

Siria: ¿Reformas neoliberales al financiamiento del sector salud o la integración de accesos desiguales?

Kasturi Sen, Waleed al Faisal

Metodología

Para la realización de este texto, se obtuvieron artículos científicos, datos y literatura gris por medio de búsquedas en *Google Scholar* y en *Medline* en un periodo comprendido entre marzo y julio de 2011; la búsqueda se condujo basándose en palabras clave y en títulos relacionados con: asociaciones público-privadas, Medio Oriente y África del Norte, sistemas de salud y financiamiento en salud. Se incluyeron también datos e informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PDNU), el Departamento Central de Estadística de Siria (DCES), el Décimo Plan de Cinco Años (2006-2010), el Observatorio Regional de los Sistemas de Salud en Damasco, la Unión Europea (EU), el *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ, antes GTZ) sobre reformas en el sector salud, así como los datos poblacionales del Instituto de Estadística de los EEUU sobre la transición demográfica, informes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el sector salud y una serie de tesis recientes y no-publicadas sobre el sector salud (1;2).

Las publicaciones sobre Siria en su mayoría están en árabe; hay pocas traducciones. Los artículos del periódico *Syria Today* están disponibles en línea, los de opinión y las discusiones de expertos fueron

provistos por el médico y profesor sirio Waleed al Faisal, coautor del presente artículo.

Antecedentes

Durante la última década y como respuesta aparente a los servicios de salud en declive, los países donantes promovieron cambios estructurales al sector salud en muchos países de la región del Medio Oriente y África del Norte (conocida como MENA, por sus siglas en inglés). Estos cambios fueron parte de una revisión de la estrategia política para adoptar políticas neoliberales y abrir los mercados, en este caso, los del sector salud (3).

Los cambios basados en la introducción de prácticas comerciales han enfrentado muchas críticas por los malos resultados sociales y en salud que han tenido en la mayoría de las partes del mundo donde han sido aplicados (4). A pesar de que en la región MENA tales cambios han sido formulados como “modernización” para lograr una mayor eficiencia y un mejoramiento de calidad; éstos mantienen algunas de las características clave de las reformas puestas en práctica en los años 80 y 90 en Asia, África y Latinoamérica, conocidas como “políticas de ajuste estructural” (PAE)¹; que incluyen subcontrataciones, el

Kasturi Sen. Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.

Correo e: Hksen@itg.be.

Waleed al Faisal. Universidad de Damasco, Museo Nacional, *Shoukry al Quawatley*, Damasco, Siria.

¹ Las políticas de ajuste estructural (PAE) se volvieron conocidas por la revisión hecha al sector salud a nivel mundial, motivada para incorporarlo al lucro y llevada a cabo bajo la apariencia de querer otorgar una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes (ahora, clientes) y de mejorar la relación costo-efectividad y, por lo tanto, el valor; es decir, hacer a los servicios tener un mejor papel como proveedores, en comparación con los del sector público.

Tabla 1
Indicadores importantes de salud: tasa de mortalidad infantil (TMI)
y tasa de mortalidad materna (TMM) en Siria (1970-2010-2015)

	1970	1993	2002	2003	2004	2010	2015
TMI por cada 100,000 nacimientos vivos	132	33	24	18.1	17.1	14.0	12.0
U5TM por cada 100,000 nacimientos vivos	164	44	29	20.2	19.3	16.0	13.0
TMM por cada 100,000 nacimientos vivos	482	107	71	65.4	58	45	32

Fuente: Ministerio de Salud de Siria, Damasco, Departamento Central de Estadística

el establecimiento de asociaciones público-privadas (APP), medidas a favor de la autonomía hospitalaria apoyadas por principios de una administración pública nueva, el pago por servicios (cuotas para los usuarios) y la introducción de varios esquemas de seguros (sociales, públicos y privados) que, en teoría, actuarían como amortiguadores para algunos sectores de la población (5-8).

La lógica detrás de la recomendación de reformas fue el mejoramiento de la calidad con el fin de satisfacer las necesidades y aumentar el abanico de elecciones de los pacientes, contener los costos para el Estado, mejorar la organización de los servicios y prepararse para la creciente incidencia de enfermedades no contagiosas (ENC) (8; 9). Sin embargo, en el caso de Siria, los donantes argumentaron que las APP ya habían demostrado ser eficaces para proveer atención médica de mejor calidad que el Estado y que complementarían el papel actual de los proveedores privados. Así, Gaertner (GIZ) argumentó que uno necesita ignorar consideraciones ideológicas y asumir que “lo mejor es lo que funciona” (10).

Sin embargo, la experiencia en otros países sugiere que los mecanismos de financiamiento implementados podrían constituir una alternativa costosa a al financiamiento público y continuar siendo subsidiados por el gasto público (13-15) (*Health Services Research –HSR*). También es probable que estos cambios actuales aceleren la entrada de compañías de seguros y de atención médica multinacionales (11; 12), establecidas bajo la premisa de la introducción de pagos por seguros de salud individuales.

Siria: seguros de salud (13)

A nivel histórico, los servicios en salud en Siria han estado bajo el apoyo, el comando y el control del Estado y han tendido un énfasis fuerte en la salud pública, en la promoción de la salud y en acciones de prevención. No obstante, la situación ha sido poco estudiada debido a la ausencia de datos sistemáticos, a la falta de colaboración entre investigadores dentro y fuera del país y a la escasez de investigadores capacitados en el estudio de los “sistemas de salud”; para el que las herramientas y los conceptos analíticos han sido desarrollados en Occidente (1; 14; 15).

En términos de sus indicadores de salud, el país muestra un historial positivo, con una tasa de mortalidad infantil (TMI) y de mortalidad materna (TMM) en declive durante las últimas dos décadas (Tabla 1). Por otro lado, los datos 1970-1993 son fragmentarios debido a la ausencia de un sistema de recolección centralizado y estandarizado; lo que se reconoce ahora como parte esencial de la política y de la planeación en salud (16) (Tabla 1).

