

LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

Observaciones sobre CANADA y ARGENTINA

Resumen:

Canadá y Argentina son dos naciones igualmente jóvenes, con territorios extensos y una cantidad de habitantes semejante, que presentan en la actualidad contextos políticos, económicos y sociales muy distintos.

Sus sistemas de salud se fueron configurando con algunas semejanzas (el sentido federal de su organización), y varias diferencias (cobertura, equidad y calidad). Ambos países enfrentan la necesidad de implementar nuevas reformas sanitarias para mejorar la performance de sus sistemas de salud.

Este trabajo describe las principales características de ambos sistemas de salud, y enuncia las principales medidas propuestas en cada caso, destacando las coincidencias encontradas en ambos senderos de reformas sectoriales propuestos.

Canadá y Argentina, algunos rasgos que caracterizan a estos dos países:

Canadá es un país inmenso, que ocupa el extremo norte del continente americano, y contiene una gran diversidad de grupos étnicos y de paisajes. Cada región posee unas características peculiares que diferencian a los habitantes de manera bastante bien definida. La identidad canadiense es una extraña mezcla de regionalismo firme y resignado nacionalismo.

El 1ro. de Julio de 1867, el Parlamento británico aprobó la British North América Act, por la que se creaba una Confederación formada por Notario (Alto Canadá), Québec, (Bajo Canadá), Nueva Brunswick y Nueva Escocia, que se llamó "Dominio de Canadá". El Acta Constitucional de 1897 se encarga –entre otras cuestiones- de establecer la distribución de responsabilidades entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales. En su sección 91 define la primacía del gobierno federal en el rol del manejo de la economía, relaciones externas, política migracional y legislación criminal; mientras que la sección 92 define el rol social de las provincias, incluyendo cuidados sociales, educación, legislación civil y agricultura.

Con la llegada del siglo XX, Canadá vivía una prosperidad y progreso provisionales. El fin de la segunda guerra mundial dejó a Canadá en una posición de relativa fortaleza y su nivel de vida experimentó un vertiginoso desarrollo. El poder del gobierno federal aumentó de manera importante, y permitió sentar las bases del estado de bienestar canadiense. El desarrollo de un sistema para el cuidado de la salud, como parte de la respuesta organizada desde la sociedad para atender a los problemas de enfermedad de los habitantes de aquel país, comienza a desarrollarse a mediados del siglo XX, y forma parte del desarrollo de políticas de bienestar social, propias del modelo de estado benefactor que desarrolló Canadá

Canadá es una nación conformada por diez provincias y tres territorios nacionales, y la multiculturalidad se ha convertido en la política oficial del gobierno a partir de los ´70. La población aumentó un 50% entre los años 1946 y 1961, y

llega a ser de algo más de 30 millones para el año 2001. Para mayo del 2001 la población de Canadá era de 30.007.095. 49% son hombres. Se trata de una población con clara tendencia al envejecimiento. Desde 1996 hasta 2001 la población total creció sólo un 4%. En promedio, los grupos familiares están constituidos por 2.6 personas. Tres cuartas partes de la población viven en una franja territorial de 320 Km. de ancho, a lo largo de la frontera con EEUU. Para el 2001 Canadá se ha convertido en hogar para 5.4 millones de inmigrantes, representando el 18% del total de la población.

Año 2001	CANADA¹	ARGENTINA²
Población total	30.007.095 hab.	36.260.130
Entre 0 – 14 años	19%	28%
Entre 15 – 64 años	68%	62%
65 años o más	13%	10%

Argentina, con algo más de 36 millones de habitantes, es un extenso país ubicado a lo largo del extremo sur de América Latina; junto con Chile, Uruguay y Paraguay conforman el Cono Sur de nuestro Continente. Se trata de un país relativamente joven, y la formación de su Estado Nacional se consolida también en la segunda mitad del siglo XIX, ligado a la creciente economía agro exportadora y sus productos derivados, estructurada en torno al mercado capitalista mundial.

Argentina es una nación integrada por 24 provincias, y su forma política de gobierno es la de una democracia representativa y federal. Su historia contemporánea durante el siglo XX ha estado marcada por la inestabilidad política y económica, alternando períodos de gobiernos democráticos con violentas dictaduras militares, así como también períodos de crecimiento económico y justicia distributiva, seguidos de crisis de estancamiento económico, déficit fiscales crecientes e incremento de la deuda externa.

La crisis económica, el desempleo, la precarización del trabajo, fueron alterando profundamente el sistema durante los '90, desembocando en una aguda crisis terminal -política y económica- sobre finales del año 2001, con recesión persistente del aparato productivo; incremento del desempleo; liberación del tipo de cambio con peligro de retorno de la inflación; demanda interna comprimida; incremento de la pobreza y de la indigencia; ausencia de acceso a financiamiento interno ni externo; crisis política e institucional que ocasionó el recambio de 5 Presidentes en menos de 6 meses.

Poco a poco los argentinos intentamos recuperarnos como nación y como sociedad, reconciliando a la política con el conjunto de la sociedad civil, y comenzando a mejorar algunos indicadores macroeconómicos a partir fundamentalmente de las actuales posibilidades y ventajas comerciales relacionadas a la exportación de nuestra producción agrícola. Sin embargo, el saldo de una década de políticas económicas neoliberales y de corrupción, se expresa en la profunda inequidad social con niveles de pobreza y de indigencia

¹ Chandrakant P. Shah, "The demography of canadian population", Chapter 4: Determinants of Health and Disease, Page 102; *Public Health and Preventive Medicine in Canada, Fifth Edition, Elsevier Saunders, Toronto, 2003.*

² Censo 2001. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – Argentina. www.indec.mecon.ar

que afectan a más de la mitad de la población, condenadas a sufrir carencias reales en materia de salud, alimentación y condiciones materiales de vida³.

