

Que ha pasado con las reformas de salud en América Latina?

3er Seminario Internacional

Impacto sanitario de las reformas en salud: una perspectiva regional

María Cecilia Acuña
Gerente Programa OPS-ASDI en Protección Social en Salud
HSS/HP/OPS-OMS, WDC
Santiago de Chile, 04 Septiembre 2007



¿En qué consiste la reforma del sector de la salud?

- En general, se entiende por reforma del sector sanitario un conjunto de medidas políticas que afectan a la organización, el financiamiento y la gestión de los sistemas de salud (Zwi A, Mills A., 1995)
- En teoría, el objetivo de las reformas del sector sanitario en ALC ha sido - y continua siendo- mejorar el estado de salud de las poblaciones mediante el fomento y la mejora del acceso, la equidad, la calidad, la sostenibilidad y la eficiencia en la dispensación de los servicios de atención de salud al mayor número posible de personas

¿En qué consiste la reforma del sector de la salud? Cont.

- Los resultados más evidentes de la reforma en la región de ALC son toda una nueva gama de políticas nacionales, un aumento del gasto público de los países en atención de salud (que ha pasado del 6% del PIB a comienzos de los años ochenta a más del 10% en algunos países a finales de los años noventa) y una mejora del acceso a servicios y de la cobertura de algunas capas de la población como resultado del establecimiento de nuevos esquemas de protección social en salud
- Han sido menos claros los resultados obtenidos en cuanto a mejora de la eficiencia, aumento de la equidad y mejora de la calidad de la provisión de servicios de salud

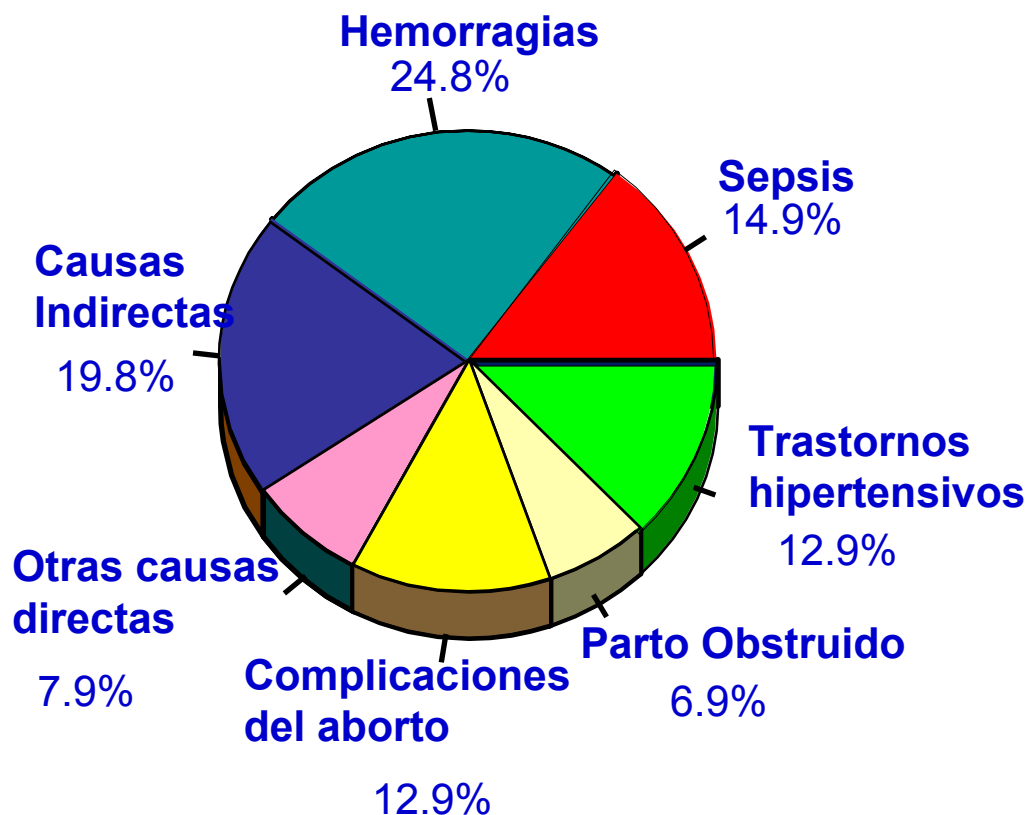
Cual es el perfil epidemiológico actual en la Región?

