



Documento satélite
Colección Gran angular

Entender el acceso financiero a los servicios de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo

Dirección de Recursos Técnicos
Julio de 2014

Autor

Profesor Alain LETOURMY, economista, investigador honorario en el CNRS

Comité de relectura

Clément BAGNOA

Grégory DOUCET

Emmanuelle DUCASSE

Augustin NEOUZE

Isabelle URSEAU

Comité de validación

Rozenn BOTOKRO BEGUIN

Edición

Polo Management de Conocimientos

Dirección de Recursos Técnicos

Relectura, correcciones, compaginación

Stéphanie DEYGAS

Polo Management de Conocimientos

Crédito fotográfico

© Bernard Franck / Handicap International (Camboya, 2004)

Este documento puede utilizarse mencionando la fuente y únicamente para un uso no comercial.

Sumario

Acrónimos	4
Resumen.....	6
Introducción	9
El problema planteado por Handicap International	9
Metodología	9
Análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional.....	11
1. Consideraciones generales sobre la rehabilitación física y funcional	11
1.1 Definición del sistema económico de la rehabilitación física y funcional y de las intervenciones consideradas en el estudio	11
1.2 Las fuentes de las necesidades de rehabilitación física y funcional	12
1.3 Las instancias previa y posterior de la rehabilitación física y funcional	13
2. La oferta de prestaciones de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo (PED).....	14
2.1 Oferta integrada ideal y oferta incompleta.....	14
2.2 La organización del acceso a la rehabilitación física y funcional en el sector público de la salud.....	16
2.3 Oferta pública y oferta privada.....	17
2.4 El financiamiento de la oferta de rehabilitación física y funcional	19
2.5 Los recursos humanos	20
2.6 El suministro de los prestadores	22
2.7 Desigualdades territoriales de la oferta de rehabilitación física y funcional	23
2.8 Financiamiento de la oferta y necesidades de inversiones	24
3. El costo para el usuario.....	26
3.1 El costo de los servicios y de la ortopedia.....	26
3.2 Los costos de acceso no arancelados	27

3.3 El lucro cesante	27
3.4 Los costos de las instancias anterior y posterior.....	28
3.5 La variabilidad del costo.....	28
4. La cobertura social y el costo para el usuario	29
4.1 De la cobertura social de salud	29
4.2 El pago individual de la rehabilitación física y funcional.....	31
4.3 ¿Los indigentes resultan favorecidos?	33
4.4 Una cobertura social específica para las personas discapacitadas	35
4.5 La cobertura universal y el seguro médico obligatorio	38
4.6 El seguro médico de las mutuales	40
4.7 Otros seguros.....	45
4.8 Fondo de compra y otros sistemas de prepago	46
5. Capacidad de evolución del sistema económico de la rehabilitación física y funcional	47
5.1 La política nacional de la discapacidad	47
5.2 Los actores públicos y privados	50
5.3 La sociedad civil	51
5.4 La implementación de la cobertura médica universal	53
Conclusión	54
Referencias	57

Acrónimos

ABMKAR	Asociación burkinesa de Masajistas Kinesiólogos y Auxiliares de Reeducción
ADRK	Asociación de Desarrollo de la región de Kaya (Burkina Faso)
AMO	Seguro Médico Obligatorio
AMV	Seguro Médico Voluntario
ANTOB	Asociación Nacional de Técnicos Ortopedistas de Burkina
ASMADE	Asociación Songui Manégré / Ayuda al desarrollo endógeno (Burkina Faso)
AVC	Accidente cerebro-vascular
CARPFO	Caja Autónoma de jubilaciones de los funcionarios (Burkina Faso)
CCSAM	Marco de concertación de las estructuras de asistencia de las mutuales de salud (Burkina Faso)
CHU/CHR	Centro hospitalario-universitario / Centro hospitalario
CIDR	Centro internacional de desarrollo e investigación
CMU/CSU	Cobertura médica universal / Cobertura sanitaria universal
CNAOB	Centro nacional de ortopedia de Burkina Faso
CNSS	Caja nacional de Seguridad Social (Burkina Faso)
CORAPH	Coordinación Regional de las Asociaciones de personas con discapacidad (Burkina Faso)
CSS	Caja de Seguridad Social (Senegal)
DECISIPH	Programa lanzado por Handicap International: "Derecho, Igualdad, ciudadanía, solidaridad, inclusión de las personas con discapacidad"
DGSN	Dirección General de la solidaridad Nacional (Burkina Faso)
FCFA	Franco de la Comunidad Financiera Africana
FEBAH	Federación burkinesa de las Asociaciones de Personas con discapacidad
FSN	Fondo de Solidaridad Nacional (Burkina Faso)

INSD	Instituto Nacional de Estadísticas y Demografía (Burkina Faso)
IPM	Institución de Protección por Enfermedad (Senegal)
OCADES	Organización Católica para el Desarrollo y la Solidaridad (vinculada a Caritas) (Burkina Faso)
OMS	Organización Mundial para la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PED	Países en desarrollo
PNDS	Plan Nacional de Desarrollo Sanitario
PROS	Programa de Fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil (Burkina Faso)
PTF	Socios técnicos y financieros
RAMS	Red de Asistencia a las Mutuales de Salud (Burkina Faso)
RBC	Rehabilitación con base en la comunidad
RENOH	Red nacional de las Organizaciones de Personas con discapacidad (Burkina Faso)
REPTO	Reeducación Para Todos (Burkina Faso)
SNV	ONG holandesa
UE	Unión Europea
UEMOA	Unión Económica y Monetaria de África Occidental
UTM	Unión Técnica de la Mutualidad Malí
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Resumen

Este documento es un panorama destinado a entender el sistema económico de la rehabilitación física y funcional. Constituye la primera parte de un estudio destinado a proponer una herramienta de diagnóstico del sistema económico de la rehabilitación física y funcional a los equipos de terreno de Handicap International, en África Occidental para comenzar. La propuesta de diagnóstico será objeto de otra publicación.

El estudio fue realizado en dos tiempos. A partir de un primer esbozo de una herramienta que surge del análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional, una misión en Burkina Faso permitió precisar numerosos puntos y tener una imagen concreta de las nociones necesarias para el análisis.

El presente informe está dedicado al análisis económico del sistema de la rehabilitación física y funcional.

Recordemos en primer lugar que el sistema de rehabilitación física y funcional fue estudiado en este informe refiriéndose a los servicios correspondientes a la definición elegida por Handicap International. Contemplamos luego tres posibles fuentes de la necesidad de rehabilitación física y funcional: las deficiencias adquiridas al momento del nacimiento o en edad temprana; las secuelas de las enfermedades; los accidentes a los que están expuestas las personas. Estas fuentes indican que existe casi siempre una instancia previa de la rehabilitación física y funcional (el paso por los tratamientos hospitalarios) y una instancia posterior: el acondicionamiento del domicilio o del medioambiente. Esta representación permite definir una oferta integrada ideal y una oferta incompleta.

Al examinar la organización del acceso a la rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo, vemos que la oferta pública presenta lagunas y que la rehabilitación física y funcional es dispensada a la vez por una oferta pública y una oferta privada. Del punto de vista de los prestadores, el financiamiento de la rehabilitación física y funcional tiene tres fuentes potenciales: el pago directo de los usuarios, los subsidios privados y las asignaciones públicas, especialmente para el pago del personal. Pero la situación de los establecimientos públicos y privados es muy diferente. Un punto crucial para los

establecimientos de salud que contemplan distribuir servicios de rehabilitación física y funcional es disponer de recursos humanos competentes.

Se observa que la rehabilitación física y funcional carece con mucha frecuencia de las calificaciones que permitirían aumentar su presencia en el lugar y que la cantidad de prestaciones de rehabilitación física y funcional son prestadas por personas de escasa calificación. Las lagunas de la oferta de servicios de rehabilitación física y funcional se reflejan así por desigualdades territoriales muy marcadas y el financiamiento de la oferta es insuficiente teniendo en cuenta las necesidades de inversiones.

El costo para el usuario se encuentra constituido por el costo de los servicios y de la ortopedia, por los costos de accesos no arancelarios (transporte, estadías), por el lucro cesante y los costos de las instancias previa y posterior. Según la localización de la oferta disponible y la situación de la persona en cuestión, el costo asociado a la rehabilitación física y funcional será variable y constituirá un parámetro importante de la decisión de emprender o de continuar con su cobertura.

La cobertura social de la salud, cuya función esencial es reducir el costo de las prestaciones de salud para el usuario, debería movilizarse para la rehabilitación física y funcional. Máxime cuando la Cobertura Médica Universal es actualmente consensual en los organismos promotores del desarrollo. A pesar de ello, el pago directo individual de la rehabilitación física y funcional es la regla general y debido a las exenciones de las que gozan los indigentes, uno puede preguntarse si acaso no son los más favorecidos para acceder a ella. Se examinan luego los dispositivos que podrían reducir el costo imputado a los usuarios: una cobertura social específica a las personas con discapacidad, la cobertura médica universal y el seguro médico obligatorio, el seguro médico de las mutuales, los otros seguros, fondo de compra y otros sistemas de prepago. La constatación es que queda aún mucho por hacer para mejorar el acceso financiero a la rehabilitación física y funcional. De ahí, el interés por evocar la capacidad de evolución del sistema económico de la rehabilitación física y funcional, que depende de la política nacional sobre la discapacidad, el rol de los actores públicos y privados y del compromiso de la sociedad civil y el esperado impacto de la puesta en marcha de la cobertura médica universal.

Se desprenden dos principios importantes: el primero es que el esfuerzo de apoyo de la demanda no debe dejar de lado la inversión en el sector de la rehabilitación física y funcional, el segundo es que los dispositivos a implementar para facilitar el acceso

financiero a la rehabilitación física y funcional deberían ser tan equitativos como sea posible y en este sentido, ser definidos teniendo en cuenta la totalidad de los costos imputados a los usuarios y no solamente los aranceles aplicadas.

En conclusión, se indican varias recomendaciones sobre las etapas consecutivas al estudio. Estas recaen en el mantenimiento de la herramienta y los proyectos que podrá inspirar. En esta perspectiva, se sugiere que el modelo más interesante en una gran cantidad de países para el financiamiento del acceso a la rehabilitación física y funcional será el de un fondo público que gozaría de una gestión autónoma. Como el financiamiento del acceso a la rehabilitación física y funcional no bastará para brindar al sector los medios de su desarrollo y la insuficiencia de la oferta tiene un importante impacto en los costos de acceso, una idea en la que hay que ahondar sería la de proporcionar a tal fondo público una doble misión: por un lado la misión de financiamiento del acceso de las personas, por otro, la implementación de una estrategia de inversión en recursos humanos, infraestructuras y equipamientos de rehabilitación física y funcional.

Introducción

El problema planteado por Handicap International

En muchos países, Handicap International trabajó para la mejora de la situación de las personas con discapacidad en los países en desarrollo y emergentes. Entre otras acciones, Handicap International contribuyó a la puesta en marcha de una oferta de prestaciones de rehabilitación física y funcional, principalmente en el marco de las colaboraciones con las autoridades nacionales. El impacto cierto de esta gestión resultó limitado por los problemas de acceso financiero a los servicios, en cuanto que la regla es, más o menos sistemáticamente, que las personas concernidas pagan los servicios y los materiales necesarios para el tratamiento de sus incapacidades. Handicap International desea a partir de ahora prestar mayor atención a la accesibilidad financiera a la rehabilitación física y funcional y, tras haber explorado algunas pistas en forma de iniciativas de gratuidad (fondo de equidad implementado en Rwanda, en Mali y en Togo¹), desea disponer de un análisis de las condiciones y de las posibilidades de financiamiento de la rehabilitación física y funcional, con vistas a reducir la barrera financiera de acceso a los servicios y a las ayudas para la movilidad.

Metodología

El estudio se ha construido a partir de la necesidad de descripción y de análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional: ¿cuáles son los flujos financieros asociados? ¿Qué agentes son las fuentes o los beneficiarios? El concepto central es el costo para el usuario, que se trata de delimitar de la manera lo más completa posible, para su cobertura parcial por dispositivos adecuados. En la medida en que los componentes del costo para el usuario dependan de la oferta de rehabilitación

¹ Ver B. Gerbier, R. Botokro. Comment améliorer l'accès aux soins de réadaptation pour les plus pauvres ? Evaluation de trois Fonds d'Equité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo Handicap International, 2009. /¿Cómo mejorar el acceso a los tratamientos de rehabilitación para los más pobres? Evaluación de tres Fondos de Equidad implementados por Handicap International en Rwanda, Mali y Togo Handicap International, 2009

física y funcional disponible en un país dado, la descripción “razonada” de esta oferta es una condición previa indispensable para la definición del costo.

“Razonado” significa que nos situamos en la perspectiva de la incidencia de la naturaleza y de la organización de la oferta en el financiamiento y en el costo imputado al usuario y no con vistas a la construcción de una tarjeta sanitaria. Junto con el costo imputable al usuario, también debe considerarse tener en cuenta diversos dispositivos de cobertura financiera, así como todos los factores contextuales que pueden impactar en los flujos financieros o que pueden producir la evolución del sistema económico de la rehabilitación física y funcional.

El estudio es en primer lugar teórico y debido a ello, no pasa por una fase de recolección sistemática de datos sobre la discapacidad en los países concernidos, los de África Occidental en este caso. Algunos de estos datos son útiles, pero se consideran más como ilustrativos que como base de una metodología de tipo comparativa, de la que hemos dicho que no constituía un objetivo del trabajo emprendido.

El estudio fue realizado en dos tiempos. A partir de un primer esbozo de una herramienta que surge del análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional, una misión en Burkina Faso permitió precisar numerosos puntos y tener una imagen concreta de las nociones necesarias para el análisis. Esta observación no pretende ser un estudio del sistema burkinés de la rehabilitación física y funcional, por más que haya sido realizado en unión directa con Handicap International, lo que puede ser visto como un atajo. Sin embargo, inspiró fuertemente los desarrollos de este informe y pareció necesario hacer referencia a la situación burkinesa para ilustrar directamente los argumentos presentados.

Tras algunas consideraciones generales sobre la rehabilitación física y funcional (parte 1), que permiten especialmente circunscribir el campo del estudio, el sistema es analizado desde el punto de vista de la oferta de tratamientos (parte 2), de la demanda y de su financiamiento (partes 3 y 4). Finalmente, se abordan los temas de la política nacional sobre la discapacidad, en relación con las posibilidades de evolución del sistema y de los actores que pueden facilitar el cambio (parte 5).