El Sistema de Salud en Canadá:

“...Probably nothing so potently represents Canada to Canadians as medicare: it ensures treatment for us when we're sick, it is our amulet against becoming a clone of the United States, and our most powerful icon of social justice...”

Canadian Health Services Research Foundation

El sistema de salud canadiense combina un sistema de proveedores de servicios de salud privados, con un sistema de financiamiento público. El Sector Privado no puede financiar los servicios juzgados médicamente necesarios para los residentes de Canadá

Canadá no tiene un Sistema de Salud simple, sino más bien se trata de 10 sistemas provinciales y 3 territoriales con guías federales uniformes. Es un sistema descentralizado, administrativa y políticamente, que reúne sobre una base voluntaria a 13 Sistemas de Salud.

La constitución legal del sistema de salud canadiense está basado en tres pilares: *The Constitution Act –1867-* la cual se encarga de establecer la distribución de responsabilidades entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales; *The Canadian Health Act –1984-*, que define los términos y condiciones nacionales; y *The Canadian Health and Social Transfer Act –1996-* que fija y regula las condiciones para las transferencias fiscales desde el gobierno federal a las provincias.

En 1947 Saskatchewan es la primer provincia que introduce un plan de aseguramiento de hospitalización para todos los residentes en su territorio. Le siguieron British Columbia en 1949 y Alberta en 1950. En 1961 el “Hospital Insurance and Diagnostic Services Act” se encontraba funcionando en todas las Provincias y Territorios y cubría al 99% de la población. La contribución federal para el financiamiento de este seguro era del 50% de los costos de atención hospitalaria y diagnóstica.

En 1961 Saskatchewan extiende su seguro a los servicios médicos extrahospitalarios. En 1965 la “Royal Commission on Health Services”, dirigida por el Ministro de la Suprema Corte de Justicia Emmett M. Hall, recomienda al gobierno federal que fortalezca e incremente su participación en el financiamiento y liderazgo del Seguro de Salud. Para 1971 todas las provincias tenían en marcha Programas derivados del Medical Care Act. Cada Provincia recibía una contribución del gobierno federal igual a la mitad del costo promedio per cápita, multiplicado por el número de asegurados que tenía la Provincia. Como contraparte, las provincias debían garantizar cuatro condiciones: universalidad, portabilidad, cobertura integral y administración pública. Puede decirse

³ Un informe oficial publicado por la OMS/OPS y el Ministerio de Salud de la Nación señala que entre el 20% de los recién nacidos de provincias más pobres se concentra el 25% de la mortalidad infantil y el 38% de las muertes maternas; en el otro extremo, en el 10% de los recién nacidos de las provincias con mayores ingresos se acumula el sólo el 7% de la mortalidad infantil y menos del 5% de la mortalidad materna. (*Situación de Salud en Argentina 2003, OMS/OPS y MSN. www.msal.gov.ar*).

razonablemente que el Sistema de Salud Canadiense, tal como se lo conoce actualmente nace en 1972.

En 1984 los gobiernos federal y provinciales firman la Canadá Health Act que combina, suma y supera a las Hospital Insurance and Diagnostic Services Act y a la Medical Care Act. Establece 5 criterios: Administración Pública (gestión pública de los regímenes de seguro), Integralidad (exhaustividad de los servicios), Universalidad (cobertura universal), Portabilidad (transferibilidad entre las provincias de la protección médica) y Accesibilidad (acceso razonable a los servicios de salud). Por otro lado desalienta la contribución financiera de los pacientes y los coseguros o copagos en los servicios asegurados.

Define a los servicios de salud asegurados (gratuitos en el punto de atención):

- ✓ *Servicios hospitalarios que son médicamente necesarios para el propósito de mantener la salud, prevenir la enfermedad, o diagnosticar o tratar la injuria, enfermedad o discapacidad, incluyendo alojamiento y comidas, servicios médicos y de enfermería, medicamentos y todos los equipamientos médicos o quirúrgicos necesarios.*
- ✓ *Cualquier servicio médico requerido, brindado por médicos en ambulatorio.*
- ✓ *Cualquier procedimiento de cirugía dental que solo puede ser brindado en Hospital.*

Penalidades que impactan en los montos transferidos desde el gobierno federal pueden ocurrir cuando se detecta incumplimiento de alguno de los cinco criterios, o el cobro a pacientes por servicios de salud asegurados.

El “paquete” original de servicios esenciales cubierto por el seguro y garantizado por la Canadian Health Act fue creciendo a través del tiempo, con algunas variaciones entre provincias fundamentalmente en lo que respecta a los “servicios extendidos”. El avance tecnológico, el envejecimiento de la población y los cambios en las expectativas de la sociedad, van transformando lo que inicialmente fuera un seguro público para cubrir costos catastróficos atribuibles a episodios de enfermedad aguda, en un servicio público que inexorablemente presenta una tendencia a expandirse.

Health Canada es el nombre con que se conoce al Departamento Federal de Salud desde 1993. En asociación con los gobiernos provinciales y territoriales desarrolla las políticas de salud, hace cumplir las regulaciones sanitarias, promueve la prevención y aumenta la vida saludable para todos los canadienses. Posee seis oficinas regionales en todo el país.

El modo y los métodos de organización, financiamiento y administración de la salud varía un poco de provincia en provincia, ya que los gobiernos provinciales difieren en sus puntos de vista respecto de la salud, y porque algunos gobiernos provinciales recortan el poder del Ministerio de Salud asignando responsabilidades a otros. Por ejemplo, en British Columbia hay cuatro Ministros responsables por la Salud (Planificación Sanitaria, Servicios de Salud, Salud Mental y de Internaciones prolongadas y cuidados domiciliarios). En Quebec y la Isla Príncipe Eduardo el Ministerio es de Salud y de Servicios Sociales. En algunas Provincias el Ministro de Trabajo es responsable de la Salud Ocupacional, o el Ministro de Educación es responsable de la asistencia a chicos con deficiencias físicas.