En promedio, la Región ha mejorado sus indicadores de salud. Sin embargo:

- Persisten niveles de mortalidad materna e infantil mucho mas altos que lo esperado dado el desarrollo de los sistemas de salud y la disponibilidad de tecnología en la Región
- Persisten grandes disparidades en los resultados de salud entre ricos y pobres, entre países y al interior de los países
- Se constata una situación de polarizacion epidemiológica

ALC: 22,000 muertes maternas evitables al año

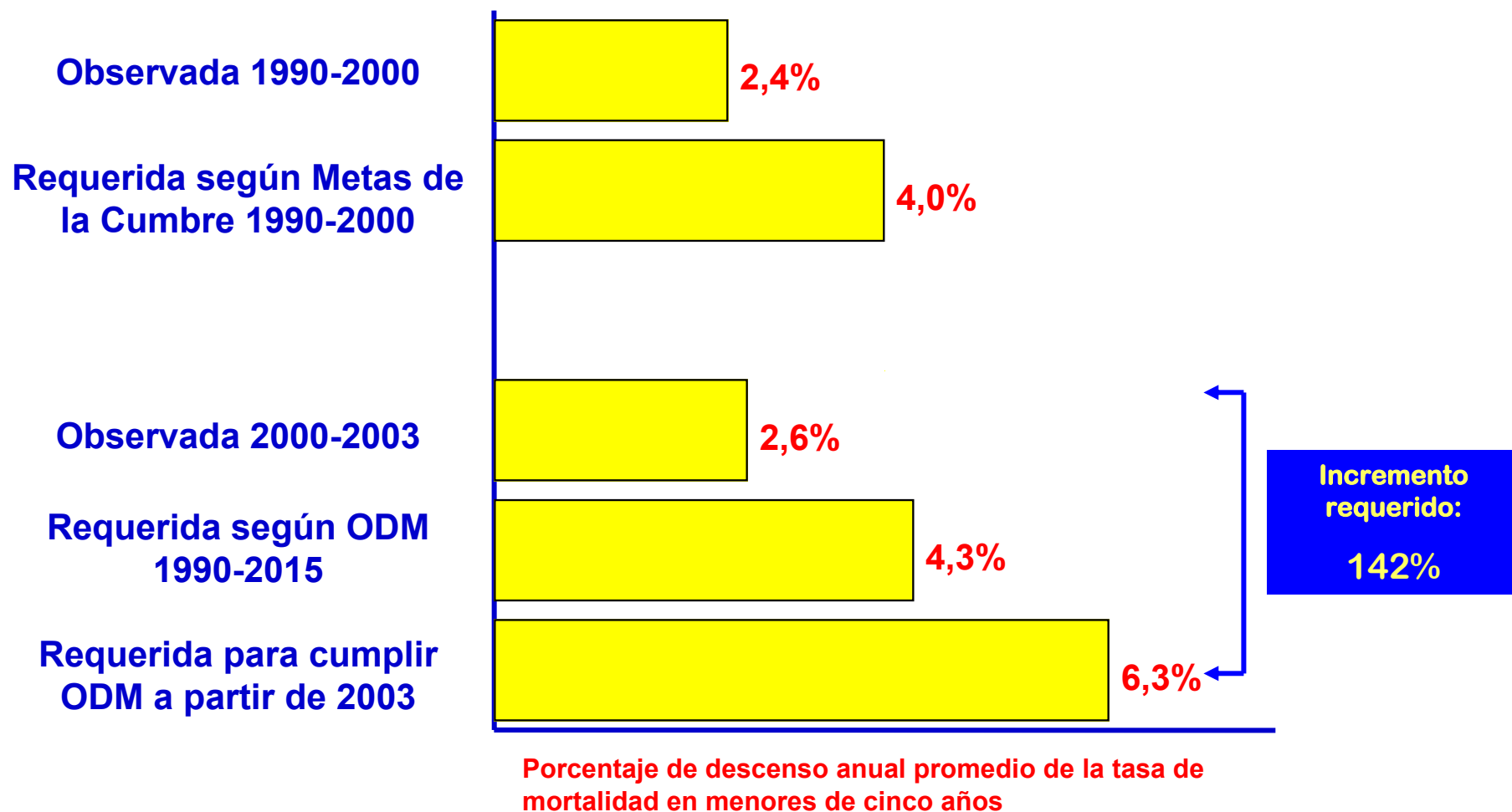
- **Prácticas innecesarias y dañinas**
- **Causas indirectas (HIV/AIDS, Malaria, Violencia)**
- **Malnutrición infantil/Pobreza/Analfabetismo**
- **Falta de Acceso a servicios de salud**
- **Deficiente calidad de atención**
- **Provisión de servicios no calificada**
- **Embarazos muy tempranos**
- **Subregistro de muertes maternas**



**Objetivos de Desarrollo del Milenio y
las Metas de Salud Resolución
OPS/OMS- CD45/8, 2004**

Velocidad de descenso anual promedio de la tasa de mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas

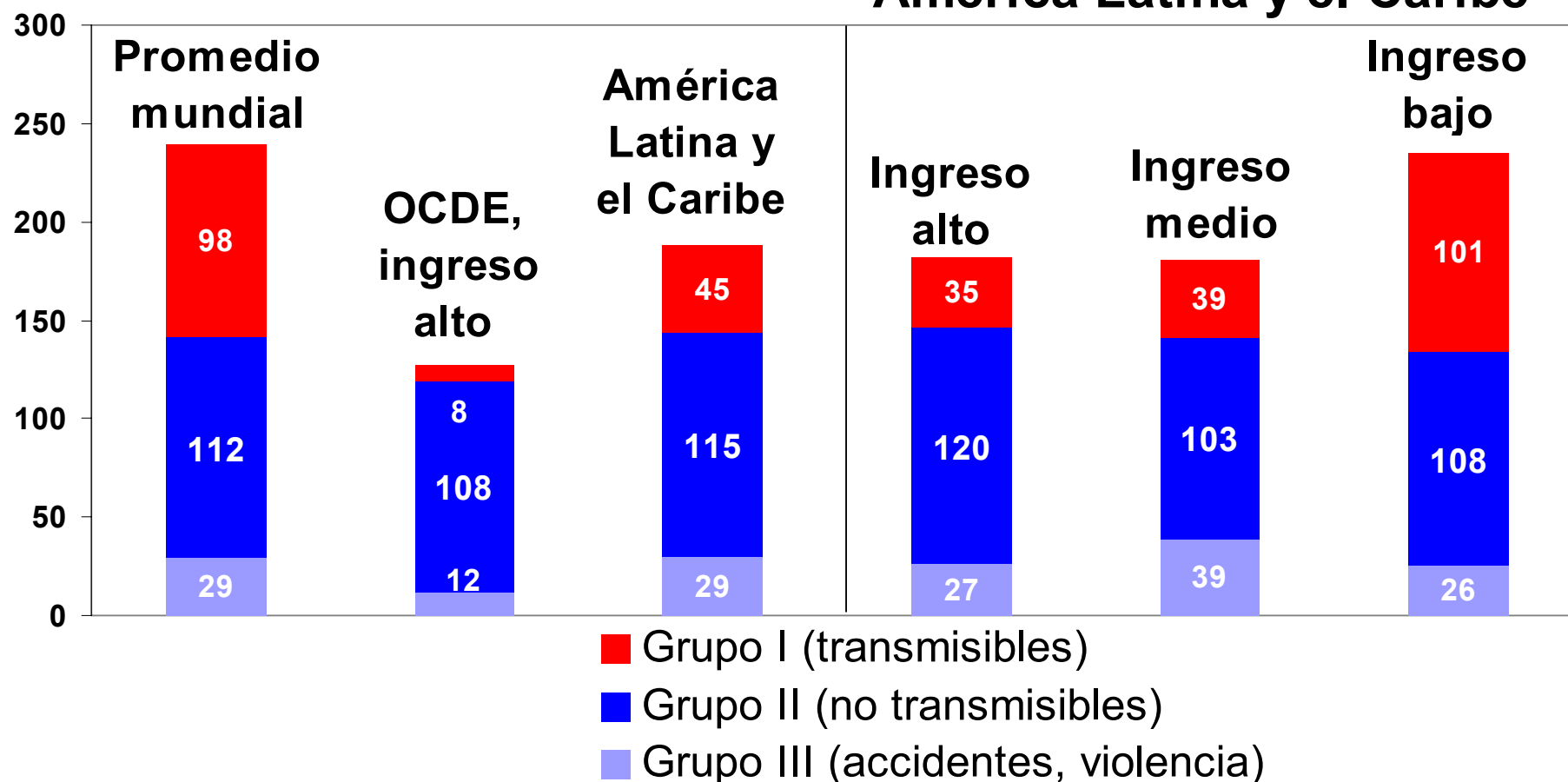
Comparación de los valores observados y los valores propuestos por las Cumbres Internacionales



Fuente: Estimaciones de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA), con base en datos de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud y Tendencias (AIS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004.