En la conclusión se indican diversas recomendaciones sobre las etapas consecutivas al estudio.

Análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional

1. Consideraciones generales sobre la rehabilitación física y funcional

1.1 Definición del sistema económico de la rehabilitación física y funcional y de las intervenciones consideradas en el estudio

Se designa como sistema económico de la rehabilitación física y funcional, a la configuración de los flujos financieros que se asocian a la producción y al consumo de los bienes y servicios que contribuyen a la rehabilitación física y funcional.

Estos flujos implican todo una serie de agentes económicos: los prestadores y los pacientes en primer lugar, luego los que pueden intervenir en la remuneración de los primeros, como terceros pagadores particularmente, finalmente aquellos que proporcionarán a los prestadores, contra un pago, los ingredientes necesarios para la realización de las intervenciones o que incluso participarán en el acceso a los tratamientos contra un pago, los transportistas, por ejemplo. Implican también a los actores sociales que no obtienen ninguna remuneración directa de los servicios sino que contribuyen a su distribución: Asociaciones de pacientes, servicios públicos de trabajo social por ejemplo.

La multiplicidad de agentes y de actores implicados justifica que se hable de "sistema" de rehabilitación física y funcional, en particular para indicar que existen varias maneras de aumentar los flujos, en vista a un mejor acceso a los servicios por parte de las personas afectadas.

La paleta de intervenciones a considerar para la rehabilitación física y funcional puede variar según las incapacidades y las deficiencias que se desean tratar. Se tomará aquí como base la definición de la rehabilitación física y funcional elegida por Handicap International: "La rehabilitación física y funcional es un proceso implementado para personas (y su entorno cercano) que presentan deficiencias e incapacidades, ya sea temporales o permanentes, que apunta a restablecer o compensar la pérdida funcional por un funcionamiento óptimo en interacción con el ambiente y a prevenir o a frenar el

deterioro funcional²". El campo de intervención del ámbito "Servicios de Rehabilitación" de Handicap International se encuentra principalmente circunscripto en vista a promover "acciones centradas en la prevención y la cobertura de la rehabilitación física y funcional de las personas que presentan deficiencias e incapacidades físicas y/o sensoriales más que físicas e intelectuales³". El sistema de la rehabilitación física y funcional que se estudia en este informe se relaciona con los servicios que corresponden a esta definición.

1.2 Las fuentes de las necesidades de rehabilitación física y funcional

Es importante distinguir la fuente de las necesidades de rehabilitación física y funcional, ya que presenta una incidencia en el acceso a las prestaciones y en ocasiones, en su cobertura financiera. Se consideran aquí tres fuentes posibles de la necesidad de rehabilitación física y funcional.

En primer lugar, una cierta cantidad de personas tiene una deficiencia adquirida de nacimiento o edad temprana, con frecuencia debido a un problema genético, eventualmente congénito, o bien por un incidente ocurrido al momento del parto. El problema se detecta más o menos tempranamente y conlleva una cobertura médica en la medida en que es detectado por la estructura competente. Así, el hecho de dar a luz fuera de una estructura médica demora la detección. Familias pobres, alejadas de los lugares donde se realizan los tratamientos, pueden no consultar, incluso cuando la incapacidad es evidente. En este caso, la concientización de las familias es importante para activar el recurso al sistema médico, luego, eventualmente el acceso a la rehabilitación física y funcional.

Las secuelas de enfermedad constituyen una segunda fuente de necesidad de rehabilitación física y funcional. Se piensa por ejemplo en la poliomielitis o en la meningitis en los niños, en el accidente cerebro-vascular (AVC) en el adulto. En este caso, el paso por el sistema hospitalario es casi sistemático y da lugar, en principio, a la prescripción de un tratamiento que incluye los tratamientos de rehabilitación física y funcional. La prescripción se ve seguida por intervenciones según las posibilidades físicas o financieras de acceder a estos servicios.

² La rehabilitación física y funcional, Handicap International, Dirección de Recursos Técnicos, 2013, p. 27.

³ Idem.

La tercera fuente de necesidad se ve constituida por los accidentes a los que están expuestas las personas: accidentes domésticos, accidentes laborales, accidentes de tránsito. A esto pueden agregarse los traumatismos sufridos en caso de guerras o catástrofes naturales, y que se caracterizan también por el hecho de que afectan a personas que a priori, gozan de buena salud, a diferencia de las dos fuentes anteriores. La mayoría de estos eventos implican un paso de las personas por el sistema de tratamientos médicos, ordinarios o del tipo humanitario, antes de considerar prestaciones de rehabilitación física y funcional.

1.3 Las instancias previa y posterior de la rehabilitación física y funcional

La mención de las fuentes de las necesidades de rehabilitación física y funcional indica que casi siempre existe para las personas, una instancia anterior a la rehabilitación física y funcional, que se materializa por un paso, voluntario o no, por la atención hospitalaria. Así, en la mayoría de casos, la rehabilitación física y funcional es consecutiva a intervenciones de cirugía traumática (neurocirugía y cirugía ortopédica), es lógico que los servicios de rehabilitación física y funcional se articulen con los tratamientos médicos y quirúrgicos que los preceden en la atención de los pacientes.

Pero la rehabilitación física y funcional, cuando implica la confección de prótesis, órtesis o la provisión de ayudas para la movilidad, no representa el fin de la atención de las personas. Estas deben poder desplazarse eficazmente, en su hogar o en el espacio público. El tema del acondicionamiento del domicilio o del medioambiente suscita una gestión particular, personalizada o no. Desde el punto de vista económico, este accionar se materializará en prestaciones, que tienen un costo y deben ser financiadas. Por ende existe entonces una instancia posterior a la rehabilitación física y funcional, que lógicamente sería erróneo dejar de lado, incluso cuando hay que salir del sistema de tratamientos y moviliza a actores muy diferentes.

2. La oferta de prestaciones de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo (PED)

2.1 Oferta integrada ideal y oferta incompleta

Teniendo en cuenta los elementos anteriores y especialmente la limitación del campo de estudio, la rehabilitación física y funcional puede incluir tres grandes tipos de prestaciones:

- Prestaciones de diagnóstico, que idealmente dependen de un médico de rehabilitación física y funcional, rodeado de un equipo paramédico;
- Prestaciones de kinesiología, ergoterapia, ortofonía, brindados por profesionales calificados (kinesiólogos, ergoterapeutas, ortofonistas);
- Prestaciones de ortopedia: órtesis, prótesis, ayudas para la movilidad y ayudas técnicas brindadas sobre todo por ortoprotesistas, ergoterapeutas y kinesiólogos.

Las prestaciones de rehabilitación física y funcional se articulan con frecuencia sobre prestaciones médicas anteriores, como las intervenciones quirúrgicas u ortopédicas. Deberían completarse por un diagnóstico ambiental, para efectivizar o mejorar la ayuda a la movilidad y la vida diaria proporcionada por la rehabilitación física y funcional.

Este esquema ideal es observable en los países desarrollados, con una organización variable según los países, pero que tiende a integrar la rehabilitación física y funcional con los servicios situados en las instancias anterior y posterior. Sin embargo, la integración no siempre es perfecta y la rehabilitación física y funcional, que forma parte de los tratamientos continuados, puede encontrarse más o menos articulada con los tratamientos estrictamente médicos. Más generalmente, el corte clásico entre el sector médico y el sector médico-social produce complicaciones para poner en marcha la metodología de adaptación del medioambiente evocada anteriormente.

En los países en desarrollo o emergentes, la oferta de rehabilitación física y funcional presenta defectos acentuados respecto de los países del hemisferio norte y en primer lugar lo que se cuestiona es la integración de los servicios. La oferta ideal de rehabilitación física y funcional, integrada en la instancia anterior y posterior, es extremadamente rara y sólo está disponible en los países en los que existe una

categoría de población de altos ingresos. Se trata más bien de países emergentes, donde el sistema de los países desarrollados constituye una parte (minoritaria) del sistema de salud, reservado a esta franja de población. Sudáfrica es un ejemplo de esta dualidad. En la mayoría de los países en desarrollo, la oferta de rehabilitación física y funcional está más o menos disociada de la instancia anterior y posterior, lo que evidentemente complica el recorrido del paciente y aumenta el costo de acceso. De hecho el modelo de oferta ideal puede ser tomado como referencia y hay que investigar donde existe en un país dado.

Caso de Burkina Faso

La oferta completa de rehabilitación física y funcional sólo existe en Uagadugú, con la condición de no ser demasiado exigente en la instancia posterior de la rehabilitación física y funcional. En el sector público, la presencia de los hospitales nacionales y de la plataforma técnica, brinda la instancia anterior de la rehabilitación física y funcional, que puede brindarse en el CNAOB. En cambio, los temas de acondicionamiento del domicilio no son objeto de una atención especial. En el sector privado, el Centro Paul-VI propone en el mismo lugar cirugía, kinesiología y ortopedia. El acompañamiento de los pacientes hace pensar que el acondicionamiento del domicilio puede dar lugar a asistencias personalizadas en la institución. No hay prestaciones de ergoterapia regulares a la fecha, excepto pasajes de expatriados puntuales. Hay dos ortofonistas que ejercen en forma liberal y en el marco asociativo de Uagadugú.

De manera general, la oferta de rehabilitación física y funcional es incompleta en los países en desarrollo, en el sentido en que, en una misma zona, no se podrán recibir la totalidad de las prestaciones, ni pasar simplemente del hospital a los servicios de rehabilitación física y funcional. El carácter incompleto de la oferta se manifiesta entonces en términos de déficit de integración de la instancia anterior de la rehabilitación física y funcional, luego de ausencia de una parte de los servicios de rehabilitación física y funcional (ya sea la kinesiología, la posibilidad de ortopedia, o incluso, más frecuentemente la ergoterapia y la ortofonía). En cuanto a la instancia posterior a la rehabilitación física y funcional, sólo se brinda en algunas localidades.

Caso de Burkina Faso

Al referirse al cuadro de la oferta de rehabilitación física y funcional en 2009 en Burkina Faso⁴, tenemos una primera idea del carácter incompleto de la oferta. Aparentemente, todas las regiones ofrecían servicios de reeducación en 2009. En cambio, sólo 9 regiones de 13 ofrecían servicios de ortopedia. Pero, en Bobo Dioulasso, donde hay cirugía (CHU) y kinesiología, el taller privado de ortopedia acaba de cerrar: por ende, hay sólo 8 regiones con taller ortopedia. Finalmente, sólo había 3 regiones de 13 con proyectos o programas de RBC.

La misión permitió un desplazamiento a Tenkodogo (región del Centro-Este), donde el CHR puede brindar prestaciones de cirugía traumatológica, aunque no haya cirujano ortopédico en el sentido estricto. El taller montado gracias a Handicap International proporciona aparatos ortopédicos al CHR, sabiendo que el técnico ha sido enviado del CNAOB, esperando el regreso del que está en formación en el extranjero por un plazo de tres años, financiado por Handicap International. Por el momento no existe servicio de kinesiología en el CHR de Tenkodogo y lo que existe en las cercanías (por ejemplo centro de RBC en Garango a 20 km) es de baja calidad⁵.

2.2 La organización del acceso a la rehabilitación física y funcional en el sector público de la salud

En la lógica de organización piramidal del sistema público de tratamientos, que prevalece en los países en desarrollo, se prevén varios niveles de acceso a la rehabilitación física y funcional. El primer nivel está constituido por los servicios situados en los centros de RBC⁶ u otros centros de primeros auxilios. Encontramos allí prestaciones de asistencia y, en el mejor de los casos, servicios de kinesiología, incluso de ortopedia. Un segundo nivel es el de los hospitales, donde se encuentran los servicios de cirugía y de kinesiología, eventualmente un taller de ortopedia.

⁴ Fuente: Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso [*Estrategía nacional de desarrollo de la rehabilitación física y funcional en Burkina Faso*], documento realizado con el apoyo de Handicap International en noviembre 2009.

⁵ Una descripción más precisa de la oferta de rehabilitación de la región del Centro-Este en 2010 es brindada por el informe « Analyse des données en réadaptation de la région du Centre-Est » [*Análisis de los datos de rehabilitación de la región Centro-Este*], realizada por Handicap International en diciembre de 2011, con vistas a la instalación de taller de ortopedia señalado.

⁶ Ver: Rehabilitación con base comunitaria, guía de RBC, OMS, 2011.

El tercer nivel está dedicado a la rehabilitación física y funcional con servicios de referencia para los países en materia de kinesiología, de ergoterapia, de ortofonía y de ortopedia.

En más de un sentido, esta organización debe considerarse como teórica, ya que la oferta a los diferentes niveles de acceso generalmente es incompleta. En primer lugar, no existen servicios de primer nivel en todos lados y, cuando existen, pueden no ser capaces más que de difundir la información. Luego, el servicio de cirugía disponible en los hospitales raramente es competente en ortopedia. La existencia de una competencia quirúrgica en un hospital de distrito es sólo un último recurso en caso de necesidad de intervención. Además, la kinesiología no está sistemáticamente presente en los hospitales, incluso en el CHR. A fortiori, la posibilidad de ortopedia resulta allí excepcional. Queda la oferta de un centro de referencia en rehabilitación física y funcional disponible en la capital y en las capitales de las regiones, en ciertos países como Mali.

Caso de Burkina Faso

Según el documento relativo a la oferta de rehabilitación física y funcional en 2009, los dos primeros niveles no comprendían ninguna estructura pública de rehabilitación. La situación fue corregida gracias al proyecto Handicap International de Tenkodogo, que brinda una estructura en el segundo nivel. El tercero incluiría el CNAOB y los servicios de kinesiología de los tres CHU.

2.3 Oferta pública y oferta privada

Así como los tratamientos médicos, los servicios de rehabilitación física y funcional se brindan en el sector público y en el sector privado. La oferta pública corresponde al esquema de organización mencionado anteriormente. Emplea a personal asalariado por el Estado, titulares o contractuales. Los aranceles son fijados allí por el Ministerio de Salud. Esta oferta presenta lagunas y puede no haber sido implementada más que recientemente. Esto explica e incluso justifica que se implemente en primer lugar una oferta privada de beneficencia, allí donde no había disponible ningún servicio público de rehabilitación física y funcional.

