

Especial GDA:

Los sistemas de salud de la región, golpeados por problemas comunes

Financiamiento escaso, demoras en las atenciones, calidad de los servicios en baja y protestas de los médicos son moneda corriente.

GRUPO DE DIARIOS AMÉRICA (GDA)

Problemas de financiamiento tanto en el sector público como en el privado que impactan en la calidad de los servicios, prolongadas demoras en los turnos de atención, médicos mal pagados, son algunos denominadores comunes de los sistemas de salud de la región, y que trazan un panorama inquietante y con bastantes interrogantes de cara al futuro.

En la mayor parte de los países de la región coexisten el sistema público y el privado, que sufren (y reflejan) los vaivenes políticos y las crisis económicas recurrentes en forma directa. En muchos de ellos se ha establecido una articulación entre ambos sectores para suplir las carencias en la esfera estatal. Aquí, una mirada a algunos de los sistemas y sus principales complejidades.

■ Déficit de fondos y de especialistas

Conviven tres "subsistemas": seguridad social, servicios de salud pública para personas sin seguridad social y sector privado mexicano. Existen problemas de financiamiento, porque durante el sexenio de Andrés Manuel López Obrador se redujo el presupuesto para el área y solamente hubo un ligero aumento durante la pandemia del covid-19. Las citas médicas tienden a retrasarse por meses, y en casos extremos, hasta un año, debido al déficit de médicos y enfermeras en el sector público.

Tres de cada diez mexicanos no tienen acceso a los servicios de salud, y solo 72% de la población tiene una cobertura de salud básica, el nivel más bajo entre los 38 países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Las protestas de los médicos y enfermeras son constantes para exigir aumentos salariales, y también insumos para trabajar, por su alto valor. Jorge Cano, coordinador del programa de Gasto Público de México Evalúa, calificó la herencia del anterior gobierno como un "retroceso" en términos de acceso a los medicamentos, vacunación, de prevalencia de enfermedades crónicas, de enfermedades infecciosas (que van reemergiendo), lo que va a generar retos importantes para la administración que acaba de asumir.

■ Notable deterioro de los servicios por la crisis

Cerca del 80% de la población venezolana depende del sistema público debido a la gratuidad de los servicios. El otro 20% va a servicios privados. En los últimos años, la crisis económica ha afectado gravemente ambos sectores, con un notable deterioro de los servicios. Las tecnologías médicas



LAS ESPERAS PARA conseguir una atención son una de las quejas que más se repiten en varios países. En la foto, un hospital en Salta, Argentina.

■ Coberturas sin actualización

El sector público, el privado y el de la seguridad social, en el que operan las obras sociales, provinciales, jubilados y pensionados, universidades nacionales, el Poder Legislativo y el Poder Judicial de la nación conviven en Argentina. Cada sector cuenta con su propia red de centros de salud, en los que a través de convenios y reembolsos pueden brindar atención a la población con cobertura privada o de una obra social. En el sector público, la atención es sin costo para el paciente, mientras que en el privado o de la seguridad social existe el copago, dependiendo el plan de cobertura.

Financiadore y prestadores de salud, por igual, señalan entre las principales causas de la crisis estructural que atraviesa el sistema de salud argentino a la incorporación de nuevas tecnologías sin una evaluación técnica que compare su costo-efectividad para las distintas enfermedades, una actualización de la canasta de prestaciones básicas que deben cubrir y los amparos judiciales de parte de los pacientes.

■ Condiciones deficientes

Las condiciones de atención en el sector público de Perú son deficientes, según un estudio encargado a Videnza Consultores. Un 95% de los establecimientos presenta infraestructura y equipamiento inadecuados. Otro problema es la falta de profesionales capacitados: solo hay 10 médicos por cada 10.000 habitantes. Esto, junto con la falta de medicamentos esenciales en dos de cada cinco establecimientos, genera demoras significativas en la atención, lo cual termina por incrementar la carga sobre el sector privado. Allí la adopción de tecnologías de vanguardia tiende a ser más rápida. Al contar con mayores recursos financieros, clínicas y hospitales privados, pueden ofrecer tratamientos innovadores, lo que les permite atraer a pacientes dispuestos a pagar por servicios de alta calidad. Sin embargo, esto también incrementa los costos de atención. Por otro lado, la situación salarial de los médicos en Perú ha generado múltiples reclamos.

avanzadas han incrementado los costos, especialmente en el sector privado. El sistema público enfrenta serios problemas de financiamiento, lo que resulta en una falta de recursos, medicamentos y personal. Aunque hay profesionales capacitados, las instalaciones suelen estar en mal estado y hay largas demoras entre la solicitud de un turno y la cita con el médico. El siste-

ma privado ofrece una cobertura más rápida y de mayor calidad, pero a un costo elevado. Las pólizas de seguro suelen incluir copagos y pueden representar una parte significativa del sueldo promedio del afiliado. Las huelgas y protestas del sector salud son también comunes en Venezuela, lo que refleja insatisfacción con la remuneración y las condiciones de trabajo existentes.

