

# *Aportes a las reformas sanitarias*



Asociación Colombiana  
de Hospitales y Clínicas

***XVII Congreso Internacional***  
***SALUD, CRISIS Y REFORMA***

SAN MIGUEL DE TUCUMAN ARGENTINA  
Septiembre de 2011

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA  
Director General ACHC

*La reforma en salud, una realidad común  
con distintos enfoques de solución*



## OBJETIVOS COMUNES EN LA REFORMA

La mayoría de las reformas en Latinoamérica, han tenido los siguientes **OBJETIVOS**, en todo o en parte:

1. Descentralización
2. Separación de funciones ( rectoría/regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión )
3. Introducir la libertad de elección del proveedor
4. Ampliar la cobertura
5. Promover la equidad
6. Aumentar la eficiencia
7. Cambiar el financiamiento tradicional
8. Reducir el gasto público
9. Promover una mayor participación y control social

# Los organismos internacionales frente a la reforma en salud

## BID

- Falta de coordinación entre la toma de decisiones de los ministerios de salud nacionales y sus pares asociados con la estrategia de inversión en sectores asociados, limitan la implementación de estrategias en el área de salud pública.
- - Los objetivos son de carácter político y débilmente definidos.
- Existe limitaciones en el papel de los actores participantes en los sistemas de salud en particular al poder relativo.
- **Los mecanismos de aseguramiento social, pueden convertirse en un instrumento idóneo para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos,** especialmente con la utilización de un paquete de servicios que sirva como parámetro de comparación en la redistribución de fondos.

### SINTESIS BID

## BANCO MUNDIAL

- El BM formula una reforma de salud basada en que **el sector privado es más eficiente que el sector público**, promueve la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos
- Asimismo formula que la función del Gobierno es regular y no proveer servicios.

### SINTESIS BM

## OMS-OPS

- **La reforma óptima no es aquella en la que predominan los objetivos macroeconómicos.** En cambio, incluye un conjunto integral de cambios formulados para considerar el entorno macroeconómico de un país pero adhiriéndose siempre a un principio fundamental: el acceso a servicios de salud de calidad es un derecho de todos los individuos.
- Los objetivos de una reforma deben ser:
  - Universalidad y equidad en el acceso: Requiere que la elección de los mecanismos para el financiamiento y la prestación permitan el acceso a todos los individuos y que haya justicia en la distribución de la salud.
  - Calidad: Esto incorpora la eficacia de los tratamientos así como la satisfacción de los pacientes, y requiere evaluaciones de las intervenciones y servicios de salud.
  - Eficiencia: Se reducen al mínimo los costos por malas asignaciones, administración y prestación.

### SINTESIS OMS

# Método

- ⦿ No existe una formula, existen aproximaciones conceptuales desde distintos organismos y teóricos de la problemática. (BID-BM-OMS.)
- ⦿ El Ideal: desarrollar un trabajo local apropiado a la realidad de cada país, basado en 4 pilares

# CAJA DE HERRAMIENTAS

**1 y 2 =  
ESTRUCTURAL**

1.Factico

2.Técnico

3.Político

4.Filosofía

**3 = ESTRATEGIA**

**4 = VISIÓN**





**1. Fattico**



- ◉ Mirar **AFUERA**

Predictores,  
tendencias  
errores

y

- ◉ Mirar **ADENTRO**

Componentes



2.Técnico

PARA  
QUE?

QUE?

COMO?

A  
QUIEN?

CUANTO?





**3. Político**



> **ENFOQUE**

- Público, Mercado, Mixto. complementos



**4. Filosofia**

# *VISIÓN*



# Frases sueltas (no conclusiones)

- ⦿ Tactica y estrategia sin visión es como tener mucho musculo y poco cerebro.
- ⦿ La salud siempre sera un bien publico y el estado debe responder por ella.
- ⦿ La formula magica no existe y si existiera no es estándar.
- ⦿ El mercado solo no funciona. La plata no lo es todo.
- ⦿ Sin informacion y sin vigilancia cualquier reforma fracasa.
- ⦿ La salud es un derecho no un favor.
- ⦿ Los gremios (asociaciones) pueden ser potentes promotores de reformas y de su estabilidad.