La oferta privada de beneficencia es generalmente parte interviniente de la oferta nacional y puede recibir personal público destinado a ella. Los aranceles tienden allí a ser superiores a los del sector público, pero las excepciones de pago son frecuentes (ver a continuación). Los servicios propuestos y la calidad son muy variables, y sobre todo el primer nivel es el que resulta investido por la oferta de beneficencia. La organización piramidal del sector no es necesariamente respetada en los establecimientos privados, que se inscriben en su propia red de establecimientos y no orientan sistemáticamente a los establecimientos públicos más cercanos.

Junto a los servicios de beneficencia, existen algunos servicios con vocación comercial. Estos servicios se ubican en una lógica de "nichos", allí donde existe una demanda solvente y donde la calidad de los servicios públicos se considera mediocre. Estos servicios no necesariamente apuntan a constituir una oferta completa, algunos sólo tienen servicios de kinesiología, otros de ortopedia. Esta rehabilitación física y funcional privada puede estar vinculada a clínicas con vocación quirúrgica. Los aranceles son evidentemente más altos que en el sector público o privado de beneficencia. El personal ejerce eventualmente también en el sector público.

Caso de Burkina Faso

La mayoría de los establecimientos de rehabilitación física y funcional son privados de beneficencia. Contamos 32 estructuras privadas confesionales de primeros auxilios y 6 proyectos de RBC. En cambio, hay pocos establecimientos privados presentes en los niveles superiores. La excepción es el Centro Paul-VI en Uagadugú.

Los establecimientos privados de primeros auxilios solo brindan información y tratamientos de kinesiología. En lo que respecta a la ortopedia, orientan a los pacientes (ejemplo de OCADES), con frecuencia muy lejos (por ejemplo en Tenguiéta en Benín). Cumplen también un importante trabajo de concientización de la población, y asesoran a las personas para el acondicionamiento del domicilio. En Uagadugú existen (probablemente también en Bobo Dioulasso) dos gabinetes privados de kinesiología. La empresa Orthoba en Uagadugú (que difunde principalmente los productos PROTEOR) instaló un taller que fabrica órtesis y prótesis.

2.4 El financiamiento de la oferta de rehabilitación física y funcional

Partiendo del punto de vista de los prestadores, el financiamiento de la rehabilitación física y funcional tiene tres fuentes potenciales: el pago directo de los usuarios, los subsidios privados y las asignaciones públicas, especialmente en lo que respecta al pago del personal. La situación de los establecimientos públicos y privados evidentemente es muy diferente.

Los establecimientos públicos reciben asignaciones públicas, pero estas son ampliamente insuficientes. No es simple separar la rehabilitación física y funcional del resto de la actividad de un establecimiento hospitalario, cuando está ubicada allí. Esto, a excepción de los trabajadores, que pueden asociarse muy fácilmente al personal dedicado a la rehabilitación física y funcional.

El pago por parte de los usuarios es la regla, pero estos ingresos propios no quedan necesariamente al nivel del establecimiento, a fortiori al nivel de los servicios de rehabilitación física y funcional.

Algunos establecimientos públicos gozan de subsidios externos, provenientes de ONG o de socios de los países del hemisferio norte. Estos subsidios constituyen con frecuencia la única posibilidad de inversión en la rehabilitación física y funcional. Algunas ONG pueden también poner personal calificado a disposición de un servicio o establecimiento de rehabilitación física y funcional. Este personal "gratuito" tiene una función de tratamientos y formación, que en principio no es duradera.

Los establecimientos privados no gozan generalmente de asignaciones públicas, pero pueden tener personal público enviado por el Estado. Hacen pagar a los usuarios, pero esta fuente no representa más que una fracción de su presupuesto de funcionamiento. Lo esencial de sus recursos proviene de subsidios externos, relacionados por ejemplo a su pertenencia a una red. Es decir, la "casa central" les otorga un presupuesto, o bien una fundación privada les proporciona cada año fondos para su funcionamiento. La perdurabilidad del financiamiento externo es variable.

Caso de Burkina Faso

Los establecimientos públicos se quejan de la falta de recursos públicos (caso del CNAOB) y solicitan subsidios externos. Están privados de los pagos directos que van al Tesoro. En cuanto a las personas que reciben atención gratuita (indigentes), los pagos tampoco transitan por la Caja del Establecimiento. ¿Son pagados al Tesoro por el Fondo nacional de Solidaridad? Todo ello no es evidentemente un incentivo a aumentar la actividad, aún menos la calidad de las prestaciones.

Los establecimientos privados de beneficencia formulan las mismas quejas respecto del presupuesto del que disponen. Los ingresos propios sólo cubrirían el 25% de sus gastos (caso de Garango) o sólo permitirían el pago de los salarios del personal contractual, sabiendo que, en los establecimientos de beneficencia, la parte del voluntariado es importante dentro del personal (religiosos kinesiólogos en Paul VI por ejemplo). No es sencillo asimilar la actividad de los establecimientos privados de beneficencia al monto de sus ingresos propios. Los aranceles aplicados se ajustan a la capacidad de pago de los pacientes, y no es raro que haya servicios gratuitos (kinesiología). Tratándose de las prótesis, los aranceles son mucho más altos que los aranceles públicos y las exenciones no son corrientes. En la red OCADES, el aporte de la Fundación "Light for the world" es esencial. Su eliminación conllevaría el cierre de varios centros de RBC. La rehabilitación física y funcional considerada en este estudio no constituye la única fuente de ingresos de los establecimientos privados. También se facturan otros servicios, destinados a las personas no videntes o discapacitadas auditivas. Por otro lado, cuando los establecimientos solicitan ayuda para la movilidad o son intermediarios en la fabricación de prótesis, no se excluye que este servicio sea remunerado, según un acuerdo con el fabricante, que también forma parte de la red.

2.5 Los recursos humanos

Un punto crucial para los establecimientos de salud que consideran distribuir servicios de rehabilitación física y funcional es disponer de recursos humanos competentes, en un ámbito que no es el más valorado dentro del sistema de salud. En los PED, los médicos de reeducación son raros y los cirujanos especializados en traumatología no son los más numerosos dentro de la especialidad. Los kinesiólogos y los asistentes kinesiólogos tampoco son la categoría paramédica más numerosa.

Finalmente, los técnicos protesistas constituyen un recurso difícil de encontrar, así como los ortofonistas y los ergoterapeutas.

En la base, la formación inicial de los médicos y paramédicos tiene la responsabilidad de este déficit de recursos humanos. Cuando hay muy pocos médicos de reeducación, que con frecuencia ejercen en el ejército, es difícil aumentar el personal. En materia de kinesiología, algunos países no forman esta categoría de paramédicos. El resultado es que la rehabilitación física y funcional con mucha frecuencia carece de las calificaciones que permitirían aumentar su presencia en el lugar. Para obtener una formación, los postulantes con frecuencia son obligados a cambiar de país, incluso ir a un país del norte, lo que aumenta los plazos para que salgan al mercado. Además, el personal formado puede ser tentado, en un contexto de escasez, a lanzarse al mercado de lo privado, más que a abrazar una carrera pública, con mucha menor remuneración.

Concebimos entonces que la cantidad de prestaciones de rehabilitación física y funcional serán dispensadas por personal de escasa calificación (asistentes kinesiólogos por ejemplo), formados sobre la marcha, y que, a pesar de su buena voluntad, no constituirán un incentivo para que los pacientes sigan los tratamientos.

Caso de Burkina Faso

Según el estudio citado, había en 2009: 3 médicos de reeducación, 1 cirujano ortopedista, 1 kinesiólogo de nivel superior, 35 kinesiólogos, 55 asistentes kinesiólogos, 17 técnicos ortopedistas y 12 asistentes ortoprotesistas.

Si se considera a las personas que han seguido una formación diplomada, tenemos 36 profesionales de reeducación (21 de estatus público, 15 de estatus privado) y 17 profesionales ortoprotesistas (10 públicos y 7 privados). Ahora bien, según las normas de la OMS aplicadas a la población del país, se requerirían 143 personas calificadas en aparatos ortopédicos y se puede estimar que harían falta aproximadamente 10 veces más kinesiólogos.

No hay formación para los kinesiólogos en Burkina Faso, a diferencia de Togo o de Benín por ejemplo. En cambio, en Koudougou, existe una escuela de formación de asistentes kinesiólogos.

El Ministerio de la Salud hace valer una cooperación con Bélgica: en el marco de un máster de kinesiología, 3 personas estarían actualmente en posición de entrar a la Universidad católica de Louvain para la formación.

2.6 El suministro de los prestadores

La fabricación de prótesis supone un suministro de insumos.

Las ayudas para la movilidad pueden fabricarse a partir de materiales locales o de productos de recuperación. Pueden también ser importados enteramente montados, o puede tratarse de modelos de recuperación enviados por asociaciones de los países del hemisferio norte. Así, habrá distintas ramas de suministros de los prestadores, que conllevarán costos de prótesis y de materiales variables.

Para las prótesis, la fabricación local a partir de insumos es la más económica, pero existe una gama de productos de calidades diferentes, según el material de base de los insumos (ver a continuación el tarifario en Tenkodogo).

Para las ayudas a la marcha, el material generalmente es importado. Los establecimientos privados reciben con mucha frecuencia materiales de recuperación, algunas ONG que organizan la distribución de andadores, bastones o sillas de ruedas de este tipo. En cambio, algunos talleres locales se especializan en la fabricación de triciclos, sillas de ruedas o andadores a partir de soportes rodantes existentes (motocicletas) y de materiales disponibles en el país.

Caso de Burkina Faso

Las observaciones realizadas durante la misión sugieren que los prestadores burkineses eligieron mayoritariamente fabricar in situ las órtesis o prótesis, y servir de intermediarios para brindar a los pacientes ayudas para la movilidad. Así, comprarán los insumos de las prótesis y harán venir las ayudas a la marcha listas para su uso. Según el director de Orthoba, las estructuras públicas se conforman con insumos de calidad mediocre, mientras que pueden proponer productos más sólidos, usando materiales de mejor calidad. En tanto agente de insumos, Orthoba propone de todas maneras una variedad de calidades, el cliente se decide en función del precio que los pacientes están dispuestos a pagar.

Las sillas de ruedas y los andadores se encargan a proveedores externos y, aparentemente ningún prestador de servicios de rehabilitación física y funcional intenta almacenarlos. Efectivamente existen pocos fabricantes locales. Una excepción es la empresa Karemsaba, que confecciona triciclos manuales o motorizados (su

especialidad), muletas, andadores y bastones. Se trata de un taller que emplea 8 personas y que fabrica a pedido. Para un triciclo, la espera es de 2 a 3 semanas. El taller produciría como mínimo 250 triciclos por año. El precio del triciclo manual varia de 102 500 a 135 000 FCFA (de 156 a 206 €). Un triciclo motorizado cuesta de 250 000 a 400 000 FCA (es decir de 380 a 610 €), a partir de una moto proporcionada por el cliente. La empresa funciona gracias al pedido regular de una ONG, que sería de 200 piezas por año aproximadamente. También trabaja con todos los centros de RBC del país, que realizan pedidos de forma ocasional. Esta empresa adquirió un cierto know-how, pero su desarrollo es problemático, por carecer de acceso simple a préstamos bancarios.

2.7 Desigualdades territoriales de la oferta de rehabilitación física y funcional

Las lagunas de la oferta de servicios de rehabilitación física y funcional se traducen de forma evidente en desigualdades territoriales muy marcadas para las personas afectadas. Las que residen en las grandes ciudades y sobre todo en la capital resultan favorecidas, mientras que las poblaciones rurales pueden gozar solo excepcionalmente de prestaciones de kinesiología, a fortiori de ortopedias. La consecuencia es una barrera de acceso, que es multiforme. En primer lugar hay una restricción del nivel de información de las personas alejadas de los establecimientos. Luego, hace falta más tiempo para obtener los servicios, lo que desalienta necesariamente a una cierta cantidad de pacientes. Finalmente, hay que gastar más para acercarse al lugar donde se realiza el tratamiento o la práctica ortopédica, lo que reduce aún más la cantidad de personas que deciden seguir los tratamientos o adquirir el aparato ortopédico. Por ello, el costo de acceso a las prestaciones es un elemento importante del costo para el usuario.

Caso de Burkina Faso

Si no se tiene en cuenta la ergoterapia (inexistente) y la ortofonía (solo dos profesionales), las desigualdades regionales son importantes sobre todo en lo que respecta a la ortopedia. Así, en 2009, 4 regiones de 13 carecían de estructuras de ortopedia. Además, el análisis de los datos recabados sobre aparatos ortopédicos en las regiones del país muestra un promedio de cobertura de las necesidades del 0,02% en 2007 y del 0,03% en 2008. Este promedio sigue siendo bajo comparativamente con el indicador de la OMS. El estudio que precedió el montaje del taller de ortopedia de Tenkodogo indicaba la inexistencia de talleres de aparatos ortopédicos y de ortoprótesis en la región. Todas las personas recibidas en los cinco centros privados cuyo tipo de discapacidad requería un aparato ortopédico fueron enviadas a Uagadugú, a Koudougou o a Kaya. Los gastos de desplazamientos constituirán entonces un freno al acceso a los tratamientos de rehabilitación. Las personas que poseen una incapacidad(es) física (s) o funcional(es) recorren largas distancias para tener acceso a una consulta y a tratamientos de rehabilitación en la región del Centro-Este. Estimamos que en promedio una persona recorre aproximadamente 50 km para tener acceso a los tratamientos de kinesiología. Esta distancia varía entre 185 a 300 km para tener acceso a los aparatos ortopédicos (Uagadugú, Koudougou o Kaya). Sin embargo, si se considera que en general las personas necesitan una cierta cantidad de sesiones de kinesiología en períodos con frecuencia extensos, mientras que para la ortopedia bastan de 2 a 4 visitas al centro cada 2 a 4 años, se percibe que es difícil comparar prestaciones diferentes y que las desigualdades están presentes en todas partes.

2.8 Financiamiento de la oferta y necesidades de inversiones

La descripción de la oferta de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo y su ilustración sobre el Caso de Burkina Faso llevan a reflexionar sobre el sistema de financiamiento de la rehabilitación física y funcional. El hecho de que los usuarios deban desembolsar una suma importante cuando necesitan aparatos ortopédicos, ayudas para la movilidad o incluso servicios de reeducación, constituye sin dudas un freno al acceso a la rehabilitación física y funcional. Sin embargo, resolver el problema del financiamiento de la demanda, es decir, bajar la barrera financiera del acceso a la rehabilitación física y funcional al nivel de la capacidad de financiamiento de los grupos

de familia, no basta para mejorar el financiamiento de la oferta. Los ingresos que los usuarios aportan a los establecimientos públicos y privados constituyen solamente una pequeña parte de sus necesidades de funcionamiento y de inversión. En muchos países, la diferencia es saneada, o reducida, por subsidios provenientes del Estado o externos. El resultado es un déficit de personal calificado y de estructuras de proximidad, admitiendo que los costos de funcionamiento estén casi cubiertos, ante una demanda en sí misma bastante escasa y ciertamente inferior al nivel de las necesidades.