La tabla 1 muestra que Siria ha tenido un declive significativo en la TMI y en la TMM (de 132 por cada 100,000 nacimientos vivos en 1970, a 14 en 2010, en cuanto a la TMM; y una TMM de 482 por cada 100,000 nacimientos en 1970 a 45, un número diez veces menor, en 2010. Esto constituye un logro importante, a pesar de un ingreso *per capita* relativamente bajo. Además, Siria también se puede acreditar con una cobertura integral de vacunación que ha sido complementada por mejores estándares de vida, mayor conciencia

Tabla 2
TMM 1990-2008, Egipto, Jordania y Siria, en proceso de cambio

Año	TMM POR CADA 100,000 NACIMIENTOS VIVOS		
	EGIPTO	SIRIA	JORDANIA
2008	82 (51-130)	46 (20-100)	59(35-100)
2005	90 (56-150)	50 (22-110)	66 (38-120)
2000	110 (69-180)	58(26-130)	79 (46-140)
1995	150 (94-240)	77(34-180)	95(55-170)
1990	220 (130-350)	120(52-290)	110(64-210)

Fuente: Mortalidad materna 1990-2008 – cálculos de OMS, UNICEF, BM, Grupo Interinstitucional

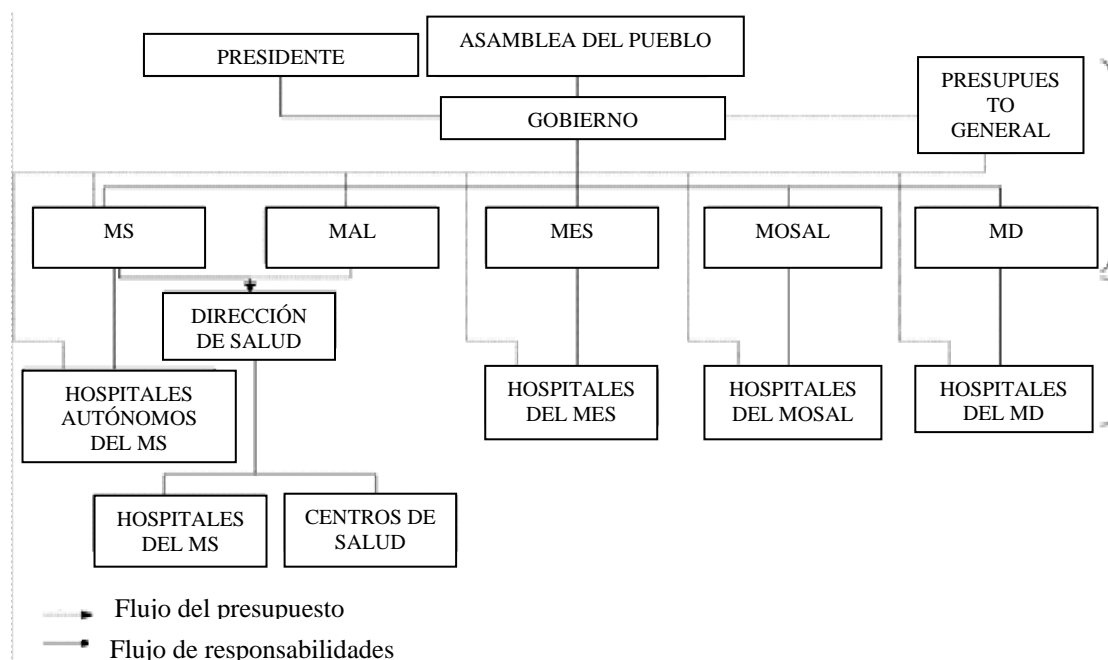
Figura 1
Siria: Organización de los Servicios de Salud

4.3 El sistema privado de atención en salud

Los médicos que trabajan en el sector salud pueden tener prácticas privadas en el sector privado.

4.4 El sistema general de atención en salud

La organización de las estructuras de atención en salud



El sistema de provisión de atención en salud en Siria está representado por el papel que juegan una serie de proveedores privados y públicos:

1. proveedores de servicios públicos financiados por medio del presupuesto gubernamental administrado por el MS, MES, MD y MOSAL. El Ministerio de Salud es el proveedor principal de servicios de salud, con cerca de 71,500 empleados y 67 hospitales (incluyendo a los hospitales de especialidades), con un total de 11,155 camas y 1,534 centros de salud como puntos de atención primaria y preventiva. El otro sistema del sector público está compuesto por un hospital del MOSAL, algunos hospitales administrados por el MD y 12 hospitales universitarios administrados por el MES;
2. Los proveedores privados ofrecen una amplia gama de servicios ambulatorios y secundarios en 376 hospitales pequeños (6,795 camas), más de 12,000 farmacias y clínicas

Fuente: Observatorio Regional de los Sistemas de Salud en Damasco: Perfil de los sistemas de salud, Siria, 2005

Tabla 3
Gasto público en atención a la salud (2003), en proceso de cambio

Ministerio	Valor en millones \$	% del gasto público total en atención a la salud
MS (Administración central)	137.72	25.71
MAL	192.86	36.0
MES (11 hospitales educativos)	103.84	19.39
MOSAL (1 hospital)	5.03	0.94
Ministerio de Defensa (5 hospitales)	18.89	3.53
Ministerio de Interior (salud de la policía)	11.11	2.07
Otras instituciones públicas	66.16	12.35
TOTAL	535.61	100

Fuente: Ministerio de Salud (2005); abreviaturas al final del texto (Anexo 1).

ciudadana sobre temas de salud y por la reducción en el analfabetismo, especialmente entre mujeres. Además, ha habido un mejoramiento en la infraestructura, lo que ha provisto agua potable y servicios primarios de atención a la salud. Adicionalmente, ha habido un compromiso por la integración de la atención en salud a todos niveles: primario, secundario y terciario. Por último, es uno de los pocos países de la región que ha sido capaz de lograr los objetivos de desarrollo del milenio (ILO 2008, UNDP 2010).

La tabla 2 también muestra las tendencias de la TMM en Siria, a comparación con países con niveles de ingresos similares de la región. Los indicadores de la TMM son más altos, a pesar de los menores niveles de las aportaciones de donantes, comparadas con Egipto y Jordania. A grandes rasgos, estos indicadores fueron logrados por medio de un sistema de salud integrado, a pesar de la predominancia de verticalidad organizacional bajo el auspicio de varios ministerios, por medio de una disminución en el analfabetismo y de una mayor conciencia entre las mujeres, mismos que junto con la existencia de atención gratuita a la salud materna, constituyen factores que han contribuido a un estado de salud relativamente positivo entre mujeres y niños en el país.

