

# La protección social en salud al frente de las políticas de reducción de la pobreza

Amanda Glassman,<sup>(1)</sup> César Patricio Bouillon<sup>(2)</sup>

La serie *Lancet* sobre la reforma mexicana resalta un avance importante y tres desafíos clave que nosotros –como gestores de políticas, investigadores y agencias internacionales– enfrentamos en la búsqueda de arreglos institucionales y presupuestales e intervenciones eficaces para la mejora de la protección social en salud, promoviendo la reducción de la pobreza y la mejora del estado de salud de manera sostenible.

La serie muestra claramente que reformas en la distribución del financiamiento público –y el uso de herramientas novedosas de presupuesto público que incorporen incentivos a la gestión y premios a la mejor focalización– pueden contribuir a expandir la protección financiera de los hogares pobres. Cualquier país del mundo cuenta con estas dos herramientas básicas que usualmente están sub-utilizadas y pueden ser aplicadas para reasignar el gasto hacia los más necesitados independientemente de los mecanismos institucionales de financiamiento y provisión del gasto existentes en el sector. Estas herramientas muestran también un gran potencial para asegurar un sistema de financiamiento de intervenciones de salud que incorpore los incentivos necesarios para mejorar el desempeño de los proveedores del nivel subnacional. Si bien todavía está pendiente una agenda más integral de reformas en el financiamiento y provisión de salud en la mayoría de los países de América Latina, el potencial de las mejoras en los índices y mecanismos de asignación del presupuesto público es importante y un paso decisivo adelante en el proceso más ambicioso de reforma.

Por el lado de los desafíos, la serie destaca primero el reto de incrementar la visibilidad de las deficiencias de la protección social en salud en los países en desarrollo. La evidencia acumulada indica que los sistemas de salud que dependen del financiamiento directo de los hogares (gasto de bolsillo) exacerbaban la pobreza y reducen la capacidad de los hogares para cubrir sus necesidades básicas. Sorpresivamente, los hogares pobres enfrentan barreras económicas no solamente para obtener servicios de salud de alto costo como hospitalizaciones, sino también para obtener los servicios básicos y relativamente más baratos como medicinas y atención ambulatoria.<sup>1</sup>

Dada esta realidad, sorprende que haya poca indignación a nivel internacional sobre los millones de hogares afectados por estos choques absolutamente prevenibles a sus ingresos y consumo.<sup>2</sup> Es aun más peculiar al considerar la rapidez de las respuestas gubernamentales e internacionales a los efectos de otros tipos de choques a los ingresos como recesiones económicas y desastres naturales. En esos casos, se lanzan inmediatamente redes de apoyo social y esfuerzos de recuperación y reconstrucción, y todos estos esfuerzos se reconocen como incuestionablemente esenciales.

En el mundo de la salud y el desarrollo internacional seguimos imaginando sistemas de salud donde una oferta adecuada de productos y tecnologías resuelve por sí sola los problemas de salud de los hogares. Con esta lógica los temas prioritarios para la discusión son qué intervenciones y qué productos deben desarrollar

Las opiniones del Dr. Bouillon son personales y no necesariamente reflejan la opinión del Banco Interamericano de Desarrollo.

(1) Health Financing Task Force.

(2) Banco Interamericano de Desarrollo.

Solicitud de sobretiros: Amanda Glassman, Health Financing Task Force,  
1775 Massachusetts Ave., NW, Washington, DC 20036, USA.  
Correo electrónico: [aglassman@brookings.edu](mailto:aglassman@brookings.edu)

y proporcionar los sistemas de salud. Sin embargo, la realidad nos señala que las barreras económicas para acceder a estos servicios y productos –costos directos e indirectos enfrentados por los hogares– son de máxima importancia en la determinación del uso de los servicios, particularmente entre los más pobres y necesitados.

El segundo desafío lo constituye la urgencia de consensuar agendas integrales de reforma para la mejora de la protección social en salud. La experiencia mexicana ilustra cómo debemos utilizar la evidencia creciente –recopilada mediante análisis nacionales y comparaciones internacionales– para dar la visibilidad a las deficiencias existentes en el área de protección social en salud y crear una urgencia para enfrentarlas entre los gestores de política, la sociedad civil, las agencias internacionales y los donantes. Esta urgencia se debe traducir en una agenda de reformas en el área de protección social en salud, que incorpore metas concretas y sistemas de rendición de cuentas para los sistemas de salud y protección social.

Muchos países aún no han analizado las implicaciones para la reducción de la pobreza y desigualdad de los altos niveles de gasto del bolsillo que caracterizan sus sistemas de salud. Asimismo, es importante establecer de manera clara la prioridad relativa entre el financiamiento de la protección financiera y el financiamiento pleno de un paquete básico de atención costo-efectivo que maximice el estado de salud de la población, particularmente en los países de bajos ingresos. Igualmente, el efecto de las barreras económicas sobre el estado de salud –a través de la no-utilización de servicios de salud cuando es necesario y a través de la reducción del consumo alimentario del hogar– aún no ha sido documentado rigurosamente.

Finalmente, el tercer desafío lo constituye la necesidad de generar y recopilar datos confiables y consensuar metodologías de análisis para evaluar y proponer reformas a los sistemas de protección social en salud. Aun no hay consensos internacionales sobre los criterios más adecuados para describir y analizar la función de protección financiera en un sistema de salud y qué tipo de datos y preguntas son necesarios para realizar este análisis de manera efectiva. La contribución de la Dra. Knaul y sus colegas resalta por un

lado la relevancia e influencia de usar los datos disponibles de la mejor forma posible para mejorar la efectividad del gasto público de salud y por otro lado la necesidad de ir más allá para aplicar métodos de evaluación de impacto que permitan establecer la causalidad entre las políticas de protección financiera y los patrones resultantes en el gasto de bolsillo y sus efectos sobre el consumo del hogar.

Cada uno de estos desafíos demanda una mayor atención nacional e internacional para incorporar la protección financiera como una prioridad en sí misma para el sistema de salud y los gobiernos. Las iniciativas internacionales recientes en este campo son alentadoras e incluyen los análisis comparativos realizados por el proyecto *Equitap* (Equity in Asia-Pacific Health Systems, [www.equitap.org](http://www.equitap.org)) en Asia. Desgraciadamente este proyecto ha terminado y la comunidad internacional debe renovar los esfuerzos para recaudar los datos necesarios, realizar el análisis dinámico de las políticas existentes y futuras, expandir el ámbito geográfico, compartir las lecciones aprendidas y, lo más importante, influenciar las políticas nacionales y globales.

El *Health Financing Task Force* ([www.healthfinancingtaskforce.org](http://www.healthfinancingtaskforce.org)) es un grupo de líderes de los sectores público y privado comprometidos a dedicar mayor atención global a la protección financiera y su papel en la reducción de la pobreza y la mejora de la salud. Para lograr este fin, el *Task Force* propone trabajar en sociedad con gobiernos y sociedad civil para promover, facilitar y diseminar estudios de caso de país tales como el de México y realizar análisis internacionales comparativos para brindar asesoría técnica oportuna hacia el diseño de reformas integrales de los sistemas de salud y protección social.

## Referencias

1. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:S70-S87.
2. Xu K, Evans DE, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet* 2003; 362: 1111-1117.