Es indispensable que los países implementen planes de desarrollo de la oferta financiados por inversiones adecuadas. El tema que se plantea es el de los dispositivos que podrían mejorar el desarrollo de la oferta, tras haber constatado que el esfuerzo público estándar (presupuestos de los establecimientos, remuneración del personal) es en sí mismo insuficiente en volumen y en calidad. ¿Hay que considerar una mejor coordinación de los subsidios provenientes del exterior?

Caso de Burkina Faso

Existe un programa específico de desarrollo de la oferta en Burkina Faso⁷.

Se privilegian tres ejes de intervención:

- 1. Fortalecer el marco institucional y organizativo del sistema de la rehabilitación,**
- 2. Mejorar la plataforma técnica de las estructuras de rehabilitación,**
- 3. Incrementar la accesibilidad geográfica de los tratamientos de rehabilitación en Burkina Faso.**

⁷ Fuente: Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso [*Estrategia nacional de desarrollo de la rehabilitación física y funcional en Burkina Faso*], op. cit., p.12.

3. El costo para el usuario

3.1 El costo de los servicios y de la ortopedia

El usuario debe pagar los servicios en función de los aranceles fijados. Este pago es generalmente directo, pero en ciertos casos un tercer organismo pagador puede reemplazar al usuario (ver a continuación). En teoría, el costo de los servicios no puede ser modificado en el sector público, ya que se fija a nivel nacional. Sin embargo hay excepciones. En cambio, en los establecimientos privados de beneficencia declaran aplicar aranceles flotantes, según la capacidad de pago de los pacientes. Así, las sumas solicitadas diferirán de los aranceles mostrados.

El principio general para los servicios es el tarifario unitario: una consulta o una sesión kinesiología cuesta por ejemplo en Tenkodogo 1500 FCFA (adulto) o 750 FCFA (niño) (es decir 2,29€ o 1,43€). Los establecimientos no aplican aranceles globales, con un monto correspondiente a la totalidad del tratamiento prescrito.

Las prótesis y las ayudas a la marcha también son objeto de un tarifario por unidad. Según la calidad del aparato, el arancel se duplicará, incluso se cuadruplicará. Existen en los establecimientos una lista de productos propuestos con los precios, lo que permite que los pacientes sepan cuánto tendrán que pagar.

Caso de Burkina Faso

A partir de los aranceles indicados en el Centro Regional Hospitalario de Tenkodogo para las prestaciones del servicio de ortoprótesis (ver anexo), se constata que hay un tarifario diferente para los adultos y los niños (menores de quince años), estos últimos presentan en general un “descuento” del orden del 50%. Por ejemplo, una prótesis tibial de polipropileno cuesta 120 000 FCFA (183€) para un adulto, y 71 000 FCFA (108€) para un niño. De todas maneras, este descuento no se aplica a los productos de calidad superior (de resina), que son aproximadamente dos veces y media más caros: por ejemplo la prótesis tibial para adulto pasa a 300 000 FCFA (457€). Los aranceles del CNAOB son de la misma envergadura.

3.2 Los costos de acceso no arancelados

Las personas que necesitan los servicios de rehabilitación física y funcional deben dirigirse al lugar donde éstos se brindan, lo que conlleva un costo de transporte más o menos importante según el medio de transporte elegido. En principio, para sesiones de kinesiología, el costo es modesto si existe un centro de primeros auxilios cerca del domicilio de la persona. Sin embargo se incrementa con la distancia eventualmente si la región de habitación está enclavada.

Cuando las personas necesitan prótesis, con frecuencia hay que agregar un costo de estadía al costo de transporte. Se necesita una primera consulta para tomar las medidas del aparato ortopédico. Una segunda consulta servirá para probar y para un primer ajuste, que normalmente debería dar lugar a al menos una tercera consulta de seguimiento y de ajuste. Para las personas más alejadas, no habrá otra solución más que pasar cada vez una noche en el lugar del tratamiento, de allí un gasto más o menos importante según que tengan una posibilidad de albergue en casa de familia o que deban pagar una habitación en un establecimiento para alojarse.

Caso de Burkina Faso

Para ir a Uagadugú donde existe una oferta completa de rehabilitación física y funcional, el paciente deberá pagar, para un ida y vuelta en transporte público, una suma comprendida entre 12 000 y 16 000 FCFA según la localización. La estadía se estima en un rango de 8 000 a 15 000 FCFA. Así, una prótesis requiere 3 contactos con una estadía en la capital, se puede adelantar una cifra promedio de $3 \times 15\,000 = 45\,000$ FCA para el transporte y de $3 \times 12\,000 = 36\,000$ FCFA para la estadía, es decir en total 81 000 FCFA (o sea 123 €) de costo no arancelado. Si tenemos en cuenta el caso de una prótesis tibial común a 120 000 FCFA, esto aumenta en dos tercios el costo del servicio.

3.3 El lucro cesante

Cualquier situación de enfermedad o de incapacidad representa un lucro cesante (pérdida de ingresos) para las personas en actividad. Este costo se agregará a los anteriores y será tanto más elevado cuanto más dure la incapacidad y restringirá las posibilidades profesionales de la persona. Depende de la situación de la personas. Los que más pierden son aquellos cuyo ingreso diario es más alto.

3.4 Los costos de las instancias anterior y posterior

Los costos de la rehabilitación física y funcional se agregan sistemáticamente a los costos de los tratamientos médicos que los preceden y que ya pueden constituir una carga para las familias, especialmente si hay que pagar por una intervención quirúrgica o una internación médica. Cuanto más difícil sea de soportar la carga, mayor será la propensión a evitar la rehabilitación física y funcional. Asimismo, los costos de acondicionamiento del domicilio se agregarán a los precedentes y podrán ser aquellos a los que las personas renuncien más espontáneamente a soportar. Sin embargo, el acondicionamiento podrá también realizarse a menor costo usando los recursos humanos familiares o de vecindad. Esta solución pragmática no siempre será considerada si el acondicionamiento es demasiado importante. Por ejemplo, para las personas que viven en ciudad en pequeños inmuebles de propiedad horizontal, se impondrá la obligación de mudarse en caso de uso de ayuda para la movilidad incompatible con la configuración de los lugares.

3.5 La variabilidad del costo

Vemos que el costo asociado a la rehabilitación física y funcional variará según la localización de la oferta disponible y la situación de la persona concernida, y que constituirá un parámetro importante de la decisión de emprender o de continuar la cobertura. Para todos los costos que corresponden a la remuneración de los prestadores, la existencia de una cobertura social movilizable modificará la situación. Será más raro que esta cobertura intervenga para costos indirectos.

4. La cobertura social y el costo para el usuario

4.1 De la cobertura social de salud

La cobertura social de salud tiene como función esencial reducir el costo de las prestaciones de salud para el usuario, ya sea se trate de tratamientos o de prevención. En ausencia de cobertura y cuando las prestaciones sean pagas, los usuarios deben pagar de su bolsillo al momento de la realización de los tratamientos (*out-of-pocket payments* en inglés, pago directo en francés). En los PED, desde la iniciativa de Bamako, la mayoría de los establecimientos públicos arancelan sus prestaciones y esta práctica es sistemática en los sectores privados, de beneficencia o comerciales desde hace mucho tiempo. Se sabe que esto plantea un serio problema a la gran mayoría y que es un factor primordial de renuncia a los tratamientos o a la prevención (caso de las consultas prenatales). Cuando recurrir a los tratamientos resulta inevitable, los grupos familiares se enfrentan al riesgo de “gasto catastrófico”⁸ y deben pedir prestado o vender sus bienes para pagar los servicios o los medicamentos. La siguiente constatación se realizó hace mucho tiempo: este riesgo lleva a las familias a la “trampa de pobreza” y se revela, in fine, un obstáculo para el desarrollo. Las instituciones de la ONU y el Banco Mundial tomaron consciencia de este freno para el desarrollo en los años noventa y terminaron lanzando el proyecto de la Cobertura Sanitaria o Médica Universal (CSU o CMU). La OMS mostró en muchas ocasiones esta problemática y se podrá ver en los informes de salud de 2010 y de 2013 para encontrar un fundamento argumentado a favor de la CMU⁹. Varias manifestaciones internacionales y los compromisos de la mayoría de los Estados han consensuado sobre el tema.

Si hubiera que resumir el proyecto en una sola palabra, esta sería: “reemplazar el pago directo de los tratamientos por el prepago”. Todos los Estados anunciaron que lanzaban una política que apunta a la Cobertura Médica Universal (CMU), pero hay tantas maneras como países para alcanzarla, aunque la retórica de la CMU es insuficiente sin precisiones en cuanto al modo elegido por los Estados para realizarla, independientemente del

⁸ Según la OMS, los gastos de salud de un grupo familiar son « catastróficos », si superan el 40% de la capacidad de pago de un grupo familiar (WHO, *Distribution of health payments and catastrophic expenditures-methodology*, Discussion paper nº2, 2005).

⁹ Ver los informes de la OMS sobre la salud en el mundo: « El financiamiento de los sistemas de salud: el camino hacia una cobertura universal », OMS, 2010 ; « La búsqueda de una cobertura sanitaria universal », OMS, 2013.

hecho de que la experiencia de la promoción de la OMS “Salud para todos en 2000” hace preguntarse sobre la agenda que se seguirá para alcanzar la cobertura universal.

En materia de CMU, se ofrecen a priori dos grandes opciones a los gobiernos: volver a la gratuidad o implementar formas contributivas de prepago. La gratuidad evidentemente plantea un problema de fuentes perdurables de financiamiento, y también plantea problemas técnicos:

- de organización de los flujos monetarios que deberán permitir que los establecimientos de tratamientos realicen prestaciones gratuitas,
- puesta en marcha de modalidades de remuneración de los prestadores incitándolos a la eficiencia.

Las formas contributivas de pagos hacen pensar inmediatamente en el seguro médico, lo que lleva a preguntarse sobre la capacidad contributiva de las personas, sobre la organización de la gestión del riesgo y sobre la contractualización con los prestadores. Existen otras formas contributivas de prepago (abono a establecimientos, cheques de salud, ahorro salud) que plantean más o menos las mismas cuestiones.

En lo que respecta a la cobertura universal a través del acceso gratuito a las prestaciones, pueden seguirse dos grandes orientaciones: el subsidio a priori de los establecimientos (financiamiento por la oferta), el pago de los establecimientos sobre facturación a posteriori, modalidad según la cual “el dinero sigue la enfermedad” (financiamiento por la demanda). La primera orientación es considerada como ineficiente por los economistas, lo que no impide que la utilicen numerosas iniciativas de gratuidad. La segunda es recomendada por los expertos, pero supone la implementación de un organismo de gestión, que controlará y pagará las facturas de los establecimientos. Este organismo deberá también interesarse en la gestión del riesgo para traer los fondos y que deberá implementar formas de remuneración que incentiven a los prestadores. Hay numerosos dispositivos que ponen en práctica este principio: célula ministerial dedicada a una iniciativa de gratuidad, fondo de equidad (reservado para los indigentes), vouchers gratuitos.

En lo que respecta a la CMU fundada en formas contributivas, el pago de los prestadores por la demanda es automático y la implementación de un organismo de gestión es inevitable. El concepto de organismo de gestión es por ende común a ambas orientaciones de montaje de la CMU, pero, en el caso de las formas contributivas, el organismo recibe además la misión de recibir los aportes de las personas cubiertas. El seguro médico obligatorio, el seguro médico voluntario (mutuales o micro seguro de

salud), los fondos de compra, los vouchers pagos, el ahorro de salud, pondrán en marcha dispositivos comparables para tratar los problemas de funcionamiento del prepago fundado en el financiamiento por la demanda. Las formas de seguro médico son las más comunes y son fácilmente propicios para interesar a los prestadores en la eficiencia (pagos por performance por ejemplo) vía la contractualización (o bajo convenio según el término usual).

Esta presentación rápida de las modalidades de prepago debe completarse con la constatación de que ningún país se circunscribe a una u otra de las orientaciones indicadas. De hecho, los montajes se reducen a una hibridación de gratuidad y de formas contributivas de prepago (sobre todo seguro), lo que plantea el tema de la articulación de estos dispositivos. Los ejemplos de las reformas realizadas en Ghana y en Rwanda ilustran esta constatación.

De hecho la CMU no da necesariamente un lugar específico a las prestaciones de rehabilitación física y funcional y que, en la mayoría de los casos, habrá que extender los dispositivos de la CMU al sector de la discapacidad.

4.2 El pago individual de la rehabilitación física y funcional

La situación más frecuente en los países en desarrollo es aquella en la que el paciente debe pagar directamente las prestaciones de rehabilitación física y funcional al momento del tratamiento o la ortopedia. Aparentemente, existe toda una serie de atenuaciones del monto a pagar, pero estas prácticas tienen un carácter aleatorio y son difíciles de asimilar a dispositivos de cobertura social.

El caso más frecuente es el ajuste del arancel a la capacidad de pagar de las personas. Lo encontraríamos con bastante frecuencia dentro de la oferta privada de beneficencia. El ajuste a la capacidad de pago puede también practicarse en el sector público en ciertos países (por ejemplo en Togo).

El segundo caso es el resultado de la intermediación del prestador para encontrar un tercero pagador. Por ejemplo, tratándose de niños y adolescentes, el prestador de rehabilitación física y funcional identificará a una persona que puede pagar su prótesis y su tratamiento. La beneficencia está aquí organizada por el prestador y se concibe que esta situación se encuentra en el marco de las parroquias y para la oferta privada de

beneficencia. Podemos encontrar rastros de ello en el sector público, especialmente en el marco de colaboraciones público/privado como en CHU de Yopougon en Costa de Marfil, donde la rehabilitación física y funcional es propuesta por un centro privado asociativo.