La organización de la atención en salud

La estructura actual y la organización de los servicios en salud son expuestas en la figura 1, señalan los intentos de transferencia de funciones a los niveles de gobernación; a pesar de que se

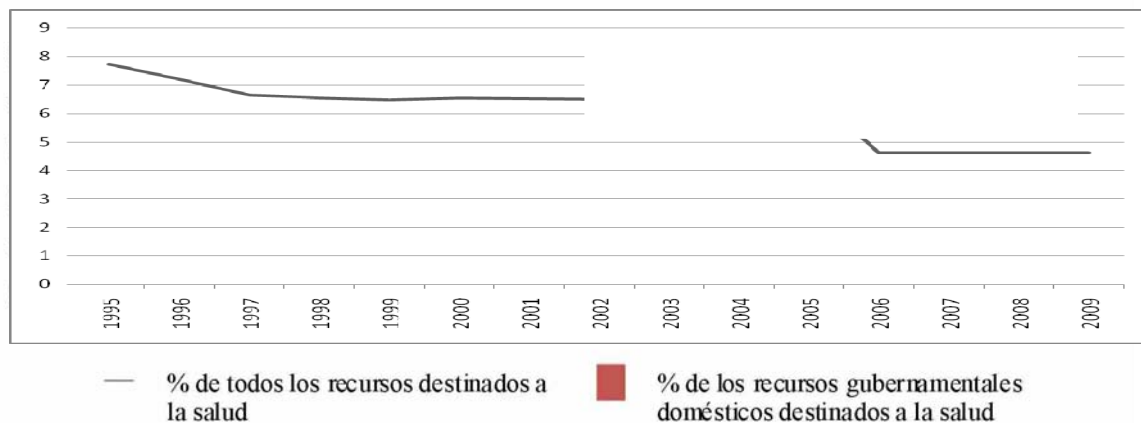
retiene su estructura de comando y control subyacente.

Siria ha provisto atención en salud gratuita a todos sus ciudadanos² donde, además, hay un límite aplicado a los cargos hechos por proveedores privados. El derecho a cobertura integral en salud está garantizado por la Constitución. La coordinación general, la administración y la provisión de servicios están bajo el Ministerio de Salud. Sin embargo, la provisión actual opera bajo varios ministerios (de asuntos sociales, educación, defensa y administración local) en donde algunos cuentan con más recursos que otros, lo que ha introducido la segmentación de los sistemas de salud. El número más grande de camas en el país está el sector público (80%); a pesar de que los proveedores privados incrementaron un 41% desde que se abrió la economía en 2005.

Las responsabilidades del MS son principalmente cuestiones de políticas y de estrategias, complementadas por otros ministerios (que financian, administran y proveen servicios) como el de finanzas, de educación, de bienestar social y de defensa. El Ministerio de Educación, por ejemplo, está involucrado en la provisión de salud en la escuela; mientras que otros ministerios brindan atención médica para sus empleados, (por

² Sin incluir medicamentos, que después de las consultas, constituyen los artículos más costosos para los pacientes. El MS provee una lista detallada de cuotas por intervenciones en salud en el sector privado ha ser usada como directriz.

Recursos gubernamentales destinados a la salud



ejemplo, el Ministerio de Defensa); un poco como en el siglo XIX en Europa, donde los gremios profesionales tenían un papel importante en la provisión de la atención a la salud (17). En general, la provisión de servicios en salud tiende a estar organizada por la membresía a gremios particulares en el sector público (por profesiones); a pesar de que toda la población utiliza instalaciones privadas diferentes, siempre y cuando las puedan pagar.

Algunos cálculos recientes sugieren que en este periodo, más de dos terceras partes de la población continúa utilizando proveedores públicos en lo que respecta a las instalaciones de atención interna, pero no externa, en donde prevalece un sistema de servicios de proveedores privados disponibles en todas las formas y tamaños para consultas, diagnósticos y compra de medicinas. (WF-comunicación personal, julio de 2011). La distribución del gasto público está expuesta en la Tabla 3. El gasto más alto es el del Ministerio de Administración Local, que brinda servicios de apoyo a todas las gobernaciones (donde se destina un monto importante al Ministerio de Salud) seguido del Ministerio de Educación Superior, que cuenta con un gran número de hospitales educativos. Al mismo tiempo que hay un grado de fragmentación de servicios por sector, el MS retiene una función central y estratégica. No obstante, esta composición está cambiando con la emergencia de mayor privatización y comercialización (18). El gasto público en salud

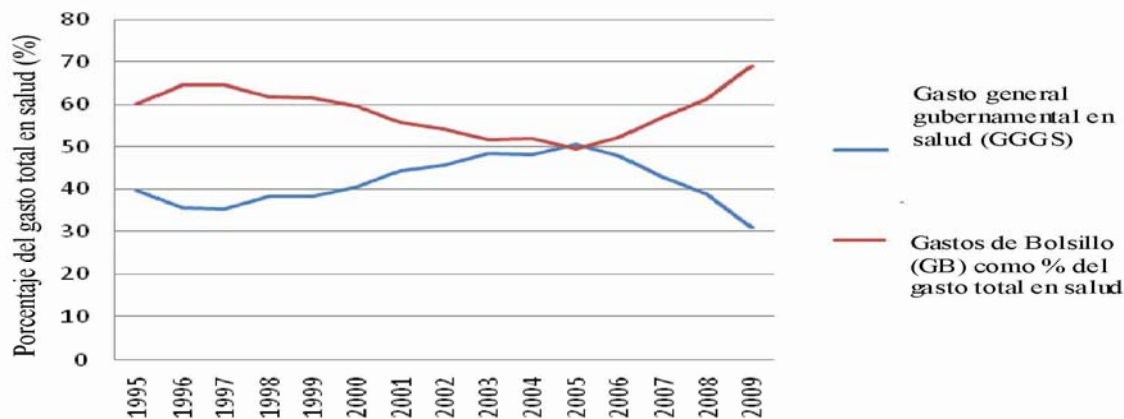
fue reducido del 8.6 al 5.4 % del PIB entre 1995 y 2006; los efectos de gastos previos hicieron posible un declive en la TMM en este mismo periodo (Tabla 3).

El cambio de demandas de las clases medias

Mientras que existe una demanda de servicios públicos de atención interna (debido a los largos tiempos de espera y a la percepción de la calidad de los servicios internos de instituciones públicas), la clase media emergente prefiere utilizar los crecientes servicios privados en hospitales y clínicas (1; 2; 19). Los patrones de utilización de acuerdo al acceso específico por edad son desconocidos, pero estos proveedores han aumentado su presencia general en Siria (especialmente en ciudades más grandes) en cerca del 41% desde 2005.

La Figura 2 muestra un gasto público en declive en servicios de salud y refleja en parte los efectos del programa de modernización de los últimos 4-5 años. Mientras que el Anexo 1 actualiza la estructura organizacional del sistema de salud para mostrar el uso exhaustivo de cuotas a usuarios en el sector público, en particular en el MS y en otros hospitales públicos a partir de 2006.