Incidencia de Enfermedades AVISAs por 100 mil habitantes

América Latina y el Caribe



OMS-2005

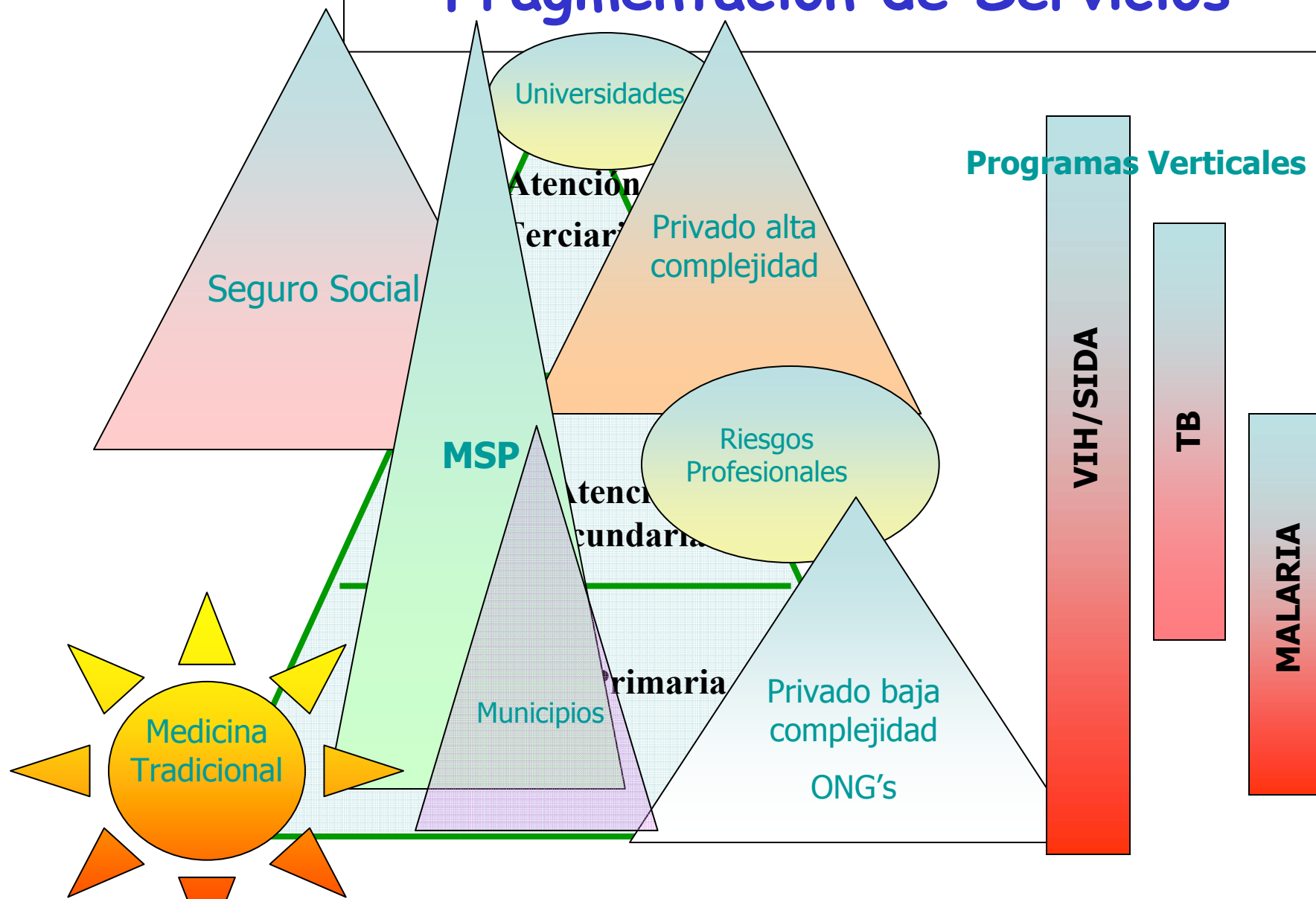
Cuales son los determinantes de esta situación?

- El determinante mas importante de esta situación es la persistencia de grandes desigualdades entre y al interior de los países, tanto en la oferta de salud como en el acceso y utilización de los servicios y en los resultados de salud, determinadas por inequidades debido a razones geográficas, étnicas, etarias, de nivel educacional y distribución del ingreso.

Desafíos de los Servicios de Salud en las Américas

- El acceso a servicios de salud no está disponible para grandes segmentos de la población,
- La oferta de servicios de salud no siempre se ajusta a las expectativas, valores sociales y preferencias culturales,
- La prestación de servicios de salud, para algunos grupos de población, es de baja efectividad y calidad técnica.
- Existe fragmentación, duplicación, concentración urbana, débiles sistemas de información y referencia, con ineficiencia e inequidad de la oferta.