La acción de las ONG permite también distribuir gratuitamente cierto material (bastones, andadores), tanto en el sector público como en el sector privado. Algunos Ministerios de Asuntos Sociales también organizan consultas o distribuciones gratuitas de material en ocasión de períodos del año propicios a tales donaciones (Navidad, Ramadán) o en el marco de jornadas o meses dedicados a la solidaridad (caso de Mali). La envergadura de estas donaciones es difícil de medir, pero con frecuencia son el único medio para mejorar la situación de las personas que no cuentan con los fondos necesarios. En muchos países, se implementa una jornada de discapacidad, que da lugar a distribución de materiales, principalmente ayudas a la marcha, o a cubrir en forma limitada ciertos tratamientos.

Caso de Burkina Faso

La empresa *Karemsaba* indicó que una gran parte de las sillas de ruedas que le encarga una ONG se distribuyen en Navidad. No es posible saber cómo se seleccionan los beneficiarios de estas donaciones, pero se puede suponer que estaban cerca de esta ONG, de orden católico.

En el Centro Paul VI, la búsqueda de un tercero pagador es sistemática cuando un paciente no puede pagar una prótesis. El médico en jefe indicó que un adolescente ha recibido este beneficio durante varios años en este marco. Por otra parte, las sesiones de reeducación son con frecuencia gratuitas para las personas desfavorecidas.

En Garango, cerca de Tenkodogo, se solicitan las sumas a los pacientes en función de sus recursos. Por otro lado, cuando las personas necesitan prótesis, son enviadas a Kaya o incluso a Tenguiéta, el transporte es organizado por OCADES.

4.3 ¿Los indigentes resultan favorecidos?

La exención del pago de los tratamientos, los medicamentos y materiales para los indigentes es una constante en materia de salud en los países en desarrollo. Hay que distinguir los principios y su aplicación.

El reconocimiento de la indigencia en situación de tratamiento es constatado por el servicio social del establecimiento, a través de una encuesta social estandarizada. Se abre un legajo, se envía a los servicios competentes (centrales o regionales) de acción social o de salud (según los países). En caso de aceptación, el pago de los tratamientos se efectúa al establecimiento por un Fondo *ad hoc* que obtiene sus recursos del presupuesto del Estado. Si el Fondo se agota, el establecimiento no recibe el pago. Las condiciones de exención son entonces: existencia de un servicio social en el establecimiento, preparación de un legajo, transmisión al nivel competente y posibilidad de movilización de un Fondo Social.

De manera general para los indigentes, la exención del pago de los tratamientos de rehabilitación física y funcional no es diferente de los tratamientos médicos comunes. Pero, en ciertos países (ver el Caso de Burkina Faso a continuación), puede existir un procedimiento específico para los tratamientos de rehabilitación física y funcional para los indigentes, en cuanto que la legislación reconoce el estatus de inválido. Este reconocimiento está bastante expandido para los inválidos de guerra, menos para los civiles. El principio es clásico: se estatuye un examen médico según el grado de invalidez, que da derecho a una cierta cantidad de ventajas, entre ellas, la exención total o parcial del pago del costo de los servicios de rehabilitación física y funcional. Para los indigentes, la exención de pago es total. Queda evidentemente que los establecimientos conozcan el procedimiento y lo apliquen. Nuevamente, la existencia de un servicio social in situ condiciona la exención efectiva de pago.

En tres países (Rwanda, Mali y Togo), Handicap International montó Fondos de equidad que asumen el pago de la rehabilitación física y funcional para los indigentes. En Vietnam, Handicap International también ha puesto en marcha un fondo interno en el centro de rehabilitación donde los más ricos contribuyen en el pago de sus tratamientos a financiar a algunas personas más pobres (en minoría).

Caso de Burkina Faso

El Fondo Nacional de Solidaridad (FNS), administrado por el Ministerio de Solidaridad Nacional, representa el principal dispositivo de intervención financiera a favor de las personas discapacitadas, en situación de incapacidad de pago de los tratamientos o de los materiales. Sin embargo, el campo de intervención del FNS no se limita a las personas discapacitadas, también cubre a las personas indigentes de la tercera edad.

La distribución entre estos dos ejes no parece fijada a priori, sino según el Director General de la Solidaridad Nacional (DGSN), dos tercios de los subsidios del FNS irían a personas discapacitadas y un tercio a personas de la tercera edad. En 2013, 32 millones de FCFA deberían haber sido otorgados a los organismos de beneficencia que tienen a su cargo estas dos categorías de personas indigentes, de los que 19 millones son para los que se ocupan de las personas discapacitadas. En total, el FNS debería haber consagrado 30 millones a la discapacidad, ya que el apoyo a los organismos se completa, por un lado, por un apoyo directo a las personas durante el mes de la solidaridad en el que el FNS completa la ayuda aportada por las ONG y, por otro, por el financiamiento de acciones tendientes al acondicionamiento del medioambiente (accesibilidad a los mercados gracias a rampas, especialmente). Estas cifras, comunicadas verbalmente, deben evidentemente tomarse con precaución. El subsidio a los organismos para personas discapacitadas se asemeja a un financiamiento de la oferta, pero interviene caso por caso, según los pedidos de los servicios sociales de los establecimientos. En lo que respecta a los fondos otorgados sólo para las ayudas para la movilidad, el DGSN citó la cifra de 4 millones FCFA, indicando que constituía un monto máximo, lo que sugiere que hay una distribución a priori de los fondos del FSN para las personas discapacitadas y que el agotamiento de este monto conlleva la interrupción del subsidio.

Las modalidades de funcionamiento del FNS para la discapacidad no son completamente transparentes. Por un lado, la selección de los organismos subsidiados no está definida explícitamente. El DGSN reconoce que la región de Uagadugú resulta favorecida, por otro lado, no hay seguimiento en cuanto al uso de los subsidios.

En el CNOAB, la cobertura de los indigentes por el FNS parece muy frecuente, ya que el establecimiento dispone de un servicio social que se ocupa de constituir los legajos y transmitirlos al Fondo Social. Según el Responsable del Centro, el proceso culmina favorablemente en la mayoría de los casos. En cambio, la trazabilidad de los fondos no está establecida. En principio el Fondo debería pagar al Centro y este debería transferir al Tesoro las sumas correspondientes, ya que no conserva sus ingresos. En la práctica,

el Fondo social notifica al Servicio Social del establecimiento que se aceptó la cobertura gratuita, pero que no hay pago al Centro.

En Tenkodogo, el procedimiento es conocido, pero no se utilizó hasta el momento.

La tarjeta de invalidez que brinda acceso gratuito a los indigentes (ver a continuación) es conocida en el CNAOB, pero aparentemente no fue movilizada. Lo mismo ocurre con el Centro Paul VI.

4.4 Una cobertura social específica para las personas discapacitadas

Cuando en un país existe, el estatus de invalidez no está reservado a los indigentes. En cambio, son las personas quienes deben realizar la gestión que les permite este reconocimiento, lo que supone el establecimiento de un legajo y recurrir a un médico. La institución habilitada a proporcionar los elementos del procedimiento es el servicio desconcentrado de acción social, con base generalmente en la cabecera de región. El estatus está fijado legalmente, pero las modalidades de obtención de los beneficios asociados se fija por decreto. Puede ocurrir que un plazo sustancial separe la promulgación de la ley de la publicación de los decretos de aplicación, por lo que para ciertos países resulta difícil apreciar el estado exacto del estatus de inválido: ¿es teórico o real?

En una cierta cantidad de países, se lanzan iniciativas más o menos duraderas que apuntan a brindar mayor cobertura social a las personas discapacitadas, especialmente haciendo gratuito el acceso a la rehabilitación física y funcional. La mayoría de los países ha instaurado una jornada de discapacidad, que es la ocasión para distribuir ayudas técnicas (lentes, muletas, etc.) o dar acceso a ciertos servicios. Algunos países han lanzado proyectos denominados de extensión o de fortalecimiento de la protección social, que impactan en ciertas categorías vulnerables: personas de la tercera edad, personas discapacitadas, con ventajas adicionales para grupos particulares (por ejemplo los jóvenes en el caso de la discapacidad). Estos proyectos (ver a continuación el Caso de Burkina Faso) están en principio dotados con un presupuesto que permite su realización. Sin embargo, hay que verificar:

- que efectivamente corresponda y que el pago será en efectivo,
- que la reconducción de la operación se prevé para el siguiente ejercicio o por lo menos está siendo considerada.

La cuestión es tanto más legítima ya que este tipo de proyecto tiene en primer lugar una función política y está acompañada por una comunicación sustancial. Evidentemente, es importante que estos proyectos vayan más allá de la comunicación.

Caso de Burkina Faso

La misión permitió identificar dos dispositivos de cobertura social específica de las personas discapacitadas: la tarjeta de invalidez y las medidas de fortalecimiento de la protección social que favorecen a las personas discapacitadas.

La tarjeta de invalidez

En el marco de la ley n°012-2010/AN del 1° de abril de 2010 relativa a la protección y promoción de los derechos de las personas discapacitadas, el artículo 3 instituye “una tarjeta de invalidez a favor de las personas discapacitadas, expedida por el Ministerio de Acción Social. Un decreto redactado en Consejo de Ministros fija las condiciones de expedición de dicha tarjeta”. La tarjeta brinda una serie de “beneficios en los ámbitos de la salud, la educación, formación profesional, empleo, comunicación, integración social, transporte, hábitat y marco de vida, deportes y esparcimiento, cultura y arte, promoción y acción social” (artículo 4).

Los artículos 6, 7 y 8 de la ley precisan los beneficios pecuniarios del ámbito de la salud, para “prevenir o reducir el agravamiento de la discapacidad” , que habrá sido “detectado o señalado, especialmente en los exámenes médicos”: en lo que respecta a los indigentes, gratuidad para las consultas, tratamientos, exámenes complementarios, medicamentos, hospitalización en las estructuras públicas, de salud y gratuidad en lo que respecta a aparatos ortopédicos, sillas rodantes, triciclos, prótesis, bastones blancos y para cualquier otro aparato ortopédico necesario para los tratamientos prescritos. Para las personas discapacitadas titulares de una tarjeta y no declaradas indigentes, existe la reducción de los gastos en los tratamientos en el sector público y en ortopedia “proporcionalmente al grado de invalidez”.

El fortalecimiento de la protección social

El gobierno burkinés anunció un proyecto de fortalecimiento de la protección social en 2013-2014. El proyecto tendría que haber comenzado en noviembre de 2013 y el anuncio fue relevado por los medios de comunicación. Las sumas anunciadas son importantes, ya que se citó la cifra de 3 mil millones FCFA para la discapacidad. El fortalecimiento apunta efectivamente a las personas discapacitadas y también a las personas de la

tercera edad, pero las sumas anunciadas dan a entender que se financiarán otros programas (¿quizás la cobertura médica universal? Ver a continuación). Lamentablemente, la discusión con el DGSN no permitió esclarecer allí qué monto será efectivamente movilizado y según qué agenda. En cuanto al DGSN habló de una medida que cuesta 6 mil millones al presupuesto del Estado, de los que 1.835 millones para las personas discapacitadas y 885,375 millones para las personas de la tercera edad. En lo que respecta a la discapacidad, el DGSN indicó cuatro aspectos del proyecto. El primero está dedicado a la cobertura sanitaria de 50 personas por comuna o distrito (para Uagadugú y Bobo Dioulasso), es decir 368 entidades territoriales y 18 450 personas discapacitadas, con un monto per capita de 25 000 FCFA. El monto otorgado sería entonces de $18\ 450 \times 25\ 000 = 461,25$ millones FCFA. La designación de las personas correspondería a nivel administrativo local.

El segundo aspecto es el financiamiento de microproyectos individuales para 1 200 personas discapacitadas y un monto unitario de 350 000 FCFA, es decir $1\ 200 \times 350\ 000 = 420$ millones de FCFA. Se establecería un cupo de beneficiarios por provincia y por región.

El tercer aspecto está dedicado a la adquisición de materiales por un monto de 444 millones FCFA.

El cuarto aspecto es la cobertura integral de 500 niños discapacitados por un monto de 600 000 FCFA por año, es decir $500 \times 600\ 000 = 300$ millones FCFA.

A partir de las indicaciones del DGSN, se llegaría a un presupuesto para los 4 aspectos de 1.625 millones FCA, lo que dejaría, respecto de la cifra indicada anteriormente, un monto "no afectado" de 210 millones FCFA. No insistiremos en la imprecisión de estas cifras ni en las condiciones de gestión de los fondos del proyecto. Habría un Comité de Pilotaje al nivel del Ministerio y, en cada región, la designación por parte del gobernador de una entidad de gestión.

El proyecto gubernamental, conducido por el Ministerio de la Solidaridad Nacional, aparentemente no fue preparado en forma consensuada con las asociaciones de personas discapacitadas. El DGSN indicó que se organizará una reunión informativa a este respecto el día 7 de noviembre de 2013. La Federación de Asociaciones con las que nos encontramos durante la misión el martes 5 de noviembre acababa de recibir la invitación.

Este proyecto evidentemente nos deja dudando. Su carácter político es evidente, pero puede mejorar la situación de las personas discapacitadas, incluso si sólo es ejecutado parcialmente. También debería ser presupuestado nuevamente en 2014.

4.5 La cobertura universal y el seguro médico obligatorio

En el marco de la Cobertura Médica Universal, las intervenciones de rehabilitación física y funcional, las prótesis y las ayudas para la movilidad podrían ser cubiertas total o parcialmente. Pero, como pocos países de África Occidental realizaron esta cobertura, es difícil saber si el paquete de tratamientos los incluirá.

Podemos fácilmente hacernos una idea de la cobertura de la rehabilitación física y funcional en un dispositivo de protección enfermedad remitiéndonos a los regímenes de seguro médico obligatorio (AMO) ya funcionales, aunque no afecten al sector formal (los trabajadores de empresas y los funcionarios). Existen regímenes obligatorios de AMO para los trabajadores en Mali, Guinea, Gabón o en Senegal. Su funcionamiento es bastante dispar. En Mali, el régimen es reciente; en Guinea, es antiguo pero no funciona; en Senegal, es descentralizado (IPM); en Gabón, fue reconfigurado en el marco del AMU. La presencia explícita de la rehabilitación física y funcional en la garantía ofrecida por estos regímenes no está comprobada. La hipótesis más verosímil es que la rehabilitación física y funcional es cubierta eventualmente según dictamen médico y caso por caso.