The image consists of a square divided diagonally from the top-left corner to the bottom-right corner. The upper-left triangle is a light beige color, and the lower-right triangle is a dark red color. The word "LINKS" is written in a red, sans-serif font, positioned in the center of the dark red triangle. The text is slightly transparent, allowing the dark red background to show through. There is also a thin horizontal line separating the top and bottom halves of the light beige triangle.

LINKS

# Mirar afuera

- Característica deseables, revisión en países latinoamericanos

PAÍS EN LATINOAMÉRICA	SH	Ranking SH	Índice de desarrollo humano (IDH) (2017)	Ranking IDH	Entorno	Tasa de mortalidad de neonatos (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 niños menores de 5 años)	Tasa de mortalidad materna (por 1000 nacidos vivos)	Acceso a servicios básicos de saneamiento (%)	Cobertura de la atención primaria (por 1000 habitantes)	Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 niños)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 niños)	UMIAS	Medios (porcentaje de la PDI)	Índice de desarrollo humano (IDH) (2017)	SH	1. Estructura de la atención	2. Separación y especialización de funciones				3. Libertad de escogencia	4. Cobertura	5. Equidad	6. Eficiencia y calidad de la atención	7. Participación ciudadana	8. Participación social	
																			1. Atención primaria	2. Atención secundaria	3. Atención terciaria	4. Atención cuaternaria	5. Atención especializada	6. Atención de urgencias	7. Atención de rehabilitación	8. Atención de cuidados paliativos	9. Atención de salud mental			
Brasil	0.818	1	12000	2	83.8	9	18	40	94	-	9	68	75	1	23	11	8.3	93	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	
Argentina	0.886	2	11995	3	81.8	16	22	83	91	98	19	128	78	19	81	38	10.1	89	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	
Uruguay	0.882	3	11848	4	84.8	14	20	83	100	97	7	104	78	120	50	17	8.2	84	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	
Chile	0.882	4	11848	5	84.8	14	20	83	100	97	7	104	78	120	50	17	8.2	84	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Brasil	0.882	5	11848	6	84.8	14	20	83	100	97	7	104	78	120	50	17	8.2	84	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Costa Rica	0.882	6	11848	7	84.8	14	20	83	100	97	7	104	78	120	50	17	8.2	84	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Venezuela	0.884	7	11822	8	85.2	15	21	81	91	91	11	142	78	11	19	19	8.9	90	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Paraguay	0.840	8	10816	9	82.7	24	50	85	74	71	111	111	76	130	32	18	7.3	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	
Brasil	0.818	9	12000	10	83.8	9	18	40	94	-	9	68	75	1	23	11	8.3	93	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colombia	0.801	10	1040	11	87.4 / 85.34	26	130	96	18	94	13	100	79	21	16	14	5.3	82	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Brasil	0.886	11	11995	12	81.8	16	22	83	91	98	19	128	78	19	81	38	10.1	89	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Ecuador	0.808	12	1040	13	85.4	22	170	100	84	84	10	104	78	10	17	18	8.1	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Rep. Dominicana	0.711	13	8340	14	81.3	38	190	85	79	88	18	100	78	42	18	19	5.8	81	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Paraguay	0.781	14	9380	15	83.9	31	100	85	79	84	12	100	74	130	12	11	7.8	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
El Salvador	0.747	15	8840	16	86.9	24	170	91	88	88	12	100	74	10	12	12	6.9	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Honduras	0.712	16	9620	17	81.1	39	190	100	86	92	17	100	71	21	19	9	6.4	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Bolivia	0.728	17	8340	18	82.8	48	200	85	45	77	18	104	68	110	11	12	6.4	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Guatemala	0.704	18	8920	19	81.6	51	200	91	84	82	18	100	68	10	1	9	6.1	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Nicaragua	0.696	19	9020	20	82.4	54	170	100	88	89	18	104	73	110	11	4	6.8	80	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Panamá	0.892	20	1185	21	85.9	18	78	85	89	88	30	170	88	74	11	1	8.4	94	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio

Existen claramente patrones entre los Países Latinoamericanos, los países con mayor desarrollo humano y económico claramente tienen mejores sistemas y mejores resultados en salud.

**Dichos países se caracterizan por tener sistemas con Separación y especialización de funciones, libertad de escogencia, equidad y participación ciudadana.**

# Características deseables

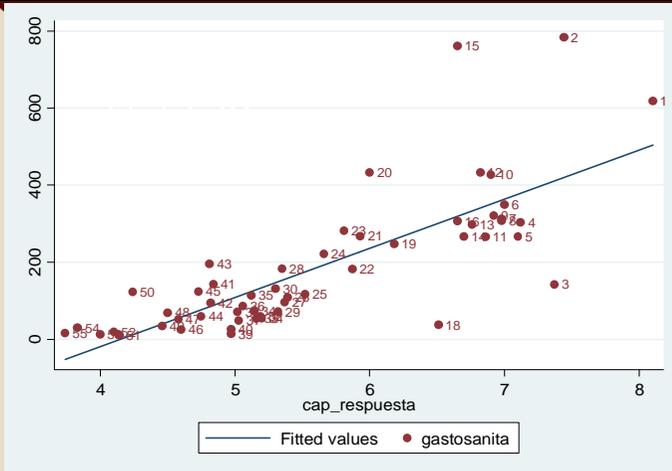
## INDICADORES DE IMPACTO

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

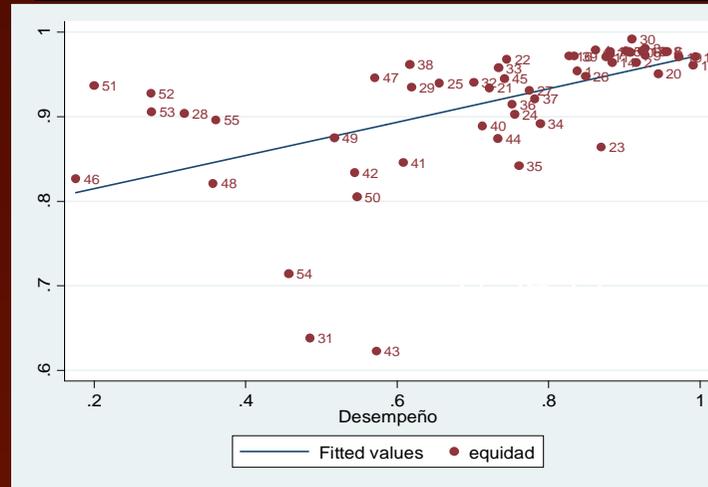
Coefficiente de correlación	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad neonatal	Mortalidad infantil	Mortalidad adultos
Descentralización	0.481	-0.465	-0.5043	-0.4955
	0.0017	0.0025	0.0009	0.0012
Separación y esp funciones	0.3466			-0.354
	0.0285			0.025
Segmentado	0.4489	-0.3738	-0.3315	-0.4413
	0.0037	0.0175	0.0366	0.0044
Densidad de Medicos	0.4533	-0.5576	-0.503	-0.4452
	0.0033	0.0002	0.0009	0.004
Capacidad de respuesta	0.5621	-0.5924	-0.5488	-0.5559
	0.0002	0.0001	0.0002	0.0002
Logro metas	0.8002	-0.7557	-0.6851	-0.8165
	0	0	0	0

Descentralización, separación de funciones y capacidad de respuesta presentan relación positiva en la esperanza de vida de sus habitantes y en la mortalidad de los adultos.