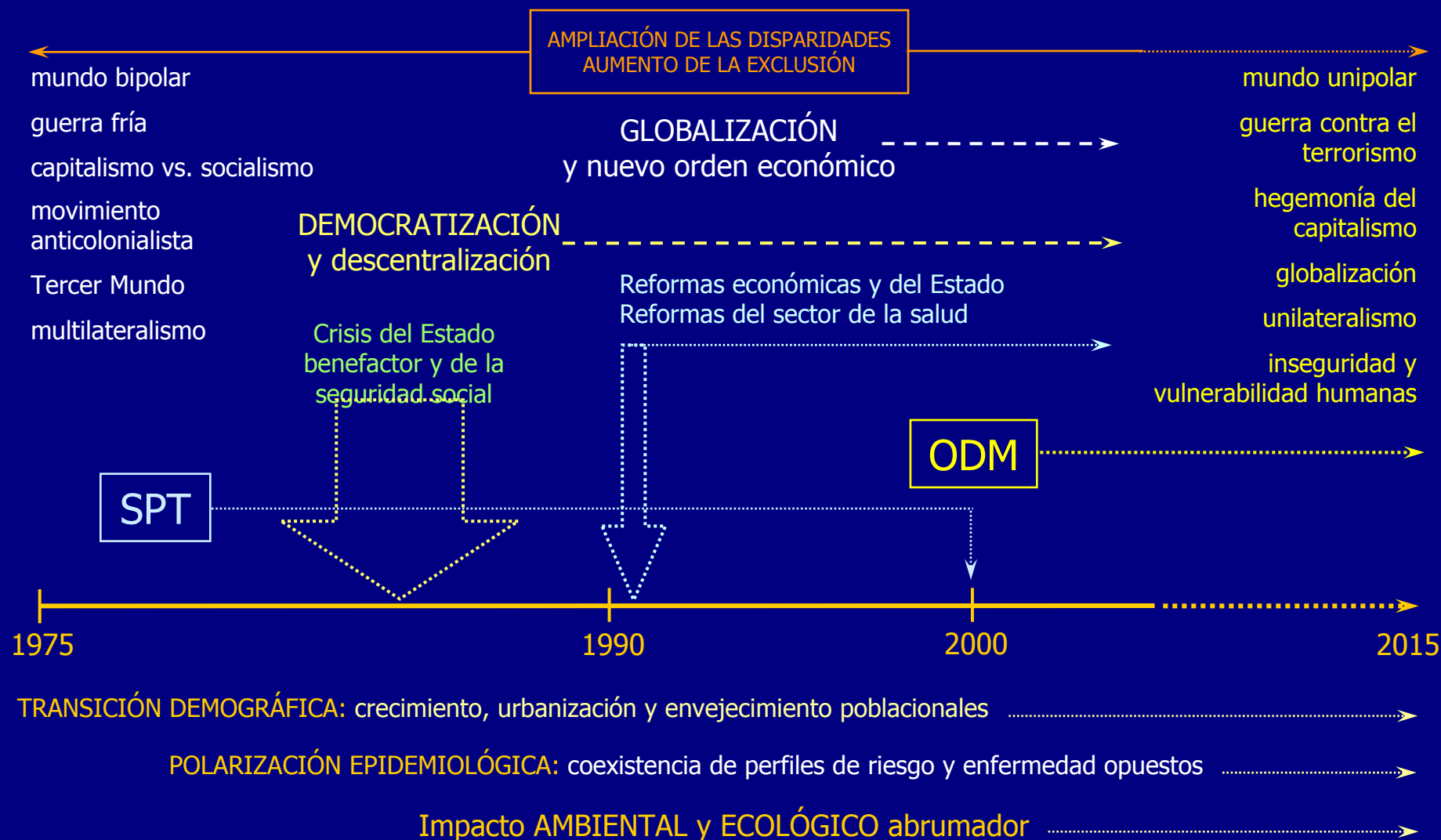
Segmentación del sistema y Fragmentación de Servicios



Exclusión en salud

Falta de acceso de grupos o individuos a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud (bienes, servicios, oportunidades) que otros grupos de la sociedad disfrutaban (OPS-OMS, 2003)