Una situación más favorable es la de los regímenes que cubren los riesgos de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales. La mayoría de los países de África Occidental implementaron regímenes que cubren estos riesgos. La cobertura de la rehabilitación física y funcional en este marco en principio es efectiva. Sin embargo señalamos que estos regímenes son con frecuencia ampliamente beneficiarios, lo que indica que se brindan pocas prestaciones, mientras que los aportes son pagados por los empleadores. A este respecto, es instructivo recordar que el Directorio de la caja senegalesa había tenido la idea de usar las reservas para montar un hospital ortopédico en Dakar. El proyecto fue llevado adelante, pero el establecimiento resultó ser una ruina financiera. Fue reconvertido en hospital general: ahora es el hospital del gran Yoff.

Caso de Burkina Faso

La cobertura médica universal se está implementando en Burkina y se funda en el seguro médico universal (AMU). Tuvieron lugar muchas reuniones y se publicaron varios documentos. Es difícil brindar elementos precisos sobre lo que será la cobertura universal, ya que el paquete de tratamientos cubiertos no está fijado. La arquitectura institucional tampoco está completamente definida. Se manifestaron varias tensiones en

ocasión del lanzamiento de este gran proyecto. Entre los ministerios en primer lugar, ya que la conducción de la cobertura podía corresponder al Ministerio de la Función Pública, de Trabajo y de Seguridad Social. Predominó el segundo, en la medida en que es el que recibe al Comité de pilotaje permanente a cargo de la implementación del AMU. Este Comité reúne a todas las partes intervinientes y debe realizar las propuestas de orden institucional y técnicas necesarias para el lanzamiento efectivo del AMU. Los trabajos del Comité permanente deberían incluso perdurar todo el año 2014, ya que la agenda prevé el lanzamiento del AMU recién en 2015¹⁰. Una segunda fuente de tensión corresponde al lugar que hay que dar a las mutuales de salud en el AMU. Estas, que gestionan regímenes de seguro médico voluntario (ver a continuación), rechazan tener un rol únicamente de cobrador y de recaudador de los aportes y obtuvieron la participación en los trabajos del Comité. Sin embargo aún queda todo por hacer para definir sus funciones exactas.

Esperando el lanzamiento del AMU, el régimen de Seguridad Social de los trabajadores propone prestaciones por “ancianidad”, “familia” y “enfermedades profesionales y accidentes del trabajo”. Las tres ramas del régimen son gestionadas paritariamente por la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS). Esta por ende interviene en caso de accidente de trabajo y cubrirá la rehabilitación física y funcional para los trabajadores concernidos. Se celebró un convenio entre la CNSS y el CNAOB, y el Centro demostró el buen funcionamiento de este dispositivo de cobertura social, para el pago de la reeducación, de las prótesis y las ayudas para la movilidad. La CNSS también celebró un convenio con el CHU de Bobo-Dioulasso, pero aquí sólo se trata de reeducación. Los otros CHR deberían estar (o estarán) bajo convenio pero en Tenkodogo por ejemplo, el dispositivo aún no funcionó.

En cuanto a los funcionarios tienen una cobertura médica cubierta por el Estado y limitada a la internación en el sector público (regla de los 4 quintos). Es la Caja Autónoma de Jubilación de los Funcionarios (CARPFO) la que se ocupa de la gestión de las prestaciones correspondientes. En principio, en este marco debería existir una contribución a los tratamientos de rehabilitación física y funcional, pero podemos suponer que se decide caso por caso.

El personal alcanzado por estos dispositivos corresponde a las categorías del sector formal y a aproximadamente el 10% de la población.

¹⁰ Ver por ejemplo la presentación de Yaméogo J.B. y Sanou A., Proceso de implementación del seguro médico en Burkina Faso, Ministerio de la Función Pública, Trabajo y Seguridad Social, Secretaría permanente del Seguro por Enfermedad, Uagadugú, 28 de febrero de 2013.

4.6 El seguro médico de las mutuales

Las mutuales de salud representan un conjunto bastante heteróclito de organismos¹¹, de los que aquí los más interesantes son los que proponen regímenes de seguros médicos. En teoría, la garantía ofrecida por las mutuales, es decir el paquete de tratamientos que cubren, podrían incluir las intervenciones de kinesiología y las prótesis. Podemos considerar que la kinesiología no plantea problemas serios, con la condición de que se celebre un convenio entre la mutual y los establecimientos que ofrecen esos servicios.

En cambio, el costo de las prótesis y otras ayudas a la marcha supera en general las posibilidades financieras de estos organismos, con frecuencia de pequeña envergadura y que tienen una tesorería débil. El problema radica a primera vista en el costo unitario de estas prestaciones, ya que tienen una escasa frecuencia dentro de la población. Pero hay que tener en cuenta lo que las mutuales ofrecen en su aceptación común de los regímenes voluntarios de seguro médico, y en consecuencia están muy expuestas a la selección adversa¹². Esto significa que, si la garantía de las mutuales incluyera las prótesis para un nivel de aportes moderado, las personas que requieran de prótesis tendrían una tendencia a adherir, ya que tendrían en vista la cobertura de esta ortopedia. La hipótesis de una frecuencia baja resulta por ende frágil en caso de adhesión voluntaria y, para mantener un nivel de aportes moderado, las mutuales tendrán tendencia a excluir la ortopedia ortoprotesista de su garantía. Esto resulta en seleccionar a los adherentes y desfavorecer a las personas que resultarán en una discapacidad tras la adhesión, ya que contribuirían para una garantía que ya no se adapta a su situación. Estamos ante un caso en el que es difícil conciliar el interés del asegurado y el del prestador, sin aumentar considerablemente la prima. Dicho de otra manera, las mutuales podrían proponer una opción que incluya la ortopedia en la garantía, pero a un nivel de aporte elevado, ya que se calcula anticipando la selección adversa. Podría tratarse sólo de estructuras dotadas de una buena técnica, para ser capaces de administrar garantías diversas y que se dirijan a la clientela favorecida. Estamos lejos del tipo de organismos que encontramos en los países en desarrollo.

¹¹ Ver Letourmy A., Pavy-Letourmy A.: « La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu » [*“El microseguro de salud en los países de bajos ingresos”*], AFD, Notas y documentos nº26, diciembre de 2005 y el caso de Burkina Faso a continuación.

¹² La selección adversa o antiselección designa el comportamiento de la persona que decide asegurarse porque se sabe muy expuesta al riesgo, en mala salud o que ya sufre una incapacidad.

Sin embargo pueden realizarse tres observaciones. En primer lugar, las mutuales pueden intervenir caso por caso, a favor de un adherente accidentado por ejemplo. La cobertura de prótesis, no anunciada, no perjudicaría a las personas cuya discapacidad habría sido adquirida tras la adhesión. En segundo lugar, la rehabilitación física y funcional podría ser cubierta en un marco de reaseguro. Las mutuales ya no incluirían el riesgo correspondiente a las prestaciones de ortopedia, que cederían a un asegurador de nivel superior, denominado reasegurador. Este reaseguraría a un conjunto de mutuales para hacer asumir el riesgo a una mayor cantidad de personas. Esta solución no es ideal, en la medida en que no elimina el riesgo de selección adversa y en que lleva mecánicamente a un aumento del aporte de cada mutual, ya que el aporte de reaseguro, pagado por todos los adherentes de las mutuales de base, se agrega al aporte excepto ortopedia. Simplemente el aporte de reaseguro es inferior al suplemento de aporte que las mutuales de base deberían aplicar si asumieran el riesgo de aparatos ortopédicos. Finalmente, la posibilidad de reaseguro para las mutuales supone, en un país en desarrollo, una cierta madurez del movimiento mutualista, ya que el reaseguro debe situarse al nivel de una unión o de una federación¹³. Pocos países tienen un nivel de federalismo mutualista suficiente para ello. Se puede ahondar en el caso de Mali con la Unión Técnica de la mutualidad malí (UTM), pero la evolución de la UTM, no se ajusta a las expectativas, y ya no le permite probablemente considerar una función de reaseguro. La última solución es un coseguro, es decir un riesgo compartido que atañe a las personas discapacitadas entre las mutuales de base y un co-asegurador. En el caso, las mutuales de base conservarían la asunción y la gestión del riesgo por enfermedad ordinario, y la asunción del riesgo de ortopedia se dedicaría al co-asegurador. Esta solución supone que identifiquemos un co-asegurador que acepte el montaje, lo que es bastante problemático en los países en desarrollo. De esta forma, en la práctica, sería oportuno reemplazar al co-asegurador por un Fondo especial de estatus público que obtenga sus recursos del Estado o sus donantes externos o un estatus privado de beneficencia. El montaje se ha realizado en Tanzania, para el riesgo vinculado al VIH/SIDA teniendo como “co-asegurador” de mutuales de base al Fondo Elton John¹⁴. En este montaje, la gestión del riesgo queda a cargo de las mutuales, lo que supone que tienen una capacidad suficiente de gestión de riesgos vinculados a la salud.

¹³ Evidentemente se descarta la posibilidad de un reasegurador comercial, tipo *SCOR* o *Munich-Re*, que sería muy oneroso.

¹⁴ Letourmy A., Galland B., Guillebert J., Une expérimentation de partenariat public-privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie [*Una experiencia de colaboración público-privado en el ámbito de la protección social contra la enfermedad en Tanzania*], Facts reports, nº especial 8/2012.

Más generalmente, el interés de las mutuales es ofrecer una capacidad de gestión que eventualmente puede servir en el marco de un dispositivo de financiamiento de la rehabilitación física y funcional que obtiene sus recursos de varios donantes (Estado, cooperaciones bilaterales o multilaterales, fundaciones privadas). Esta función de gestión de recursos que no provienen de los adherentes, que puede considerarse para el riesgo vinculado a la discapacidad, es aplicable a todas las iniciativas de gratuidad, como las relativas a los partos (especialmente cesáreas) o a los tratamientos médicos a niños. Evidentemente deben darse ambas condiciones: que las mutuales tengan una real capacidad de gestión y que los donantes de las iniciativas de gratuidad (Estado o donantes externos) acepten la delegación de gestión.

Caso de Burkina Faso

Las mutuales de salud se desarrollan en Burkina Faso desde principio de los años noventa, pero no llegaron a alcanzar una posición fuerte en el ámbito de la protección por enfermedad.

El inventario de las mutuales sociales, realizado en 2011 por iniciativa de la ONG ASMADE¹⁵, da una idea de su situación. Relevó 205 organismos, de los cuales 188 eran funcionales, de los que 115 tenían dificultades de funcionamiento.

Las mutuales se clasificaron en 5 grupos: mutuales de salud clásicas, mutuales profesionales, sistemas de reparto de los costos, sistemas de prepago y cajas de solidaridad. De hecho, sólo los dos primeros grupos corresponden a organismos que proponen regímenes de seguro médico voluntario, los otros tres se asemejan a montajes iniciados por los prestadores de tratamientos. Estos dos grupos de todas maneras son los más importantes, tanto en cantidad como en cantidad de personas cubiertas.

Según este inventario, había:

- 131 mutuales de salud que cubren 95 082 beneficiarios;
- 38 mutuales profesionales que cubren 136 621 beneficiarios;
- 22 sistemas de reparto de los costos que cubren 5 855 beneficiarios;
- 9 sistemas de prepago que cubren 17 642 beneficiarios;
- 5 Cajas de solidaridad que cubren 815 beneficiarios.

¹⁵ Bationo F., Zett J.B., Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso [*Inventario de las mutuales sociales en la perspectiva del seguro médico universal en Burkina Faso*], ASMADE, octubre 2011.

En total, la cantidad de beneficiarios es muy modesta: 256 015 personas, es decir una tasa de cobertura del 1,8%. Además, hay que tomar las cifras indicadas por el inventario con precaución, ya que solamente el 44% de los beneficiarios estarían al día con sus aportes, el 37% para las mutuales de salud y el 53% para las mutuales profesionales, las otras 3 categorías tienen tasas de recuperación de los aportes muy bajas.

Podemos ver fácilmente según las cifras indicadas que las mutuales son de pequeña envergadura. Según el inventario, habría 103 373 miembros que aportan con una cantidad promedio por unidad de 767.

En Burkina, la mutualidad está constituida de manera fraccionada, lo que impidió por el momento la constitución de un verdadero movimiento. Las razones de esta fragmentación provienen en parte de los apoyos externos, que no supieron o no quisieron aunar los proyectos que financiaban y que hicieron así emerger estructuras de promoción y de apoyo independientes, a pesar de la existencia de un Marco de Concertación de las estructuras de Apoyo a las Mutuales de salud (CCSAM); y en parte del Estado burkinés, que no ha definido una política coherente, conllevando especialmente tensiones entre ministerios, de los que hemos visto los rastros en lo que respecta al AMU (ver anteriormente). Además (y sobre todo), la calidad de los tratamientos en el sector público no ha constituido un factor favorable para la adhesión de la población al seguro médico voluntario.

Así, la totalidad de las mutuales puede describirse partiendo de las estructuras de apoyo a de las que dependen, de las que cuatro tienen una cierta consistencia: la Asociación de desarrollo de la región de Kaya (ADRK), la ONG ASMADE (Asociación SonguiManégré/ Ayuda al desarrollo endógeno), la Red de Apoyo a las Mutuales de Salud (RAMS) y la ONG Bornefonden. A estos grupos, que representan mutuales que apuntan al sector informal y al medio rural, hay que agregar las mutuales profesionales que apuntan al sector informal.

Durante la misión, hubo reuniones con responsables de la RAMS y de ASMADE, así como un consejero de la Federación de mutuales profesionales.

La RAMS es financiada por un conjunto de socios: por organismos belgas relacionados con mutuales cristianas, por la *Mutualité sociale agricole française* [Mutualidad social agrícola Francesa], por la organización neerlandesa de desarrollo SNV y por la UE a través del programa de fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil (PROS). Apoya a una treintena de mutuales funcionales que representan

10 468 adherentes y 34 120 beneficiarios, es decir más de un tercio de las mutuales del país. La RAMS se presenta como líder de la promoción y del apoyo a las mutuales de salud en el país. De hecho, apoya mutuales presentes en varias regiones. Tiene proyectos en materia de creación de mutuales comunales, de una Unión mutualista en Kaya con gestión centralizada. La RAMS tiene buenos contactos con el Ministerio de Seguridad Nacional y debe involucrarse en el mes de la solidaridad, para inscribir a 4 800 indigentes en mutuales gracias a fondos públicos. Pero el proyecto, creado en 2011, tarda en concretarse. También se prevé (proyecto de la UE a finalizar) que la RAMS se asocie a la gestión de la iniciativa de gratuidad a favor de los niños de 3 a 5 años.

