

Consulta México

Estrategia hacia la cobertura universal en salud

Ciudad de México 2 de Julio, Centro Interamericano de Seguridad Social



Antecedentes

Dado a que el Secretariado de la Oficina Sanitaria Panamericana recibió el mandato de preparar una Estrategia hacia la Cobertura Universal en Salud que será presentada a consideración del Consejo Directivo en octubre de 2014, el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) preparó un documento borrador de dicha estrategia para ser enriquecido por medio de una serie de consultas nacionales para así arribar a un entendimiento común sobre la estrategia en la Región. Con el objetivo de apoyar y aportar a esta iniciativa, la Representación de OPS/OMS en México, en coordinación con la Secretaría de Salud, organizó una consulta el día 2 de julio, de 8:30 a 14:00 horas en las instalaciones del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en Ciudad de México.

Resumen

En la consulta participaron 35 personas de muy alto nivel. Entre ellos, 7 altos directivos de la Seguridad Social, 14 de la Secretaría de Salud y 15 académicos e investigadores de importantes centros universitarios y organizaciones no gubernamentales. La reunión inició con algunas palabras de bienvenida por parte de la Secretaría de Salud, de los anfitriones el Centro Interamericano de Seguridad Social, para luego presentarse una apretada síntesis de los aspectos más relevantes del documento. Cumplida esta fase inicial se procedió a debatir el documento en general y luego con relación a las cuatro líneas estratégicas: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, promoviendo la equidad y la eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo; y d) fortalecer la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Diálogo en todo momento fue muy respetuoso, a ratos apasionado, pero siempre muy enriquecedor. Se valoró en general al documento como un importante avance conceptual, se encontró valioso que el documento fuera preciso, incluso se señaló la palabra tajante, en algunos aspectos tales como la necesidad de aumentar el gasto público a niveles del 6 puntos del PIB, que se fuera categórico en relevar al primer nivel de atención y que se propiciara la mancomunación de fondos y la calidad del gasto en salud. Por otra parte, se señaló en temas a mejorar, que el documento no recoge explícitamente la agregación de valor de los antecedentes que preceden al concepto de cobertura universal, tales como los generados en Alma Ata, “salud para todos” y APS renovada; que el documento de estrategia no aparece suficientemente alineado con distintas resoluciones anteriormente tomadas por la organización y por otros organismos internacionales; que no se es suficientemente claro en definiciones tales como gasto público o gasto de bolsillo. En estos últimos aspectos se puso de relieve la diversidad de los países de las Américas y que en opinión de los participantes no necesariamente es un objetivo “eliminar el gasto de bolsillo”, sino quizás esa porción que coloca en riesgo de empobrecer a las familias o se constituye en barrera para el acceso a los servicios de atención.

La metodología de trabajo:

Al inicio de la mañana se hizo una breve presentación por parte de OPS sobre el documento y luego se generó una discusión en general y luego en particular sobre cada línea de manera abierta y no esquematizada. Los participantes en general mezclaron comentarios de orden general con opiniones sobre las líneas en particular, no existiendo clara distinción entre ello y predominando las ideas de carácter general sobre el documento. La relatoría a continuación sigue esa misma dinámica ordenando las ideas y contribuciones principales en términos generales.

Relatoría

Opiniones generales sobre el documento

Se aprecia como un claro avance conceptual del documento apreciándose que se presenta a la cobertura universal en salud como un camino en la diversidad, y se valora que sea “tajante” en sus requerimientos, ya que los conceptos generales y “deslavados” no ayudan a la acción. Cuando no se es claro, se pueden dar múltiples interpretaciones, así como ocurrió con “atención primaria”.

Se reconoce la necesidad de que el documento de trabajo sea flexible en comprender la diversidad y heterogeneidad de los países y de recoger el aprendizaje, así como la de construir evidencia en las políticas públicas. Se aprecia en el documento capacidad de hacer coexistir sistemas diversos (únicos y plurales).

Hay conceptos que aún faltan aclarar, por ejemplo “cobertura universal en salud” versus “universalidad de los servicios”. Lo mismo con respecto a que universal no es sinónimo de “servicios únicos”. Con relación a si gasto público incluye el gasto de la seguridad social, de las contribuciones obrero patronales e incluso si el gasto ex ante en seguros de salud privados puede considerarse parte de dicho gasto. También hubo debate en torno a que no quedaba claro sobre que se debía entender en la práctica por

“transformar las organizaciones” y “centrados en las personas”, que no era conveniente dejar ambigüedad en dichos términos.