La organización funcional y las responsabilidades de la autoridad sanitaria Provincial definen que los servicios de salud provistos directamente por la Autoridad Provincial son los siguientes:

- ✓ Servicios de Salud para población aborigen (cada Provincia aborda de modo particular este tema, en complementariedad con las acciones del gobierno federal)
- ✓ Laboratorios de Salud Pública para la identificación y control de enfermedades epidémicas y endémicas.
- ✓ Salud Ocupacional
- ✓ Servicios de Emergencias

Por otro lado, los servicios que son financiados por la autoridad provincial son:

- ✓ Los Programas del Seguro de Salud garantizados por la C.H. Act.
- ✓ Programa de cobertura para medicamentos ambulatorios
- ✓ Planes y programas de Prevención en Salud Bucal en niños, y de Atención básica de la Urgencia Odontológica.
- ✓ Servicios y equipamiento complementario (para asistencia domiciliaria, etc.) que varía entre las distintas Provincias.

Finalmente, las provincias ejercen actividades de Regulación, Planificación y de Evaluación:

- ✓ Planificación de los Servicios de Salud
- ✓ Sistemas de Información
- ✓ Regulación de los Profesionales de la Salud
- ✓ Estándares y marcos normativos para las Instituciones de Salud
- ✓ Investigación en Salud y Estadísticas vitales

El sector salud ocupa el quinto lugar como sector económico en Canadá, y contrata al 10% de la fuerza de trabajo en ese país. En el año 2002 los canadienses gastaron algo más de cien mil millones de dólares en salud⁴. Los Hospitales reciben su presupuesto por parte del seguro de salud provincial correspondiente, y en su gran mayoría son gerenciados por ONG's sin fines de lucro (organizaciones de bien público que asumen el riesgo y la responsabilidad de la administración de los recursos asignados al establecimiento), de modo tal que se da cumplimiento al principio de "administración pública" contenido en la Canada Health Act. Por su parte, los médicos de atención ambulatoria suelen desempeñarse en sus consultorios privados y gozan de una importante autonomía profesional. El seguro de salud provincial les abona mensualmente sus honorarios mediante el *pago por prestación*. Sólo un 5% de los profesionales tienen alguna otra forma de cobro por sus servicios (salario, capitación, etc.), por ejemplo, ciertas actividades especializadas (psiquiatras en los hospitales, geriatras, médicos en los laboratorios, médicos en los CLSC, etc.). Es decir que, el sistema de salud canadiense combina un esquema de financiamiento público para los servicios de salud cubiertos por los seguros públicos provinciales, con un modelo de prestadores privados, los que reconocen al estado como el único pagador por

⁴ Chandrakant P. Shah Chapter 14, page 429 : "Public Health and Preventive Medicine in Canada", Fifth Edition, Elsevier Saunders, Toronto, 2003.

la prestación de servicios de salud incluidos en los seguros públicos provinciales. Sólo se admite la existencia de seguros privados para cubrir el riesgo devenido de prestaciones de salud excluidas de los seguros públicos; y los establecimientos de salud que funcionen con explícitos fines de lucro no pueden ser simultáneamente prestadores de servicios para el seguro público.

Las personas pueden consultar directamente a un médico especialista, pero existen incentivos para que el primer contacto sea con un Médico de Familia.

Para aquellos servicios cubiertos por el Seguro, las personas tienen acceso libre y gratuito al servicio de salud que elijan y prefieran, presentando su credencial que los identifica.

Es interesante subrayar una lenta, pero cierta, tendencia hacia la privatización del sistema de salud canadiense, y esto pese al amplio apoyo que existe en la población por defender el Sistema Universal de Salud con financiamiento público. Después de un máximo de 77,1% en 1976, el financiamiento público del gasto en salud disminuye paulatinamente para situarse en 70,8% en 1999⁵. Este incremento del gasto privado se refiere a algunos servicios no contemplados en la Canadian Health Act (medicamentos ambulatorios, odontología, etc.) que requieren de un pago directo de bolsillo y/o de un seguro privado.

El sector hospitalario, con el 34% del gasto aparece como el principal rubro del gasto total. Seguido por el sector medicamentos y el pago a médicos con el 14% cada uno. Los tres sectores (Hospitales, Médicos y Medicamentos) consumen el 60% de los recursos⁶, el resto de los recursos es asignado al pago a otros establecimientos no hospitalarios (9,5%), otros profesionales de la salud no médicos (12%), administración pública (6%), inversiones de capital, etc.

Para la “determinación de precios” predomina una lógica de regulación de tipo tecnocrática. Esto se traduce en la necesidad de negociación de las tarifas de los actos médicos a pagar, entre el gobierno por un lado y las asociaciones médicas por el otro (una asociación para los médicos de familia, y otra para los especialistas). Estas asociaciones negocian en forma separada con el gobierno y actúan como verdaderos sindicatos. Los acuerdos sobre tarifas suelen actualizarse cada dos o tres años, teniendo en cuenta las disponibilidades presupuestarias destinadas a salud que tiene gobierno por un lado, y la carga laboral de los médicos por el otro. Como la principal modalidad de pago vigente es la de un fee for service (pago por prestación o por cada acto médico que se realiza), el sesgo distorcivo que se produce es el de la sobre prestación servicios de salud; para poder controlar el entonces el acelerado crecimiento del gasto que esto produce, a partir de 1976 se define no sólo la tarifa de cada prestación, sino también se estima el monto total que el gobierno abona, sobre la base del ingreso promedio del conjunto de los médicos por un número determinado de años por delante, resultando éste un techo presupuestario que sirve para ajustar las tarifas retroactivamente si se sobrepasa la remuneración promedio proyectada.