La ASMADE es una ONG financiada por las mutuales socialistas de Bélgica y es un nexo con el CIDR, ONG francesa especializada en el apoyo a la protección por enfermedad y a las mutuales de salud. Se dedica también a la producción de referencias técnicas para la implementación de mutuales¹⁶ y en un lobbying muy dinámico ante el gobierno burkinés, en ocasión del proceso de implementación del AMU. La ASMADE apoya a una veintena de mutuales e implementa una gestión informatizada, que será el punto de partida de una gestión externalizada. Forma parte de la RAMS y representa a las mutuales dentro del Comité de pilotaje del AMU, donde ha remplazado a la RAMS, poco activa.

Las mutuales profesionales son mutuales de funcionarios o de empresas. No se especializan en la salud y no todas proponen un seguro médico voluntario. Por ejemplo, el Ministerio de Economía y Finanzas tiene 6 mutuales, de las que las del Tesoro, Fiscal y Aduana, tienen un seguro de salud. Algunas empresas públicas como Sonabel (electricidad) y Onatel (telecomunicaciones) o privadas como los principales bancos, como Lonab (lotería nacional) o el diario el Observateur no han constituido mutuales formalmente, pero ofrecen a sus empleados un seguro de salud "de la casa", cuyas prestaciones no siempre son objeto de una gestión transparente. Las mutuales profesionales adoptaron una federación que aparentemente no tiene el rol de gestión, sino solo un rol de representación. La mutua de Estudiantes (MUNACEB), de la que los aportes (5 000 FCA por año, es decir 7,6 €) es gratuita para los becarios, adhiere a ella. Las mutuales profesionales pueden considerarse como relativamente acomodadas, debido a los estatus de los adherentes. En el marco del futuro AMU, se prevé un seguro obligatorio para todo el sector formal, que será administrado por una Caja autónoma.

¹⁶ Ver ASMADE, Processus de mise en place de mutuelles de santé, document de capitalisation [*Proceso de implementación de mutuales de salud, documento de capitalización*], abril de 2013.

Las mutuales profesionales se verán incentivadas a proponer prestaciones complementarias, por lo que su atractivo se verá reducido.

El conjunto de las mutuales representa un potencial interesante para participar en el financiamiento de la rehabilitación física y funcional, con la condición de que se realice un esfuerzo sustancial para brindarles un rol en el sector de la discapacidad y que se realice una reflexión sobre el financiamiento. Efectivamente, a la fecha, ninguna de estas mutuales incluye la rehabilitación física y funcional en su garantía. La capacidad de gestión a desarrollar podría situarse al nivel de las redes de apoyo. Notaremos que estas también son asociaciones, como las mismas mutuales. Efectivamente, el estatus de mutual, de conformidad con el reglamento de la UEMOA aún no se ve reflejado en la legislación en Burkina Faso.

4.7 Otros seguros

Otros seguros podrían intervenir para pagar total o parcialmente intervenciones de rehabilitación física y funcional o de prótesis: los seguros comerciales con sus productos “médicos”, o más verosímilmente con los productos que cubren los riesgos “vehículo a motor”. Esta hipótesis apela a dos reservas. La primera recae en la obligación de seguro de los vehículos a motor en los PED, que vale, como mucho, únicamente para los automóviles y que probablemente no se respete más que parcialmente; la segunda recae en las garantías ofrecidas por los contratos en caso de accidente: ¿es automático que incluyan los daños físicos sufridos por el conductor y sus pasajeros?

Caso de Burkina Faso

El seguro es obligatorio para los vehículos, pero en nuestro conocimiento, las garantías propuestas en el mercado cubren los riesgos al tercero y no especifican intervención en caso de daño físico. Por otra parte podemos preguntarnos si la obligación efectivamente es respetada. Los vehículos “de dos ruedas” a motor, que producen muchos accidentes e incapacidades, no tienen la obligación de seguro. El uso del casco es obligatorio y no es para nada respetado y no es objeto de sanciones sistemáticas.

4.8 Fondo de compra y otros sistemas de prepago

Podríamos imaginar que el fondo de compra, que reúnen diversas fuentes de financiamiento (subsídios, aportes), cubren las intervenciones de rehabilitación física y funcional o las prótesis. La situación es la misma para los organismos de seguro médico, solo cambia el tipo de organismos que pueden pagar los prestadores.

Una cierta cantidad de expertos recomienda el modelo de Fondo de compra como solución para aunar recursos de origen diferente (*pooling*), y para poner el acento en los contratos celebrados con los establecimientos de tratamientos (*purchasing*). En nuestro conocimiento, existen pocos ejemplos in situ (caso de la RDC), y se dedican a los tratamientos clásicos y no a la rehabilitación física y funcional. Sin embargo, las sesiones de kinesiología y las prótesis podrían fácilmente formar parte de los servicios que compran.

Asimismo, el sistema de vouchers (“cheques de salud”) podría aplicarse a la rehabilitación física y funcional. Este dispositivo puede ser gratuito y usarse para brindar los medios de acceso a los indigentes, especialmente en materia de tratamientos primarios y de tratamientos materno-infantiles (Camboya). Se asemeja entonces al Fondo de equidad. También puede ser pago, en forma de contribución voluntaria, las personas compran un cheque para un tratamiento dispensado por los prestadores bajo convenio. Se lanzará una experiencia de cheque “pago” en Camerún para el seguimiento del embarazo y el parto.

5. Capacidad de evolución del sistema económico de la rehabilitación física y funcional

Las anotaciones anteriores indican claramente que el sistema económico de la rehabilitación física y funcional es insuficiente o desorganizado en los PED. Las lagunas recaen en la oferta de prestaciones por un lado, y por otro en los diversos mecanismos de financiamiento de la rehabilitación física y funcional que podrían intervenir para levantar la barrera financiera de acceso a los servicios.

Dicho de otro modo, el sistema económico de la rehabilitación física y funcional es bastante rudimentario y por ello, se asocia a una actividad bastante baja. Sin embargo no podemos detenernos en esta constatación, en la medida en que, en cada país, este sistema está destinado a evolucionar. De todas maneras es oportuno apreciar cómo podría progresar, con vistas a organizar un mecanismo de incidencia o de montar proyectos in situ. Esto lleva a analizar el contexto político y financiero de la rehabilitación física y funcional, así como los actores que se involucran en el sector.

5.1 La política nacional de la discapacidad

La capacidad de cambio en materia de rehabilitación física y funcional depende de la política llevada adelante a favor de las personas discapacitadas. El grado de prioridad brindado a la integración de las personas en la educación y el empleo, así como el esfuerzo realizado o programado a favor del sector de los servicios que les son específicamente destinados no son idénticos en todos los países. Un primer aspecto de la política llevada adelante es relativo a la voluntad de los gobiernos de inscribir en textos legislativos o reglamentarios los derechos de las personas discapacitadas.

En ocasión del programa DECISIPH, lanzado en 6 países de África Occidental, Handicap International realizó un balance del marco legislativo a favor de las personas discapacitadas en África Occidental¹⁷. Constatamos que a la fecha del balance (2011), varios países habían promulgado leyes generales, especialmente Burkina Faso (ver a continuación), Senegal (Ley de orientación social relativa a la promoción y la protección de las personas discapacitadas del 26 de julio de 2010) y Togo (Ley del 23 de abril de

¹⁷ Ver: DECISIPH, Marco legislativo que enmarca los derechos de las personas discapacitadas - Burkina Faso, Mali, Níger, Senegal, Sierra Leona, Togo, diciembre de 2010.

2004 sobre la protección social de las personas discapacitadas - sin decreto de aplicación). Otros países legislaron por ordenanzas, lo que es un poco menos fuerte del punto de vista del significado político, como Niger (Ordenanza n° 93-012 del 2 de marzo de 1993 modificada y completada por la Ordenanza 028 del 28 de mayo de 2010 y el decreto n°2010-637/PCSRD/MPPF/PE del 26 de agosto de 2010 que fija las modalidades de aplicación de la Ordenanza 93-012 del 2 de marzo de 1993 modificada y completada por la Ordenanza 028-2010 del 28 de mayo de 2010). Otros habían tratado la situación de las personas discapacitadas en un texto centrado en otro tema, como Mali con los artículos 46 y 47 de la Ley N°99-046, relativa a la ley de orientación sobre educación. Finalmente otros tenían una ley específica sobre las personas discapacitadas, pero tardaban en hacerla votar o en promulgarla, como Mali (Proyecto de ley a favor de las personas discapacitadas desde 2009) o Sierra Leona (Proyecto de ley: *Persons with Disabilities Bill*, desde 2007).

Pero la forma en que se aplican estas disposiciones puede no reflejar el compromiso del gobierno. De hecho, queda por verificar el carácter efectivo de los textos, es decir establecer las condiciones exactas de su aplicación en el lugar. Sobre este punto, la voluntad y la capacidad política en materia de discapacidad se miden en primer lugar observando la estrategia de desarrollo del sector y el respeto de las agendas. Luego, los presupuestos publicados dedicados al sector son un buen indicador del esfuerzo a favor de las personas discapacitadas. Estos presupuestos pueden reconstituirse de manera pragmática combinando las asignaciones a los establecimientos (proporcionados en el presupuesto de la salud) y los pagos de la acción social.

Además, la coordinación interministerial es importante para el financiamiento de las prestaciones de rehabilitación física y funcional. Debe realizarse entre los Ministerios a cargo de la salud, acción, protección social y de finanzas. La existencia de un Consejo Nacional sobre la Discapacidad (donde también se encontrarían los representantes de las ONG y de las asociaciones de personas discapacitadas) es un indicio de la atención acordada al sector.

Caso de Burkina Faso

Varios textos de ley definen un marco favorable a las personas discapacitadas: la Ley marco a favor de las personas discapacitadas ZATU n°86005/CNR/PRES del 16 de enero de 1986; la Ley n°003-2010/AN del 25 de enero de 2010, que modifica la ley n°014-2001/AN del 03 de julio de 2001 de código electoral; la Ley n°012-2010/AN del 1° de abril de 2010 sobre protección y promoción de las personas discapacitadas. En este último texto es donde aparece un verdadero estatus de la persona discapacitada y ya se menciona la tarjeta de invalidez.

Existe una estrategia nacional de desarrollo de la rehabilitación física y funcional para el período 2011-2020, redactada en noviembre de 2009¹⁸. Se recuerda que “la rehabilitación es el cuarto componente de la salud, tras los cuidados preventivos, los tratamientos curativos y los tratamientos promocionales”, pero también “que está poco desarrollada en el sistema de salud de Burkina Faso”.

Hemos visto en varias ocasiones que la situación del lugar no reflejaba el hecho de que la rehabilitación física y funcional sea muy considerada a nivel político. Por otro lado, el DGSN reconoció que “en los hechos, las personas discapacitadas no eran prioritarias”.

Hay varios Ministerios involucrados en la política nacional. Circunscribámonos a citar el Ministerio de Salud en lo que respeta a los establecimientos y servicios; el Ministerio de Acción Social y Solidaridad Nacional, en concepto de cobertura financiera y de las acciones específicas; el Ministerio de la Función Pública, de Trabajo y de Seguridad Social en concepto de protección social; el Ministerio de la Juventud, de la Formación Profesional y del Empleo; el Ministerio de Educación Nacional en concepto de escolarización; e, inevitablemente, el Ministerio de Economía y Finanzas, y en tanto responsable presupuestario. Podrían agregarse otros (Deportes, por ejemplo), pero lo esencial es que debemos preguntarnos sobre la coordinación de estas instituciones. Sin embargo, el artículo 56 de la Ley n°012-2012/AN prevé “que se implemente un organismo sectorial de coordinación, seguimiento y evaluación para la aplicación efectiva de las disposiciones de la presente ley”. Ahora bien, este organismo, sería de hecho “el brazo armado de la DGSN”; lo que sugiere que un solo ministerio, la Solidaridad Nacional, esté a cargo de la política a favor de las personas discapacitadas.

¹⁸ Op. cit.

5.2 Los actores públicos y privados

La existencia de profesionales renombrados constituye la fuente del desarrollo de recursos humanos. Pero la escasez de personal de profesionales de rehabilitación física y funcional en un país dado limita su capacidad de influencia. Sin embargo pueden organizarse en asociaciones. Por ejemplo, "en Burkina Faso existen tres asociaciones de profesionales que trabajan en la mejora de la calidad de los tratamientos por la realización de formaciones temáticas continuas de los miembros:

- La Asociación Nacional de Técnicos Ortopedistas de Burkina (ANTOB);
- La Asociación Burkinesa de Masajistas Kinesiólogos y Auxiliares de Reeducción (ABMKAR);
- Reeducción para Todos (REPTO)¹⁹.

Entendemos que la existencia de asociaciones panafricanas²⁰ constituye un medio de reconocimiento interesante para las personas, pero no necesariamente ideal si se trata de impulsar un proceso nacional.

Otros actores influyentes se encontrarán en el sector caritativo. Las redes supranacionales a las que pertenecen les proporcionarán algunos medios de acción adicionales, pero, en contrapartida, probablemente los incite a involucrarse menos en el juego nacional que podría culminar en una evolución de la rehabilitación física y funcional en el país. Desde un cierto punto de vista, estos actores no tienen grandes expectativas respecto del Estado y, si participan de buena gana en el servicio público, se vuelcan al exterior y se concentran en la obtención de recursos adicionales para desarrollar su propia actividad. Por ejemplo, los organismos de obediencia católica se apoyan en fundaciones con vocación panafricana, e intentan fortalecer su implantación apoyando con recursos externos la acción de voluntarios que son activos a nivel de las parroquias. Estos desarrollan un acompañamiento de proximidad para las personas discapacitadas, fundado en la concientización y la información y no exento de proselitismo religioso. Al hacerlo, actúan implícitamente en el lugar que es también el de las asociaciones laicas de pacientes, que en su conjunto, ni siquiera gozan de recursos modestos que puedan movilizar.

¹⁹ Op. Cit.

²⁰ Por ejemplo, la Federación africana de técnicos ortoprotesistas (FATO).

El dinamismo de los proveedores de material es también un elemento interesante a tener en cuenta para apreciar la influencia posible de los actores del sector. Con frecuencia, los actores comerciales efectivamente perciben las posibilidades de evolución de la demanda y pueden implementar nuevas fórmulas de acceso a los productos.