Desde 2003, el Estado sirio ha estado involucrado en el Programa de Modernización del Sector Salud, bajo el auspicio de la Comisión Europea (2003) y de la GIZ. Este programa es parte de una



cooperación de ayuda bilateral de la UE para fomentar la liberalización de la economía del país en sistemas legales administrativos, el comercio y el desarrollo de pequeñas empresas. Durante este periodo, la publicación de la Comisión Macroeconómica en Salud de la OMS (2001) tuvo un efecto similar en muchos países de ingresos medios y bajos y se implicó en un impulso por aumentar el papel del Estado como “administrador”, apoyando argumentos a favor de una separación de sus roles administrativos y de financiamiento (20; 21). Con financiamiento importante de la UE, el Programa de Modernización del Sector Salud fue ratificado en 2003 por el Estado a través de un plan progresivo de implementación en un periodo de varios años, dividido en diferentes fases. Por medio de un programa asistido de donantes que empezó de manera paralela, se otorgó un presupuesto de 140 millones de euros (10; 22) a la liberalización de la economía entera.

El objetivo general del programa de modernización es:

- Mejorar el desempeño en hospitales.
- Mejorar la administración del sector salud.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud a través de su acreditación.
- Buscar nuevos métodos de financiamiento en salud, incluyendo cuotas de usuarios.

El Programa de Modernización del Sector Salud (EMRO, 2006) está basado en la creencia de que tal reorganización constituye el único modo de mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios. Basándose en los objetivos arriba mencionados, las reformas implicarán, en gran medida, el retiro

gradual de financiamiento estatal de la provisión de servicios de salud; siendo reemplazada por una combinación de un sistema privado y de seguros sociales. Se planea la contratación de proveedores privados en la atención primaria, secundaria y terciaria, así como el establecimiento de asociaciones público-privadas formales. En teoría, el esquema de seguro social actuará como pagador y portero de una estructura de servicios nueva, en donde el objetivo general es la reducción de costos para el Estado, el mejoramiento de la calidad (a través de un proceso de licitación y de especificación de empleos) y del acceso (con la expectativa de que los precios serán regulados en la transición a la economía de mercado) (9).

La privatización y la financiación de la atención en salud: algunos elementos centrales

Una de las columnas principales de la comercialización de la salud y de los sectores sociales es la propuesta de la formación de asociaciones público - privadas³ y más recientemente, por medio de la subcontratación de servicios:⁴ desde los de abastecimiento, de lavandería y de diagnóstico, hasta la administración de hospitales y de clínicas de atención primaria por médicos, sobre una base contractual. Muchas de estas disposiciones ya sido

³ Las APP implican, como su nombre lo dice, una asociación en la que el sector privado realiza ciertas tareas, por ejemplo, la administración de una escuela o un servicio de salud, pero la propiedad y, más significativamente, la responsabilidad, sigue siendo del Estado.

⁴ La subcontratación implica que el sector privado es responsable de un elemento de un servicio o proyecto; la propiedad sigue siendo del Estado.

llevadas a cabo por cerca de tres décadas en países con ingresos altos; el pago del contratista para proveer servicios específicos es, a largo plazo, una asociación con el proveedor público. En la última década, los mecanismos de subcontratación de atención médica también están siendo implementados en países del norte y del sur y, en este caso, en Siria.⁵ Mientras que la lógica es el mejorar la eficiencia, el acceso, la calidad y la gestión de recursos, en la práctica la economía del subcontrato ha mellado al presupuesto público (23). Además, a menudo ha fracasado en brindar calidad y continuidad y en la contención de costos crecientes en lo que respecta la provisión de servicios. Muchas de las estrategias para la comercialización están basadas, por un lado, en el financiamiento público de costos centrales de infraestructura, mientras que la provisión de servicios se hace través de una variedad de esquemas de seguros individuales, sociales y comunitarios. En ambos casos, el Estado sigue siendo el garante y puede acabar pagando costos importantes por un servicio restrictivo; lo que en otro contexto no tendría que hacer (24;25)

El telón de fondo: la situación general en Siria, las APP y la subcontratación

Las APP han evolucionado hasta convertirse en la estrategia principal para mejorar el desempeño del sector salud. Su presencia es dominante en la región entera (3; 26; 27). En Siria, el programa de modernización incluyó las APP en sus primeras fases, aunque principalmente para servicios no-clínicos. Últimamente esto ha sido sustituido por la subcontratación (2008) de atención primaria en salud y de hospitales públicos selectos. La falta de infraestructura, de conocimiento y de conciencia en Siria sobre APP fue reconocida ya en 2003, pero esto no previno la adopción de un plan que incluiría la subcontratación de Unidades de Atención Primaria (a médicos privados y a Organizaciones No Gubernamentales –ONG–), la subcontratación de hospitales (a doctores especialistas) y la subcontratación de suministros médicos a proveedores privados (Gaertner 2003).

⁵ El nombre de las APP varía por países y por regiones; en el Reino Unido, por ejemplo, son conocidas como iniciativas financieras privadas (*private finance initiatives/PFIs*).

Una revisión de la contratación en la región realizada por Siddiqi *et al* (2007) señaló que este país, a comparación de otros, permaneció en una fase experimental. La valoración general de la contratación fue llevada a cabo con cautela debido a que la evidencia mostraba que la subcontratación de servicios públicos (incluso en forma de APP) era compleja, debido a un número de factores operacionales, entre ellos, la ausencia de criterios claros para llevar a cabo los contratos (por ejemplo, sobre el aseguramiento de la calidad y del precio) y la falta de experiencia de proveedores públicos en la administración de arreglos contractuales complejos⁶.

La ausencia de estándares que determinarían las regulaciones en la administración de los subcontratos también complicó la situación, lo que se hizo a menudo evidente, sólo cuando, por ejemplo, hubo un fracaso en la ratificación o un colapso de subcontratos, que se habían vuelto cada vez más normales (25; 25; 28).

A pesar de este contexto problemático, los donantes continuaron convenciendo a los ministerios de salud de países con ingresos bajos y medios (y, en este caso, a la Comisión de Planeación Estatal y al Ministerio de Salud de Siria), a actuar como administradores y complementar esta función por medio de regulaciones y de APP (29) (EC Syria ,2008)⁷

Cuotas a usuarios

Una parte importante de la modernización del sector salud en Siria constituye la introducción de cuotas a los usuarios y de cargos en los servicios públicos, añadidos a los gastos de bolsillo de la población, en teoría, los más pobres estarán exentos de tales cuotas. La provisión en hospitales está fragmentada, con la excepción del Ministerio de Asuntos Sociales y del Trabajo⁸ y del

⁶ Esto también se aplica a muchos países con altos ingresos.

⁷ La mayoría de las evaluaciones hechas a la subcontratación sugieren que un escrutinio cuidadoso de la administración es la clave de la efectividad operativa e impacta los costos y la calidad (*WHO Bulletin*, Vol. 84, 2006).