⁵ CIHI (Canadian Institute for Health Information), National Health Expenditure Trends: 1975-2001. Ottawa, Canadian Institute for Health Research, 2001.

⁶ Canadian Institute for Health Information, The Health Care Dollar. Page 69. *Health Care in Canada, 2003*.

Para controlar comportamientos aberrantes de algunos médicos que presentan una práctica demasiado intensa, se establecieron “techos” individuales (desde 1976 para los generalistas y desde 1995 para los especialistas). Por encima del techo, las prestaciones son pagadas sólo en un 25% de su valor. Es decir que, si un profesional médico factura al seguro de salud provincial una cantidad de prestaciones (consultas y prácticas) que en valor superan el límite de facturación establecido, las prestaciones que facturó por encima de ese monto límite sufrirán un descuento de su valor de hasta el 75%, de modo tal que este mecanismo funciona como un incentivo negativo para evitar la sobre prestación de servicios médicos.

Por otro lado, también existen algunas experiencias aplicadas de incentivos positivos (aumento de la tarifa para incentivar las visitas domiciliarias a pacientes mayores, o por la atención en determinadas horas del día, o para regiones apartadas).

Las tendencias de reforma en la modalidad de pago a los médicos es la de ir evolucionando hacia un modelo capitado para los servicios del primer nivel de atención y un pago fijo (salario) para los especialistas.

Para el año 2001 Canadá contaba con más de 569 Hospitales, con 98.132 camas (de las cuales 2227 camas están destinadas para rehabilitación, 5879 para cuidados prolongados, y 9565 camas en Instituciones de internación psiquiátrica prolongada). Durante los años '90, 275 Hospitales fueron cerrados, fusionados o reconvertidos en otro tipo de servicios. Desde 1985 el número de camas se redujo en un 40% y el número de Programas de Hospitales de Día se incrementaron en un 100%. Para el año 2001 existen 3.9 camas de internación por cada 1000 canadienses (3.3 camas para la internación de pacientes con patología aguda, 0.6 camas para cuidados prolongados)⁷.

Si comparamos a ambos países en cuanto a la cantidad de profesionales de la salud en relación a la cantidad de habitantes, nos encontramos con el siguiente cuadro:

Recurso Humano	CANADA⁸	ARGENTINA⁹
Enfermeras	1:98 habitantes	1:1.250 habitantes
Médicos (OMS, 1 : 655 h.)	1:478 hab.	1:332 hab.
Generalistas/Total Méd.	54%	5%
Farmacéuticos	1:1.259 hab.	1:2.370 hab.
Odontólogos	1:1.786 hab.	1:1.267 hab.
Trabajadores Sociales	1:1.727 hab.	1:10.988 hab.
Psicólogos	1:2.334 hab.	1:843 hab.

La cantidad de médicos –tanto en Canadá como en Argentina- resulta algo menor a lo sugerido por la OMS. Sin embargo, destaco la óptima relación de generalistas (médicos de familia) vs. especialistas que existe en Canadá, así como

⁷ Chandrakant P. Shah Chapter 14: Funding, expenditures and resources, page 454 : “*Public Health and Preventive Medicine in Canada*”, Fifth Edition, Elsevier Saunders, Toronto, 2003.

⁸ Health personnel in Canada 1991-2000; report of the Canadian Institute for Health Information 2002.

⁹ Recursos Humanos en Salud en Argentina 2001; Observatorio de Recursos Humanos en Salud, OMS/OPS Argentina, 2001.

también el adecuado número de enfermeras en relación a la cantidad de médicos. En otras disciplinas de la salud, el cuadro comparativo deja en evidencia la escasa cantidad de trabajadores sociales existentes en el sistema de salud argentino, así como también el número elevado de psicólogos existentes en ese mismo país.

El Sistema de Salud en Argentina:

La cobertura de salud en la Argentina durante la segunda mitad del siglo veinte se estructuró sobre la base de un fuerte esquema de seguridad social financiado por los aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores, y canalizados a través del sistema de Obras Sociales dirigidas por los sindicatos de trabajadores de cada rama de la actividad laboral; coexistiendo este sistema con el de la red de efectores público estatales, fundamentalmente financiados y administrados por los gobiernos provinciales, a partir de los '80 cuando prácticamente finaliza el proceso de descentralización de los Hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales. Al inicio de los '80, el 75% de la población era beneficiaria del Sistema de la Seguridad Social, quedando los servicios de salud pública estatales dedicados a asistir a las población sin cobertura explícita.

En el sistema de salud argentino identificamos tres modelos que coexisten: un modelo de seguro obligatorio con provisión de servicios por contrato (el de la seguridad social conformado por más de 280 agencias aseguradoras sindicales), un modelo público integrado (fundamentalmente en manos de cada una de las provincias) y un modelo de seguro voluntario con provisión de servicios por contrato (más de un centenar de planes pre pagos y esquemas mutualizados).

El alto grado de fragmentación y complejidad del sistema de salud argentino, con una pobre articulación interna, y una debilidad importante de los organismos federales para la regulación del sector, dificulta enormemente el logro de los objetivos sanitarios.

El financiamiento del sector es complejo. El gasto privado de bolsillo¹⁰ es la principal fuente de financiamiento (43% del gasto total), lo que marca la extrema inequidad del sistema. Le siguen los aportes obligatorios de trabajadores y empleadores (34% del gasto total), y el financiamiento público, predominantemente provincial (23% del total).