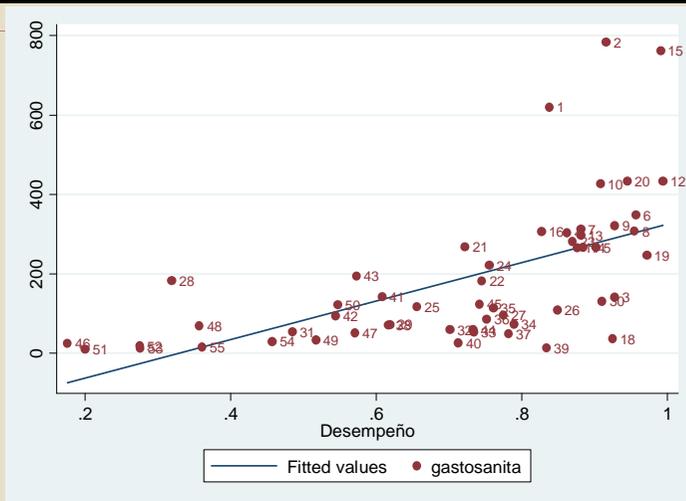
## CAPACIDAD Y GASTO



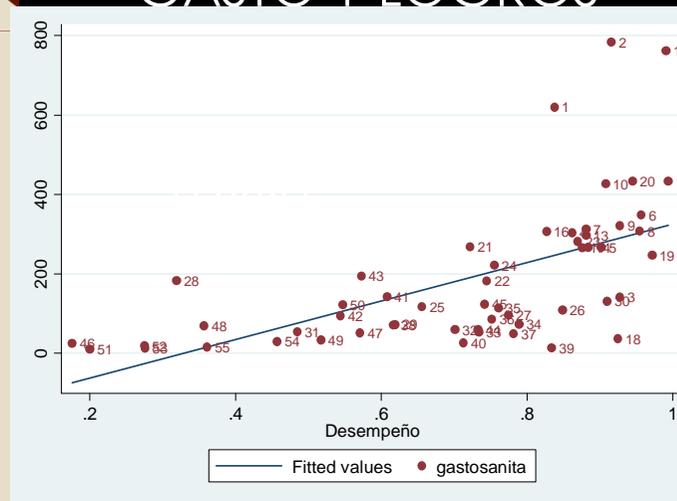
## EQUIDAD Y DESEMPEÑO



## GASTO Y DESEMPEÑO



## GASTO Y LOGROS



Cada uno de los puntos de grafico de matrices representa un país, el coeficiente de correlación cuantifica la relación del grafico, el gasto es asociado con mejores niveles de desempeño y logro

Fuente: Cálculos propios ACHC, 2010.

REGRESAR

# Mirar adentro

- Componentes esenciales, Que se debe preservar del actual modelo?

## A. Solidaridad y Equidad

- La equidad se produce cuando todos los individuos están detrás de un "velo de ignorancia", incapaces de conocer sus condiciones de vida o los de sus compañeros John Rawls (1971).
- La solidaridad se ha definido como una cooperación no calculada basada en la identificación con una causa común »(Houtepen y Ter Meulen 2000a).

## B. La correlación público/privado en la asistencia

### • ACUERDOS INTERORGANIZACIONES

- Las fronteras entre sectores se han convertido cada vez más borrosa, por lo que incluso cuando se habla de la combinación público-privado en la atención de salud, se hace referencia ya no a una mezcla entre dos sectores claramente definidos, sino a una variedad de interorganizacionales acuerdos
- (Saltman 2003).

## C. Paquete de beneficios

- F. Participación ciudadana

## D. Libertad de escogencia

- La libertad de escogencia de las IPS aunque encuentra limitaciones normativas, cuando se ha contemplado se ha hecho como una regla, un principio y un derecho de los usuarios.

