

Gasto y gestión de la salud pública

Situación y escenario materno infantil

José Carlos Rodríguez,
Roberto Villalba

En relación al PIB, el Paraguay hace gastos considerables en salud y sus indicadores han tenido una gran mejoría en los años recientes. Pero aun así, estos resultados son modestos. El país no ha podido cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ni los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

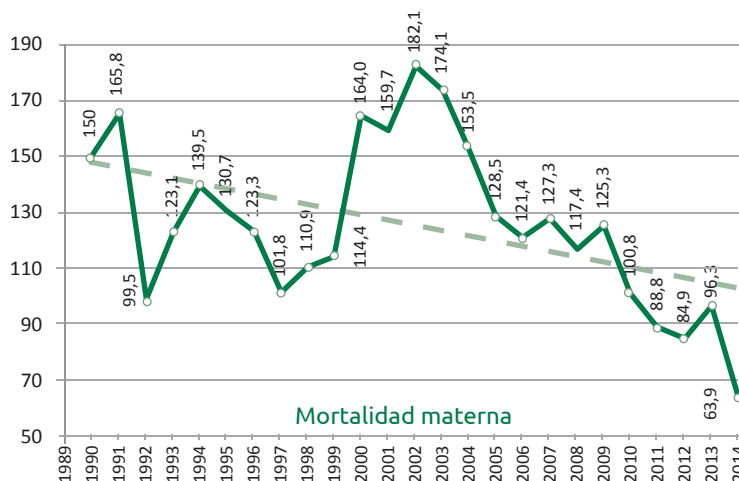
El Paraguay se encontraba en el 2005 entre los países con peor desempeño en salud de toda la región.

Cobertura de nacimientos y defunciones en 2005 y metas propuestas para 2013, en países seleccionados de las Américas

Niveles de cobertura 2005 y metas propuestas	Nacimientos	Defunciones
Países con 91% y más Meta: mantener el nivel	Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, México, San Vicente, Uruguay, Venezuela	Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Uruguay
Países entre 81% y 90% Meta: alcanzar 90%	Ecuador, Panamá	Brasil, Colombia, Panamá, Venezuela
Países entre 61% y 80% Meta: alcanzar 90%	Bolivia, Brasil, Colombia, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana	Bahamas, El Salvador, Honduras, PARAGUAY
Países hasta el 60% Meta: Aumentar 20%	Belice, PARAGUAY	Belice, Bolivia, Nicaragua, Perú, República Dominicana

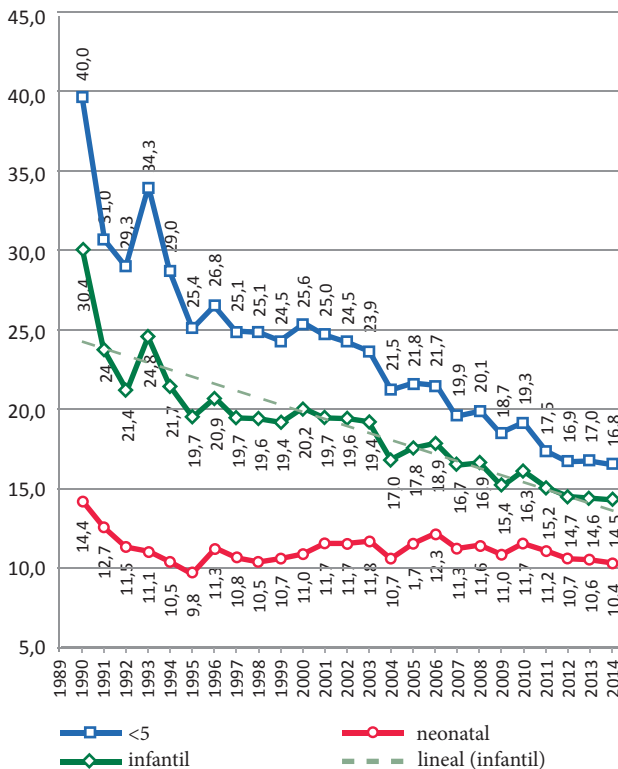
Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe de Progreso del Plan Acción para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS) (CD52/INF/4).

Descenso de la mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos



Fuente: Elaborado en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015).

Descenso de la mortalidad infantil, menor de 5 años y neonatal



Fuente: Elaborado en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015).

Puede verse una disminución importante de la mortalidad materna desde la democratización. A fines de los años noventa (época 'neoliberal') no hubo mejorías. En cambio, desde el 2002 y, sobre todo, desde el 2009, hay un descenso acelerado de la mortalidad materna. La política social, el crecimiento y el empoderamiento ciudadano son factores que la beneficiaron.

Para el 2013, aun con niveles grandes de progreso, sobre todo en cobertura, el Paraguay no había alcanzado las metas previstas para su nivel. Con ello se alejó del promedio regional.

Se oponen a las mejorías de la salud: (1) el peso de la *tradicón hospitalaria privada*, que no es accesible para la inmensa mayoría, y que no está suficientemente complementada; (2) *el desarrollo incipiente de la salud preventiva* y centrada en los derechos; (3) algunos *vicios crónicos del sistema político* que inhiben el desarrollo de la salud pública (clientelismo, corrupción, discriminación, prebendarismo); (4) los *escasos recursos* destinados para la salud pública primaria y la más compleja; (5) un *gasto en salud muy desigual* en relación a la población (injusticia espacial y social); así como (6) la *segmentación y la fragmentación* de los servicios (el sistema de salud, su funcionamiento en red está poco implementado).

Para la mayoría de la población, superar la segmentación y el fraccionamiento del Sistema Nacional de Salud requiere la primacía del paradigma de la prevención y de la atención primaria, por delante de la salud curativa y la comercial. También es urgente mitigar la extrema desigualdad de los gastos en salud. Articular la salud retributiva, individual o de los seguros, con la no retributiva, así como superar las desigualdades geográficas, con su extrema concentración de las unidades de servicios. Es urgente la inclusión de toda la población al sistema de salud de baja complejidad y, de ahí, avanzar hacia la oferta de servicios de mayor complejidad.

Niveles de progreso de la meta y de la cobertura de nacimientos y defunciones hacia 2013, en países seleccionados de las Américas

Niveles de progreso en 2013	Nacimientos	Defunciones
Países que alcanzaron la meta y aumentan la cobertura	Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Perú, Uruguay, Venezuela	Ecuador, México, Venezuela
Países que alcanzaron la meta	Argentina, Cuba, Estados Unidos, México	Argentina, Chile, Cuba, Estados Unidos, Uruguay
Países que no alcanzan la meta pero aumentan la cobertura	Ecuador, Panamá, PARAGUAY	Brasil, El Salvador, Nicaragua, Panamá, PARAGUAY , Perú, República Dominicana
Países que no alcanzaron la meta y disminuyó la cobertura	Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, República Dominicana	Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Progreso del Plan Acción para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS) (CD52/INF/4).

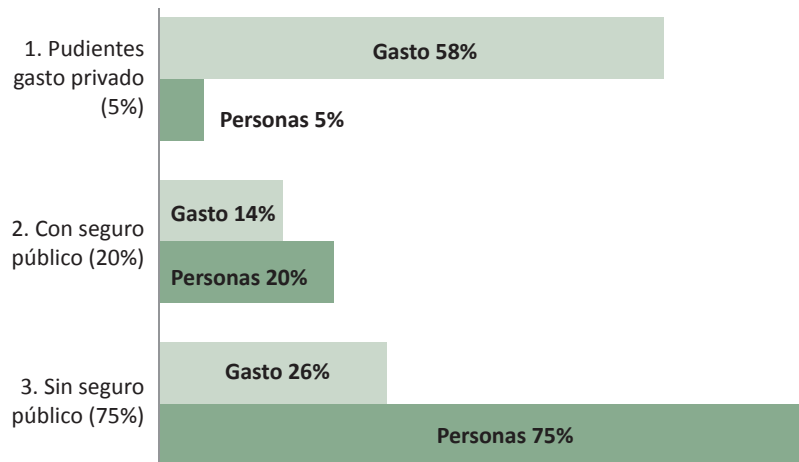
**Gasto en salud total, público y privado, en dólares y guaraníes
y su distribución entre grandes sectores:
los que no dependen de los seguros estatales (5%), los que lo tienen (20%)
y los que no lo tienen (75%)¹
Estimaciones para el 2014**

Población y % del total	Población en Número	Dólares año por persona	Guaraníes año por persona	Guaraníes año en millones	% del Gasto
Total (100%)	6.229.348	416	2.080.000	12.957.044,5	100%
1. Pudientes gastos privados (5%)	311.467	4.840	24.200.000	7.537.511,5	58%
2. Con seguro público (20%)	1.245.870	283	1.416.919	1.765.296,8	14%
3. Sin seguro público (75%)	4.672.011	146	730.000	3.410.568,2	26%
No asignable*				243.668	2%

* Una parte del gasto en salud no puede ser asignado entre los sectores ya que unos usan gastos de otros y no hay registros.

Fuente: Aproximación en base a estadísticas del MSyPBS y la OMS.

Gasto en salud y beneficiados



Fuente: Aproximación en base a estadísticas del MSyPBS y la OMS.

La desigualdad en el gasto nacional en salud es una seria barrera para la salud pública. No solo el gasto nacional en salud se distribuye en forma muy desigual, sino que también el gasto público en salud pública se distribuye en forma muy desigual. Para la salud vale aquello que vale para el resto del sistema económico y social. El problema de los pocos recursos está agravado por la extrema desigualdad del gasto. Una política de salud tiene que encarar estratégicamente cómo amortiguar el hecho de que los gastos en salud sean tan extremadamente regresivos, que la sociedad aporte tan poco a los gastos públicos y, sobre todo, que no lo haga con justicia.

¹ Los supuestos del cuadro aproximado son los siguientes: 1). La población más pudiente (5%) combina seguros privados con gastos directos. Ella contribuye y se beneficia con la mayor parte del gasto privado. 2). La población con seguros públicos (IPS y estatales). El 20% usa también la asistencia pública universal gratuita, y, en forma marginal, la medicina privada. 3). La población sin seguros y poco pudiente (75%) usa solo la asistencia pública universal gratuita.

Obstáculos generales del sistema

.....

Desvío de los recursos públicos (medicamentos y otros insumos) para venderlos y apropiarse de su valor, con lo cual se causa una privación de medios de salud.

Sobre-precio de insumos, instalaciones, equipos, en relación a los precios del mercado. Eso constituye una mala práctica que afecta sobre todo a empresarios como a las autoridades encargadas de las compras.

Mal uso de recursos públicos para beneficiar la asistencia privada del profesional. Los médicos pueden precarizar la asistencia pública, o hacerla de menor calidad, ofreciendo un servicio de mayor calidad y remunerado en la oferta privada. Esa práctica, cuyo peor abuso ha sido no usar o no hacer funcionar correctamente equipamientos disponibles para ofrecer un sustituto con remuneración privada, bien puede interpretarse como un sabotaje al servicio público y que se destinan a aquellas personas más pudientes, capaces de pagar de su bolsillo para conseguirlos. También es corrupción la negligencia médica o atención diferencial al que 'no paga' –en realidad siempre alguien paga– y al que 'paga', de su bolsillo.

Incumplimiento grave, ausentismo, privación de ayuda ocurre cuando los funcionarios de salud son 'planilleros', esto es, cobran salarios sin cumplir con el tiempo de atención contratado –gastando el dinero que habría sido destinado al sustituto, en el caso que el planillero no pueda hacer su trabajo–. En esta categoría puede incluirse el exceso de partos con cesárea, en los casos en que no benefician a la paciente, que constituyen una comodidad para el profesional. Informantes señalan que, en las vísperas de feriados, aumentan las cesáreas. Su número es mayor al que corresponde a los partos peligrosos, difíciles o inviables.

Cuestiones pendientes

.....

La seguridad social realizada por el IPS es un servicio contributivo, que beneficia a sus contribuyentes y se limita a los asalariados. Es solidario, todos aportan en forma proporcional, pero se benefician según sus necesidades. A diferencia de la salud pública no contributiva, la contributiva abarca medicina de mayor complejidad, pero carece de universalidad. De cara al futuro, debería planearse una coordinación estratégica con los servicios 'no contributivos'². Y, debe pensarse también en el paradigma preventivo y no solo en lo curativo y reactivo, de tal manera de adquirir mayor eficiencia. La medicina 'privada', la de los seguros y la pública neta, deben ser integradas en un sistema de salud que provea de asistencia de salud universal. Un sistema así, hoy no está diseñado.

La salud es un ámbito de desarrollo que incluye muchos actores, incluso la empresa privada que hoy se beneficia con la poca regulación y/o con algunos vínculos prebendarios con el poder político, sobre todo en la provisión de medicamentos y otros insumos. Esto es insuficiente. La tarea pendiente para materializar el Sistema Nacional de Salud que establece la ley, supone la implementación de un ambicioso *contrato social* compatible, aunque al mismo tiempo exija cierto sacrificio a intereses corporativos poderosos. Una re-arquitectura de la seguridad social es importante para que se implante el Estado Social, cuyo cumplimiento constitucional está aún pendiente.

² En realidad, si tomamos en cuenta la macro y no la microeconomía, todo sistema es 'contributivo', en el sentido de que alguien lo paga. La salud es un gasto a ser financiado.