En el presente esquema de financiamiento y oferta de servicios, el sector salud argentino enfrenta tres importantes desafíos que deberá resolver: la inequidad (manifestada en diferencias significativas en el estado de salud, el gasto per cápita, el acceso a los servicios y el grado de protección financiera), la ineficiencia (producto de la rigidez organizativa, la ausencia de incentivos al desempeño en el ámbito público y la concentración de alta complejidad en detrimento de la promoción y prevención) y la debilidad de su capacidad de regulación.

¹⁰ El "gasto privado de bolsillo" se compone de todos los pagos que deben efectuar las personas en el punto de atención cuando los servicios de salud no son totalmente gratuitos (co-pagos, pagos totales) y también corresponden a esta categoría el pago de cuotas voluntarias para planes de seguros privados.

Los Programas de Reformas Sectoriales de los '90

Durante los años '90, el discurso hegemónico de la clase política y de los gobernantes (tanto en Canadá como en Argentina) fue el de la necesidad de reducir o eliminar el déficit fiscal que venía creciendo, contener el gasto público, y reformar el estado.

En Canadá, la participación del gobierno federal en el financiamiento del sistema de salud mostraba una tendencia constante a decrecer, motivo por el que la problemática del "ajuste" quedó fundamentalmente en manos de los gobiernos provinciales. La mayoría de las provincias establecieron comisiones "ad hoc" para revisar sus propios sistemas de salud. Estas comisiones provinciales coincidieron en reportar que las estructuras y procesos de gestión resultan anticuadas y que varias de las intervenciones médicas usadas comúnmente carecen de probada eficacia; también señalaron que el nivel de coordinación de acciones sanitarias resulta escaso y que los tipos de cuidados que se proveen están más basados en los intereses de los proveedores que en las necesidades reales de la población.

Sobre la base de estos reportes, las provincias canadienses desarrollaron planes de intervención que apuntaron a mejorar la gobernancia del sistema; reasignar los recursos sanitarios desde los efectores de internación hacia los servicios ambulatorios y programas preventivos desarrollados en la comunidad; contener el gasto hospitalario, el gasto médico y el gasto en medicamentos; expandir los servicios de cuidados prolongados basados en la comunidad, incluyendo cuidados domiciliarios; expandir cuidados de enfermería domiciliarios y las camas de cuidados crónicos.

Las iniciativas específicas desarrolladas por las Provincias fueron:

- ✓ Reducción los días de internación en los Hospitales de Agudos, y reestructuración de la infraestructura hospitalaria:
- ✓ Expansión de cuidados domiciliarios de enfermería y de otro tipo de cuidados de larga estadía para pacientes crónicos:
- ✓ Incremento de la disponibilidad de servicios integrados de cuidados en la comunidad.
- ✓ Poner mayor énfasis en la evidencia de efectividad y de eficiencia de los procedimientos diagnósticos y medicamentos utilizados.
- ✓ Regular la competencia de la práctica de las distintas profesiones del campo de la salud, incrementar la responsabilidad de los profesionales, y legitimizar otros tipos de prácticas de salud.
- ✓ Restringir el número de profesionales proveedores de servicios de salud.
- ✓ Restringir el ingreso de los médicos y modificar los patrones de financiamiento.
- ✓ Reformular precios de medicamentos y volumen de drogas dispensadas a través de planes provinciales.
- ✓ Descentralización, responsabilidades en el nivel regional y local.]
- ✓ Mejorar los Servicios de Información Sanitaria y expandir la capacidad de investigación y evaluación en relación a las innovaciones tecnológicas que van apareciendo en el mercado.

La economía del Canadá creció un 17% en el período 91-96, mientras que el gasto en salud sólo creció un 6% en ese mismo período. La población en general se mostró inicialmente conforme con las medidas de gobierno que procuraban

contener el déficit fiscal y equilibrar las cuentas públicas, sin embargo, los “recortes” sufridos en el Sector Salud fueron mayores que los que se esperaban, y en algunos casos fueron demasiado dramáticos y rápidos. Esto impactó negativamente en el sentimiento del pueblo canadiense respecto de las bondades de su sistema de salud, y se fue incrementando la sensación de la necesidad de un nuevo ciclo de reformas que mejore la calidad de los servicios y satisfaga las necesidades de atención de la población.

Para 1999 sólo el 24% de los canadienses calificó al Medicare como bueno o excelente (en 1991 el porcentaje era del 61%). El 59% opinó que el Sistema de Salud requiere cambios profundos e importantes. Los principales problemas manifestados están en relación a la falta de acceso a médicos y a camas de internación. Para el año 2000 Canadá calificó en el trigésimo puesto en la evaluación de la OMS.¹¹

El programa de reformas sanitarias en Argentina durante los ´90, forman parte de un programa de “Reforma del Estado” mucho más amplio que presenta como marco jurídico principal a las leyes de reforma del Estado y de emergencia económica (1989) y el decreto de desregulación económica (1991), normas que marcaron el camino de la desregulación, las privatizaciones y la libertad de contratación para el sector salud.

Analizando las medidas tomadas y la filosofía que parecen sustentarlas, podemos decir que no existió mucho interés en lograr mejorar la equidad del sistema en su conjunto, la integralidad o la cobertura universal, sino que se pretendió mejorar en algo la eficiencia, garantizar una cobertura mínima y promover la competencia entre aseguradoras y entre proveedores. En este sentido se inscriben las normas que establecen:

- ✓ La libre elección de los afiliados de las Obras Sociales Sindicales.
- ✓ El Plan Médico Obligatorio (PMO) como canasta básica de servicios a garantizar en la seguridad social.
- ✓ La libertad de contratación entre aseguradores y proveedores
- ✓ La capacidad de los Hospitales Públicos a facturar a terceros pagadores por la atención de personas con cobertura (*Dcto. 578/93 de Hospital de Autogestión*)
- ✓ La posibilidad de fusión de Obras Sociales inviables, etc.