## E. El sistema de garantía de calidad

## Ejemplo COLOMBIA



**Existen características comunes y esenciales que debe tener siempre un sistema de salud.**

- Si la decisión es cambiar no se puede dar el lujo de perder lo ganado, se debe preservar lo bueno del actual modelo y apropiarse lo que funciona en otros países del mundo

REGRESAR

# PARA QUE?

## GARANTIZAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN

- Preservar-recuperar-mantener
- Salud-enfermedad
- Perfil epidemiológico
  
- Indicadores: simples o compuestos
- Desde listados hasta cargas.

EJEMPLO COLOMBIA

REGRESAR 

## DERECHO A LA SALUD- PAQUETE DE BENEFICIOS

# QUE?

- No hay una definición óptima de cual es el mínimo aceptable, así dentro de la región se ha encontrado que todos tenían un plan mínimo obligatorio pero sus definiciones eran demasiado amplias o vagas y había grandes diferencias entre los países respecto a lo incluido en el mismo.
- **+ - PATOLOGIAS**

REGRESAR

COSTO V. S. EFICIENCIA

# MODELO DE ATENCIÓN



CURATIVO

PREVENCIÓN Y  
PROMOCIÓN

DETERMINANTES  
DE RIESGO

COMO?

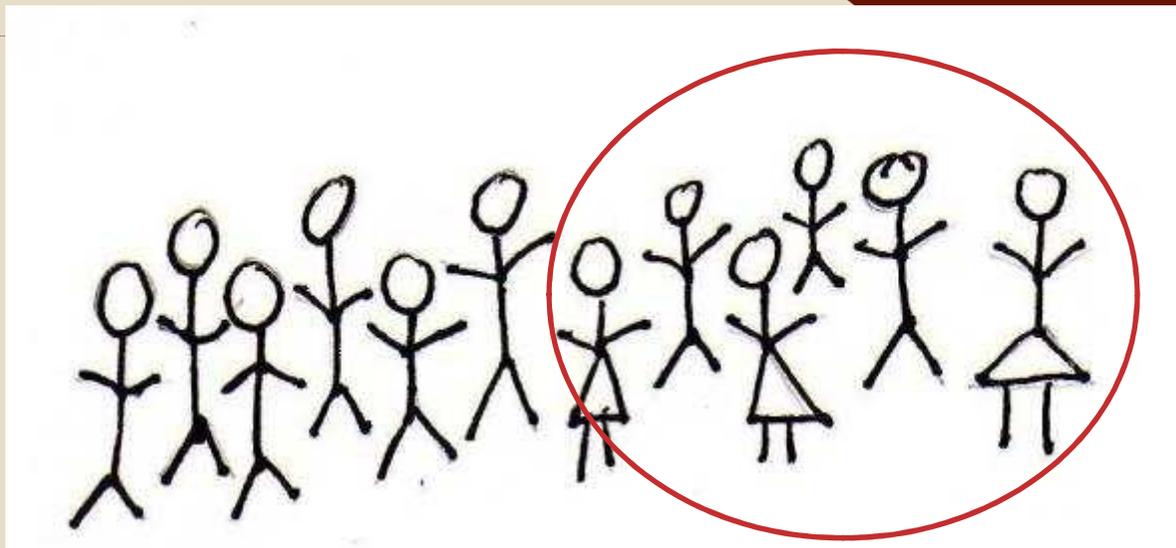
REGRESAR



*La SALUD como derecho que tiene la población en su totalidad.*

### LIMITACIONES PRESUPUESTALES vs COBERTURA

*El éxito depende del modelo que se elija el cual debe propender por reducir la diferencia entre la cobertura teórica y la real.*



Universal  
Focalizado  
Fragmentado  
Segmentado



**A  
QUIEN?**

# CUANTO?

IMPUESTOS GENERALES

APORTES-  
COTIZACIONES



?

