinión de expertos, encuestas domiciliarias y estudios de morbilidad percibida, para lograrse una mejor aproximación a la realidad de salud de los diferentes grupos de población.

Otra importante consideración se refiere a la forma de clasificar la información sobre enfermedades, que habitualmente se agrupa por criterios de localización anatómica o tipo de agente externo. Aunque intuitivamente se acepta la relación causal del fenómeno salud-ambiente social, ésta aún no ha sido claramente determinada, ni tampoco en qué medida la situación de salud se vincula con el desarrollo económico y social. Para fines prospectivos convendría agrupar la información sobre la situación de salud en categorías que correspondan a acciones para controlar los problemas de salud, tales como: Enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades controlables por saneamiento del medio, enfermedades y accidentes reducibles por mejoría de los ambientes ocupacionales, etc. Una agrupación de este tipo permitirá reducir considerablemente el número de categorías necesarias para describir la situación de salud. Además, ella facilitaría el establecimiento de una correlación entre los valores de los indicadores respectivos en cada grupo poblacional y las acciones que se realizan, por el sistema de salud o por otros sectores, para mejorar la situación de salud.

En cualquier caso, este procedimiento implica una reducción de categorías que pondrá de relieve algunas características de la morbilidad y que puede sacrificar otras que no se consideren relevantes. Por eso es importante someterse a esa agrupación a la consideración de expertos a nivel nacional; y dentro de cada país debe mantenerse la misma clasificación para todas las agrupaciones de población.

Sin embargo, el más importante cuestionamiento a los indicadores ha sido su carácter promedial. En la medida que se refieren a grupos heterogéneos de población que tienen diferentes condiciones objetivas de existencia y por tanto diferentes perfiles de salud, tienden a ocultar las características que son más relevantes en cada grupo en favor de los valores promediales. Por ello se ha insistido en la necesidad de que, frente a las exigencias de equidad contenidas en SPT/2000, la evaluación de la situación de salud y de los servicios no debe limitarse a los promedios nacionales, sino que ha de hacerse además en cada subdivisión político-territorial y en cada grupo de población.

Es evidente que las categorías que han de utilizarse para clasificar la población expresan la conceptualización teórica y la intencionalidad de la clasificación. Por ello variará de un país a otro e incluso de un actor social a otro dentro de un mismo país. Sin embargo, debería aproximarse lo más posible a la configuración de grupos más homogéneos la cual tiende a expresarse a su vez en perfiles de salud-enfermedad peculiares.

A su vez, la situación de salud o el perfil de salud--enfermedad de un grupo de población es una resultante de sus condiciones objetivas de existencia, es decir, del conjunto de determinantes y condicionantes que reproducen la forma particular de inserción de dicho grupo en el proceso de producción social, en un momento histórico, y en un espacio determinado.

Por ello se ha planteado la necesidad de desarrollar indicadores de salud que reflejen mejor las condiciones objetivas de existencia de la población. Esto probablemente explique por qué la meta de SPT/2000 aparece formulada en base a un conjunto de variables, tales como mortalidad infantil, mortalidad de niños de 1 a 4 años y expectativa de vida al nacer, las cuales se refieren a mortalidad; pero también en términos de cobertura de servicios de salud, incluyendo vacunas, cobertura de agua y saneamiento básico, las cuales reflejan la calidad de vida en forma parcial.

Desde un punto de vista metodológico se pueden distinguir tres niveles de determinación y condicionamiento de la situación de salud de un grupo poblacional.