Sin embargo, los resultados del programa de reformas de los ´90 en Argentina, no alcanzó los objetivos perseguidos por sus impulsores. Por otro lado, la profundización y el aceleramiento de la crisis socio-económica, que culmina en uno de los peores procesos de deterioro económico sufrido por el país, ingresando al default del pago de su deuda externa y a la necesidad de devaluar la moneda, culminó llevando las cifras de pobreza e indigencia a niveles jamás alcanzados, con las consiguientes demandas sociales y sanitarias propias de una verdadera emergencia sanitaria, que exigió por parte de las autoridades sanitarias federales y provinciales el máximo esfuerzo para evitar y/o contener la devastadoras consecuencias de la injusticia y la inequidad sobre más de la mitad de la población del país.

¹¹ The world health report 2000 - health systems: improving performance; <http://www.who.int/whr/2000/en/>

Un nuevo ciclo de reformas....el futuro de estos dos sistemas de salud:

Canadá está constantemente bombardeado por mensajes acerca de las supuestas bondades del sistema de salud americano, y las consecuencias de una década de ajustes sumó disconformidad entre los ciudadanos respecto de los servicios de salud. Entre 1996 y 2002, trabajaron intensamente varias comisiones de expertos para la elaboración de documentos que guíen el futuro de las reformas sanitarias en Canadá, con el objetivo de recomponer esta situación.

Se destacan 5 Reportes Provinciales (Alberta, New Brunswick, Ontario, Quebec y Saskatchewan) y 3 Reportes Nacionales (National Forum, Kerby y Romanow). A continuación, algunos comentarios sobre los 9 temas centrales de la reforma abordados en estos documentos:

1. Focalización en la Salud de la Población: Todos los reportes reconocen la necesidad de incrementar los esfuerzos en la Promoción de la Salud y enfatizar la tarea sobre los determinantes no-médicos de la salud. Es decir, mejorar el estado de salud de la población a través de otros mecanismos por fuera del Sistema de Atención Médica tradicional.
2. Reformas en el Primer Nivel de Atención: Todos los reportes coinciden en la necesidad de re estructurar el modelo de provisión de servicios en la primera línea de atención. Los conceptos de equipo interdisciplinario de salud; trabajo en red; población a cargo; nuevas modalidades de contrato y de pago; garantía de servicios 24 hs al día durante los 7 días; el eje en la promoción de la salud y la prevención, son temas comúnmente tratados en todos los reportes.
3. Regionalización: Prácticamente todos los reportes coinciden en la necesidad de crear nuevas estructuras regionales y/o mejorar las existentes. Todas las Provincias tienen algún tipo de esquema de descentralización territorial en Regiones Sanitarias, a excepción de Ontario.
4. Financiamiento del Sistema de Salud: Progresivamente la cuestión de cómo financiar el sistema de salud en Canadá se convierte en un tema central. Hay suficiente dinero?, quién paga y por qué?, se necesita incrementar los impuestos?, debe el sector privado con fines de lucro ser involucrado en el sistema de salud? Todas estas cuestiones han sido materia de intensos debates públicos durante el trabajo de las comisiones para las reformas.
5. Medicamentos: Esta cuestión aparece con más fuerza en los reportes de las comisiones nacionales. La variabilidad de coberturas públicas parciales para el gasto en medicamentos ambulatorios es enorme entre las Provincias. Las mismas han implementado Planes de Cobertura focalizados para algunos grupos sociales (indigentes, mayores de 65 años, tratamientos especiales y prolongados, etc), pero las deducciones, los copagos y las modalidades de cobertura son tan heterogéneas, que provocan diferencias en el gasto de bolsillo para los pacientes que en algunos casos pueden llegar a multiplicarse por 10. En este caso, el National Forum recomendó que se formulara un Programa de Medicamentos universal y nacional, mientras que las Comisiones Kerby y Romanow se han inclinado por garantizar la cobertura de medicamentos especiales (de alto costo y baja incidencia de uso).

6. Recursos Humanos: Luego de los ajustes de la década del 90 que también impactaron en la dotación de recursos humanos en salud (programas de retiro voluntario, reducción en el número de vacantes para ingresar a las carreras de Medicina y Enfermería, etc), las Comisiones han coincidido en señalar el requerimiento de mayor número de proveedores de servicios de salud educados, entrenados y trabajando en Canadá.
7. Calidad, Evaluación de la Performance y Sistemas de Información: Todos los reportes han coincidido en la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, de medir la performance de los mismos, y contar con mejores sistemas de información destinados a apoyar la elaboración de políticas, la planificación, la gestión y las actividades de investigación. Hay un enorme esfuerzo nacional auspiciando estos emprendimientos desde el Canadian Institute for Health Information (CIHI).
8. Gobernanza y responsabilidad: Los reportes han puesto énfasis en la necesidad de mejorar la relación interjurisdiccional entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales.
9. Cuidados domiciliarios: La necesidad de desarrollar este tipo de servicios y de incluirlos dentro del Programa de cobertura del Seguro Nacional ha sido expresado en los tres reportes nacionales.

Podemos decir entonces, que particularmente el 2002 ha sido un año de mucho “movimiento” alrededor de la cuestión del sistema de salud en todo Canadá. Un período de reportes, negociaciones y de mayores inversiones de recursos al sistema. El 2003 se ha transformado entonces en el año del comienzo de las reformas acordadas, a partir del *First Ministers' Accord* celebrado en febrero de ese mismo año. Algunos de los compromisos en ejecución son:

- El gobierno federal incrementó en algo más de treinta y cuatro mil millones de dólares canadienses la CHST (aporte federal) por los siguientes cinco años. Esto incluye una asignación específica de 17 mil millones en los primeros tres años destinados principalmente a apoyar reformas provinciales en atención primaria, cuidados domiciliarios y cobertura de medicamentos especiales.
- Se creó el Consejo Federal de Salud.
- Se destinaron fondos especiales para el equipamiento médico diagnóstico y terapéutico que se evalúa insuficiente.
- Los gobiernos federales y provinciales se comprometieron a priorizar el desarrollo de más y mejores sistemas informáticos de gestión sanitaria.