Contexto: Panorama político de la salud poblacional en las Américas



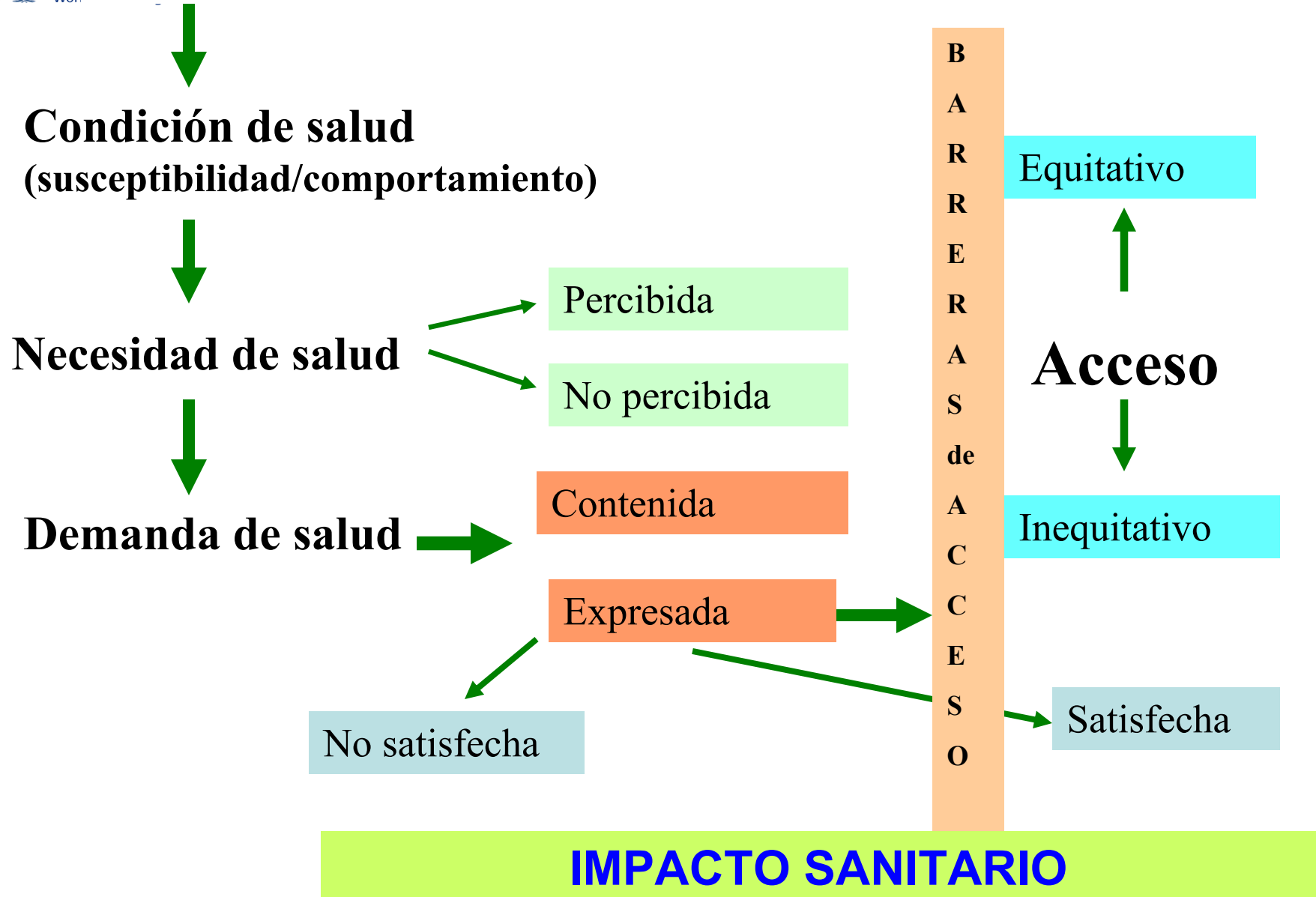
Que se entiende por impacto sanitario de una intervención?

- Modificaciones ocurridas en la situación de salud de una población determinada debido a la intervención bajo análisis

Uno tendería a pensar que los cambios ocurridos en los sistemas de salud han tenido impacto sobre la situación de salud...