⁸ Ministerio de Asuntos Sociales y del Trabajo y Ministerio de Defensa

Ministerio de Defensa. Desde 2003 se cobran cuotas en hospitales, en centros de salud y en los hospitales autónomos del MS. Se pagan por medicamentos y por clínicas privadas, como queda ilustrado en la figura siguiente. El problema aquí está relacionado a la evaluación del proceso de cobro a través de monitoreos y de evaluaciones que aún no han sido publicadas. Sin embargo, la evidencia dentro y fuera de la región resumida abajo no hace buenas predicciones de acceso y de equidad y es probable que las cuotas tengan un efecto negativo sobre los hogares sin derecho a exención. La siguiente figura resalta el aumento en los gastos de bolsillo, comparados al gasto público entre 1995 y 2009 (Figura 2. Gasto gubernamental general en salud y gastos de bolsillo, 1995-2009).

Gastos de bolsillo

A pesar de la consternación general por su naturaleza regresiva (8; 9), los donantes continúan promoviendo el “cobro por servicio” como parte de la comercialización de servicios, en teoría para reducir la demanda y pagar por el funcionamiento del servicio. Los efectos negativos de estas cuotas en la mayoría de los países con ingresos medios y bajos observados en las últimas décadas, están bien documentados y muestran que redujeron el acceso de aquéllos con mayor necesidad y a menudo tuvieron como resultado pobreza médica o gastos catastróficos en atención a la salud.

La evidencia condujo a una resolución de la OMS en 2005, en donde se pide protección financiera, seguida del Informe Anual del Derecho al Acceso Universal (OMS, 2010). Asimismo, la evidencia sobre la instauración de cuotas para el usuario muestra que las cuotas por la provisión de un servicio, en su mayoría, no apoya el fin, es decir, que la utilización de servicios disminuye entre los menos pudientes, cuando el objetivo central del cobro era reducir el uso innecesario de los servicios.

Por otro lado, las cuotas a usuarios tampoco contribuyeron a pagar los costos de los servicios otorgados. Whitehead *et al* (2002) concluyeron que las cuotas a los usuarios y los gastos de bolsillo constituyeron una trampa médica importante para la pobreza, como lo fue en la mayoría de las regiones del mundo (6; 8; 9; 30).

De ese modo, enfrentando una oposición fuerte, el Banco Mundial reconoció que las cuotas a los usuarios son un método regresivo para pagar la atención en salud y necesitan ser aplicadas selectivamente (31). Sin embargo, a pesar de este reconocimiento, el principio de cuotas a usuarios ha re-emergido en MENA y en Siria, donde es probable que las repercusiones sobre los hogares sean serias.

Además de las cuotas, el seguro social en salud constituye otro tipo de cargo para, en teoría, proteger del riesgo. Aunque, a diferencia de las cuotas a los usuarios, estos pagos no son realizados en el lugar de provisión de servicios, el costo se ha mudado al gasto público, donde el Estado tiene poco control sobre la calidad y el costo⁹ (23).

Esquema de seguros sociales en salud

El sistema de financiamiento anterior a las reformas actuales estaba basado en el acceso universal, aunque contaba con una gran cantidad de opciones de proveedores disponibles para empleados del sector público y acceso a diversidad de proveedores en la atención primaria, secundaria y terciaria. Para el resto de la población, el acceso a la atención estaba garantizado por la Constitución, el aseguramiento privado era mínimo y principalmente para aquéllos con empleos internacionales.

Una característica central de los cambios implicará una modificación en los mecanismos de financiamiento existentes en el nuevo esquema de seguro social; en gran parte basados en contribuciones para empleados del sector formal y subsidiados para los pobres y para trabajadores del sector informal con cobros cuando la gente acude a servicios privados, además del pago de medicinas no disponibles en el sector público. De manera tradicional, el financiamiento a la salud en Siria ha

⁹ La evidencia de diversos estudios en países como India sugiere que se siguen realizando pagos, excepto en el caso del público vulnerable, que continuó comprando medicamentos, pagando por algunas consultas y recibió poca orientación sobre el manejo de la enfermedad y la prevención contra su recurrencia (Mitchell *et al.*, 2011).

sido una combinación de fondos públicos (del presupuesto general), seguros privados (muy limitados) y gastos de bolsillo (la mayor parte) que tienen que cubrir la asistencia a clínicas de tratamiento externo y los costos de los medicamentos.

El gasto del Estado en la salud es obtenido de las rentas gubernamentales y es aprobado por el gabinete y administrado por el Ministerio de Finanzas. Los cambios del esquema serán hacia un paquete básico clásico propuesto por el Banco Mundial en 2004 para los pobres, posibilitado por mejoramiento en la calidad y en la infraestructura en este nivel (incluyendo un sistema de pagos graduados para servicios hospitalarios a nivel secundario y terciario, particularmente), el logro de provisión de servicios de bajo costo es parte del sistema, que sigue siendo complejo, con niveles múltiples de beneficiarios y derechos a pesar de sus elementos de compartimiento de riesgos. Cómo funcionará esto en la práctica sigue estando indefinido, debido al hecho de que los historiales médicos y de salud, junto con las funciones administrativas dentro de los hospitales, son malas o inexistentes. En la actualidad se está haciendo un piloteo del esquema de seguro social en varios distritos de salud, pero, hasta la fecha, no se cuenta con materiales publicados sobre el funcionamiento del nuevo sistema. Por lo tanto, cualquier evaluación sólo puede estar basada en conjeturas y en la experiencia de otras regiones.

Gastos en salud a largo plazo

En 2006, el gasto en salud *per capita* fue de \$59 y de 5.6 % del PIB; el promedio de países con ingresos medios y bajos. El financiamiento fue desembolsado a través de varios ministerios y directamente de una serie de hospitales bajo la administración de la autoridad central del MS. El sistema de transferencia y de administración de financiamiento es complejo y posiblemente regresivo, especialmente en los casos donde el empleo está fuera del sector formal. Esto constituye la preocupación central del proyecto

iniciado por la OIT sobre el sector social¹⁰ que está siendo llevado a cabo con el programa PMSS (32;33).

Según la OIT, únicamente el 28% de la fuerza laboral de Siria se encuentra empleada en el sector formal, cerca del 37% está clasificada como auto-empleada y voluntaria, mientras que el 35% restantes está en el sector privado, tanto los empleados como los empleadores (32). El esquema de seguro social público, uno de los más antiguos de la región, existente desde 1959, está restringido, por ejemplo, a empleados del sector público. En 2008, la OIT reportó que sólo el 21.48% de la fuerza de trabajo recibió protección social (32).