Mientras todo esto sucedía en Canadá durante los años 2002-2003, Argentina intentaba superar las primeras consecuencias sanitarias más inmediatas de la crisis política y económica del 2001. El gobierno federal argentino -a través del Ministerio de Salud de la Nación- puso en marcha un importante trabajo para la búsqueda de consensos con todos los Ministros y Secretarios de Salud de las provincias, recreando vigorosamente el COFESA (Consejo Federal de Salud). Es en este ámbito institucional desde donde se elaboran y acuerdan las “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”, un extenso documento refrendado por el gobierno federal y todos los gobiernos provinciales, que cuenta con una extensa

descripción sobre la situación actual de salud en Argentina y sobre los problemas de nuestro sistema sanitario, destacando:

- ✓ los problemas de cobertura desigual,
- ✓ falta de definición del modelo prestacional,
- ✓ fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos,
- ✓ escasez de asignación de recursos para la prevención,
- ✓ desigualdad en el acceso a los servicios de salud,
- ✓ elevada morbi-mortalidad materna e infantil que puede ser evitable,
- ✓ falta de planificación de los recursos humanos,
- ✓ falta de capacidad regulatoria sobre el ingreso y disposición de tecnologías,
- ✓ fuertes inequidades entre jurisdicciones e intraprovinciales,
- ✓ crisis del sector privado,
- ✓ baja capacidad de rectoría por parte del Estado.

El Plan Federal de Salud, difundido a partir de mayo del 2004, propone iniciar un “sendero de reformas” que tienda a la integración plena del sistema público (provincias y municipios) y el cuasi público (obras sociales provinciales, mutuales, PAMI¹²) acotando la dispersión y fragmentación de estos componentes del sector. En este sentido, podemos resumir en las siguientes propuestas para desarrollar en el próximo trienio:

1. En cuanto al modelo de atención:

- 1.1. Jerarquizar y acreditar las acciones de promoción de la salud y de prevención
- 1.2. Lograr un compromiso federal para garantizar la cobertura y el acceso a un nivel básico de prestaciones (NBP) para todos los ciudadanos
- 1.3. Promover la conformación de redes integradas de servicios, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.
- 1.4. Identificar y referenciar a todos los ciudadanos hacia alguna de las redes de servicios, para lo cual se propone contar con un sistema de identifique unívocamente a todos los ciudadanos a través de una Clave Única de Salud.
- 1.5. Desarrollar un sistema de habilitación categorizante de los efectores de salud que incentive al aumento de la calidad en los servicios de salud.
- 1.6. Fortalecer a los hospitales públicos, mejorando la gestión y el financiamiento de los mismos.
- 1.7. Promover el desarrollo de seguros públicos de salud con base en las provincias, comenzando por la implementación de un Seguro Materno Infantil.
- 1.8. Continuar con el programa de accesibilidad a medicamentos esenciales (Programa Remediar)

2. En cuanto al modelo de gestión:

¹² Se denomina de esta manera a la Obra Social Nacional que debe garantizar la cobertura sanitaria de todos los jubilados y pensionados en Argentina.

- 2.1. Implementar acuerdos de gestión entre Nación – Provincias, teniendo en cuenta el acentuado carácter federal de la organización política de Argentina.
 - 2.2. Desarrollar sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud.
 - 2.3. Mejorar la calidad desde la perspectiva del modelo de gestión organizacional y asistencial.
 - 2.4. Ordenamiento racional, planificación y distribución racional del recurso humano.
 - 2.5. Creación de una Agencia federal de regulación de tecnologías con capacidad para evaluar y controlar la incorporación y uso de tecnologías sanitarias.
3. En cuanto al modelo de financiación:
 - 3.1. Desarrollar un Seguro Nacional para la cobertura del riesgo financiero por enfermedades especiales (de baja incidencia y alto costo).
 - 3.2. Evitar la selección adversa, asignando cápitas ajustadas según riesgo a los agentes de los seguros de salud.
 - 3.3. Crear un Fondo Federal Compensatorio
 - 3.4. Lograr una paulatina homogenización y fortalecimiento del sistema de Obras Sociales Nacionales.

Comentarios finales:

Los siguientes párrafos -seleccionados de un trabajo de André-Pierre Contandriópoulos¹³, tal vez nos ayuden a pensar en las políticas de salud que Canadá, Argentina y varios países más del continente americano necesitan; que definitivamente orienten las reformas hacia la construcción de un Sistema de Salud más digno para la gente, justo, solidario y equitativo en el alcance de sus acciones, progresista y democrático en su gestión, y eficiente en su administración:

“...Aún cuando numerosos Estados parecen favorecer el desarrollo de su sistema de salud a través del debilitamiento del componente público, es posible todavía destacar la necesidad de reafirmar este sector para contribuir a alcanzar los grandes objetivos sociales. Que esta opción sea propuesta dentro de un país particularmente rico donde los medios de dirigirse al sector privado no faltan, y donde no pueden evitarse las influencias culturales de su vecino, es sin duda una fuente de reflexión que merece un análisis detenido...”