El sistema público posee los mismos inconvenientes de financiamiento que el privado o el de la seguridad social. En términos generales, la atención de los profesionales goza de buen concepto una vez que el paciente accede a la prestación, no así el funcionamiento del sistema sanitario, por las demoras para conseguir turnos de atención programada y la burocracia con los financiadores para los trámites de cobertura de servicios o medicamentos, en especial si el costo es elevado o no se encuentran comprendidos en la canasta básica de prestaciones. El sistema privado se financia a través de un aporte mensual que se descuenta del salario de la población que trabaja en relación de dependencia, como el de la seguridad social, o por pago de bolsillo de los afiliados a través del contrato de planes de cobertura. Cubre una canasta de prestaciones básicas conocida como Plan Médico Obligatorio (PMO), que incluye enfermedades y procedimientos. El aporte salarial es del 3%. La demora en los turnos, como en el resto del sistema, si no se trata de una urgencia o, por ejemplo, pacientes oncológicos, puede ser de varios meses.

■ Fuga de médicos

El Salvador tiene un sistema de salud público con oferta privada. En 2023 el 70% de la población se atendió en el sector público, y el 30% en el privado, lo que confirma una tendencia leve pero firme de crecimiento del mere de ellos. Aun- pri- que el presupuesto para salud como porcentaje del PIB ha aumentado en las últimas dos décadas, los usuarios del sistema público siguen enfrentando carencias como la falta de medicamentos. Además, en los últimos años, los sindicatos del sector salud han denunciado una "fuga de médicos" y el mismo Ministerio de Salud ha reconocido recientemente dificultades para encontrar especialistas, llegando incluso a publicar convocatorias de empleo en países como Costa Rica y Argentina. Según los sindicatos de salud, esta "fuga" de talento humano se debe a salarios poco competitivos y malas condiciones laborales.

■ Falta de financiación

Dos años después de que la Constitución brasileña de 1988 considerara el acceso a la salud como un derecho universal, se creó el Sistema Único de Salud (SUS), financiadore con fondos públicos. Cubre a todos los brasileños, es decir, más de 200 millones de personas. Incluso, quienes tienen planes de salud privados son usuarios del SUS en cuanto a vacunas, vigilancia sanitaria y servicios de urgencia. En relación con el sistema privado, según datos de la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), de julio de 2024, el 24% de los brasileños tiene contratado un plan médico u odontológico. Gonzalo Vecina, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP), señala que los planes privados son muy caros y que durante la última década la cifra de afiliados "se ha mantenido estable".

Aunque los expertos lo reconocen como uno de los programas de salud pública más avanzados del mundo, el sistema brasileño enfrenta desafíos, principalmente la falta de financiación. El SUS es tripartito, es decir, es financiado por el gobierno federal, los estados y los municipios. A nivel federal, el importe destinado al Ministerio de Salud representó el 3,6% del presupuesto. Eduardo Melo, investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública de Fiocruz y coordinador del Observatorio del SUS, considera que la sostenibilidad de este sistema es un tema acuciante y que el gasto debería ser al menos 6% del PIB. La falta de financiación torna difícil satisfacer la alta y creciente demanda de determinados servicios, como consultas con especialistas y procedimientos complejos. Las esperas pueden durar meses o años, por lo cual una cuarta parte de los brasileños contrata un plan de salud privado.

■ Debilidad tras reforma

El sistema de salud colombiano también está organizado bajo un modelo mixto, público y privado, que establece una relación vertical entre varios actores clave: el Estado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los hospitales (o prestadores de servicios de salud, llamados IPS), y los proveedores farmacéuticos. A pesar de que el sistema ha logrado garantizar el acceso a la salud para casi toda la población (en Colombia la salud es un derecho fundamental) y ha logrado sobrevivir económicamente, hoy pasa por una de las crisis más dramáticas de los últimos 30 años. El gobierno de Gustavo Petro ha planteado reformar el sistema para eliminar el modelo vertical y priorizar la atención primaria en salud, que tiene como objetivo llevar atención básica a territorios apartados y eliminar la intermediación financiera de las EPS, lo que derivó en su debilitamiento progresivo. El Estado ha intervenido administrativamente a varias de estas aseguradoras, con lo que tendría a su cargo la salud de más del 50% de los afiliados al sistema.

Esta crisis en el modelo vertical afectó severamente el acceso y abastecimiento de medicamentos en el país, con lo cual muchas personas comenzaron a optar por los planes de medicina prepaga, privada, que ofrece cobertura adicional y más personalizada a los usuarios. Las EPS son entidades intermediarias que operan en dos regímenes, el contributivo (para personas con capacidad de pago, es decir, trabajadores formales y sus dependientes, quienes aportan un porcentaje de su salario para el financiamiento del sistema de salud) y el subsidiado (para personas de bajos recursos o en situación de pobreza, financiado completamente por el Estado a través de impuestos generales y recursos del sistema).

Si bien en Colombia existe la regulación de precios de los medicamentos, para evitar la especulación, en la práctica hay problemas de escasez o precios elevados que afectan el acceso a ciertos remedios esenciales.

■ Demoras en atenciones

También en República Dominicana el sistema es mixto. El seguro familiar de salud puede ser financiado por los aportes de los trabajadores o por los recursos públicos. En líneas generales, quienes pertenecen al régimen subsidiado acciden a la red pública, mientras que, salvo algunas excepciones, las personas en el régimen contributivo se atienden en establecimientos privados. La demora en las horas médicas en el sector público es motivo de queja entre los pacientes (entre cuatro y cinco meses). En el sector privado el paciente tiene la opción de acudir de manera directa al especialista mediante copagos. El reclamo de mejores salarios y condiciones laborales es también una constante en el sector médico. El salario promedio se encuentra por debajo de mil dólares para una jornada laboral de menos de 30 horas semanales.