Determinantes Generales

El primero se refiere a los determinantes generales que son comunes a toda la población del país y establecen los límites posibles de variación, tanto de sus condiciones objetivas de existencia como del mismo sistema de salud, en un momento dado. Estos determinantes incluyen:

a) la estructura económica general, o sea el grado de desarrollo y la organización de la producción y distribución de bienes y servicios, las relaciones económicas internacionales, etc.; que determinan los problemas de salud y los recursos disponibles para solucionarlos;

b) el contexto político-social refiriéndose a las relaciones entre diferentes sectores de la sociedad, así como sus expresiones en la organización y funcionamiento del Estado, incluyendo el grado de participación social y la valoración relativa asignada al desarrollo social en general y de salud en particular. La organización de los servicios de salud, las relaciones entre instituciones públicas y privadas, las políticas científico-tecnológicas y de desarrollo de recursos humanos y el grado de conflictividad interna y externa son también elementos de este contexto, que se relaciona con los recursos de poder de los diferentes actores sociales frente al perfil de sus necesidades de salud;

c) los determinantes demográficos, eso es, el tamaño, la estructura y la dinámica de la población, incluyendo su distribución urbano-rural, las migraciones y los patrones de fecundidad, crecimiento y

envejecimiento, que inciden sobre los perfiles de salud-enfermedad y los sistemas de salud, y

d) los determinantes geográficos naturales como el clima, las características topográficas, la dimensión territorial, la disponibilidad de recursos naturales, etc., los cuales determinan riesgos difícilmente modificables que inciden sobre el perfil de necesidades y la organización del sistema de salud.

Condicionantes Particulares

El segundo nivel es constituido por los condicionantes particulares que indican como cada grupo de población se relaciona con los procesos generales de la sociedad. Desde el punto de vista de salud, las sociedades están integradas por grupos sociales heterogéneos que poseen diferentes condiciones objetivas de existencia y por tanto diferentes perfiles de salud-enfermedad, dentro de los rangos de variación posibles de acuerdo a los determinantes generales. Tales condicionantes pueden operacionalizarse, por lo menos, en cuatro momentos que se refieren a:

a) la reproducción biológica de las características de la especie humana, los grupos étnicos y la experiencia de adaptación acumulada históricamente por ese grupo de población; así como la potencialidad y capacidad de respuesta de sus integrantes frente a los riesgos. Los procesos más relevantes en este momento son los genéticos, los inmunológicos, los que afectan los patrones de fecundidad, crecimiento y desarrollo, y los que afectan su fisiología;

b) la reproducción de las relaciones ecológicas del conjunto de procesos involucrados en la inserción del grupo de población en múltiples sistemas ecológicos, inherentes al medio ambiente residencial, laboral y recreacional;

c) la reproducción de las formas de poder, conciencia y conducta, eso es de las concepciones, valores, hábitos y formas de conducta individuales y colectivas de los integrantes del grupo específico de población, incorporando así los procesos de socialización y educación formal e informal, y los procesos de conformación de la conciencia individual y de grupo que se vinculan con sus conductas, y respuestas ante otros grupos y ante sus propias necesidades; y

d) la reproducción de las relaciones económicas que se refiere al conjunto de procesos que reproducen las formas particulares de inserción del grupo en la producción, distribución y consumo de los bienes y servicios. Ellos determinan la exposición a relaciones laborales específicas, los salarios y otros ingresos y por tanto, la cantidad y calidad de bienes y servicios disponibles para la satisfacción de las necesidades de dicho grupo en particular.

Sistema de Salud

Por último, el tercer nivel está conformado por el sistema de salud que es un modo particular de organización de la sociedad para producir servicios de salud, a través de redes de unidades, recursos humanos, materiales y tecnológicos.

El sistema de salud, como acumulación social, es un condicionante particular de la situación de salud que se gesta, desarrolla y adapta a las circunstancias dentro del espacio de variedad que permiten los determinantes generales del sistema social.

Ahora bien, el sistema de salud puede responder en la práctica con diferentes modelos asistenciales, que son de especial interés para la meta de SPT/2000 porque precisan potencialidades de producción de servicios de salud de alcance muy variado. Específicamente, a cada modelo asistencial corresponderán distintos resultados de su producción evaluados en función de:

- a) la eficacia direccional de sus operaciones y acciones para enfrentar los problemas de salud específicos de los distintos grupos sociales; es decir, la potencia de las operaciones para cerrar la brecha;
- b) la eficiencia social en la producción de los servicios de salud, expresada en la utilización óptima de los recursos e instrumentos que conforman la infraestructura de los sistemas de salud;
- c) la equidad en la prestación de los servicios a los distintos grupos sociales con diferentes perfiles epidemiológicos, y
- d) la modalidad participativa en la conducción del proceso de conexión entre la producción de los servicios y las necesidades de salud de la población.