“...Canadá ha sido beneficiado por condiciones particulares tales como la presencia de valores profundos de redistribución de la riqueza entre ricos y pobres, entre sanos y enfermos, y también de una estructura política particular que

¹³ André-Pierre Contandriópoulos y otros; *Entendiendo las transformaciones de los sistemas de salud. Una perspectiva canadiense*. Departement Administration de la santé et Unité de Santé Internationale. Université de Montreal ; año 2000.

ha conducido a una dinámica única entre sus componentes federal y provincial. Esta situación ha incentivado el desarrollo de un Sistema Social interesante...”

“...Canadá muestra que los grandes valores que dieron origen a los programas sociales de post-guerra mantienen toda su vigencia en la actualidad y que los medios para responder a sus problemas deben todavía ser imaginados...”

Observando los procesos de reforma iniciados en Canadá y Argentina, resulta importante destacar que es posible elaborar una agenda de “temas centrales de las reformas”, comunes a ambas naciones, y que un intercambio bidireccional de experiencias, investigaciones y conocimientos –que debemos promover- enriquecerían sin lugar a dudas los procesos establecidos en ambos países, por ejemplo:

- La preocupación por jerarquizar las políticas y los programas centrados en la Promoción de la Salud y la Prevención.
- La implementación de modelos de organización y suministro de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención que orienten hacia la ínter disciplina, el rol conductor de la Medicina General/Familiar, la continuidad de la atención y el acceso amplio a los servicios de salud.
- La conformación de Redes integradas de servicios de salud con base poblacional y territorial.
- La gobernancia, particularmente en lo que refiere a la relación del gobierno federal con los gobiernos provinciales.
- El desarrollo de los Seguros Públicos Provinciales (base del modelo canadiense)
- La Evaluación de Tecnología Sanitaria y Modos de Intervención.
- El desarrollo de Sistemas de Información para la gestión.
- La aplicación de instrumentos de gestión en los servicios de salud para la medición de producto sanitario y para el ajuste de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL CONSULTADA:

Aiston Ed, Dickson Kate and Previsich Nick. “Essencial functions of Canada’s public health care system, decentralization, and tools for quality assurance: consistency through change in the Canadian Health System”. *Revista Panamericana Salud Pública*. OPS. Vol. 8 Nro. 1-2. Washington. Julio-Agosto 2000.

Banco Mundial. “El Sector Salud Argentino: Situación actual opciones para mejorar su desempeño”. Reporte Nro. 26144-AR. Julio 2003.

Belmartino Susana, “Nuevas Reglas de Juego para la Atención Médica. ¿Quién será el árbitro?”, Cap. 5. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2000.

Brown Murray, Hicks Vern and Tett Susan. “Change and stability in the Canadian HealthCare System”. *CHERA*. 10th Canadian Conference on Health Economics. Halifax. Canadá. May 22-25, 2002.

Canadian Health Services Research Foundation: Romanow Report Brief.

COFESA (Consejo Federal de Salud) “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”. *Documento oficial del Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. Mayo 2004.

Deber, Raisa. “Thinking before rethinking: Some thoughts about Babies and Bathwater”. *HealthCare Papers*.

- Fooks Cathy and Lewis Steven. "Romanow and Beyond: A Primer on Health Reform Issues in Canada". Discussion Paper Nro. H/05. Health Network. November 2002.
- Glouberman, Sholom and Zimmerman, Brenda. "Complicated and Complex Systems: What would successful reform of Medicare look like?". *Commission on the future of Health Care in Canada*. Discussion Paper Nro. 8. July 2002; Guide Canada. 2001; Canada's History, features and population.
- Kenny, Nuala. "Reframing the discourse: Rethinking Medicare" HealthCare Papers.
- Lewis Steven, Donaldson Cam, Mitton Craig. "The future of health care in Canada". *BMJ*. 20 October 2001; Volume 323.
- Lomas, Jonathan. "Rethinking for today or rethinking for tomorrow?. Preparing Medicare for the future." HealthCare Papers.
- Maioni Antonia. "Emerging Solutions: Quebec's Clair Commission Report and Health Care Reform". *Department of Political Science McGill University*. January 26, 2001.
- Maxwell, Judith. "Medicare Reform: Bringing values into health care reform". *CMAJ*. June 11, 2002; 166 (12).
- Mc Murtry, Robert. "A redefinition of the Issues for rethinking Medicare". HC Papers.
- Programme National de Santé Publique. 2003-2012. *Ministère de la Santé et des Services sociaux du Quebec*.
- Saunders Jim, Adams Owen, Coté Louis. "Around the table: What future for regionalization?" Health Policy Forum. Spring 2001.
- Shapiro, Evelyn. "The Romanow Commission report and home care". *Canadien Journal on Aging* 22 (1): 13-17
- Sinclair, Duncan. "Rethinking Medicare: It's time to do it!". HealthCare Papers. Summer 2000; Vol 1 (3).

Datos personales del autor:

Apellido y Nombre: **RAMIRO HUBER**

Nacionalidad: Argentino

Domicilio: Sarmiento 1622 – Firmat - CP 2630, Pcia. de Santa Fe, Argentina

Correo electrónico: rhuber@famedic.com

Antecedentes:

- ✓ Médico, egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, en febrero de 1988.
- ✓ Especialista en Medicina General/Familiar. Médico residente en el Hospital Provincial de la Ciudad de Rosario, en el período 1989-1992.
- ✓ Magister en Salud Pública. Título otorgado por el CEI de la UNR.
- ✓ Fue Coordinador de Centros de Salud en la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario 1993-1996.
- ✓ Fue Sub Director del Hospital Provincial de Rosario, en el período 1996-1998.
- ✓ Fue SubSecretario de Salud en el Ministerio de Salud de Sta Fe, 2000- 2002.
- ✓ Fue becario del gobierno canadiense en el Programa de Fortalecimiento Académico (Programa FEP) Edición 2002-2003. Visitó Canadá durante el mes de Octubre del 2003 para estudiar la organización del sistema de salud canadiense.