GASTO PRIVADO

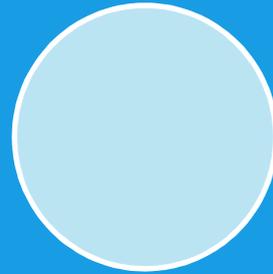
*Debe asegurarse mecanismos o instrumentos que garanticen la **solidaridad** y eviten los problemas inherentes a la selección de riesgos.*

REGRESAR

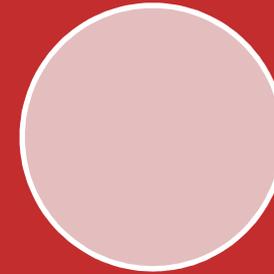
# Enfoque



PUBLICO.sns



MIXTO.cc



PRIVADO.sss



○ INEFICIENTE

○ **IDEAL?**

- INEQUITATIVO
- INHUMANO

Si pero con  
Sistema de Información  
Inspección y Vigilancia  
Regulación y  
control social

REGRESAR

# VISIÓN

- ◉ **Sistema humanista**, es decir, los ciudadanos, los usuarios, los pacientes tienen que ser los ejes del modelo. Los otros eslabones: los hospitales, los aseguradores, el gobierno, tienen que ser medios para llegar a que esos seres humanos tengan un mejor nivel de salud.
- ◉ **Sistema prevencionista**, es decir, un sistema que salga a buscar los sanos y no solamente espere los enfermos como nos viene ocurriendo hasta el día de hoy.
- ◉ **Un sistema donde la calidad sea un atributo** y no un sobrecosto, ese es un punto central del próximo sistema de salud, el tema de la calidad.
- ◉ **Un sistema resultadista**, es decir todo lo que tiene que ver con cobertura, con gasto y otras cuestiones, apenas son unos resultados intermedios que sirven para conseguir unos cambios positivos en el perfil epidemiológico de la población.
- ◉ **Un sistema bien gobernado y regulado** Son muchas las instituciones y muchos los niveles nacionales, subnacionales, locales, regionales, que tiene un sistema de salud.
- ◉ **Un sistema racional**, hay que hablar de la eficacia clínica y de la eficiencia económica, pero también disminuir los costos de transacción y propender porque el sistema lo entiendan los ciudadanos
- ◉ FUENTE: ACHC-2010

REGRESAR

# Participación ciudadana I

- Consumidores de salud
- Leap Frog –Financiadores y diseño de sistema
- El gobierno es más un "proceso que una institución » y uno de sus componentes esenciales para la gobernanza es el de "sociedad civil" (Fukuyama 1995; Putnam 2000).
- La gobernabilidad puede ser visto como el proceso de toma de decisiones responsables en la sociedad, el papel del individuo está cambiando, de un consumidor pasivo hacia un papel más activo participante tratando de obtener sus derechos en última instancia por la vía legal.
- Este "enfoque de derechos, el acceso a la combinación de los servicios de salud (voz) y el concepto emergente de la libre elección del asegurador (de salida), puede animar a la salud los responsables políticos prever mejor las necesidades de los consumidores.

# Participación ciudadana II

- La participación ciudadana en salud consiste en dotar al ciudadano de la capacidad para declarar sus preferencias respecto a los programas y la calidad que esperan recibir teniendo en cuenta las posibilidades técnicas y presupuestarias.
- En la medida en que la población percibe que las decisiones de política en salud afectan a su grado de bienestar, la participación constituye “un bien necesario” a través del cual se legitiman las decisiones públicas, y estas son más proclives a ser eficientes en la medida que están basadas en las preferencias de colectivos de potenciales usuarios y ciudadanos.