Se señala que no están los valores y principios de donde se desprende el documento. Aunque en la presentación previa al debate se hizo mucho énfasis de que la estrategia recogía “comprensivamente” una historia, el documento de estrategia no lo hace, por lo que se opina que el documento debe recoger los hitos previos. De la misma forma, el documento no aparece recogiendo alineadamente resoluciones anteriores de la organización con respecto a varios tópicos que trata en las líneas estratégicas. Por otra parte, no se ve una relación de alineamiento del documento con el proceso de construcción de la agenda post 2015 y todo el espacio que se abre en torno a la “sostenibilidad”.

Las estrategias se observan lineales y no se aprecia claramente una priorización en torno a las líneas estratégicas y en las propuestas de cada línea. Por ejemplo, se señaló que sin rectoría, nada de lo siguiente se puede cumplir.

Se aprecia un avance con relación a definiciones anteriores de cobertura universal, ya que incorpora aspectos como “integralidad”, “calidad” y “garantía”, pero se sugiere agregar el componente ético”, relevando lo central que es el aspecto ético desde las decisiones micro (clínica), hasta las macro (políticas públicas), donde tiene que contemplarse la evidencia científica, la autonomía de las personas y la justicia.

Hubo personas que encontraron el documento muy balanceado entre “conceptos y herramientas concretas” mientras que otros lo encontraron “poco práctico” colocando como ejemplo el documento sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que sin duda daba mucha claridad en los aspectos operativos. Se extrañó no hubiera una hoja de ruta con respecto a los pasos priorizados que ir dando para avanzar hacia la cobertura universal, así como indicadores precisos para verificar grado de avance en rectoría, en acceso efectivo, en acción multisectorial, etc. Se señaló que probablemente de manera posterior a la aprobación de la resolución debiera realizarse una guía que contemplara estos importantes aspectos de manera responder objetivamente a la pregunta “cómo saber cuán lejos o tan cerca estamos”.

Se discutió con respecto a que considerar para la construcción de políticas públicas hacia la cobertura universal si los datos episódicos de mortalidad y morbilidad, las clásicas estadísticas vitales, o más bien datos que sigan el ciclo de vida, su calidad, junto a las expectativas de la población. El tema del envejecimiento aparece en la parte diagnóstica, pero no en la propositiva. El tema de los sistemas de información sale apenas mencionado siendo toral para el ejercicio de una rectoría efectiva.

También se señaló la necesidad de evaluar objetivamente los procesos de reforma de los distintos países para instalar evidencia y aprendizaje, así como capacidad de cooperación entre países. Así mismo se habló de la necesidad de herramientas para evaluar el desempeño de los sistemas, particularmente de los prestadores de servicios.

En ampliar el acceso equitativo

Se aprecia cierta debilidad en lo que implica “aumentar inversión en primer nivel de atención”, debiéndose señalar con más claridad que implica esto, especialmente en el ámbito de recursos humanos para el primer nivel de atención (que debe ser más amplio que sólo el médico y la enfermera): “Inversión en qué y para qué”. En el tema de Recursos Humanos también se abordó la necesidad de explicitar más los aspectos de fortalecimiento no solo a través de la contratación, sino de la capacitación. Este punto es importante toda vez que es uno de los aspectos que se abordan en la Resolución que no fue objeto de discusión en la consulta regional pero que se abordará en el Consejo Directivo.

Hubo debate en torno a “exigibilidad de derechos”, viéndose opiniones encontradas en este ámbito. Hubo debate en torno a “prestaciones exigibles” versus “estado de salud exigible”, se señaló la importancia de que los derechos en salud estén “claramente definidos y conocidos por los usuarios”.

Hubo una interesante discusión sobre el significado de “necesidades de las personas y comunidades”, el debate giró en torno a su definición y en torno a cómo medirlo, si las necesidades debían expresarla los individuos, que si los médicos o expertos, si acaso el sistema. Se insistió en la necesidad de que los sistemas puedan “conocer” a las personas: quienes son, donde están, cómo viven, de donde vienen, etc., de modo orientar los servicios a dicho conocimiento real.