Desde este punto de vista, conviene caracterizar un sistema de salud como un modo de articulación de elementos precisos que permiten tipificarlo, evaluarlo o reformar su diseño. Para ello se puede precisar el modo pertinente de prestación de servicios de salud como la articulación entre:

- a) una estructura organizativa que usualmente involucra instituciones públicas y privadas;
- b) una capacidad de producción, acumulación y conservación de recursos de salud;
- c) una tecnología de producción de servicios de salud;

d) un conjunto de programas de servicios, dependientes de una forma particular de definir las necesidades de salud;

e) un estilo de relación entre la producción de los servicios y la población servida;

f) un conjunto de reglas que definen las vías y formas de prestación de servicios de salud a los diversos grupos sociales, y

g) un criterio político de dirección y combinación de todos los elementos antes señalados, y una cierta capacidad de adaptación baja o alta en relación al cambio situacional.

El rol, jerarquía y relaciones de estos elementos en la conformación del sistema de salud como un todo, permiten tipificar los diferentes modelos asistenciales entendidos como las formas en que se organizan, en un determinado espacio y para distintos grupos poblacionales, los diferentes entes prestadores de servicios y las relaciones que se establecen entre esas formas asistenciales, entre ellas y la población, así como con sus principales determinantes.

El requisito de coherencia dentro de un sistema de salud, expresado en la concreción de su modelo asistencial, y los parámetros de eficacia, eficiencia social, equidad y participación social, va a determinar la necesidad de cambiar ese modelo.

Cuando sea necesario, los cambios deberán ser orientados por un conjunto de principios organizativos, entre los cuales se consideran la regionalización y jerarquización de los servicios, la integralidad y continuidad de la atención, y la descentralización y el control social del sistema. Esos principios, en el proceso de cambio, estarán condicionados por los requisitos que implican los cuatro parámetros mencionados anteriormente.

Estos parámetros también deben regir la consideración y organización de la infraestructura de los sistemas de salud que, además de los recursos habitualmente reconocidos (humanos y físicos), incluyen y destacan los instrumentos de planificación, administración y negociación, los sistemas de financiación, los recursos científicos y tecnológicos y los de cooperación técnica.

IMPLICACIONES ECONOMICAS DE LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SPT/2000

El sujeto central de SPT/2000 son grupos humanos y no el individuo ni la enfermedad como categoría biológica aislada. Los determinantes generales y condicionantes particulares se expresan en una gama específica de problemas de salud en diferentes grupos de población y

también en una gama de soluciones posibles en una determinada sociedad. Consecuentemente, la meta de salud para todos como toda meta social es compleja y se caracteriza por su dependencia, conflicto e incertidumbre lo cual conduce a considerar como elemento esencial de análisis el sujeto-población, al que interesan las políticas y estrategias nacionales de salud.

La consecución de las metas de SPT/2000, de alcanzar el máximo nivel posible de salud para todos los grupos humanos que forman la sociedad, considera la salud como uno de los componentes básicos del bienestar humano. El logro de las metas de salud, está determinado por políticas que superan el ámbito de los servicios de salud y en particular por aquellas encaminadas a garantizar el acceso universal a los medios necesarios para transformar la calidad de vida. *meta políticas intersectoriales*

Estas políticas, por todo lo mencionado anteriormente, pueden estar en mayor o menor concordancia con los grandes lineamientos que definen los objetivos y asignan recursos para el desarrollo socio-económico de cada país. Por consiguiente, una de las principales implicaciones económicas de las estrategias nacionales de SPT/2000 está en el reconocimiento del carácter intersectorial de las políticas de salud. En este sentido parece inescapable la conclusión de que en el caso de que la salud no se logre ubicar entre los objetivos centrales del desarrollo nacional, difícilmente los servicios de salud por sí solos, por más que estén bien dotados de recursos y por mejor que se los utilicen, serán capaces de alcanzar un grado satisfactorio de SPT/2000. *salud objetivo central*

Para mover la meta de SPT/2000 de una inserción subordinada para una posición más central en relación a los objetivos del desarrollo socio-económico nacional, es necesario vencer una serie de barreras que se observan tanto en el mismo sistema de salud como en otros sectores. Así como la planificación del desarrollo no siempre ha logrado tratar las dimensiones sociales, como la situación de salud, en los modelos que utiliza, tampoco los especialistas en salud han tenido mayor éxito en plantear los objetivos de salud como algo que pueda ser integrado en una opción comprensiva para el desarrollo nacional. *barreras*

Con base en todo el razonamiento de la sección anterior, no se puede aceptar más el supuesto de que los servicios de salud tengan un poder de acción compensatoria inagotable, capaz de contrarrestar todos los efectos de los otros determinantes y condicionantes sobre la situación de salud. Por el contrario, es necesario precisar para cada problema de salud las combinaciones posibles de acciones sobre los determinantes y/o condicionantes respectivos y de servicios de salud, que sean capaces de solucionarlos. A consecuencia de eso, las estrategias y políticas nacionales de SPT/2000 pasan a considerarse como el conjunto de acciones del sistema de salud y de otros sectores del desarrollo, establecido a partir de la agregación de acciones específicamente definidas para enfocar los problemas de salud de los diferentes grupos sociales. *acción con un carácter único toda de serne agregación de acciones*

De la misma forma, es necesario que las autoridades de salud estén capacitadas a plantear, con los responsables por las políticas nacionales de desarrollo, las implicaciones de estas para la situación de salud de los grupos humanos involucrados. La estimación del beneficio o costo sanitario de las políticas nacionales de desarrollo debe por lo tanto constituirse en un procedimiento corriente por parte de las instituciones de salud, como su contribución a la evaluación y al monitoreo de decisiones, programas y proyectos que implementan tales políticas.

B/C

Un segundo tipo de implicaciones económicas de las estrategias nacionales de SPT/2000 se puede verificar en los mismos cambios que se necesita introducir en el sistema de salud para viabilizar la cobertura de las brechas que le corresponden cubrir. De acuerdo con algunas estimaciones preliminares y sin perjuicio de lo que pueda demostrar un análisis más preciso en cada país, tales cambios parecen apuntar hacia dos problemas comunes a la mayoría de los sistemas de salud en la Región. De un lado, estos sistemas de salud son todavía insuficientes para atender a las necesidades crecientes de gran parte de la población. De otro lado, estos sistemas de salud suelen ser ineficientes en la forma por la cual utilizan los limitados recursos de que disponen. Como resultado de su insuficiencia y su ineficiencia, los sistemas de salud en las Américas son, sobre todo, inequitativos para gran parte de la población, por la manera como asigna sus servicios.

Actividad

Cobertura
eficiencia

desigualdad

Sobre la insuficiencia de recursos ya se ha estimado que cerca de una tercera parte de la población de América Latina y del Caribe no dispone de una vía de acceso regular a una cobertura mínimamente satisfactoria y cualitativamente adecuada de servicios de salud. Eso significa que alrededor de 130 millones de personas en esta Región todavía necesitan ser cubiertas por el sistema de salud y, quizás, sea en este respecto que la deuda sanitaria tenga una expresión más impactante. A esta población descubierta, hasta el final del siglo se añadirán otras 160 o 170 millones, significando que en los próximos 13 años se estará enfrentando el desafío crucial de lograr algo que no se ha podido alcanzar desde el descubrimiento del Continente.

insuficiencia
de recursos

Además de eso, el envejecimiento de la población, su urbanización y la creciente difusión de patrones de consumo de servicios de salud de los países desarrollados o de las clases sociales más favorecidas para amplias capas de la población, también fuerzan el aumento de los gastos con servicios de salud. Estas tendencias indican la urgencia con que cada país debe decidir sobre cómo orientar la evolución futura de su sistema de salud y sobre las políticas que se deben adoptar en ese sentido desde ahora.

popul.
urb.
consumo

costo

En términos generales, se puede estimar que para cubrir la deuda sanitaria ya acumulada, más aquella que se anticipa hasta el final del

siglo XX, el sistema de salud necesitaría disponer de recursos tres veces mayores que el volúmen actualmente disponible, si es que permanece la presente configuración de los servicios de salud.

recursos

Posiblemente los países de la Región no hayan todavía agotado toda su capacidad de movilizar recursos nacionales para asignar a la prestación de servicios de salud. Hay evidencias de que tanto en los presupuestos gubernamentales, como en las instituciones de seguridad y en la propia sociedad, existen fuentes de recursos adicionales para la salud que no han sido debidamente exploradas hasta el presente.

monstración recursos

Sin embargo, parece poco realista creer que un incremento de recursos en las proporciones mencionadas arriba sea viable y/o factible, por más que se logre más eficacia en la captación de nuevos fondos y por mejores que resulten los escenarios socio-económicos y políticos para la Región. A su vez, eso remite el foco de la discusión para la ineficiencia que se obseva en los sistemas de salud de los países americanos.

factibilidad

De los casi 40,000 millones de dólares que se gastan anualmente en servicios de salud en América Latina y el Caribe, se puede estimar que cerca de 10,000 millones se aplica innecesariamente a prestaciones ineficaces para enfocar los problemas de salud de la población atendida. Además del gasto innecesario, hay que considerar la productividad de los recursos asignados al sistema de salud que es supuestamente menor que en otros sectores de la economía, resultando en un incremento de costos de los servicios que se prestan aún con algún grado de justificación técnica.

costo productividad

Esta utilización inadecuada de recursos compromete seriamente el alcance de una mayor equidad por el sistema de salud. Sin embargo ella no puede ser corregida sin que se atente para sus determinantes, entre los cuales se destacan las aspiraciones de las élites consumidoras y los intereses establecidos de los productores de bienes y servicios de salud.

alteración de recursos por los determinantes

Al mismo tiempo, el sistema de salud padece, en muchos casos, de deficiencias crónicas en sus prácticas gerenciales, las cuales ocasionan pérdidas que, aunque desconocidas en su dimensión total, ciertamente contribuyen al perfil de ineficiencia generalmente observado en la producción de servicios.

gerencia

Entre tales deficiencias se mencionan la reducida comprensión y, por eso, el manejo insatisfactorio de las relaciones entre las distintas funciones del Estado como prestador, regulador o financiador de servicios con las diferentes formas de organización de la producción y el consumo de servicios en el sector privado. En otros términos se requiere todavía profundizar el conocimiento sobre la naturaleza económica del sistema de salud, así como capacitar las agencias gubernamentales para manejarlo como tal, si deseamos mejorar su eficiencia operativa.

Estado consumo de servicios

A consecuencia de eso, es imposible considerar el pago de la deuda sanitaria acumulada con las generaciones presentes y, mucho menos, el intento de cubrir las brechas que se originarán del crecimiento y de los cambios cualitativos de la población sin promover, más allá del incremento de sus recursos, un cambio radical en la actual estructura y organización del sistema de salud.

contar información

En otras palabras, intentar ampliar el efecto redistribuidor de beneficios del sistema de salud hoy existente, sin modificar sustancialmente sus bases constitucionales y operacionales, resultaría en un esfuerzo desperdiciado que difícilmente se justifica tanto política como técnica y económicamente.

redistribuir beneficios

Es así que se debe buscar una combinación de políticas que traten simultáneamente de expandir y transformar el sistema de salud actual, como estrategia para lograr el alcance de un nivel razonable de SPT/2000 en la Región. Además de resultar en un modelo de atención más apropiado a la liquidación de la deuda sanitaria, esta transformación ya posibilitaría la generación de 'ahorros internos' considerables para el financiamiento parcial de la expansión de la cobertura de los servicios.

expandir - hacer

ahorro

Por otra parte, el replanteamiento de las relaciones entre salud y desarrollo requiere que se explore el potencial que puede tener la prestación de servicios de salud para ofrecer opciones alternativas al modelo de desarrollo socio-económico y político de cada país. La exploración de tal potencial constituye otra implicación económica de las estrategias nacionales de SPT/2000, con el atractivo de que es una implicación favorable a los objetivos de salud y, por lo tanto, de carácter instrumental para la viabilización de las políticas de APS.

modelo de desarrollo

En ese sentido es necesario irse más allá del mero planteo sobre los beneficios para el desarrollo nacional de tenerse una población más sana, para enfocar y enfatizar las implicaciones económicas extra-sectoriales del sistema de salud, o sea los otros beneficios que el país puede obtener a partir de la implementación de sus propias políticas de salud.

Beneficios extra-sectoriales

Estos beneficios adicionales se derivan del contenido social, político o económico de las políticas de salud, cuya explicitación es necesario incentivar, sea como parte del discurso normativo o como estrategia para la propia viabilización de estas políticas. Solo a título de ejemplo de tales beneficios adicionales se menciona el rol de las políticas de salud en la movilización social, la absorción de mano de obra, el fomento de la industria nacional de equipos y medicamentos, la integración y cooperación entre países.

contenido social/político/económico

movilización mano de obra industria nacional integración países

Es también a la luz de esta discusión sobre las implicaciones económicas de las estrategias nacionales de SPT/2000 que se puede y debe clarificar algunas diferencias entre las especificidades del discurso

normativo y las políticas concretas de salud, con el propósito de alcanzar una mayor eficacia de ambos.

eficacia del discurso normativo y políticas

Todas las consideraciones hechas antes sobre el carácter intersectorial de las políticas de salud y la insuficiencia, ineficiencia e inequidad del sistema de salud son basadas en estimaciones considerables o extrapolaciones de hallazgos de estudios focales. Desde la perspectiva del discurso normativo, tales formulaciones son suficientes para proveer las bases necesarias a la denuncia argumentada de la realidad, a la 'visión profética' de la utopía, a la exploración irrestricta del futuro deseable y a la movilización de los actores sociales involucrados en el proceso de cambio.

denuncia utopía movilización

Mientras tanto, la concreción de políticas de salud específicamente orientadas a la búsqueda de estos cambios requiere, por una exigencia lógica de su propia eficacia, un enfoque distinto que, sin negar el discurso normativo, sea capaz de analizar las posibilidades de que en cada país y en relación a los grupos sociales que lo integran se alcancen las metas correspondientes de SPT/2000. Tal enfoque debe ser capaz de:

- a) ubicar los problemas a enfrentar en espacios, grupos sociales y ambientes institucionales precisos;
- b) caracterizar su naturaleza y dimensionar su extensión;
- c) estimar las tendencias de su evolución de acuerdo con diferentes hipótesis de cambio en los respectivos determinantes y condicionantes.

*información
brechas, grupos
nuestro tiempo
naturaleza y
extensión
tendencias en
futuros.*

CONCLUSION--NUEVOS CAMPOS PARA LA
COOPERACION DE LA OPS.OMS CON
SUS PAISES MIEMBROS

En resumen, para evaluarse las implicaciones económicas de las estrategias nacionales de SPT/2000 es necesario:

- a) analizar la situación actual de salud y sus determinantes y condicionantes principales de los distintos grupos sociales en cada país;
- b) estimar las brechas actuales y prospectivas, en términos de diferencias de situación de salud entre los grupos sociales, según hipótesis alternativas de evolución de los determinantes y condicionantes y las variaciones correspondientes de la situación de salud;
- c) definir un elenco de opciones de políticas de salud, comprendiendo cambios del sistema de salud y/o de los determinantes y condicionantes de la situación de salud manejables desde otros sectores, que sean capaces de cerrar las brechas actuales y las proyectadas; y
- d) finalmente, evaluar las implicaciones económicas de esas opciones de políticas de salud, a la luz de las mismas proyecciones de la evolución de los determinantes y condicionantes respectivos.

Como cuestión previa y marco de referencia para tal enfoque, conviene recordar que la naturaleza del devenir social, del cual es parte inherente el fenómeno salud-enfermedad, destaca las características de historicidad, complejidad, fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia. Estas características determinan que muchas veces las situaciones-problema referentes al fenómeno salud-enfermedad y a los sistemas de servicios que se organizan para tratarlo, resulten complejas, mal definidas y mal estructuradas.

En realidad, estos problemas son tan interdependientes, que más que problemas "aislables", constituyen verdaderos "sistemas de problemas", difíciles, si no imposibles, de abordar por métodos exclusivamente analíticos. Este tipo de situaciones-problema requiere, tanto para su descripción como para su explicación y manipulación, usar variables cuantitativas y cualitativas, reconocer el concepto de precisión como un nivel más amplio que el de medición y utilizar los métodos creados para la comprensión de la complejidad.

El proceso social contiene aspectos de cantidad y calidad que es mandatorio respetar en su jerarquía de significaciones. Lo que interesa en el análisis social es la precisión de las proposiciones y dicha precisión es en parte una cuestión de variables lingüísticas y solo en parte un problema de medición. La falla en reconocer este hecho, conduce a caer en el error de cuantificar lo secundario y no reconocer la calidad de las situaciones.

Ello implica apelar necesariamente al arsenal conceptual e instrumental desarrollado para el tratamiento de esta clase de problemas, sin excluir, cuando adecuado, los instrumentos propios del tratamiento de problemas simples, bien definidos y bien estructurados que corresponden al campo de las así llamadas ciencias naturales. Por eso, el esquema metodológico que la OPS/OMS está desarrollando para enfrentar este tipo de problemas constituye en un enfoque interdisciplinario, que se basa en los cuerpos teóricos e instrumentales de la epidemiología, la planificación, la administración y la economía, los cuales además comparten paradigmas consistentes entre sí.

Este enfoque significa un abordaje diferente y opuesto a la práctica generalizada de tratar de explicar los problemas de salud desde la exclusiva perspectiva y limitaciones instrumentales de una disciplina determinada, o de entender la interdisciplinariedad como la simple sumatoria de explicaciones y ópticas. Se espera que este abordaje sea utilizado a lo largo de un proceso de aproximaciones sucesivas, por procedimientos de 'prueba y error' controlados y explicados, como requiere el tratamiento de situaciones-problema complejas como las de salud.

En estos casos, los diferentes métodos que se deben utilizar constituyen ópticas e instrumentos complementarios y alternativos, no sustitutivos entre sí, que ofrecen diferentes explicaciones de la realidad. Tal abordaje resulta además conveniente para evitar, como suele ocurrir con el manejo de situaciones complejas, el error más frecuente que no consiste en resolver mal el problema sino en solucionar el problema equivocado.

La OPS/OMS está completando el desarrollo del esquema de análisis de las implicaciones económicas de las estrategias nacionales de SPT/2000, de acuerdo con los lineamientos sumarizados en este documento. Este esquema deberá estar en condiciones de ser puesto en prueba de campo a partir del segundo semestre de 1987.

Idealmente, sería conveniente experimentar el esquema en dos o tres países durante este año, para ajustar la metodología involucrada y preparar su aplicación en una escala más amplia en 1988. Existen manifestaciones iniciales del interés de algunos países por participar en la aplicación de dicho modelo ya sea en bases experimentales o en el próximo año.

La implementación de este ejercicio involucrará además la conformación de grupos nacionales encargados del análisis, con personal técnico originario preferentemente de los Ministerios de Salud, Seguridad Social y Planificación, apoyado por las respectivas Representaciones de OPS/OMS y por profesionales de la Oficina Central.

Los costos adicionales necesarios para llevar a cabo el ensayo del esquema serían compartidos entre la OPS/OMS y los países participantes. Ya para la aplicación más ampliada del esquema serían necesarios recursos específicos que la OPS/OMS está tratando de movilizar. De cualquier forma, es pensamiento de la Organización incorporar el esquema como actividad rutinaria en su programa normal de cooperación con los países de la Región.