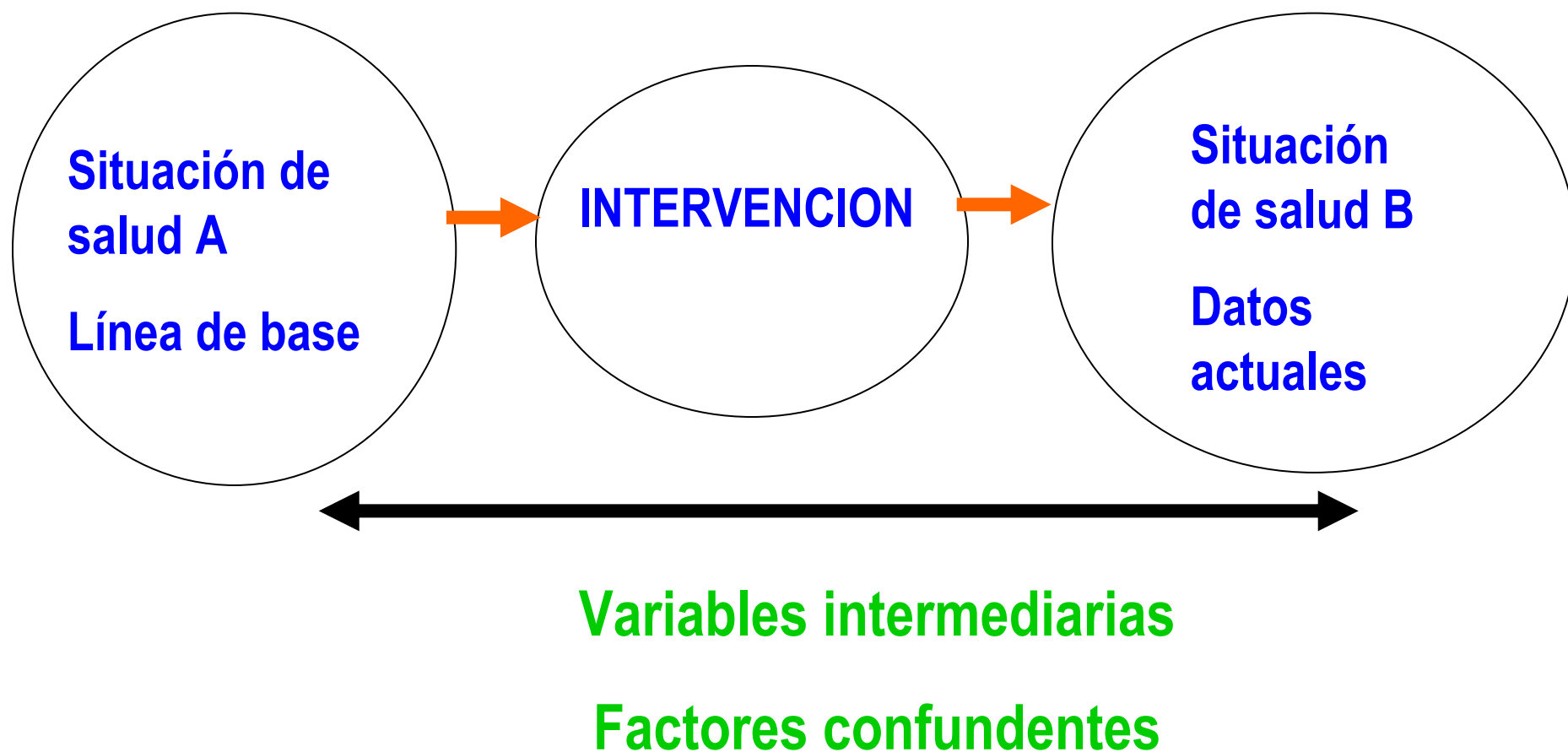
- Aun cuando existen muchas y diversas evaluaciones relativas a procesos de reforma del sector salud en países de ALC, la información referente al impacto sanitario de las intervenciones implementadas en dichos procesos de reforma es escasa
- Metodológicamente es difícil establecer relaciones entre dichas variables (requiere contar con línea de base para análisis de series temporales; diseños cuasi-experimentales). El instrumental disponible para hacer análisis de impacto sanitario presenta limitaciones
- Es necesario seleccionar cuidadosamente los indicadores para evitar atribuir los cambios en la situación sanitaria a causas erróneas, debido a la gran variedad de variables en juego (determinantes sociales)

Carga genética + Determinantes sociales de salud



Impacto sanitario de una intervención

El diseño mas sencillo.....



Diseños cuasi-experimentales

1. Son muy utilizados en educación y ciencias sociales en general, donde la randomización no siempre es posible o cuando resulta antitético aleatorizar.
2. En general son mas débiles que los ensayos clínicos en el control de factores confundentes.
3. Los mejores son los que poseen mediciones basales y grupo control no equivalente: se denomina “no equivalente” por no haber sido randomizado.

Diseños cuasi- experimentales Antes- Después no controlado

1. Mide una variable antes y después de una intervención
2. Asume que la variación es debida a la intervención.
3. Sobreestiman los resultados de la intervención
4. No pueden evaluar factores confundentes
5. Constituyen, muchas veces la única alternativa posible

Antes- Después no controlado Ventajas y desventajas

VENTAJAS

- **Prácticos y factibles**
- **Baratos**

DESVENTAJAS

- **No permiten controlar factores confundentes**
- **Muy poco robustos**
- **Las conclusiones deberían tomarse con gran precaución**

Diseños cuasi-experimentales Antes- Después controlado

1. Contempla mediciones antes y después en un grupo intervención y en un grupo control
2. La única diferencia con un ensayo clínico es la no randomización por lo que los grupos no son equivalentes.

Antes- Después controlado Ventajas y desventajas

VENTAJAS

- Proveen mejor calidad de información que los antes – después no controlados.

DESVENTAJAS

- Son mas complejos
- Suele haber diferencias de líneas de base en los grupos que se comparan

Diseños cuasi-experimentales

Series de tiempo

1. Es útil cuando no puede identificarse grupo control o cuando no es posible la randomización.
2. La información se recolecta en numerosos puntos del tiempo, en un mismo grupo, antes y después de una intervención o reiteradas intervenciones. (hay numerosos diseños posibles)

Series de tiempo

Ventajas y desventajas

VENTAJAS

- La reiteración de las mediciones permite obtener información valiosa y evaluar el impacto de otras variables.
- Es pragmático y muy útil para medir efectividad de intervenciones sanitarias
- Permite evaluar la maduración natural de un fenómeno antes de intervenir.