Se encontró debilidad en relación a medicamentos y tecnologías sanitarias, señalándose que se debía ser más preciso en pedir la existencia de “políticas nacionales de medicamentos” explicitando que deben estas contener.

En el énfasis valorable de fortalecimiento del primer nivel debe cuidarse de que no aparezcan como que los otros niveles tienen todo resuelto, cabe entonces cuidar del fortalecimiento global y balanceado de los sistemas basados en un primer nivel resolutivo.

Se planteó que la fragmentación y segmentación de los sistemas no aparece por capricho sino producto de una historia, eso explica el surgimiento de la seguridad social en paralelo de otros subsistemas y el documento no se hace cargo de los caminos para abordar dicha dualidad. Dado a que en el mundo ha cambiado dinámicamente el concepto de derecho a la salud, lo que coloca en tensión a los sistemas, el documento no se pronuncia sobre la existencia de catálogos o conjuntos de beneficios diferenciados por segmento de población.

En rectoría y gobernanza

Se señaló que estaba muy débil el concepto de gobernanza (legitimidad y confianza), de hecho aparecería sólo en el título pero no en el contenido; de la importancia de la rendición de cuentas como obligación explícita de los sistemas (transparencia cuantitativa en lo hecho y cualitativa en cuanto se responde a un relato o promesas y en cuanto al porque se tomaron esas u aquellas decisiones); de la rectoría y la gobernanza en realidades fuertemente descentralizadas y en países de estructura federal,

donde deben convivir órdenes nacionales, estatales y municipales, por lo que la rectoría necesariamente es más dialogante y plural.

Se realizó la propuesta de propiciar entidades regionales en el ámbito de la costo-efectividad de las tecnologías.

En financiamiento

Se señaló que no se definía bien la necesidad de asegurar el financiamiento a las acciones de salud pública (sobre las poblaciones y el ambiente) y que había cierto sesgo a la atención a las personas.

En el concepto “gasto de bolsillo” se discute que involucra y si todo gasto de bolsillo debe ser eliminado. Hay opiniones de que hay gasto de bolsillo que es propio de la opción de las personas y no corresponde a riesgo de empobrecer o no constituye barrera de acceso. Por tanto hay varias opiniones en que es un exceso proponer la “eliminación” del gasto de bolsillo, debiéndose circunscribir a los elementos de riesgo financiero y de barrera de acceso a los servicios

Se consideró algo voluntarista la cifra de 6% de gasto público al observar la realidad actual, se planteó como alternativa sugerir un porcentaje de aumento del gasto público con respecto de la línea base que los países en este momento tienen. Se señaló que más que una cifra debía relevarse pasos intermedios como avanzar hacia un per cápita en salud similar para todos, así como en el logro de conjuntos de beneficios en salud iguales para todos.

Se valoró mucho se pusiera foco en la “calidad del gasto” y en que las ampliaciones de cobertura debían ser graduales, responsables y con sostenibilidad financiera.

En fortalecer la actuación intersectorial

Se dijo que la cuarta línea era la más débil de todas y que se sentía un poco forzada y se generó una gran discusión sobre si “salud era responsable” de los determinantes sociales, señalándose que aunque el sector salud no era efectivamente “responsable” si “sufría” las consecuencias” por lo que era adecuado pudiera ejercer liderazgo en contribuir a las condiciones para que se tomaran decisiones intersector orientadas a resolver las determinantes. En ello, se planteó esencial reconocer que el jefe de gobierno era la máxima autoridad sanitaria en los países, por lo que si no había compromiso y liderazgo desde la máxima instancia de poder difícil era lograr una acción intersectorial potente.

Hubo mucho debate sobre la importancia del trabajo intersectorial, del papel de salud en ello y de no olvidar de la importancia de los municipios en ese ámbito.

Hay una fuerte crítica al punto 31, señalándose que la definición de “participación social” es muy anticuada ya que debe hablarse de ciudadanía en salud lo que está fuertemente relacionado con la gobernanza. La sociedad civil debe estar involucrada, hay que aprovechar a los medios de comunicación para potenciar la abogacía hacia la cobertura universal. No queda claro papel de corresponsabilidad de las personas hacia su propia salud lo que es un complemento esencial de la exigibilidad de los derechos en salud.