Finalmente, los apoyos externos pueden hacer cambiar las cosas. Son bastante numerosos en el sector de la discapacidad, pero muchos se especializan en categorías de incapacidad excluidas de este estudio (incapacidades visuales por ejemplo). Los actores externos aportan diversos recursos en forma de donaciones, de formación, de apoyo a la sociedad civil. Serán portadores de cambio en la medida en que no se limiten a proyectos locales (experimentos), sino que se inscriban en proyectos de envergadura nacional. El tema es el de la voluntad de los actores para establecer colaboraciones con los Estados, ya sea se trate de temáticas de política general de la discapacidad (ver programa DECISIPH citado) o de dispositivos operativos en el lugar.

5.3 La sociedad civil

Las asociaciones de personas discapacitadas deberían ser los interlocutores privilegiados de los poderes públicos y ellas mismas están en ocasiones en posición de crear estructuras que beneficien a las personas discapacitadas. Existen muchas asociaciones, y hay que distinguir aquellas que son el resultado de un proceso proveniente de los países del norte y aquellas que han nacido de la iniciativa de algunas personas de un país.

De manera general, las asociaciones valen en primer lugar lo que valen sus líderes en términos de redes y de ejes de acción. A nivel de los medios, estas asociaciones pueden carecer de bastantes de ellos. En ocasiones se considera que deben recibir algunos subsidios de los poderes públicos (Estado y colectividades) o de socios externos. No siempre resulta evidente que las asociaciones tengan una representación en todo el país, lo que limita su capacidad de información y de promoción.

Algunas asociaciones consideran que la información de las personas es su primera función. Esto nos vuelve a llevar al escaso nivel de sus medios, que no los incentivan a intervenir como prestadores de servicios.

Puede también haber conflictos o falta de coordinación entre asociaciones.

Caso de Burkina Faso

En Burkina Faso se identificaron dos grandes grupos de asociaciones de personas.

El más viejo es la FEBAH (Federación Burkinesa de Asociaciones de Personas Discapacitadas) que federan una gran cantidad de asociaciones, distribuidas en todo el país. La FEBAH obtiene una parte de su influencia del don de gente de su presidenta, diputada nacional en el Congreso. Esta creó una escuela, cuya directora es también directora ejecutiva de la FEBAH.

El segundo conjunto es la red RENOH (Red Nacional de Organizaciones de Personas discapacitadas), animada por la ex directora ejecutiva de la FEBAH. Esta, en conflicto con la presidencia de la FEBAH, dirige el Centro de educación y de formación integrada de discapacitados auditivos y no discapacitados (CEFISE) que fue creado por su difunto marido. El CEFISE es socio de Handicap International para la formación profesional.

En cambio, la FEBAH tiene representación en varias regiones. Durante la misión, fue posible conocer al presidente de la coordinación regional de las asociaciones de personas discapacitadas del Centro Este (CORAPH/CE) (Tenkodogo) y miembros del Directorio de la FEBAH, incluyendo la directora ejecutiva. La CORAPH reúne a 25 asociaciones en 3 provincias de la región, que representarían entre 1 000 y 2 000 personas discapacitadas. Su función principal es proporcionar información a los nuevos pacientes sobre los centros de RBC de la región, los servicios de cirugía ortopédica (en Kaya), los aranceles y el centro de rehabilitación física y funcional de Tenkodogo. La CORAPH funciona con una quincena de personas voluntarias. Las asociaciones no se involucran en la organización de la distribución de los servicios, pero en ocasiones sirven de intermediarias para que las personas obtengan ayudas a la marcha (muletas sobre todo). La CORAPH sería sobre todo una estructura de promoción ante las autoridades, ya que carece de subsidios para desarrollar verdaderos proyectos. Se involucra en la organización de la jornada internacional de la persona discapacitada (el 3 de diciembre). Brinda formación sobre la vida asociativa con el apoyo de Handicap International, y le gustaría gestionar un Fondo regional de acción (según el modelo malí de *Handicaisse*), pero sin creer demasiado en ello ya que se queja de la inercia de los poderes públicos.

Los responsables de la FEBAH no tienen un discurso más positivo sobre la acción del Estado. Insisten en la importancia de la información a brindar a las poblaciones más retrasadas, y estiman que el rol de la FEBAH es orientar hacia los prestadores y no crear

y administrar establecimientos ellas mismas. La FEBAH se queja del nivel de subsidios de la Solidaridad Nacional y del escaso involucramiento de las asociaciones en la dirección del sector de la discapacidad. Implícitamente, la FEBAH critica a la Dirección General de Solidaridad Nacional, que actúa sin consenso. Por ejemplo, el Directorio del FSN no incluye a ningún representante de las asociaciones. Intenta acercarse al Ministerio de Salud, especialmente para fortalecer el CNAOB, que no estaría en condiciones de responder a la demanda.

5.4 La implementación de la cobertura médica universal

Las perspectivas de evolución de la cobertura médica son importantes para la transformación del sistema económico de la rehabilitación física y funcional. Según el dinamismo y la conducción política de las reformas que deben permitir alcanzar la cobertura universal, las repercusiones en el sector de la discapacidad serán más importantes.

Caso de Burkina Faso

La Secretaría Permanente para la cobertura universal debe fijar el paquete de tratamientos que se propondrán en el marco del AMU. En cuanto consideramos que la reeducación y la ortopedia deberían formar parte de este, incluso bajo ciertas condiciones, el mensaje debe ser transmitido y defendido en las reuniones del Comité de Pilotaje del AMU. Así como ocurre con las mutuales que han realizado una acción enérgica de lobbying para defender sus posiciones y están regularmente presentes en las reuniones (ASMADE), las asociaciones de personas discapacitadas deberían intentar participar en los trabajos y preparar un argumentario y una propuesta que sean consensuados dentro de las organizaciones que las federan. Imaginamos que la FEBAH es la mejor posicionada para este rol, debido a la posición de su presidenta. Restaría apaciguar las tensiones entre organizaciones y que se defina una posición común.

Conclusión

El análisis del sistema económico de la rehabilitación física y funcional lucha sin ningún tipo posible de duda por el desarrollo de herramientas de financiamiento que permitan un mejor acceso a los servicios. Al mismo tiempo, muestra que el sector representa una oferta insuficiente respecto de las supuestas necesidades y que este no tiene los medios humanos ni financieros para desarrollarse.

Si el acceso financiero a la rehabilitación física y funcional fuera mejorado, la actividad de los establecimientos existentes aumentaría hasta que los recursos humanos de los que disponen se saturan. Si el suplemento de actividad no permitiera contratar otro personal (suponiendo que hubiera que contratar), abrir otros establecimientos (suponiendo que el excedente que arroja el volumen de facturación realizado pueda orientarse a este tipo de inversión), la oferta se quedaría siempre demasiado corta. Ahora bien, con los aranceles actuales, estamos probablemente en este caso. Paradójicamente, los aranceles son demasiado altos respecto de los medios de los usuarios, pero demasiado bajos como para alcanzar un nivel correcto de funcionamiento de los establecimientos.

Así, una mejor accesibilidad financiera será beneficiosa para algunos, lo que ya es considerable, pero no resolverá el problema del financiamiento del sector y esto impedirá la cobertura de una mayoría de personas discapacitadas. En este sentido, un dispositivo de gratuidad, con vocación universal, podrá resultar discriminatorio y beneficiar sobre todo a las personas que vivan cerca de los establecimientos. Resulta así que no es posible esperar que la oferta sea suficiente para facilitar el acceso a las estructuras existente a los que la necesitan. Pero no habría que imaginar que el apoyo (el subsidio) de la demanda será suficiente.

Por otro lado podemos constatar que los dispositivos de gratuidad implementados no modifican la situación de la rehabilitación física y funcional. Nos remitiremos sobre este punto a la evaluación de los Fondos de Equidad implementados en Mali, Togo y en Rwanda por Handicap International²¹.

²¹ Op. cit. p.27

A pesar del esfuerzo financiero, los Fondos sólo han podido intervenir en forma marginal, "ya sea debido a la falta de técnicos (Rwanda, Mali), o debido a partidas restringidas que se les otorgan (Togo)".

Podemos concluir dos principios importantes:

- el primero es que el esfuerzo de apoyo de la demanda no debe hacer desatender la inversión en el sector de la rehabilitación física y funcional,
- el segundo es que los dispositivos a implementar para facilitar el acceso financiero a la rehabilitación física y funcional también deberían ser tan equitativos como sea posible, y en este sentido, ser definidos teniendo en cuenta la totalidad de los costos imputados a los usuarios y no solamente los aranceles aplicados.

En los países favorables, una gestión ante las autoridades podría dar lugar a experiencias de financiamiento destinadas a ser duraderas. Sin duda, la situación de Burkina Faso no es la única referencia, pero es probable que el modelo más interesante en una gran cantidad de países para el financiamiento del acceso a la rehabilitación física y funcional sea el de un Fondo Público que tendría una gestión autónoma. El punto más delicado será el de velar por la perdurabilidad de los recursos de este Fondo, sabiendo que su organización deberá estar marcada por la búsqueda de la eficacia y de la equidad, habida cuenta de las lagunas de la oferta.

No debe excluirse la participación del seguro médico en el financiamiento del acceso a la rehabilitación física y funcional, pero constituye más una perspectiva a mediano plazo, teniendo en cuenta el estado de los regímenes obligatorios y voluntarios en numerosos países y debido a que los proyectos del AMU necesariamente privilegiarán la organización del financiamiento de los tratamientos estándar.

Se ha dicho que el financiamiento del acceso a la rehabilitación física y funcional no bastaría para proporcionar al sector los medios para su desarrollo y hemos visto que la insuficiencia de la oferta tenía un importante impacto en los costos de acceso. Una idea en la que debemos ahondar sería la de dar a un Fondo Público una doble misión: por un lado la misión de financiamiento del acceso de las personas (que se ha evocado), por otro la implementación de una estrategia de inversión en recursos humanos, infraestructuras y equipamientos de rehabilitación física y funcional.

Esta fórmula tendría la ventaja de equilibrar el esfuerzo financiero a favor de la oferta y de la demanda, apoyándose en una información coherente. Evidentemente podemos objetar que no respeta completamente el principio de separación del pagador y de los prestadores y que hay un riesgo de favorecer a las estructuras más frecuentadas, pero la situación de la oferta parece demasiado precaria como para conformarse con actuar únicamente en pos de un mejor financiamiento de la demanda.

Detrás de estas consideraciones, una recomendación esencial relativa al financiamiento de la rehabilitación física y funcional es hacer que el circuito de los fondos que necesita sea tan transparente como sea posible.

Referencias

- ASMADE, **Processus de mise en place de mutuelles de santé, document de capitalisation**, April 2013
- Bationo F., Zett J.B., **Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso**, ASMADE, October 2011
- DECISIPH, **Legal Framework Governing Disability Rights - Burkina Faso, Mali, Niger, Senegal, Sierra Leone and Togo**, December 2010
http://proadiph.org/IMG/pdf/legal_frame_ork_summary_gb.pdf
- Doamba J.E.O., Ouedraogo A., Saksena P., **Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso**, AfricanHealth Monitor, Issue n°17, July 2013
<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/ahm/reports/651/ahm1709.pdf>
- Gerbier B., Botokro R., Handicap International, 2009 Improving access to rehabilitation care for the poorest - Evaluation of the 3 Equity Funds set up by Handicap International in Rwanda, Mali and Togo <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/RapportFESCompleet.pdf>
- Handicap International, **Access to services for persons with disabilities**, December 2010
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM05_EN_04_screen.pdf
- Handicap International, **Analyse des données en réadaptation de la région du Centre-Est**, December 2011
- Handicap International, **The Sustainability Analysis Process: The case of physical rehabilitation**, December 2012
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG08Sustainability.pdf

- Handicap International, **Physical and functional rehabilitation**, Technical Resources Division, 2013
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PP10Rehabilitation.pdf
- INSD, **Le Burkina en chiffres**, 2007 edition
http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/burkina_090608.pdf
- INSD, **Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province**, August 2009
http://www.insd.bf/fr/IMG/Projections_demographiques_sous_nationales_2007-2020.pdf
- INSD, **Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009)**, September 2010
http://www.insd.bf/n/contenu/enquetes_recensements/eng_cond_vie_menages/resultats_provisoires_eicvm.pdf
- Letourmy A., Pavy-Letourmy A., **La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu**, AFD, Notes and documents n°26, December 2005
<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/26-notes-documents.pdf>
- Letourmy A., Galland B., Guillebert J., **Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie**, in Facts reports, n°spécial 8/2012, p. 46-54
<http://factsreports.revues.org/2733?file=1>
- Burkina Faso Ministry of Economy and Finance, **Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015**, 2010
http://www.unpei.org/sites/default/files/e_library_documents/Burkina_Faso_PR_SP_2011.pdf
- Burkina Faso Ministry of Health and CNAOB, **Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso 2011-2020**, November 2009

- Burkina Faso Ministry of Health, **Plan national de développement sanitaire 2011-2020**, 2011
http://www.who.int/pmnch/media/events/2014/bfa_pnds.pdf
- WHO, **World health report: "Health systems financing: the path to universal coverage"**, WHO, 2010
<http://www.who.int/whr/2010/en/>
- WHO, **Community-based rehabilitation guidelines**, 2011
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>
- WHO, **World report on disability**, 2011
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
- WHO, **World health report: "Research for universal health coverage"**, WHO, 2013
<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>
- WHO, **Distribution of health payments and catastrophic expenditures - methodology**, Discussion paper n°2, 2005
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf
- Yaméogo J.B. et Sanou A., **Processus de mise en place de l'assurance maladie au Burkina Faso**, Ministry of Civil Service, Labour and Social Security, Permanent Secretariat for Health Insurance, Ouagadougou, 28 February 2013



Entender el acceso financiero a los servicios de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo

Este informe está dedicado al acceso financiero a los servicios de rehabilitación física y funcional en los países en desarrollo, y se apoya en el Caso de Burkina Faso.

Tras algunas consideraciones generales sobre la rehabilitación física y funcional (parte 1), que permiten especialmente circunscribir el campo del estudio, el sistema económico de la rehabilitación física y funcional es analizado del punto de vista de la oferta de tratamientos (parte 2), de la demanda y de su financiamiento (partes 3 y 4). Finalmente, se abordan las cuestiones de la política nacional sobre la discapacidad, en relación con las posibilidades de evolución del sistema y de los actores que pueden facilitar el cambio (parte 5). En conclusión se indican varias recomendaciones sobre las etapas consecutivas al estudio.

FEDERATION HANDICAP INTERNATIONAL
138, avenue des Frères Lumière
CS 88379
69371 Lyon cedex 08
FRANCIA

T. +33 (0) 4 78 69 79 79
publications@handicap-international.org