Mientras que aquéllos auto-empleados o empleados en el sector privado tienen derecho a inscribirse, el sistema sigue siendo complejo, donde las prestaciones se acumulan sólo después de un periodo mínimo de 240-300 semanas (o 5-5.7 años) de contribuciones (34). Para aquéllos con ingresos bajos o poco seguros (como los del sector agrario e informal), el pago de cuotas de este esquema es problemático (35-37). En este contexto, cualquier programa de modernización del sector salud tendrá que asegurar la inclusión al financiamiento de los servicios de salud de millones de hombres y mujeres, para que éstos continúen teniendo acceso a la atención de la salud, especialmente de aquéllos en envejecimiento, para que no resulte en una deuda relacionada a la salud.

Co-pagos

El tema de los co-pagos es un área de los mecanismos de financiamiento en salud que parece no haber sido investigada de manera suficiente; especialmente en el contexto de las APP. Si el Estado ha introducido límites a intervenciones particulares, aumentará inevitablemente el costo de la atención para el usuario, quien como co-pagador tiene que cubrir cargos para “completar”. Generalmente, en estos casos, el proveedor también tiene modos sutiles para aumentar los

¹⁰ Programa de Empleo Decente en Siria (*Syria Decent Work Program*, ILO, 2008)

cargos de los que, en gran parte, el usuario no es consciente hasta no recibir la cuenta.¹¹

Más de un observador del sector salud sirio ha recalcado la necesidad de contener el costo de la atención médica en PMSS, especialmente en cuanto a los co-pagos, a la luz de los cambios propuestos a la administración del sector salud (2;15). También se ha argumentado que los administradores del sector público requerirán una gran perspicacia financiera para poder valorar críticamente sus costos y sus políticas de compra a vistas en ausencia de leyes y regulaciones (1;34). Hay una perspectiva creciente pero errónea entre los hacedores de políticas y los profesionales de Siria, de que un nuevo esquema de seguro en salud (complementado por APP) conducirá a la bienvenida reducción del papel del Estado en la provisión de servicios y actuará también como la panacea necesaria para contener los costos y mejorar el acceso a servicios de salud de buena calidad (10; 29).

Sin embargo, la evidencia observada en otros países con ingresos medios, como los del sureste asiático, no apoya la aplicación tajante de APP o de mecanismos de seguros de salud como solución a todos los problemas de costos, calidad y acceso. En una evaluación importante sobre la financiación en salud realizada recientemente (38), se sugiere que el tratar de mejorar la cobertura no es nunca un asunto sencillo, ni una solución fácil para todos los problemas del sector salud. Esto es así porque los sistemas de salud necesitan seguir teniendo funciones centrales fuertes como recursos humano adecuados y bien capacitados, cobertura de riesgo financiero para los más vulnerables, estabilidad en los pagos a proveedores para no afectar la toma de decisiones clínica debido a la necesidad de ahorrar gastos y, lo más importante, que los hacedores de políticas aprendan de la evidencia de otros países y regiones, creando una cultura de evidencia en la toma de decisiones. Ninguno de estos factores está

presente en la documentación del PMSS para la reforma del sector salud en Siria.

Conclusión: un dilema de políticas y contradicciones

En una época de ayuda y de influencia por medio de donantes, agravada por presiones económicas reales, es posible que las políticas se contradigan. El Programa de Modernización del Sector Salud, que implica la introducción de pagos de seguro o de cuotas por servicios para aquéllos capaces de pagar, son incompatibles con las políticas de acceso universal y, en particular, en el contexto de una población en envejecimiento como la que Siria enfrentará en las siguientes décadas.

Es cada vez más evidente que las inequidades en países con ingresos bajos y medios pueden estar relacionadas a políticas basadas en seguros para diferentes tipos de cobertura, que han sido ávidamente promovidas en las últimas dos décadas, pero que requieren ajustes más finos o su eliminación total. En una evaluación sobre el financiamiento privado en países con ingresos bajos y medios, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) sugiere que a menos que sea administrada con suficiente cuidado y por medio de mecanismos regulatorios, podría dañar al sistema médico y reforzar la división entre pobres y ricos (39).

Esta ha sido la experiencia en países como Líbano y Marruecos donde a pesar de una cobertura amplia, la división entre el acceso de ricos y pobres a los servicios de salud, especialmente entre la población de adultos mayores, es significativa (37; 39). Un editorial reciente de la *Stroke Association* en los EEUU, también resalta las inequidades en el acceso a la atención provista por medio de seguros en dos países: China e India; en donde un seguro no costeable ha sido un factor clave de las deudas relacionadas a la salud.¹² El autor sugiere que si una embolia ocurre durante los años activos, la gente sin cobertura apropiada tiene una probabilidad siete veces más grande de

¹¹ Esto es así en los EEUU, donde una encuesta reciente mostró que ni los cirujanos ni sus pacientes tienen una idea clara del costo de intervenciones estándar (*New York Times*, 2010).

¹² 80% de la población de India hace pagos de bolsillo, mientras que en China el 65% de los residentes urbanos y el 80% de la población rural está excluida de la cobertura en salud.

enfrentar gastos catastróficos que aquéllos que sí cuentan con tal cobertura (40).

La limitada información disponible sobre el financiamiento actual de los servicios en salud en Siria sugiere que mientras la intención es el acceso universal, en la práctica esto no así, ya que se ejerce presión en una serie de modos para que el Estado subsidie a proveedores privados. La mayoría de los informes sobre la reestructuración en el sector salud de Siria recomiendan asociaciones público-privadas como medio para reducir los costos del presupuesto público. Sin embargo, el costo de las subvenciones cruzadas, sumado a los costos de administración y monitoreo de la provisión no es tomado en cuenta (además de tener que lidiar con fallas en la atención de aquéllos que están fuera del sector formal). Los trabajadores del sector informal, las mujeres y los ancianos no cualifican, excepto bajo la premisa de privación extrema, lo que será difícil de implementar; tal como se ha visto en Líbano (26;37). Además, podría haber problemas de administración e implementación no poco comunes en el proceso de comercialización, lo que generaría confusión y reforzaría la falta de acceso (23;28).