REGRESAR



# SINTESIS BID

- En general, un sistema segmentado, como aquel característico en América Latina, *requiere de mecanismos de coordinación asociados con las características propias del país*. Para ello es primordial instituir normativas coherentes y flexibles y un modelo de información disponible que permita establecer un diagnóstico certero de las necesidades de la demanda, y la construcción de una matriz de indicadores que den lugar a las reformas. En este contexto, los organismos internacionales de crédito tienen un papel fundamental en brindar apoyo en esta dirección, de modo de contribuir con el conocimiento de la experiencia internacional al éxito de sistemas de salud en constante evolución.

FUENTE: Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica de los estudios de caso., HOMEDES , Nuria y UGALDE Antonio.

REGRESAR



# SINTESIS BANCO MUNDIAL

El logro de los objetivos del sector de la salud es difícil por muchas razones, una de las cuales es que pueden existir conflictos entre estos. La naturaleza de las medidas de reforma y de los sistemas de salud varía de un país a otro, en parte debido a necesidades diferentes y al grado en el cual sociedades distintas asignan valores relativos diferentes a estos objetivos.

Dadas las inequidades sociales graves en las sociedades latinoamericanas, así como las limitaciones económicas actuales, los esfuerzos para mejorar la equidad en la distribución de la atención de la salud y la eficiencia general son particularmente necesarios.



REGRESAR

# SINTESIS OMS

Muchos países han experimentado cambios a sus sistemas de salud, pero estos cambios a veces no han constituido verdadera reforma. En algunos casos, los cambios pueden no haber sido concebidos para tratar primariamente los objetivos de salud, mientras que en otros pueden haber dejado de abordar el sector de la salud de una manera integral.

Además, aunque se formule como una reforma óptima, no se garantiza el éxito ya que algunas iniciativas se han enfrentado con dificultades en la aceptación y ejecución, y no ha transcurrido el tiempo suficiente para evaluar adecuadamente la sostenibilidad de otras. En realidad, hasta la fecha, en la Región de las Américas, a pesar de un número amplio de iniciativas, existen escasos ejemplos de procesos de reforma que han logrado demostrar el mejoramiento sostenible en los tres objetivos principales: el acceso equitativo, la calidad y la eficiencia.

*Esto sigue siendo un reto fundamental*

REGRESAR 

# DIAGNOSTICO

- USO INFORMACIÓN
- REGULACIÓN
- PLANEACIÓN
- TECNOLOGIA
- FORMAS DE CONTRATACIÓN
- MODELO
- VISIÓN
- TARIFAS Y PAGOS
- FINANCIACION
- FUNCIÓN



# ALTERNATIVA AD

- FORMAS DE CONTRATACIÓN
- TARIFAS Y PAGOS
- FINANCIACION
- MODELO
- TECNOLOGIA
- USO INFORMACIÓN
- VISIÓN
- PLANEACIÓN
- REGULACIÓN
- FUNCIÓN



## Carga de Enfermedad según indicadores y estudios AVISA: Años de vida saludable PERDIDOS. (Un indicador mayor es mas malo)

Indicador	Colombia 1995	Colombia 2005	Chile 2004	Australia 2003	IMSS * 2000
<b>AVISAs totales por 1000</b>	174,1	<b>279,6</b>	233,8	132,4	162,9
<b>AVD por 1000</b>	62,5	<b>207,3</b>	182,3	68,1	111,8
<b>APMP por 1000</b>	111,6	<b>72,2</b>	51,4	64,3	51,1
Esperanza de vida total al nacer (años)	67,7	<b>73,3</b>	75,9 *	80,7	76,3

A pesar de la sustancial reducción de la violencia, las enfermedades crónicas aumentan

Un sistema de salud existe para mejorar la salud a la gente. El sistema ha aumentado sustancialmente la cobertura pero la salud de la gente ha mejorado.?

Fuente: Jesús Rodríguez García. Estudio de carga de la enfermedad. Cálculo de los autores, Begg S et als (2007), Ministerio de Salud de Chile (2008) .

\* IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

[Regresar](#)