DESVENTAJAS

- Es necesario realizar mediciones por tiempos prolongados para alcanzar validez metodológica
- Muchas intervenciones no se instalan rápidamente, sino gradualmente

Medición de resultados: Indicadores

- Indicadores de cobertura
- Indicadores de acceso
- Indicadores de infraestructura
- Indicadores de proceso
- Indicadores de resultado

Indicadores para el análisis de intervenciones en salud



Categoría	Indicador (ejemplo)
De Cobertura	- Demanda asistida - Egresos hospitalarios por 1.000 hab./ Primera consulta en el año - Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud
De Acceso:	
Económico	- Porcentaje de población bajo la línea de pobreza - Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud - Gasto de bolsillo como proporción del gasto total de los hogares, por quintiles de ingreso - Gasto público en salud como porcentaje del PIB - Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud - Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso - Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores
Geográfico	- Porcentaje de población rural que vive a más de una hora de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Porcentaje de población urbana que vive a más de 30 minutos de un centro de atención primaria con adecuada capacidad de resolución - Dispersión geográfica/densidad poblacional por unidad territorial
Étnico/cultural	- Porcentaje de población de origen indígena o afro descendiente no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud
De Infraestructura	- Número de médicos/enfermeras por cada 1.000 habitantes - Porcentaje de cobertura de la red de salud - Distribución geográfica de la red asistencial - Nivel y distribución de camas hospitalarias por habitante - Porcentaje de población sin acceso a agua potable /alcantarillado
De Procesos	- Porcentaje de partos atendidos por personal entrenado o proporción de partos institucionales aplicada a la población total - Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de control prenatal - Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor % de cobertura - Porcentaje de población sin acceso a alcantarillado o agua potable
De Resultados	- Mortalidad materna/ infantil - Esperanza de vida -- Años de vida perdidos por discapacidad - Morbi/mortalidad Defunciones por causas específicas

País	Reforma	Periodo	Resultado	Fuente
Costa Rica	Univ. Seg Social	1985-2001	Reducción significativa de la mortalidad infantil en 8% y de adultos en 2%. El efecto fue de 14% en la mortalidad de adultos debida a enfermedades transmisibles, nulo en la debida a causas sociales y similar al total (2%) en la mortalidad debida a enfermedades crónicas. Se estima que la reforma salvó aproximadamente 120 vidas de niños y 350 vidas de adultos en el año 2001 únicamente. Factor principal: incremento de equidad en el acceso a servicios	Rosero Bixby L., 2004
Bolivia	SUMI	1998-2003	Disminución de la razón de mortalidad materna de 390 a 229 x 100,000 nacim.; disminución mortal. Infantil de 75 a 54 x 1,000; disminución mortal. niñez de 43 a 23 x 1,000 en áreas urbanas; incremento del riesgo de mortalidad infantil en áreas rurales. Factor principal: incremento de cobertura de prestaciones criticas	UDAPE, UNICEF, 2006
Brasil	Programa Salud de la Familia	1990-2002	Disminución de la mortalidad infantil de 49.7 a 28.9 x 1,000 nac. vivos. Factor principal: aumento cobertura inmunizaciones y prevención de muertes por diarrea	Macinko, Guanais, Marinho de Souza, 2003

País	Reforma	Periodo	Resultado	Fuente
Ecuador	Ley de Maternidad Gratuita de la infancia	1990-2000	Reforma no efectiva en reducir Mortalidad Materna. Factor principal: problemas de implementación, pobre organización en la descentralización de recursos	UNFPA, 2005
Perú	Seguro Integral de Salud SIS	2001-2006	La tasa de mortalidad infantil cayo en 48% en el país entre 1996 y 2006 los datos disponibles no permiten concluir que ello es debido a la intervención.	BM, 2007

Algunas reflexiones

- Existen factores intermediarios que inciden en la mejoría del estado de salud de la población: el aumento de la equidad en la distribución territorial de la oferta de salud y en el acceso y utilización de servicios de salud; la mejoría de la cobertura; el incremento del acceso mediante la eliminación de barreras (económica, cultural, geográfica)
- Sin embargo, la sola presencia de estos factores no garantiza una mejoría de la situación de salud. Ejemplo: Mortalidad materna vs. aumento de cobertura del parto institucional del parto en Rep. Dominicana y eliminación de la barrera económica en Bolivia
- Es necesario prestar mayor atención a la calidad de las prestaciones (es posible romper la secuencia tradicional mejorar cobertura-incrementar acceso-mejorar equidad-mejorar calidad?)

Algunas reflexiones

- Es necesario concentrar mayores esfuerzos en el análisis de impacto sanitario de las reformas del sector salud
- Recolección y análisis de datos para planificación sanitaria
- El impacto sanitario de una intervención depende de una cadena de decisiones individuales y colectivas: es muy importante lograr la identificación de los grupos poblacionales con la intervención (CCSS en Costa Rica, NHS ingles)

Hacia nuevas definiciones de eficiencia de los sistemas de salud

- Capacidad de alcanzar mayores niveles de bienestar y calidad de vida con recursos similares

(Adam Smith, Federico Engels)