Dentro de Siria ha habido un debate limitado en los medios sobre la aplicabilidad del seguro de salud en un país donde el 45% de la fuerza laboral está en el sector informal (41). Mientras que los empleados asalariados trabajando en el sector formal estarán bien protegidos a través de los cambios propuestos, este no es el caso de aquéllos con trabajos no-remunerados (la mayoría de las mujeres que además, son más longevas que los hombres). Este asunto también fue señalado en una evaluación del seguro en salud en *The Economist* (2010); en el que se compararon las prestaciones y los logros del seguro privado de salud, con los costos de la implementación de diferentes tipos de esquemas de seguro en países con ingresos medios y bajos. Hay varios comentarios que sugieren que la mayor parte de la población tiene una comprensión muy limitada del significado del seguro médico y que sigue siendo, en gran parte, una idea importada. Esto se ve reflejado en el hecho de que de una población de 22 millones de personas, sólo hubo 100,000 pólizas en 2010 (41). Este asunto también es admitido por el equipo

involucrado en la implementación de reformas al financiamiento en salud, acosado por los problemas implicados en la implementación (22).

Por lo tanto, a pesar de la disponibilidad de atención curativa y de un nuevo programa para enfrentar enfermedades no-contagiosas a través de atención primaria a la salud; es probable que los cambios en los mecanismos de financiamiento sean muy problemáticos; tanto en cultura como en la práctica. La determinación de los sectores de la población solicitantes de seguro será muy compleja, el sector salud está poco preparado para enfrentar necesidades de una población en envejecimiento no-asegurada, especialmente entre aquellos sin vínculo, previo o actual, con el sector formal de empleo (42). Además, si se otorga al proveedor privado un rol más importante en la provisión de la atención a la salud, es poco probable que contribuya al mejoramiento del acceso a atención especializada (como las instalaciones de diagnóstico) sin costos adicionales importantes. Esta ha sido la experiencia observada en países tanto dentro como fuera de la región (7).

Por lo tanto, es probable que la incidencia de los gastos catastróficos en atención a la salud escalen en Siria, un país donde estuvieron bajo control, y que representen cargas extraordinarias a los hogares; la ráfaga de la liberalización de la economía y del sector salud ha sido llevada a cabo a expensas de mantener fuertes elementos de subvenciones cruzadas y provisión de bajo costo, reflejados en indicadores de salud positivos (TMI y TMM).

Por último, el tema de la propiedad pública y la voz ciudadana está del todo ausente en el proceso de reforma. Los segmentos más vulnerables a los cambios implementados en el sector salud de países como Egipto, Líbano y Jordania son los más pobres de la población¹³ quienes no tienen voz para hacer escuchar su preferencia y enfrentan inequidades importantes en el acceso a atención de calidad en salud (30; 43). Entre éstos, son las mujeres, los ancianos y los trabajadores del sector informal los más vulnerables.

¹³ El 40% en Egipto y una tercera parte en Jordania y Líbano (así como 2% en Siria), viven sobre o bajo la línea de pobreza. Referencia:

En Siria, mientras los cambios propuestos son presentados en la prensa oficial, hay poco sobre procesos de consulta o de incorporación de puntos de vista del público. Los pocos artículos sobre acreditación sugieren un aumento de la preocupación entre pequeños proveedores, ancianos y auto-empleados. Estos dependen en gran medida de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil; generalmente distantes en toda la región. El Informe Árabe sobre Desarrollo Humano (*Arab Human Development Report*, 2009) señaló que la seguridad humana ha jugado un papel muy limitado en la formulación de políticas sociales en la región, comparadas a la importancia otorgada por los gobiernos a la seguridad del Estado (44). En ausencia de participación social y de voz pública, es posible que el aumento de elaboración de políticas neoliberales cree mayores inequidades por medio del afianzamiento del poder de los mercados sobre la población en general.

Mientras Siria sigue estando en una tormenta política, las sanciones del la UE (entre otros países) significan que la reforma y el programa de modernización están paralizados. Lo que puede ser una bendición disfrazada, brindando posibilidades para la reconfiguración de los planes de financiamiento y de provisión de atención en salud. La revuelta social y las reacciones en el área donde los estudios fueron implementados, podrían sugerir que una reducción de la fuerza laboral, unida a los intentos de separación del financiamiento y la provisión del sector salud, puede constituir una medida negativa, especialmente para aquéllos que enfrentan costos de atención en aumento, debido a enfermedades crónicas.

Además, los ciudadanos que recientemente descubrieron su “voz” necesitan asegurar ser escuchados claramente, no nada más sobre reformas políticas, sino también sobre la privatización y la corporatización de los servicios de salud, que se han vuelto una parte fundamental de las políticas neoliberales en países con ingresos medios y bajos.

Por otro lado, los hacedores de políticas necesitan aprender sobre el pensamiento basado en la evidencia, en lugar de políticas dictadas por los

donantes (como en el caso de Siria), que han sido la raíz de dificultades y de consternación en muchos hogares por medio de la privatización y la reducción. Los trastornos sociales y políticos constituyen un fuerte indicio de que estos asuntos no pueden ser ignorados, en este caso, en Siria.

Anexo 1

Abreviaturas

DCES, Departamento Central de Estadística de Siria
CESPAO, Comisión Económica y Social para Asia Occidental
PIB, Producto Interior Bruto
CCG, *Gulf Cooperation Countries*, Países del Consejo de Cooperación del Golfo
PMS, Programa de Modernización del Sector Salud
PIA, Países de Ingresos Altos
IAC – Iniciativa de Aprendizaje Conjunto
PIMyB, Países de Ingresos Medios y Bajos
MENA, Medio Oriente y África del Norte
MS, Ministerio de Salud
MD, Ministerio de Defensa
MES, Ministerio de Educación Superior
MAL, Ministerio de Administración Local
MOSAL, Ministerio de Asuntos Sociales y de Trabajo
ENC, Enfermedades no Contagiosas
GO, Grupo Oxford
GB, Gastos de Bolsillo
APS, Atención Primaria en Salud
DBA, Desempeño Basado en Administración
APPs Asociaciones Público-Privadas
RAS, República Árabe Siria
SSS, Seguro Social de Salud
PDNU, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
OMS, Organización Mundial de la Salud

Referencias

- (1) Khatib B. Health profile of Syria. Indiana, USA: Indiana University School of Medicine, Dept Public Health; 2006.
- (2) Hatem R. The Expected Impact of the Introduction of the Social Health Insurance on the Syrian Public Hospital Management. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald; 2011.
- (3) Zawaya. Public Private Partnerships play dominant role in driving sustainable growth of Middle East health care sector.
<http://www.zawya.com/Story.cfm/sidZAWYA20100514073939> . 2011. Dubai, United Arab Emirates, Zawya. 9-20-2011. Ref Type: Online Source
- (4) Koivusalo M, Mackintosh M. Health systems and commercialization: in search of good sense.

- Geneva, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development; 2004.
- (5) Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and development countries: a critical overview. *Int J Health Plann Manage* 1998;13(3):199-215.
 - (6) Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and Health Sector Reforms. *The Lancet* 2001 Sep 8;356(9284):833-6.
 - (7) Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull WHO* 2011;86(11):849-c.
 - (8) World Health Organization. *The World Health Report: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
 - (9) The World Bank. MENA Health Sector Brief - september 2010. http://siteresources.worldbank.org/INTMNAREGT/OPHEALTH/Resources/HEALTHBRIEF_SEPT2010.pdf . 2011. Washington, USA, The World Bank. 9-1-2011. Ref Type: Online Source
 - (10) Gaertner R. Public private partnership in primary health care: decision paper: towards a national health insurance system in Syria. Ministry of Health, Syria; 2003 Oct 1. Report No.: SYR/AIDCO/2001/0215.
 - (11) Preker AS, Schellekens OP, Lindner M, Drechsler D, Jütting JP, Zweifel P, et al. Global marketplace for private health insurance - strength in numbers. Washington D.C., USA: The World Bank; 2011.
 - (12) Abyad A. The growth of the health sector in the region. *Middle East Journal of Business* 1[1]. 9-1-2005. Tripoli, Lebanon, *Middle East Journal of Business*. 9-20-2011. Ref Type: Online Source
 - (13) Ministry of Health. Health Sector Modernization Program 2009, Damascus, Syria. <http://www.hsmp.moh.gov.sy/> . 2009. 9-20-2011. Ref Type: Online Source
 - (14) Galdo A. *Welfare in Mediterranean Countries: The Syrian Arab Republic*. Damascus, Syria: Formez, Caïmed and Regione-Campagne; 2004.
 - (15) International Labour Office. *Inter-regional project: How to strengthen social protection in the context of the European Agenda on decent work and promoting employment in the informal economy*. Geneva, Switzerland: International Labour Office; 2008 Sep 1.
 - (16) UNDP. Population Division - Department of economic and Social Affairs. New York: United Nations; 2000. Report No.: ST/ESA/SER.NR/151.
 - (17) Saltman RB, Dubois HFW, Figueras J. *The historical and social base of social health insurance systems. Social health insurance systems in Western Europe*. Berkshire, UK: Open University Press; 2004. p. 21-32.
 - (18) Syria Health Care Reform. Joint Learning Initiative (JLI) for Universal Health Coverage. <http://φοιντλεαρνιγγνετωορκ.οργ/βλογ/2011/φσν/29/σψρια-ηεαλτηχαρε-ρεφορμσ> . 6-1-2011. 6-1-2011. Ref Type: Online Source
 - (19) Al-Faisal W. Findings of focus group research on integrated health care systems to rapid population aging in Damascus - Syria. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2006.
 - (20) Sen K. Introduction: Restructuring health services - public subsidy of private provision. In: Sen K, editor. *Restructuring health services: Changing contexts and comparative perspectives*. New York, U.S.A.: Zed Books; 2003. p. 1-17.
 - (21) Ollila E, Koivusalo M. World health report 2000: health policy steering off-course: changed values, poor evidence and lack of accountability. *Int J Health Serv* 2002;32(3):503-14.
 - (22) Schewefel D. *Strengthening health systems management in Syria*. 2011. Ref Type: Unpublished Work
 - (23) McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull WHO* 2006;84(11):890-6.
 - (24) Dhillon RS. A closer look at the role of community based health insurance in Rwanda's success. <http://www.globalhealthcheck.org/?m=201109> . 9-16-2011. Oxfam. 9-20-2011. Ref Type: Online Source
 - (25) Gaffney D, Pollock AM, Price D. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *Br Med J* 1999;39(7204):249-53.
 - (26) Sibai A, Sen K. *Health care financing and delivery in the context of conflict and crisis. International health and aid policies: the need for alternatives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2010. p. 138-52.

- (27) WHO Eastern Mediterranean Regional office (EMRO). Annual Report 2008-2009 Syrian Arab Republic. Cairo, Egypt: EMRO; 2009.
- (28) Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out health outcomes and use of health services in low and middle-income countries [review]. Cochrane Database Syst Rev 2009;7(4).
- (29) Ministry of Health Syria. Health Sector Modernization Program: Towards a national health insurance system in Syria. Syria: Ministry of Health; 2008. Report No.: SYR/AIDCO/2001/0215.
- (30) Sibai AM, Baydoun SK, Saxena MP. Population aging in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. Bull WHO 2004 Mar 1;82(3):219-32.
- (31) World Bank. World Development report 2006. Equity and Development. Washington: The World Bank; 2004.
- (32) International Labour Office. Decent work country programme - Syrian Arab Republic. Geneva, Switzerland: International Labour Office; 2008 Feb 1.
- (33) Khatta M, Hussein SAC. Women's access to social protection in Syria. J Soc Sci 2011;13(4):591-603.
- (34) International Labour Office. Gender employment and the informal economy in Syria. Beirut, Lebanon; 2010. Report No.: 8.
- (35) Purohit BC. 2001.
- (36) Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet 2003;362(9378):111-7.
- (37) Ammar W. Health beyond politics: Beirut. Beirut, Lebanon: World Health Organisation and Ministry of Health; 2009.
- (38) Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Aljunid SM, Mukti AG, Akkhayong K, Banzon E, et al. Health financing reforms in South East Asia: challenges in achieving universal coverage. The Lancet 2011 Mar 5;377(9768):863-73.
- (39) Drechsler D, Jütting JP. Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. J Health Polit Pol Law 2007;32(3):497-534.
- (40) Asplund K. Stroke in the Uninsured. Journal of the American Heart Association 2009;40(19):1950-1.
- (41) Kassab D, Lane E. Healthy Business: is there a future for the private health care industry in Syria? <http://syria-today.com/st/index.php/april-2011/774-business-features/14878-healthy-business> . 4-1-2011. Damascus, Syria, SYRIA TODAY Magazine. 9-20-2011. Ref Type: Online Source
- (42) Sibai AM, Kronfol N. Situation analysis of population aging in the Arab countries: the way forward towards the implementation of MIPAA. Beirut, Lebanon: United Nations - Economic and Social Commission for Western Asia; 2008 Sep 1. Report No.: E/ESCWA/SDD/2008/ Technical paper 2.
- (43) Abyad A. Health care for older persons: a country profile - Lebanon. J Am Geriatr Soc 2001 Oct 1;49(10):1366-70.
- (44) Abdel-Fadil M, Hadi LA, Alashaal A, Al-Mashat AM, Al-Nasrawi S, Awad I, et al. Arab human development report 2009 - Challenges to human security in the Arab Countries. New York, U.S.A.: United Nations Development Programme, Regional Bureau for Arab States; 2009. Report No.: E.08.III.B.3.

Recibido: 5 de agosto de 2011.

Aprobado: 10 de septiembre 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos