

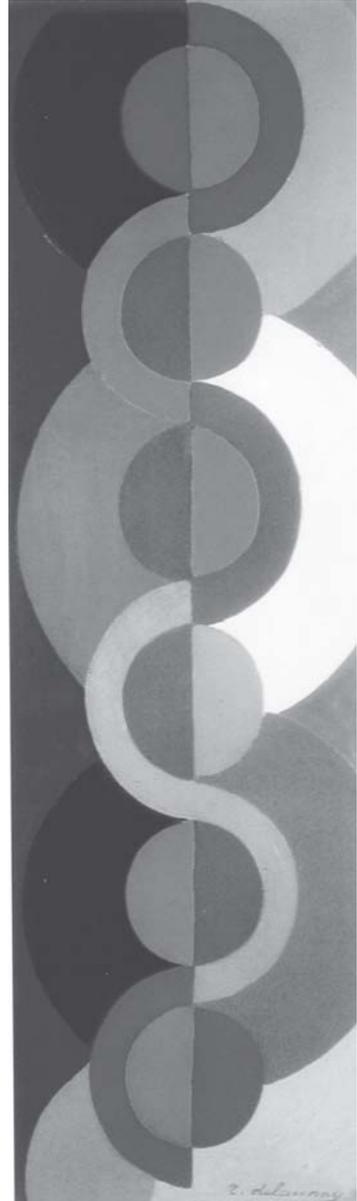
---

# DOSSIER

---

**Reforma del sector salud y equidad  
en América Latina y el Caribe:  
conceptos, agenda, modelos  
y algunos resultados  
de implementación**

*Celia Almeida*



# Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe:

## CONCEPTOS, AGENDA, MODELOS Y ALGUNOS RESULTADOS DE IMPLEMENTACIÓN

Celia Almeida \*

Fecha de recepción: 24-02-05 • Fecha de aceptación: 24-05-05

### Resumen

Este texto analiza la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe, los conceptos y ejes centrales de la agenda de cambio. Identifica las adaptaciones que adquiere en los modelos implementados en la región y analiza sus resultados en algunos países, sobre todo en relación con la equidad. Discute los mecanismos reformadores propuestos en términos de eficiencia, efectividad y capacidad de regulación del Estado. Los países latinoamericanos y la periferia en general han sido más radicales en sus procesos de reforma, incluso partiendo de condiciones muy precarias y estando sometidos a limitaciones financieras, e histórica deficiencia en cuanto a la capacidad de implementación y regulación. Se confirma la desestructuración de los sistemas anteriores, sin alcance de las mejoras pregonadas, empeoramiento de la equidad en el acceso y utilización de los servicios, ya sea por la radicalidad de los procesos o por el alto grado de experimentación con el que las reformas están siendo implementadas.

**Palabras clave:** reforma sector salud, equidad y salud, reforma y equidad, América Latina y el Caribe.

### Abstract

This text discusses the reform of the health sector in Latin America and the Caribbean, the concepts and central axes of the agenda change. It identifies the acquires adaptations in the implemented models in the region and analyzes his results in some countries, coverall in relation to the fairness. It discusses to the mechanisms reformers proposed in efficiency terms, efetividad and capacity of regulation of the State. The Latin American countries and the periphery in general, have been more radical in their processes of reform, even starting off of very precarious conditions and being put under financial limitations, and historical deficiency in the capacity of implementation and regulation. The desestructuración of the previous systems is confirmed, without reach of the announced improvements, worsening of the fairness in the access and use of the services, is by the radicalidad of the processes, is by the high degree of experimentation whereupon the reforms are being implemented.

\* Este trabajo ha sido presentado como conferencia en el Foro de la reforma de salud y la seguridad social: "Reforma de salud de la República Dominicana, 1989-2005: balance, lecciones aprendidas y agenda pendiente" y en la Primera cátedra abierta de reforma en salud y seguridad social del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (Intec), Área de Ciencias de la Salud, Programa Intec en Seguridad Social, en Santo Domingo (República Dominicana), el 12 de mayo de 2005.



## **Introducción**

Este texto pretende discutir la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe con el objeto de evaluar los conceptos y ejes centrales de la agenda de cambio, en el marco de la reforma del Estado. La idea es la de identificar las adaptaciones que adquiere en los modelos que se han implementado en el área de salud en la región y analizar sus resultados en algunos países, sobre todo en relación con la equidad. Se señalan, además, las perspectivas que se perfilan como tendencias en los países de Latinoamérica, en relación con las experiencias internacionales.

La premisa central es que en las últimas décadas la cuestión de las reformas del sector salud constituye un tema importante de agenda política en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, como parte de un amplio programa de transformaciones estructurales.

Esos procesos, que incluyen cambios en los sistemas de servicios de salud, han sido influidos por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes; las opciones internas de los Estados nacionales frente a la globalización; las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas; el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales; la democratización política del continente; el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada; y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector salud.

Si bien en cuanto al discurso el principio orientador de las reformas en los sistemas de servicios de salud se basó en la superación de las desigualdades y alcance de la equidad, las evidencias disponibles no confirman ese resultado.

En realidad, las importantes transformaciones acaecidas durante los años ochenta y noventa en la región condujeron a un balance económico y social desalentador. Las opciones políticas que pautaron la reinserción de América Latina en el nuevo orden mundial, salvo escasas excepciones, no se orientaron hacia la puesta en marcha de adecuadas políticas sociales, sometiendo a los Estados nacionales a las condiciones establecidas por parte de los bancos acreedores del endeudamiento regional. La relación entre el desarrollo social en extremo desigual y las dificultades en la implementación de reformas cruciales gozan hoy de consenso en la literatura, en los gobiernos y en los organismos internacionales.

Este panorama ha generado como prioridad el combate de la pobreza y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región. La cuestión de la equidad pasó a ser considerada esencial para un desarrollo regional integral y sustentado.

Entre tanto, aunque sea abundante la literatura sobre la cuestión de la reforma del sector salud, es todavía escasa la discusión sobre los aspectos conceptuales y contextuales—económicos, sociales y políticos—que definen y dan origen a las reformas e interfieren en forma decisiva en su implementación. Esas omisiones refuerzan la tendencia a caracterizarlas como meros procesos técnicos naturalizados por la globalización. La imprecisión conceptual y estratégica que envuelve a ambas temáticas—reforma sectorial y equidad—ha permitido que se identifique como reforma volcada hacia la equidad cualquier política y acción asistencialista o focalizada para “pobres y necesitados”, alegándose que con eso se superan desigualdades.

Este documento se propone abordar algunos aspectos de esa problemática. La sección inicial contiene una discusión sobre cuestio-

nes conceptuales relativas a reforma y equidad y aspectos importantes de su operacionalización. La segunda parte analiza la agenda contemporánea de reforma, los lineamientos de política social y de salud y modelos. La tercera presenta una reseña del panorama económico y social de la región desde los años ochenta a los noventa, efectuando un balance sobre el impacto de los ajustes económicos en la pobreza y la desigualdad, en el deterioro de la participación del gasto social global y del gasto nacional en salud en particular, así como sobre las desigualdades en el sistema de servicios de salud. Finalmente, la última presenta aspectos críticos sobre la implementación de esa agenda reformadora, discute algunos resultados y los desafíos que deben ser enfrentados.

## **1. Los conceptos y su operacionalización**

¿Por qué la discusión de algunas cuestiones conceptuales y de operacionalización son importantes en el debate sobre las reformas sectoriales en la región? Además de la necesidad de rigor académico, esa discusión es fundamental por lo menos por tres motivos:

1. Hace más de una década que las reformas sectoriales están en curso, los sistemas de salud han cambiado y es mucho más difícil implementar la "reforma de la reforma".
2. El derecho a la salud se materializa en la atención que el individuo recibe cuando la necesita: no es por casualidad que la población asocia el derecho a la salud con tener acceso a los servicios de salud.
3. Lograr que los servicios de salud funcionen mejor es crucial para fortalecer coaliciones de poder que involucren a los distintos actores que actúan en el sector

en una lucha de cambio para superación de las desigualdades.

La discusión se centra en algunas importantes imprecisiones conceptuales y sus consecuencias para la implementación de las reformas de las políticas de salud y la evaluación de sus resultados. El campo es amplio, obviamente, siendo solo posible señalar algunos puntos y provocar algunas indagaciones.

### **1.1 Política de salud como política social**

Como punto de partida de esta reflexión es importante la discusión de la política de salud como política social.

Como nos acuerda Santos (1998), y hemos discutido en otros trabajos (Almeida, 2002b), el problema de la escasez de recursos para satisfacer las necesidades y demandas de los miembros de una sociedad no es nuevo y siempre estuvo presente en el pensamiento político y económico durante siglos, como parte de la cuestión más amplia sobre la posibilidad de manutención del orden social. Y son bien discutidas en la literatura las vinculaciones entre la consolidación y complejización del Estado moderno y el desarrollo de la acción política como forma de construcción de ese orden.

La creencia en un ordenamiento político promovido desde el Estado y organizado desde la sociedad, de manera simultánea con el desarrollo del sistema económico capitalista, constituyen las bases de la expansión de la capacidad de regulación social del Estado, de la creación de las representaciones democráticas y de la idea de derechos sociales sostenidos por los principios de ciudadanía (Baltodano, 1997:35). La dinámica de esa intervención estatal en campo social repercutirá en forma importante y específica en cada sociedad.



Siendo así, aunque imprecisa desde un punto de vista conceptual, la idea de política social en las sociedades capitalistas se vincula de manera general a la necesidad de asegurar y garantizar algún orden social. En el caso de los países del Norte, con la conocida excepción de Estados Unidos, históricamente la política social estuvo basada en la idea de derechos de ciudadanía, incluyéndose en ellos el de acceso a servicios y beneficios de salud, y se han desarrollado sistemas de salud en el siglo pasado para consolidar ese derecho en beneficios y servicios concretos. De allí que es más difícil el desmontaje de los aparatos de política social en esos países.

Eso mismo no es válido para nuestra región, donde con raras excepciones la política social ha tenido un desarrollo particular, fragmentado, vinculado a la posición del individuo en el mercado de trabajo e históricamente, nunca ha sido inclusiva o universal, con altos grados de exclusión y desigualdades.

A pesar de ello, en los años ochenta los ajustes económicos no tomaron en consideración la política social. Vale decir, “el capital humano” ha sido en extremo devaluado, y el resultado ha sido un enorme empeoramiento de las desigualdades y de las condiciones de vida y salud, sin mencionar los problemas económicos y de desarrollo. Por tanto, se agrega a ese proceso una historia de no consideración del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, y una coyuntura en la que ese derecho pasó a ser cuestionado como derecho social.

En las reformas contemporáneas de los sistemas de servicios de salud, que se enmarcan en el ámbito más amplio de la reforma del Estado y de las transformaciones globales de las últimas décadas, un primer elemento por destacar es que las décadas posteriores a los críticos años setenta fueron explícitamente desfavorables a las inversiones en política sociales.

Por otra parte, Santos (1998:35) ya alertó que la falta de precisión conceptual sobre “lo que es política social”, ha permitido que se identifique como tal cualquier actividad o programa que tenga por objeto “problemas sociales”, “independientemente de los juicios valorativos sobre el orden social que suscriben”. Se incluye así como política social cualquier acción asistencialista o focalizada en los ‘pobres y necesitados’, alegándose superar desigualdades, aun cuando esas políticas solo procuren mitigar los graves resultados negativos de otras políticas y no ofrezcan nada en términos de justicia social.

Además, se defiende el asistencialismo como la mejor forma de superar las enormes desigualdades evidentes en la región latinoamericana, históricamente acumuladas, es verdad, pero también de manera dramática exacerbadas en las dos últimas décadas como resultado de las políticas de ajuste macroeconómico, que cerraron “el largo (e intenso) siglo XX”.

Por tanto, una primera cuestión fundamental para ser rescatada es la idea de derecho a la salud como derecho social y de la política de salud como una política social, vale decir, como “metapolítica” (Santos, 1998) o sea, la política que debe ordenar las otras políticas. Se hace referencia, por lo mismo, de redistribución de recursos y esa redistribución tiene que ser políticamente pactada. Es decir, se habla del grado de desigualdad que una sociedad está dispuesta –o consigue– soportar. Y, en tal sentido, la intersectorialidad inherente al área de la salud, de la que tanto se analiza pero que no se implementa, gana otro significado. Luego, no se trata de acoplar elementos de salud en las otras políticas, sino de formularlas en el sentido que preserven las condiciones de vida y de salud de las poblaciones.

## 1.2 Reforma del sector salud y equidad

Reforma y equidad son nociones que de manera asidua han frecuentado discursos políticos, documentos técnicos y literatura científica en las últimas décadas. Como recurso de retórica, esos términos han servido a un amplio espectro ideológico, adecuándose a diferentes propuestas y propósitos. En cuanto conceptos han suscitado innumerables discusiones sin que se llegue a consenso sobre su definición u operacionalización. En términos técnicos y metodológicos han merecido mucha atención por parte de los estudiosos, consultores e investigadores, desarrollándose instrumentos de medida y de implementación de políticas pro equidad que, de nuevo, afianzan diferentes agendas y proyectos políticos.

Esto se verifica en el ámbito general de las discusiones sobre desarrollo económico y social, así como en el campo de las políticas sectoriales. Entre estas últimas, el debate está siendo pautado por la discusión de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, reavivando falsos dilemas y viejos enfrentamientos, como público *versus* privado, Estado *versus* mercado.

Por otro lado, ese debate está impregnado de una búsqueda de evidencias empíricas y por la comprobación de inherentes contradicciones que tales procesos de reforma sectorial han enfrentado, principalmente entre eficiencia, equidad y calidad. Y aunque la implementación de los cambios y la propia discusión de políticas de reforma tengan innumerables especificidades y sean únicas en cada país, sea del Norte o del Sur, agendas y argumentos se han difundido por doquier y adaptados a distintas realidades, traducidos en propuestas dirigidas a la superación de desigualdades.

Además, la noción de “desarrollo con equidad”, que gana fuerza en las últimas décadas, frente al descalabro mundial del aumento de las desigualdades proporcionado por las políticas neoliberales, también posibilita la construcción de consenso entre distintas corrientes político-ideológicas, ya que no hiere *a priori* los intereses individuales, pues el avance en dirección a la superación de la inequidad puede ser tan lento y gradual que, de hecho, la adopción de la equidad como principio puede ser completamente inocua o vacía de significado.

En síntesis, la imprecisión conceptual y estratégica presente en ambas temáticas –reforma sectorial e equidad– no son triviales y revelan los objetivos estratégicos de diferentes definiciones (Almeida, 2002b; Almeida, 2005).

Vale la pena, por tanto, hacer una breve revisión histórica y conceptual de esos dos términos.

### 1.1.1 La cuestión de la reforma: notas conceptuales

En relación con el término reforma, aunque tenga un origen más definido históricamente, centrado en la clásica antítesis reforma-revolución, que caracterizó a la antigua (pero siempre renovada) oposición entre diferentes estrategias de cambio social en el desarrollo del movimiento obrero, guardó de ese legado la esencia de esa antítesis, esto es, se refiere *al modo por el cual se da el cambio y no al resultado* (Bobbio, 2000:579).

Ambas estrategias parten de una concepción de la historia entendida como cambio y progreso. Pero, subyacente al reformismo no revolucionario existe una idea evolutiva y positivista de la historia, en la cual la transformación ocurre en forma acumulativa y gradual. Y por detrás de los movimientos re-



volucionarios, la concepción progresista se construye a partir de una sucesión de movimientos positivos y negativos, en permanente avance, ya sea de la realidad objetiva, o del conocimiento sobre ella; por tanto, el proceso histórico no deviene por sucesivos incrementos, sino por cambios dialécticos, que contienen en sí el germen de la disolución, donde las negaciones representan el pasaje obligatorio a las subsecuentes afirmaciones (Bobbio, 2000:590-1, a partir de Marx y Engels, *apud* Almeida, 2002b:26). En síntesis, los movimientos de reforma buscan mejorar y perfeccionar, aun hasta en forma radical, pero nunca destruir el ordenamiento existente, y esa perspectiva reformista más estrecha es la gran vencedora del final del siglo XX y comienzos del XXI (Almeida, 2002b).

En 1995, la OMS definía “reforma del sector salud” como un proceso sustentado de cambios fundamentales en la política de salud y en los arreglos institucionales, coordinado por el Estado, con la finalidad de mejorar el funcionamiento y el desempeño del sector, dirigidos a alcanzar mejores niveles de salud de la población (WHO, 1995).

La reforma en salud estaría referida entonces a la definición de prioridades, refinamiento de la política de salud y a la reforma de las instituciones que implementan esas políticas (Janovsky y Cassels, 1995). En 1997, Knowles y Leighton, al reconocer la ausencia de definiciones precisas y de las múltiples y diferentes connotaciones, definían ‘reforma en salud’ haciendo énfasis en la lista de objetivos y en la extensión de la reforma como más importante que una definición precisa, reiterando las premisas antes mencionadas (Knowles y Leighton, 1997). Otros autores definen la reforma sectorial como mudanzas específicas para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de los sistemas de servicios (Berman,

1995), ignorando las inherentes contraposiciones implicadas en esas relaciones.

Se formulan también tipologías de reforma: unas tomando en consideración la amplitud de la mudanza y la forma de implementación (Ham, 1997) –reforma *big-bang*, incremental, “de abajo para arriba” e incipiente–, y otras que se apoyan en la definición de las “dimensiones estratégicas” o “macrofunciones” de los sistemas de salud, que deben ser objeto de reforma (Berman y Bossert, 2000), financiamiento, prestación de servicios, incentivos, regulación e información.

Ninguna de esas reflexiones avanza en términos conceptuales, partiendo de la premisa básica de que las reformas sectoriales son procesos tecnocráticos, consecuencias naturales de la “gran transformación” en la cual el mundo está envuelto hace más de dos décadas. Ese presupuesto permite que, por un lado, solamente se identifiquen como “reforma” aquellos cambios que se adecuen a determinados referentes, como por ejemplo, “las reformas orientadas al mercado”, no considerando, por consiguiente, todos los otros cambios de política de salud que no tengan en consideración ese paradigma.

Por otro lado, que se particularice el carácter social de la política de salud, esto es, que se redefina el derecho a la salud, excluyéndolo del elenco de los beneficios sociales, segmentándose diferentes beneficiarios, determinándose prioridades y focalizando beneficios y servicios para “pobres y necesitados”, alegándose la escasez de recursos y la imposibilidad de atender a una demanda infinita desde un punto de vista intrínseco.

Hay una tendencia a considerar esas reformas como procesos meramente técnicos y que se resuelven en ese ámbito, con el so-

porte de evidencias empíricas científicamente comprobadas, creyéndose en una supuesta neutralidad de la ciencia<sup>1</sup>. Además, no se toma en consideración el desarrollo histórico de los sistemas de servicios de salud.

Vale la pena, entonces revisar de manera sumaria ese recurso histórico (Almeida, 2002b).

En términos muy sintéticos, en un largo proceso que atraviesa siglos, la institucionalización paulatina de derechos sociales, como parte del desarrollo del principio de la ciudadanía, inspirado en la idea liberal de igualdad, generó políticas públicas volcadas sea para la compensación de las desigualdades producidas por la dinámica de expansión del capital, sea como “moneda de cambio” en el juego político.

La idea de una política sectorial para la salud, tal como otras áreas sociales, no existía antes de la segunda mitad del siglo XIX. Históricamente, a través de los siglos, el discurso médico-científico de la salud se imbricó con el ámbito social, permitiendo la emergencia del *discurso de la salud pública* y de la *política de salud* como campos específicos de intervención del Estado.

Entre tanto, ese proceso no ocurre en forma lineal ni tampoco esa intervención fue uniforme, pero históricamente determinada, como respuesta a diferentes demandas y necesidades en espacios y épocas distintas (*véase* las diferentes y complementarias etapas de constitución de la *medicina social* en Europa –de la *medicina del Estado* en Alemania, de la *medicina urbana* en Francia y de la

*medicina de la fuerza de trabajo* en Inglaterra, discutidas por Foucault, 1979).

En realidad a partir del siglo XVIII, se observa la emergencia de la salud y de la enfermedad como *problemas* que exigen, de una manera o de otra, un encargo colectivo; además, y todavía más importante, se observa también un otro proceso – el surgimiento de la idea de bienestar físico de la población en general (salud) como uno de los objetivos esenciales del poder político.

Ya en el final del siglo XIX, la ampliación y factor dominante de la racionalidad científica médica estuvo acompañada de un creciente desarrollo y dependencia de las estadísticas. Y en el siglo XX, el espectacular desarrollo de la tecnología médica reforzó el lado curativo asistencial del cuidado de la salud. O sea, la importancia de la medicina en la política de salud tiene origen en el cruce entre *una nueva economía analítica de la asistencia* (inicialmente volcada hacia los pobres y posteriormente para la población como un todo), incluyendo la transformación de los hospitales en local privilegiado de producción de servicios y de conocimientos sobre las enfermedades, y la emergencia de un “posicionamiento” de la salud en la población (Foucault, 1979:195-197).

En síntesis, a modo de otra clave analítica Foucault también aportó que el concepto de población, estadísticamente ordenada y, posteriormente, lo de política de salud, emergieron y se realizaron en el proceso de exigencia de la sociedad, o sea, salud y enfermedad se tornaron categorías que integran los sistemas de administración y control de la población y la política de salud en el campo privilegiado de regulación de varias tensiones sociales (Foucault, 1979; Rosen, 1980, 1994). En otras palabras, son elementos constitutivos del establecimiento de un determinado orden social.

<sup>1</sup> Que los datos y hechos sean objetivos es obvio, pero su interpretación está lejos de ser neutra, por un motivo muy sencillo: los hombres que interpretan los datos y los hechos tienen sus creencias y sus propios objetivos, es decir, son muy subjetivos y nada neutrales.



Los derechos y deberes de los individuos en relación con su salud y la de los otros, el mercado donde interactúan las demandas y las ofertas de cuidados médicos, las intervenciones del poder en las cuestiones de la higiene (prevención) y las enfermedades (cura), la institucionalización y defensa de la relación privada con el médico (predominio de la medicina científica), marcan el funcionamiento global de la política de salud del siglo XIX (Foucault, 1979:201).

Y en la segunda mitad del siglo XX, la valorización de la noción de igualdad de oportunidades y de acceso a servicios pasó a constituir uno de los principios que orientaron la construcción de los sistemas de salud, enmarcada en la percepción del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, sobre todo, después de la Segunda Gran Guerra y sobre la égida de las políticas económicas y sociales keynesianas, por ejemplo, con fuerte intervención por parte del Estado, como proveedor y financiador de servicios, a través del recaudo fiscal o de contribuciones sociales.

Ese análisis es más pertinente para los países desarrollados del Norte, sobre todo los de Europa occidental, pero aunque para nuestra región la historia sea bastante diferente, los elementos conceptuales de ese marco analítico ayudan a pensar en el desarrollo de nuestros sistemas de salud.

Nuestra evolución histórica está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes; sociedades altamente segmentadas, con considerables niveles de exclusión y marginalidad social; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con baja capacidad de implementación de políticas y de regulación social; y estructuras de derechos de ciudadanía en extremo frágiles y parciales. Asimismo, por Estados con inserción subalterna en los mercados interna-

cionales y pautada por endeudamiento progresivo y perverso (Baltodano, 1997:56).

La intervención del Estado en la salud, aunque importante, en un primer momento, vinculó las actividades médico-sanitarias (beneficiencia pública, salubridad), en forma estrecha y centralizada, a los intereses económicos inmediatos y a las necesidades del comercio internacional.

Y la transformación de la atención médica se da después de los años treinta del siglo pasado, con importante énfasis en la atención hospitalaria, pero en forma privatizada o muy subsidiada por el Estado y volcada hacia grupos particulares. Esa estructuración fue coherente con la lógica de “ciudadanía regulada” (Santos, 1979) que orientó la forma de segmentación particular adquirida por la política social en la región, privilegiando los sistemas corporativos de la sociedad. Este modelo ha convivido también con variadas formas de control social de tipo oligárquico y de coerción estatal, por la fuerte presencia militar en el poder, sobre todo en el Cono Sur. Estas formas impidieron la formación de espacios públicos y el desarrollo de capacidad de intervención de la sociedad y de canales efectivos de participación y control social. Se agrega a este panorama la histórica influencia de los organismos internacionales en la formulación e implementación de políticas en la región (Malloy, 1993; Melo y Costa, 1994).

El resultado fue la implementación de políticas sociales poco inclusivas, ineficientes e inefectivas y el desarrollo de complejos médico-industriales desregulados, con alto grado de autonomía, que crecieron subsidiados por el Estado y con recursos públicos.

Al partir de esa perspectiva histórica, definimos reforma del sector salud como procesos de cambio estructural en el área de atención a la salud, esto es, momentos históricos en

los que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender a la población, así como los roles del Estado (con sus instituciones) y de las organizaciones privadas (tanto de la sociedad civil como del sector empresarial) que actúan en el sector salud.

Siendo así, se puede decir, en forma muy sintética y en una perspectiva “tipo-ideal”, que el siglo XX, recién terminado, vivió por lo menos tres grandes “olas” (o generaciones) de reforma en el sector salud (Almeida, 1996b), que son más visibles en los países de Europa occidental, pero también se han reflejado en nuestra región en forma particular, como se comentó con anterioridad<sup>2</sup>:

1. La primera se inició a finales del siglo XIX, con subsidios estatales y programas específicos para los pobres y trabajadores de baja renta, y se extendió a las primeras décadas del siglo XX, antes y después de la Primera Gran Guerra, con la extensión de antiguos programas e implementación y difusión de programas nacionales de salud.
2. La segunda aconteció luego de la Segunda Guerra Mundial (1948), con consolidación y universalización de sistemas de servicios de salud o la creación de sistemas nacionales de salud, transformando el derecho de acceso a los servicios sectoriales en derecho de ciudadanía.
3. La tercera, que se ha llamado de “reformas contemporáneas”, es más reciente y

se da en dos momentos distintos, pero que son las dos caras de la misma moneda: la primera ocurrió en los años sesenta y setenta, y se configuró como una expansión específica de los servicios de asistencia médica como eje central de desarrollo del sistema de salud; la segunda fue de crisis de ese modelo lo que resultó en la formulación, en los años ochenta, de una *nueva agenda pos welfare* también para el área sanitaria, cuya esencia estaba en el cuestionamiento de los fundamentos básicos que habían estructurado los sistemas de salud hasta entonces.

Si en la primera onda de reformas el modelo alemán (seguro nacional de salud) fue difundido y copiado por varios países; en la segunda, el modelo británico fue absolutamente innovador, con la creación (inédita en el mundo occidental) del servicio nacional de salud (*National Health Service-NHS*) y, principalmente, con la difusión de la concepción del acceso a los servicios como derecho de ciudadanía y de los principios de planificación sanitaria nacional para atender a las necesidades de salud de la población; y, en la tercera, la hegemonía neoliberal y los “modelos de reforma” formulados en Estados Unidos fueron cruciales.

Para los países latinoamericanos, el seguro nacional alemán también fue referencia en algunos, aunque implementado en forma muy segmentada; el *NHS* inglés, en general, se ha convertido en la utopía de muchas de las fuerzas de izquierda en nuestros países; y en la tercera “ola”, hubo gran difusión y aceptación de modelos e ideas, que fueron implementados en forma ejemplar en la región.

Para ambas partes del mundo, el eje central de esas transformaciones está en la importante intervención por parte del Estado en el direccionamiento de ese proceso de desarrollo sectorial, que tiene varias dimensio-

<sup>2</sup> No existe consenso en cuanto a la literatura sobre las diferentes “olas” o “generaciones” de reformas sectoriales. Sin embargo, la mayoría de los autores se limita a periodizar las reformas contemporáneas, esto es, de las últimas décadas, no teniendo en consideración el desarrollo histórico de los sistemas de servicios de salud.



nes, mas, concordando con Immergut (1992), se debe destacar que los sistemas de salud difieren entre sí en la interconexión de cuatro principales dimensiones de esa intervención estatal que, en su conjunto, afectan la capacidad del Estado de gobernar el sector. Son ellas:

1. Extensión y el tipo de financiamiento público.
2. Tipo de regulación (pública y privada) que esa estructura de financiamiento proporciona.
3. Rol del Estado como propietario de los medios de producción de servicios y de insumos.
4. Rol del Estado como empleador (directo o indirecto).

La forma de iteración de esas dimensiones es el resultado concreto del desarrollo histórico de los diversos sistemas de salud, que se situó siempre en torno al debate entre lo público y lo privado, entre el Estado y el mercado. Y esto es válido también para pensar sobre las diferentes estructuraciones de los sistemas de salud en la región.

#### 1.1.2 La cuestión de la equidad: notas conceptuales

En lo que se refiere a la cuestión de la equidad, el debate es amplio y genera controversia. Conceptual e históricamente su formulación está relacionada con las nociones de libertad y de igualdad, que remite a la cuestión de la justicia, de los derechos y deberes del hombre-ciudadano y del Estado.

Los antecedentes de esas discusiones están en los siglos XVII y XVIII, y en ese proceso de construcción de derechos, que va hasta el siglo XX, aunque las palabras sean las mismas –libertad e igualdad– la validez jurídica y el significado conceptual cambiaron en for-

ma sustancial, de manera correlacionada una con la otra, ampliándose y enriqueciéndose sus contenidos (Bobbio, 2000:488-90 apud Almeida, 2002b). Esos dos valores se arraigan en la concepción del hombre como persona, en la determinación del concepto de persona humana, y remiten uno a otro en el pensamiento político y en la historia.

En términos sintéticos, *libertad* indica un estado e *igualdad* una relación: un estado del individuo y una relación general, deseable, entre individuos en sociedad (Bobbio, 2002:7-8).

En lo que se refiere al significado descriptivo del término, en el caso de la libertad la dificultad está en su ambigüedad en el lenguaje político, que permite diversos significados (calidad o propiedad de la persona); y, en relación con igualdad, la dificultad estriba en su indeterminación, pues es preciso especificar con qué entes se está tratando y en relación con qué son iguales.

Siendo así, el concepto y el valor de la igualdad se distinguen mal del valor y del concepto de la justicia, remitiendo al problema de atribuir ventajas o desventajas, beneficios o perjuicios, derechos o deberes, a individuos en sociedad, además de la distinción entre una igualdad justa e injusta. Ello presupone el establecimiento de la llamada *regla de justicia*, esto es, el modo por el cual el principio de justicia debe ser aplicado, la regla según la cual se debe tratar a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual, y que asume importancia frente a la determinación de la justicia, *concebida como el valor que preside la conservación del orden social* (Bobbio, 2002:20-1). Por tanto, la definición de igualdad que interesa discutir es la igualdad afirmada como propiedad de las reglas de distribución (Oppenheim, 1993), o sea, lo que importa analizar es el carácter distributivo de la propia regla.

En esa perspectiva, igualdad y justicia poseen en realidad una importante característica común: ambas sólo pueden ser sustentadas por reglas que especifican la forma como determinados beneficios o perjuicios deben ser distribuidos. Así, la clasificación de cualquier regla de distribución como *igualitaria* o *no igualitaria*, no puede prescindir de consideraciones valorativas y ni toda distribución igualitaria es equitativa. La noción de equidad en salud es fruto de ese trayecto histórico.

En la literatura, la equidad –de manera general– se refiere “a diferencias que son innecesarias y evitables, además de consideradas socialmente injustas” (Whitehead, 1992:431) y, por tanto, pasibles de ser resueltas con intervenciones a través de las políticas de distintos sectores, inclusive el de salud.

Para que una determinada situación sea identificada como injusta, sus causas deberán ser examinadas y juzgadas en el contexto más amplio de la sociedad (Mooney y Jan, 1997), lo que remite necesariamente a los valores y principios morales, éticos y político-ideológicos que orientan la política sectorial en un determinado país, en un determinado momento histórico.

Siendo así, en función del conjunto de valores predominantes, el término equidad gana diferentes connotaciones a lo largo del tiempo y en distintas sociedades, siendo varios sus significados y es raro el consenso en torno a una definición (Almeida *et al.*, 1999a y b; Almeida, 2005). Por otro lado, también existen diversas maneras de medir la justicia social y cada una de ellas produce diferentes resultados. Por consiguiente, la definición de equidad elegida para ser operacionalizada y las formas de medirla reflejan los valores y opciones de determinada sociedad en momentos específicos.

Para los efectos de esta discusión se asume el concepto de equidad elaborado por Whitehead (1992).

Se enfatiza que existen distintas dimensiones de la equidad en salud (equidad en las condiciones de salud y equidad en los servicios de salud), y con frecuencia se observa que la inclusión del principio de la equidad en la formulación de las políticas de salud no está acompañada automáticamente por la implementación de políticas que resulten en mejores niveles, tanto de la equidad en las condiciones de vida y salud, como en la prestación de servicios de salud.

Siendo así, desde el punto de vista operacional, es necesario distinguir las dos dimensiones –equidad en salud y equidad en el consumo de servicios de salud– puesto que el diseño de las políticas difiere según cada uno de esos objetivos. Esto porque los determinantes de las desigualdades en el enfermar y morir difieren de aquellos de las desigualdades en el consumo de servicios de salud. Las inequidades en salud reflejan, de manera dominante, las desigualdades sociales y, en función de la relativa efectividad de las acciones de salud, la equidad en el uso de servicios de salud es condición importante, pero no suficiente, para disminuir las desigualdades en el enfermar o morir existentes entre los grupos sociales (Travassos, 1992; Almeida *et al.*, 1999).

De otra parte, en cuanto al análisis de la equidad en el uso de los servicios, deben ser consideradas las dimensiones geográfica y social de las desigualdades, dimensiones necesarias y complementarias para alcanzar mayor equidad (Travassos, 1992). Las variaciones geográficas reflejan, en gran parte, diferencias en el volumen de recursos para el sector disponibles en cada región, impactando el



tamaño y la calidad de la red de servicios. Refleja también las opciones de políticas de salud que condicionan la definición del modelo asistencial local.

La dimensión social de las desigualdades en el uso de servicios de salud, a su vez, muestra las variaciones en la oportunidad de consumo de servicios entre los diferentes grupos sociales. La estructura plural y fragmentada de los diversos mercados de salud genera selectividad social, provocando un patrón desigual de uso de servicios. Sin embargo, las variaciones existentes en la configuración de los sistemas de salud pueden reducir o ampliar esas desigualdades. El *mix* público-privado local, esto es, el tamaño relativo, la complejidad tecnológica de la oferta de servicios en los mercados de salud público y privado, así como la distribución espacial de esos servicios marcará el patrón de desigualdad social en cada área. Asimismo, existen también dificultades importantes en relación con los conceptos y con las formas de operacionalización de las variables referentes a la condición social de los individuos (Almeida *et al.*, 1999b).

Respecto a las necesidades de salud, no existe una definición única como tampoco una única metodología para medirla. De una manera general, los autores concuerdan en que el concepto de necesidad no es absoluto, pues las diversas formas de aprehender el perfil de necesidades de grupos poblacionales específicos siempre van a expresar visiones parciales, que están limitadas tanto por cuestiones metodológicas (por ejemplo, la validez de los métodos diagnósticos), como por percepciones y valores, ya sea del propio individuo, o del evaluador. Además, existen necesidades percibidas o sentidas por la población y existen necesidades que no son percibidas por las personas pero que son igualmente importantes. Sobre todo si se piensa también en términos de promoción y

prevención de la salud, es decir, si se consideran los sistemas de salud en una perspectiva más amplia que la del ámbito de la asistencia médica.

Aunque no sea fácil identificar necesidades, es posible trabajar con *proxies* de necesidades y desarrollar metodologías que posibiliten aproximaciones sucesivas a las necesidades específicas de grupos particulares.

Por tanto, es necesario ajustar los indicadores y metodologías de evaluación en el sentido de captar mejor las necesidades de salud de nuestras poblaciones, y desde esta perspectiva proponer las prioridades de atención. Se sabe que esto no es tarea fácil pero no hay que desistir de ella, y la pregunta que permanece es: ¿cómo identificar las necesidades de salud de una población? Y otra pregunta, que se deriva de la anterior también se impone: ¿están los indicadores de carga de enfermedad, *Dalys (Disability Adjusted Life Years)*, *Dales (Disability Adjusted Life Expectancy)*, o los índices compuestos lo suficientemente ajustados como para captar las necesidades de salud de una población?

En síntesis, se habla mucho de equidad, pero es raro que se explicita de qué equidad se está hablando.

De este modo, desde los años ochenta se defiende la necesidad de operacionalizar de manera adecuada el principio de equidad (Cohen y Franco, 1993), cuyos límites políticos son claramente colocados por la escasez de recursos y la decisión selectiva sobre su aplicación.

En lo que concierne a los servicios de salud, se recomienda el establecimiento de prioridades, y una política compensatoria y focalizada en los más necesitados, basada en indicadores de costo-efectividad y de carga de enfermedad.

El principio de la equidad es utilizado bajo una perspectiva restrictiva, o sea, de intervención pública reducida al nivel básico y priorización de los grupos poblacionales más necesitados (Almeida, 1999a, 2000a, 2000b, 2001, 2002b; Almeida *et al.*, 2001). Que es necesario priorizar, no hay dudas, y los sistemas de salud siempre lo hicieron. La cuestión es cómo se prioriza y para qué.

Además, no es fácil operacionalizar el principio de equidad y cualquier opción de superar desigualdades siempre será relativa, considerando que vivimos en sociedades segmentadas por definición. Entre tanto, hay motivos para creer que se puede mejorar la situación dramática en que se encuentran nuestras poblaciones en el área de salud.

Sin duda, los indicadores demográficos, los macroindicadores de salud y los niveles de renta son importantes en estos análisis. Pero el avance de las metodologías en las ciencias sociales y la estadística, con los análisis de multiniveles y multivariadas, y con la articulación metodológica cualicuantitativas, no está adecuadamente aprovechado por el área de salud. Vivimos en una época de un “cuantitativismo” exacerbado, basado en un economicismo estrecho que es insuficiente para definir opciones de políticas. Estos desarrollos metodológicos pueden apoyar la elaboración de los indicadores de equidad y subsidiar la decisión informada de los ejecutores de las políticas.

El ejemplo del Informe mundial de la salud 2000 (WHO, 2000) es esclarecedor: aunque haya tenido el mérito de colocar el desempeño, la *performance* de los sistemas de servicios de salud en el centro del debate político y académico. Y así mismo se haya dedicado a proponer una nueva metodología de evaluación sobre el desempe-

ño de los sistemas, al observar la bibliografía utilizada como referencia para esos nuevos desarrollos metodológicos, en tanto prácticamente no se menciona la vasta producción existente en la literatura científica sobre ese tipo de evaluación, centrándose esencialmente en la producción de los propios autores del informe sobre el tema. Como resultado, los problemas metodológicos que presenta son enormes y la cuestión de la equidad es tratada en forma bastante equivocada (Almeida *et al.*, 2001; Braveman, Starfield y Geiger, 2001; Jamison y Sandbu, 2001; Ugá *et al.*, 2001; OPS, 2001; Navarro, 2000).

De hecho, una política equitativa presupone una distribución no igualitaria sino desigual de recursos, que garantice igualdad de oportunidad de acceso a bienes y servicios para toda la población. Siendo así, la pregunta que debe ser hecha es: ¿son, de hecho, más equitativas en sus resultados las políticas focalizadas en los más pobres, tal como vienen siendo implementados los paquetes básicos esenciales, los ‘seguros públicos’ para grupos específicos, la priorización de la atención básica pública, y el resto distribuido en el mercado privado?

Y la segunda pregunta, resultante de aquella, es: ¿cómo se evalúa si una política de salud es más equitativa que otra, qué resultados de una política evidencian el alcance de una mayor equidad?

Por tanto, la operacionalización del principio de equidad exige el refinamiento del concepto, así como la definición de metodologías e indicadores que subsidien no sólo la formulación y la implementación de políticas que apunten a la equidad, sino también el monitoreo y la evaluación de los resultados de estas políticas.



## 2. La agenda de reformas contemporáneas: premisas y modelos

A partir de los años ochenta, en todo el mundo, los diferentes países se comprometieron en un profundo proceso de reformas, pautadas por el recurso a la tecnología institucional defendida por la perspectiva neoliberal, hegemónica en ese momento. Así, la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables se centró en los esfuerzos para disminuir el tamaño del sector público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales, y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a presiones políticas. Esto significó la disminución de las actividades tradicionalmente asignadas al sector público, limitando su actuación a aquellas acciones que le son “propias”; con la expectativa de por ese camino aumentar su eficiencia.

La elaboración de esas propuestas de reforma centró su crítica en el lado de la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en aquellos vinculados a la protección social, es decir, al cuestionamiento del Estado “proveedor” o del Estado de bienestar keynesiano.

Las premisas centrales que fundamentaron esa perspectiva se refieren, por un lado, a la sobrecarga estatal frente a las demandas exacerbadas por la crisis económica y a la presión de los grupos de interés, derivando de allí la evaluación de los efectos dañinos para las economías nacionales de una excesiva intervención del Estado en los negocios privados, y de los altos impuestos necesarios para sustentar la política social.

De otra parte, se subrayaba que, en términos generales, las decisiones del Estado re-

flejan las preferencias de políticos y burócratas, movidos por objetivos particulares, orientados a la obtención o mantenimiento del poder. Muchos de los enfoques que han resultado privilegiados por ese camino, se derivan de la perspectiva institucionalista de la elección racional (*public choice theory*)<sup>3</sup> y algunos de los conceptos clave están centrados en la relación “principal agente” y en los problemas derivados de los costos de transacción de las negociaciones económicas y políticas (Kaufman, 1995; Przeworski, 1995).

Aunque el empeño para hacer que el Estado funcione mejor no sea nuevo en la historia moderna, nunca un movimiento de reforma tuvo una agenda tan homogénea, fue tan amplio y se difundió con tanta rapidez. En una visión optimista, ese proceso buscaría nuevas formas de asegurar la *red pública*, es decir, el uso del Estado para promover el interés público. Entre tanto, los fundamentos teóricos evidencian los objetivos de esas reformas.

Así, la teoría de la elección racional es una variante de las teorías institucionalistas, que se desarrollan en forma importante en Estados Unidos (Meny y Thoenig, 1992), y concentró su atención en la acción colectiva y en el comportamiento de los individuos, con base en la aplicación de la teoría económica a los actos humanos. Discute también la forma como las estructuras de organización y de decisión (reglas institucionales) afectan las relaciones estratégicas entre los participantes “del juego” y dan forma a los comportamientos individuales.

<sup>3</sup> El éxito del *Public choice* se hizo manifiesto sobre todo de 1970 a 1980, y conoció su apogeo con *Reaganomics*. Sin embargo, las implicaciones financieras y administrativas de tales postulados ya habían sido enunciadas muchos años antes (Tiebout, 1956, *apud* Meny y Thoenig, 1992:48).

Esa perspectiva se apoya en tres fundamentos principales:

1. Presupone que los individuos se comportan y toman sus decisiones de manera racional, únicamente en consideración a sus intereses personales y buscando optimizar los beneficios de sus decisiones, siendo que la *acción del grupo* aparece como el modo más eficaz para obtener ventajas *individuales* (Buchana y Tullock, 1962; *apud* Meny y Thoenig, 1992:47).
2. Insiste en la distinción entre los bienes privados, que son producidos por el mercado, y los bienes públicos, que emanan de los servicios estatales, defendiéndose, en el ámbito de la salud, que la asistencia médica no sea un bien público, pero sí privado<sup>4</sup>.
3. Enfatiza la cuestión fundamental de la asignación de recursos, por definición, limitados. Esos teóricos tratan de “identificar” (*packageability*) los bienes públicos aplicando métodos utilizados con los bienes privados –midiendo sus costos y la asignación de estos a los beneficiarios de los servicios. De esta manera, intentan controlar al máximo las externalidades producidas por un bien público determinado.

Uno de los objetivos de *Public choice* es transformar las administraciones estatales (*responsive State*), pero se interesan casi ex-

clusivamente de los rendimientos de los servicios públicos o administraciones (centrales y locales), rechazando los mecanismos de organización y control centralizados en las sociedades contemporáneas, oponiéndoles las estructuras descentralizadas, especializadas y de pequeño tamaño (*small is beautiful* versus *metropolitan government*), y proponiendo estructuras alternativas a la organización de la administración pública (Ostrom, Tiebout y Warren, 1961, *apud* Meny y Thoenig, 1992:49).

En esa perspectiva, la organización multiforme, cambiante y plural, que diferenciaría el tipo de distribución de servicios (cada “público” decidiría “libremente” las prestaciones que desea obtener y que está dispuesto a financiar) no constituye un problema para esa escuela porque su análisis se hace en términos de costo y beneficio, y no de valores que hay que promover, como equidad o redistribución de la riqueza.

Se subrayan los méritos de la fragmentación y la superposición en función de los problemas que se han de solucionar y de los servicios que deben prestarse. Proponen para eso un abanico de criterios combinables: desarrollo de capacidad de control; mecanismos capaces de alcanzar las mejores economías de escala, a fin de garantizar la eficacia; cambios en la representación política, fundada en tres elementos, como una organización formal correspondiente al tamaño de la unidad que provee el bien; un “público” que agrupe únicamente los afectados por la prestación, una “comunidad política” compuesta solo por los que cuentan para decidir por la prestación.

En esa perspectiva, la onda generalizada de reformas contemporáneas toma, según Kettl, (1996) características de una “revolución global” (de ideas y de políticas). Su novedad no está solamente en la generalización mundial de una misma agenda de reforma, sino tam-

<sup>4</sup> La diferencia esencial reside en que los bienes producidos por el mercado son medibles, vendibles y se producen en cantidades determinadas por la oferta y la demanda, mientras que los bienes públicos son indivisibles, están disponibles para todos (el consumo de uno no impide que otro consuma), lo que solo sería posible si se ofrecen en un sistema público, entendido aquí como estatal, además de que tienen *externalidades* (*spill over effects*), positivas y negativas, es decir, efectos que beneficiarán o perjudicarán a un grupo (Meny y Thoenig, 1992:48).



bién en el foco central puesto en el “gerencialismo”; alegando que las estructuras burocráticas jerárquicas tradicionales, con sus procedimientos normativos y rigidez inherentes, son perjudiciales a los intereses públicos, ineficientes e inefectivas.

Los reformistas construyen su “revolución” sobre la afirmación de la erosión de las teorías de la autoridad jerárquica burocrática, que fueron la base de sustentación del gerenciamiento del Estado moderno por más de un siglo. Parten del presupuesto que, como cualquier monopolio, las agencias estatales son inherentemente ineficientes, tienden a crecer de manera indefinida, y tienen como resultado un mal desempeño. El foco de atención se traslada desde las actividades o “productos” de las agencias gubernamentales (*output*) para los resultados de esas actividades (*outcomes*) (Kettl, 1996: 38-41).

A despecho de esa apelación y dinámica universales, dos dilemas permanecen en el centro del debate: el primero se refiere a la construcción de administraciones gubernamentales que funcionen mejor y con menos recursos (es decir, más eficientes), el segundo se vincula a cuáles serían las funciones propias del Estado, o sea, se refiere a una necesaria “refundación” de las responsabilidades estatales con la respectiva reestructuración organizativa.

Es necesario separar, sin embargo, dos momentos distintos de ese proceso reformador: el primero es la época de la avasalladora hegemonía neoliberal de los años ochenta, donde el discurso ideológico predicaba la quiebra del *welfare state* y donde predominaban las políticas centradas en la contención de costos y control de gastos, que intentaban restar consideración a la cuestión social a través del estrés fiscal (France, 1993), del subfinanciamiento y de la exaltación del individuo en oposición a su “dilución” en el

colectivo. Y el segundo período, más reciente, cuando se formulan propuestas de reforma, analítica y técnicamente fundamentadas, con la intención de retirar la responsabilidad única del Estado de alguna de las actividades que hasta ese momento habían conformado la red de seguridad social construida bajo la perspectiva keynesiana.

Los modelos de reforma que emergen en los años noventa suavizan el discurso ideológico, exacerbado en los ochenta, partiendo incluso de la crítica de las propuestas neoliberales, sin por ello significar un retorno a las premisas del Estado providencia anterior.

En realidad las reformas en curso intentan hacerse cargo de los “nuevos” problemas que fueron maximizados por las políticas restrictivas de la década anterior, recuperando, bajo nuevas bases, la perspectiva del Estado minimalista. Las principales características de esa agenda son la centralidad de la perspectiva económica, la difusión de las mismas premisas para todos los sectores y el desplazamiento del foco para la operacionalización de las políticas, retirándolo de los principios que dan base a su formulación.

## 2.1 La agenda de reforma del Estado

Pese a la “revolución gerencial” que recorre el mundo, es difícil evaluar sus resultados y más problemático aún prescribir qué funciona mejor, en parte por el poco tiempo de implementación de las reformas, pero de manera principal porque el mismo entusiasmo con que la agenda ha sido asumida políticamente e implementada no ha estado acompañada de un esfuerzo equivalente para diseñar su operacionalización, su monitoreo y evaluación.

Por otro lado, aunque muchas de las ideas que la fundamentaron sean bastante atractivas en el papel, con frecuencia la implemen-

tación de los nuevos modelos ha suscitado grandes problemas, muchas veces no esperados por los formuladores, tanto por el pragmatismo de las reformas como por la colisión que provocan con las prácticas existentes. Veamos los principales cambios en el actual enfoque reformador y algunas de las cuestiones cruciales por enfrentar.

La agenda de las reformas institucionales para América Latina ha sido muy influida por cinco amplios temas, que recorren el mundo hace más de dos décadas, desarrollados por el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales que participan en ese proceso (Kaufman, 1995:5):

1. La centralización y el aislamiento político del control de la política macroeconómica, particularmente en lo que concierne a las decisiones referidas al gasto público y la política monetaria, con subordinación de las políticas sociales a esos dictámenes.
2. La descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales.
3. La introducción de competencia entre proveedores de bienes y servicios (públicos y privados) como forma de aumentar la eficiencia y, supuestamente, la calidad.
4. La delegación de defunciones reguladoras a agencias independientes, encargadas de monitorear los proveedores de servicios y de manejar las externalidades asociadas a la privatización, flexibilización, desregulación y otras reformas orientadas al mercado.
5. La creación de un número limitado de funcionarios públicos “esenciales”, más capaces, con considerable poder operacional, que serían reclutados a través de criterios meritocráticos y evaluados según específicos estándares de desempeño.

Con base en esos postulados, se conformó la llamada línea de “reforma orientada hacia el mercado”, que pregona:

1. Flexibilidad gerencial, promovida a través de diferentes formas, pero centrada en la quiebra de los monopolios estatales y la disminución del cuadro de funcionarios públicos.
2. Remoción de las “barreras burocráticas”, privilegiando la idea de “gerenciamiento de calidad total” en oposición al “control burocrático jerarquizado”.
3. Atención de las demandas del “consumidor”, en oposición a las “conveniencias de burócratas y políticos”.
4. Introducción de mecanismos de competencia de mercado como “verdaderos” incentivos para alcanzar mayor eficiencia.
5. Foco en la evaluación de desempeño.
6. Inversiones en nuevas tecnologías de información.

Esos elementos han integrado los nuevos modelos de reforma en diferentes países, concebidos de manera profundamente pragmática, constituyendo el llamado “nuevo gerenciamiento público” (*new public management*). De igual modo se dedica energía sustantiva a la definición de los instrumentos adecuados para implementarlo, invirtiéndose, desde mediados de los ochenta, en el desarrollo de métodos y medidas de desempeño y de resultados de los sistemas de servicios, en la perspectiva de evaluar la atención de “la demanda del consumidor”.

Una vez que los servicios deben estar “orientados hacia el consumidor” (que, a su vez, debe tener suficiente información para hacer elecciones “inteligentes”, léase, conscientes en relación con sus costos), la evaluación del desempeño de los gerentes y servicios, como guía para las decisiones políticas, pasa



a ser el fundamento sobre el cual se construyen los modelos de reforma, y el principal problema técnico para ser solucionado.

En lo que concierne a la primera parte de esa ecuación, la evaluación del desempeño, enfrenta el primer desafío: la complejidad que envuelve la creación de un sistema de evaluación de desempeño es sustancial. Se resalta también un falso dilema, como recuerda Kettl (1996): se debe trabajar sobre una serie de etapas, involucrando ya sea medir los “productos” (*outputs*) o los resultados (*outcomes*). Y aunque la evaluación del desempeño camina de manera inexorable hacia lo segundo, que es un tema en extremo crítico, incluye muchos factores que no están bajo el control de las agencias, lo que apunta a la evaluación de lo que éstas pueden controlar, es decir, sus “productos”. En suma, debido a las dificultades inherentes a las sofisticadas evaluaciones de resultados, la evaluación de la satisfacción del consumidor ha funcionado como *proxy* de evaluación de desempeño.

Se niega así a la segunda parte de la cuestión –focalizar los servicios en el consumidor– que es un elemento crucial en la transformación gerencial orientada hacia el mercado. La lógica subyacente es la de quebrar el monopolio estatal, que limita la libre elección del ciudadano.

De manera general, se defiende que no es la privatización *per se* la que introduce la eficiencia, pero sí la competencia por los consumidores, que proporciona los incentivos adecuados a los prestadores para funcionar mejor, ya sean públicos o privados. Obviamente, se presume que el consumidor sea identificado con claridad, cuando en realidad se corroboran diferentes enfoques para éste en las propuestas de reforma, que, a su vez, presuponen distintas perspectivas de

formulación de políticas y de gerenciamiento y encubren diferentes conflictos, presentes en cada estrategia (Kettl, 1996: 51-2): el “consumidor” como quien recibe los servicios (cliente-usuario-contribuyente-ciudadano), y racionalmente desea pagar menos y recibir más; el “consumidor” como el gerente, la autoridad o agencia que compra servicios en nombre del paciente (como en la propuesta de separación entre financiamiento y provisión), sometido al estrés fiscal, a la contención y a los cortes presupuestarios; el “consumidor” como liderazgos electivos, que actúan como “supervisores” del desempeño gubernamental y de los *policy makers*, respaldados por los votos del electorado.

En síntesis, a despecho del gran entusiasmo por la evaluación del desempeño y por la satisfacción del consumidor esta perspectiva crea tensiones, pues al mismo tiempo que estrecha las relaciones entre burócratas, políticos, *policy makers* y ciudadanos, puede subordinar las relaciones legales, políticas y normativas “a las exigencias del consumidor” que, independientemente de la concepción en que se base, no siempre significa mejores resultados. De cualquier forma, los autores alertan hacia la complejidad de las relaciones inherentes a estos cambios y, principalmente, hacia las dificultades operativas que suscitan.

## 2.2 El rol de los organismos internacionales en la reforma sectorial: cambio de liderazgo

El avance del Banco Mundial en el sector salud se inicia a finales de los años sesenta, *pari passu* a una crisis de liderazgo de la Organización Mundial de la Salud en el sector (Melo y Costa, 1994; Almeida, 1995), cuando comenzó a financiar proyectos y acciones en el área de control del crecimiento poblacional, bajo

el liderazgo de Estados Unidos, coincidiendo con un cambio en su presidencia<sup>5</sup>.

Desde la mitad de los años sesenta, el gobierno norteamericano venía empeñándose activamente en incluir la cuestión demográfica en la agenda internacional, defendiendo tanto políticas de control de natalidad, como incentivando los países menos desarrollados para adoptarlas, estimulando la participación de otros países como donadores financieros para esos programas (hasta entonces Estados Unidos era uno de los mayores donadores) y movilizándolo el apoyo de las Naciones Unidas para la planificación familiar (Walt, 1994:61-3).

Con la posesión de Robert McNamara, esa política fue asumida por el Banco Mundial que, en 1968, creó el Departamento de Proyectos Poblacionales e inició los préstamos

en esa área. Ese proceso es concomitante con el advenimiento de los anticonceptivos orales, que fueron ensayados en varios “países en desarrollo” y utilizados por más de cuatro millones de mujeres en Estados Unidos a partir de 1965 (Walt, 1994:62).

El criticismo vigente en la época en el área sanitaria, las denuncias y la movilización contra esa política, capitaneadas principalmente por las feministas, ampliamente cubiertas y divulgadas por la *clase media*, redefinieron el problema en términos de su vinculación con los cambios políticos y socioeconómicos, consiguiendo, en cierta medida, aminorar la hegemonía americana en la conducción de la política poblacional.

Ya en los años ochenta, el debate de la salud se agudizó, defendiéndose el desplazamiento de las actividades de cooperación técnica del ámbito de la asistencia médica hacia cuestiones relacionadas con la gerencia de la salud, capacitación, evaluación de políticas en el contexto más amplio del desarrollo económico y social y, más importante aún, a la utilización del instrumental de la economía como herramienta privilegiada para tales actividades (Walt, 1994:140).

Los “términos del debate” de los años ochenta comenzaron a cuestionar la eficacia de los programas de cooperación, por un lado y, por otro, la noción de salud como un bien público, históricamente tan caro a la organización. Al mismo tiempo, la excesiva pulverización de actividades programáticas de la OMS se agravó con el sustancial crecimiento de los recursos no regulares. Y, de manera concomitante, erosionó su papel de liderazgo internacional en el área de salud, produciendo una indefinición sobre su lugar y competencia en la arena internacional.

Exactamente en esa misma década, en los años ochenta, el Banco Mundial pasaría a conceder préstamos directamente dirigidos

<sup>5</sup> El Banco Mundial también fue creado en los años cuarenta (en 1946), junto con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el General Agreement on Tariffs and Trade (GATT), como uno de los pilares del sistema de Bretton Woods. Éste estaba compuesto, en realidad, por cinco instituciones íntimamente interrelacionadas, de las cuales las más importantes en la arena sanitaria internacional son: el Bank for International Reconstruction and Development (BIRD) y la International Development Association (IDA) (creada en 1960, para conceder préstamos altamente favorables a los países de bajísima renta). Además de la International Finance Corporation (IFC) (creada oficialmente en 1956 y puesta en operación en 1961, para conceder préstamos al sector privado). Las funciones de esas instituciones financieras internacionales cambiaron en forma considerable desde su creación, sobre todo después de la crisis económica de mediados de los años setenta. Cerca de cinco países tienen alrededor de 45% de las acciones del Banco (Japón, Estados Unidos, Alemania, Inglaterra y Francia) y, supuestamente, el derecho de veto, pero de hecho, la gerencia de las políticas implementadas define su actuación, derivándose de ahí la importancia que la burocracia del Banco Mundial pasó a tener en la conducción institucional.



a los servicios de salud. Ese proceso no ocurre en un vacío, sino en el contexto de crisis económica, hegemonía neoliberal y críticas exacerbadas a la política social, a escala global. La hegemonía de la ideología neoliberal consolidó y configuró una nueva centralidad en el análisis económico en la esfera de la política social, en general, y de salud, en particular.

Para Melo y Costa (1994:68-69)

el proceso de internacionalización de la agenda de reformas de inspiración neoliberal fue tardío y conflictivo [en la OPS] debido a la cultura ‘sanitarista’ ... y a su estructura organizacional ‘porosa’ [en sentido común], por la fragilidad de las verdades objetivas y del sistema de creencias de la comunidad epistémica de la salud pública.

La reacción de la OPS fue la de reestructurarse en dos direcciones, que en el futuro se imbricaron: de una parte, consolidando institucionalmente el campo disciplinario de la epidemiología, de manera que permitiese superar la confrontación explícita de su identidad institucional y recuperar su capacidad normativa y de implementación de políticas regulatorias y, de otra, centrando el interés en los aspectos macroeconómicos de la salud, principalmente en relación con el análisis de los mecanismos de financiamiento y del impacto fiscal del gasto en salud, al institucionalizar el campo de la economía de la salud.

En síntesis, la crisis de legitimidad y liderazgo del sistema OMS se presenta de manera simultánea con el incremento de la actuación del Banco Mundial en el área de salud, al proponer una nueva agenda de reforma para el sector salud, en extremo economicista y pautaada por “elecciones trágicas” (Santos, 1998) que, en este caso específico, están cen-

tradas en la redefinición de algunas de las nociones clásicas que orientaron la organización de los sistemas de salud en el siglo XX, tales como la salud como un bien público y la de equidad y universalidad en el campo de la salud.

Es así que las tradicionales discusiones entre eficiencia en la asignación de recursos y equidad de los años setenta y ochenta, son retomadas en los noventa por parte de los organismos internacionales a partir de la difusión de la fórmula “redistribución sólo con crecimiento”.

Mientras se reconoce la importancia de la intervención del Estado en el sector social, se exagera la crítica a la efectividad y a su capacidad resolutoria, planteando como cuestión central la incapacidad estatal para la implementación de políticas sociales destinadas a los sectores más necesitados. El problema no se centraría en el irrelevante monto del gasto público sino en la mala asignación de recursos, ya que los beneficios obtenidos serían muy magros para solventar una ingente, cara e ineficiente estructura organizacional. Paralelamente a la creación de un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste, el Banco Mundial anuncia su injerencia activa en la reformulación de las políticas sectoriales (Melo y Costa, 1994; Almeida, 2002a, 2002b).

La agenda del Banco Mundial para la región se ha modificado desde la década del ochenta hasta la actualidad. En 1980 subordinaba la evaluación de los gastos en salud a las necesidades macroeconómicas preconizadas por los procesos de estabilización y ajuste. Abogaba por la disminución del papel del Estado y la superioridad del mercado en cuanto al financiamiento y provisión de servicios de salud.

El documento *El financiamiento de los servicios de salud en países en desarrollo: una agenda para la reforma*, de 1987, puede ser considerado el marco de referencia de su actuación en el área de la salud. Es un estudio para la “política del Banco” (*A World Bank Policy Study*), y fue elaborado por tres técnicos del Departamento de Población, Nutrición y Salud del Banco -John Akin, Nancy Birdsall (entonces jefe del Departamento) y David de Ferranti- a partir de un conjunto de ideas que ya circulaban en la institución desde mediados de los ochenta.

Aunque no haya sido aprobado por la Junta de Directores Ejecutivos del Banco, ese documento ha circulado no solo en la institución, sino también ha sido discutido con la Organización Mundial de la Salud, buscando atenuar los posibles conflictos de ideas y legitimarse institucionalmente, suavizando algunas directrices político-ideológicas para el sector.

Las líneas centrales de la agenda de reforma para el sector salud estaban explicitadas en ese documento, a partir de un diagnóstico de los problemas de los servicios de salud que señalaba gasto insuficiente en programas costo-efectivos; ineficiencia interna en los programas gubernamentales e inequidad en los sistemas de salud públicos y universales. La segunda parte del documento hace sugerencias para la reforma del sector en los países en desarrollo, centrada básicamente en cuatro medidas -introducción de copagos en la utilización de los servicios públicos de salud, sobre todo en los de asistencia médica; incentivo al desarrollo de los seguros de salud; fortalecimiento de la provisión privada de servicios; y descentralización.

Además, incluye estrategias para ser desarrolladas por parte del Banco con el fin de inducir las reformas -incluir la consideración de la reforma en el financiamiento de los servicios de salud en los préstamos y ayudas internacionales; expandir los préstamos para

esas reformas y conducir investigaciones para sostenerlas. Esa discusión es fundamentada en amplia revisión bibliográfica y presenta datos sobre los países (Mattos, 2000:227; World Bank, 1987).

Hernández (2002) enfatiza que ese documento utiliza el concepto económico de bien público y privado para los asuntos de servicios de salud, marcando una línea de separación tajante entre las responsabilidades del mercado y las del Estado en cuanto al financiamiento de los servicios de salud.

En 1993, diferente del documento anterior, que fue iniciativa de técnicos específicos, el Informe del desarrollo mundial fue dedicado a la salud, y para su elaboración fue designado un equipo especialmente para eso, como es la norma en la elaboración de esos informes.

En ese documento, el Banco Mundial adoptó un enfoque pragmático y explícitamente dirigido hacia prescripciones de reforma en el campo de la salud. Es el resultado de una densa trama de negociaciones, involucrando los técnicos del equipo de elaboración, sus superiores, otros técnicos del Banco y dirigentes de agencias donantes, además de otras instituciones de la comunidad internacional (Mattos, 2000:228).

*El Informe del desarrollo mundial: invertir en salud* (1993) hace un análisis sobre los indicadores sanitarios disponibles en los diversos países y establece el escenario para una reforma en la política de salud, definiendo prioridades según principios de costo-efectividad y focalización en los más pobres. Introdujo nuevos conceptos e indicadores para la planificación sectorial, tales como los paquetes básicos de servicios de asistencia médica, la carga global de enfermedad (*Global Burden of Disease*), y los *Dabys* (*Disability Adjusted Life Years*), como medidas más efectivas para definir prioridades y paquetes de intervenciones.



El Banco adopta entonces una importante inflexión en la lógica de las políticas sociales (incluidas las de salud), explicitando la subordinación del principio de equidad a los de costo-efectividad, reducción del gasto público y privatización de los servicios, estableciendo que las políticas sociales deberían dejar de ser universales y tendrían un rol meramente “compensatorio”, es decir, dirigidas sólo a los grupos-sectores más pobres de la población. De ahí la formulación de las políticas selectivas y de focalización.

Ese Informe materializa con claridad el cambio de liderazgo internacional en el sector salud, marcando la consolidación de la hegemonía del Banco Mundial, que venía institucionalizándose de manera paulatina desde los años setenta. La naturaleza dual de la cuestión salud para la región –como un fin en sí misma y como un medio para fomentar el desarrollo– ya había sido señalada en documentos producidos con anterioridad por la Cepal (1990), que también subsidiaron los análisis del Banco, y la opción de política compensatoria para ese complejo *trade off*, adoptada por el Banco y que emergió del embate entre las agencias internacionales que actúan en la región, fue finalmente endosada también por la OPS (OPS, 1995; OPS/Cepal, 1994).

Las condiciones de los acreedores internacionales pasaron entonces a incluir recomendaciones explícitas para la reforma de las políticas sociales, incluidas las de salud, abogando por una mejor utilización de los escasos recursos, que deberían ser dirigidos hacia intervenciones que disminuyesen la “carga de enfermedad” y fuesen comprobadamente costo-efectivas (World Bank, 1993).

En el campo de la salud, el diagnóstico del Banco Mundial enfatiza los siguientes problemas para la región: mala asignación de recursos, inequidad de acceso a los servicios de los

sectores más pobres, ineficiencia y explosión de costos (confluencia entre expansión del número de médicos; desarrollo tecnológico frenético, con capital y mano de obra intensivos; y formas de pago que incentivan gastos excesivos) (World Bank, 1993).

Por tanto, la agenda de reformas sectoriales recurrentes, que integra las condiciones de los préstamos financieros internacionales, se basa en la necesidad de enfrentar viejos problemas (ineficiencia, efectividad, desigualdades), de hecho presentes en los sistemas de salud, pero que se agravaron por los sucesivos programas de ajustes. Así, el problema no está en el diagnóstico pero sí en las “recetas” pregonadas como más efectivas para superar esa situación.

### 2.3 La agenda reformadora en salud y sus modelos: un balance

En el área de la salud todo ese proceso, discutido hasta aquí, se ha traducido en la formulación de una agenda pos *welfare state* también para el sector salud, bastante sintonizada con el amplio movimiento mundial de reforma del Estado, provocando un cambio significativo en la arena política sectorial y cuestionando fuertemente la forma como hasta ese momento los sistemas de salud venían siendo organizados y desempeñaban sus funciones (Almeida, 1995). En ese proceso, la permanencia de la atención médica entre los beneficios que componen la red de seguridad de la política social ha sido cuestionada (Almeida, 1996 a y b; 1997)

En términos bastante sintéticos, puede decirse que tres ejes centrales han orientado las perspectivas reformistas sectoriales: i) la contención de los costos de la atención médica, traducida en la búsqueda de mayor eficiencia, y la restructuración del mix público-privado, a partir de la descentralización de actividades y responsabilidades (operacionales y de financiamiento), tanto para los

niveles subnacionales de gobierno como para el sector privado; ii) el aumento de la participación financiera del usuario en el pago de los servicios que utiliza (sean públicos o privados); iii) la introducción de mecanismos empresariales para alcanzar mayor eficiencia y equidad.

La agenda política de esas reformas estaba centrada en un *cambio de paradigma de la intervención estatal en el campo social* (OECD, 1987; Bennett, 1990:12-21) y el elemento central era el de la implementación de políticas que se basaban en el concepto de demanda expresada según las preferencias del consumidor y que tomaban en consideración la cuestión de los costos.

La “inherente ineficiencia del Estado” en la provisión de servicios recomendaba su “retirada” de esa función, focalizando su acción en los “más necesitados” (los pobres) y en las acciones de regulación. Ello significó un cambio de énfasis en la “producción directa de servicios por el Estado” para “provisión en un ambiente regulatorio apropiado”, con introducción de mecanismos competitivos que, desde un punto de vista teórico, estimularían la acción individual, proporcionarían mejor respuesta del mercado y de las organizaciones no lucrativas, y desencadenarían el afianzamiento de las relaciones entre los consumidores, los prestadores de servicios y los niveles gubernamentales (Poullier, 1990:21).

La inspiración conservadora de esa agenda, además de la referencia teórica e ideológica, está también en el hecho de que se centra y se limita en la asistencia médica individual, núcleo central de estructuración de los sistemas de salud en este siglo, en todo el mundo, centrado en el desarrollo tecnológico y en el hospital como foco privilegiado de distribución de esa tecnología; y no en los determinantes de la salud o en una visión más amplia

del sector, que relaciona el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales en la perspectiva de superar las desigualdades. De allí su conservadurismo.

El objetivo primordial es el de restringir el gasto en este subsector, que consume gran parte de los recursos en todos los sistemas, reforzar el poder monopsonico de los compradores de servicios por la vía gerencial y reducir el poder monopólico de los prestadores (sobre todo médicos), minando la autonomía técnico-profesional. En el plano ideológico, el impulso principal es el de despolitizar la arena sectorial, privilegiar la actuación de los gerentes, desplazando al médico como principal agente de gasto (inductor de demanda) y rescatando un montaje empresarial en los arreglos institucionales que, según se cree, sea más eficiente.

Ello se debe, por un lado, a los altos costos de la asistencia médica, que domina los sistemas de salud y absorbe gran parte de los recursos disponibles para el sector y, de otro, esta perspectiva es reforzada en el plano ideológico. Asistimos por todas partes a la sustitución de los valores de solidaridad por los de un “individualismo utilitarista radical” (Bobbio, Mateucci y Pasquino, 1993; Bobbio, 2000 y 2002), y del principio de “necesidades de salud” por el de “riesgo” de enfermar, monetarizado y definido según la posición social del individuo y su capacidad de pago (Almeida, 2002a y b).

El movimiento de las reformas sanitarias contemporáneas que a partir de los años ochenta se generalizó por el mundo, produjo algunos modelos, difundidos como nuevos paradigmas para la reestructuración de los sistemas de servicios de salud, significando un cambio de orientación “de la oferta para la demanda”. Algunos consensos fueron contruidos en ese recorrido y son evidentes



también determinadas prácticas que vienen siendo defendidas como estrategias de cambio, entre las cuales se destacan:

1. La introducción de diferentes medidas racionalizadoras de la atención médica, en una tentativa de controlar la demanda y la utilización de servicios, disminuir el énfasis en el gasto hospitalario y redireccionarlo hacia las prácticas no hospitalarias (atención ambulatoria, atención domiciliaria, privilegiar la atención primaria o de atención básica) y de salud pública (prevención).
2. Separación entre provisión y financiamiento de servicios (o entre compradores y proveedores) con fortalecimiento de la capacidad reguladora por parte del Estado.
3. Construcción de “mercados regulados o gerenciados” con la introducción de mecanismos competitivos (atención gerenciada –*managed care*–, competencia administrada –*managed competition*– mercado interno, competencia pública).
4. Utilización de los subsidios e incentivos más diversos (tanto por el lado de la oferta como de la demanda) procurando la restructuración del mix público y privado con la quiebra del “monopolio” estatal.

Esas ideas han sido reinterpretadas en las propuestas reformadoras de los diferentes países, resultando en una amplia variedad de estrategias de cambio, a pesar de la agenda bastante homogénea.

En general, se puede decir que en los países del norte del mundo, en especial Europa occidental y Canadá, donde los sistemas de salud son públicos en su mayoría, en general los diferentes países han implementado cambios en la forma de asignación de recursos en el área de atención médica y flexibilizado la gestión, con la separación de las funciones de

financiamiento y provisión de servicios, pero sin alterar sus principios fundacionales. El núcleo del cambio es la pérdida del traspaso automático del recurso presupuestario público y su vinculación a la definición del paquete de servicios “necesarios” para ser comprado y al cumplimiento de indicadores de desempeño definidos en contratos.

Como consecuencia, la supervivencia de la organización estaría subordinada a su capacidad de atender a la “demanda del consumidor” (en los casos inglés y sueco la autoridad estatal, en el caso de las *Health Maintenance Organizations-HMOs* estadounidenses los empleadores que compran planes de salud para su personal). Esos procesos han resultado en profundas revisiones de los fundamentos básicos que estructuran los sistemas de servicios de salud, en el aumento o fortalecimiento de la intervención reguladora por parte del Estado, en pesados controles para la contención de costos, en general con estabilización o disminución del gasto sanitario total.

En Estados Unidos, donde el sistema es en su mayoría privado, ha significado también aumento de la regulación pública y privada (a través de los *Diagnostic Related Groups-DRGs*, para el pago de la atención hospitalaria, atención administrada o *managed care* en los seguros privados, competencia administrada o *managed competition* en los sistemas de California y Oregon, entre otros) con importante interferencia en la autonomía técnica profesional. Sin embargo, el gasto sanitario continúa subiendo, aunque la velocidad de crecimiento haya disminuido en los últimos años, permaneciendo como el país que ostenta el sistema más caro del mundo y con menor cobertura, en relación con sus “pares” con el mismo nivel de desarrollo.

A pesar de la subyacente falsa polarización entre regulación y competencia, el resulta-

do más evidente de esas reformas, hasta el momento, es un Estado más intervencionista y regulador. Por otro lado, en los países europeos se preservaron los principios de universalización y los mecanismos originales de financiamiento de los sistemas de servicios de salud, no como revalorización de la solidaridad, sino como una dimensión crucial de la regulación estatal, que aseguraría tanto la contención de costos como los estándares redistributivos mínimos. Los modelos que incorporan la separación de funciones de financiamiento y provisión han prosperado en las diferentes reformas y la introducción de mecanismos competitivos ha sido muy criticada.

Para Europa del Este, América Latina, Asia y África, el diagnóstico de la “crisis sectorial”, formulado en los países centrales, va a servir para cuestionar si los modelos de sistemas de salud por ellos desarrollados (considerados caros, inflacionarios, ineficientes y viabilizados a través de fuerte inversión pública, sobre todo en Europa) serían pertinentes o adecuados para enfrentar el marco de carencias e inequidades existentes.

Los modelos de reforma implementados han sido mucho más radicales y de compleja operacionalización, a pesar de que se parte de condiciones iniciales mucho más precarias y está sometido a dificultades financieras importantes, resultando en algunos casos, en el desmontaje de los sistemas de salud anteriores, sin ninguna garantía de mejora en la atención prestada a la población o de la capacidad de implementación del Estado.

<sup>6</sup> La propuesta del pluralismo estructurado ha sido presentada por Juan Luis Londoño en la reunión Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribbean on Health Sector Reform, realizada en Washington, en 1995, y promovida por los principales organismos internacionales: OPS, Banco Mundial, BID, Cepal, OEA, Unicef, United Nations Fund for Population Activities y AID/EUA.

Asimismo, se ha estimulado una mayor participación del sector privado en la gestión y provisión de servicios, instituyendo la libertad de elección de afiliados y la competencia entre entidades aseguradoras y prestadoras, implantando estrategias de cuasimercado en la provisión pública de servicios. También se hace sentir en forma más incisiva en estas regiones una importante difusión de ideas y el poder de *enforcement* o de inducción de los organismos internacionales.

Se puede decir que, de manera paulatina, esa agenda ha sido reelaborada en la región latinoamericana, tanto por los *policy makers* de los diferentes países como por las agencias internacionales, la intelectualidad y los formadores de opinión, lo que puede ser corroborado en las mismas reformas que vienen siendo implementadas o propuestas en los países de la región.

En ese proceso la idea del seguro nacional de salud ha ganado fuerza, y se elaboró un modelo tipo-ideal de reforma, donde el seguro nacional es articulado con una propuesta de competencia administrada y elementos de mercado interno inglés (construcción de “cuasimercados”), traducida para la región bajo el nombre de “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1995), o la “versión tropical” de la competencia administrada norteamericana (Londoño, 1996). Ese modelo ha sido recomendado para la región, a pesar de las críticas ya presentes en la literatura<sup>6</sup>.

En realidad esa es la primera propuesta de reforma sectorial para la región que intenta articular, en un modelo específico, las principales ideas difundidas en el contexto internacional y que integran las agendas reformadoras en diferentes países y, a su vez, ya ha sido implementada en Colombia a partir de 1993.

La mayoría de las críticas hacia este modelo se basan en su limitada concepción de



salud, la aplicación de recetas globales sin tener en cuenta las realidades nacionales, la escasa consideración de la cuestión de la equidad, sin referencia a las desigualdades entre los grupos sociales y lo más trascendente, la inadecuada utilización de medidas de eficiencia y costo-efectividad para captar necesidades de salud y definir prioridades (Paalman *et al.*, 1998).

La revisión de las reformas en la región demuestra que pese a que se han adoptado diferentes modalidades de reconversión o reorganización de los servicios de salud, hay elementos comunes a partir de esa agenda que intentaron de alguna manera conciliar eficiencia y equidad.

Entre tanto, la situación es en especial dramática, ya sea por los efectos de la crisis económica y de los procesos de ajuste macroeconómico, o por la falta de capacidad reguladora y de implementación, agravadas por la disminución del financiamiento y el deterioro de las instituciones públicas en las últimas décadas.

En consecuencia, en términos generales, los modelos de reforma propuestos –y que vienen siendo implementados– no han posibilitado la superación de las enormes desigualdades existentes y han agravado la precaria capacidad resolutoria de los sistemas de salud, profundizando las inequidades. Esta situación ha revivido la discusión en torno a la equidad y de cómo operacionalizar políticas que apunten hacia sistemas de salud más equitativos.

### **3. Panorama económico, social y de salud de la región**

#### **3.1 El desarrollo económico**

La coyuntura económica, política y social que transcurrió a partir de los años ochenta, habilitó una dinámica economicista y restricti-

va en la región. Así es como América Latina y el Caribe sufrieron, en ese período, serios ajustes estructurales de estabilización económica inducidos explícitamente por los organismos multilaterales. Esos ajustes produjeron un aumento de la deuda externa e interna, y la reducción de la autonomía de los Estados para definir sus propias políticas. Además, indujeron efectos graves y perturbadores a largo plazo, ya sea en el aumento de las desigualdades, o en la estructura y financiamiento del sector público.

Los reformadores dedicaron poca atención a la restructuración administrativa y nada hicieron contra el deterioro de los recursos del sector público (Fanelli, Frenkel y Rozenwurcel, 1992:48). Más aún, esa profundización de problemas se produjo en función de políticas macroeconómicas implementadas que excluyeron las políticas sociales, excepto como parte de la asignación de gastos de las políticas fiscales, disminuyendo de manera importante la inversión pública con el consecuente deterioro de la infraestructura, de los servicios y de la capacidad gerencial (Hoeven y Stewart, 1993:13).

Estos procesos empeoraron las condiciones de vida en general, y de salud en particular, de las poblaciones de la región, profundizando las desigualdades ya preexistentes y generando mayor pobreza. Fueron concomitantes a la consolidación de los regímenes democráticos, restaurados a través de difíciles transiciones políticas, con mayor visualización y vocalización de demandas sociales.

Si bien en la década de los noventa se han observado recuperaciones parciales y cierta macroestabilidad económica, éstas se basaron en una fuerte dependencia de inversión externa, originadas por capital especulativo de alta volatilidad (Altimir, 1998; Cepal, 2000).

Por ello, el rápido crecimiento que se registró en algunos países en los primeros años

de la década de los noventa se ha ido erosionando en la segunda mitad, con la única excepción de Costa Rica (Cepal, 2000), ya que el crecimiento del PIB en la región fue negativo en el periodo 2000-2001, sea en términos generales (-0,5%) o per cápita (-1,9%) (World Bank, 2003). Segundo datos de la Cepal (2003a y 2003b), en 2001 el movimiento fue de escaso crecimiento (0,3%), y el posterior retroceso se experimentó en 2002 (-0,7%). En consecuencia, el período de total estancamiento en la región comprende ya cinco años.

El escenario económico común para América Latina y el Caribe al final del siglo XX e inicios del XXI, con raras excepciones, evidencia que se acentuó en forma importante la dinámica de inestabilidad del crecimiento económico y de las crisis financieras permanentes. La heterogeneidad estructural de los sectores productivos creció a partir de la implantación de empresas de 'clase mundial', subsidiarias de casas matrices transnacionales que aplastaron a pequeñas y medianas empresas de capital nacional que no han logrado adaptarse al nuevo contexto y que generaron mayor deterioro de las condiciones de trabajo (empleo informal) y de ingreso, y mayores tasas de desempleo abierto (Cepal, 2000).

La media del desempleo urbano era del 9,4% en 2002 (OIT, 2003), pero con niveles mucho más altos en distintas áreas de un mismo país y en diferentes naciones. Para los jóvenes hasta 25 años la tasa media de desempleo es todavía mayor, pasando del 12% en 1997 para 16% en 2002. Se observa también un desequilibrio creciente entre el nivel educativo y remuneración (Cepal, 2003b).

A inicios de la década de los ochenta, el número de pobres alcanzaba a 40,5% de los habitantes de la región, de los cuales 18,6% era considerado indigente. En los años noventa la proporción de hogares en estado de

pobreza era de 48,3%, y aunque se redujo a 43,8% en 1999, el número absoluto de pobres aumentó entre 1990-1999 de 200,2 a 212 millones de personas, de las cuales 91 eran indigentes (Cepal, 2000, 2003a).

El inicio del nuevo siglo se caracteriza por un estancamiento en el proceso de superación de la pobreza en la región. Entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza disminuyó sólo 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 43,8% a 43,4%, al tiempo que la pobreza extrema creció 0,3%, abarcando al 18,8% de la población regional, y el número de personas pobres se elevó hasta 220 millones, incluidos 95 millones de indigentes (Cepal, 2003a).

También se intensificó de manera similar la vulnerabilidad económica de los sectores bajos y medios debido a la inequitativa distribución de la renta, ubicándolos más cerca de la línea de pobreza, especialmente en las áreas metropolitanas de todos los países.

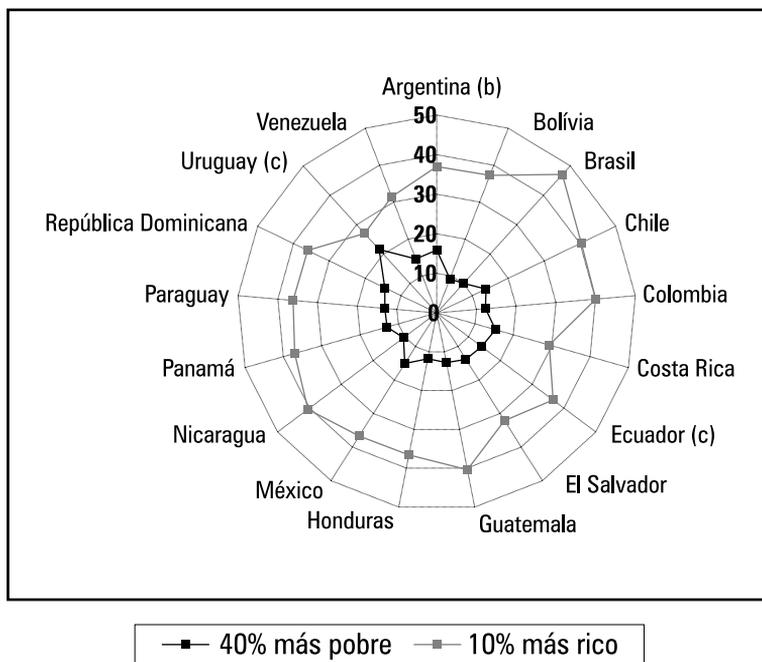
### 3.2 Las desigualdades sociales

Se evidencia en la región una situación de modernización excluyente (Filgueira y Lombardi, 1995) en la que el desarrollo social y la distribución de la renta no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos de PBI per cápita. Cualquiera sea el indicador de desigualdad que se adopte, con excepción de Uruguay, durante las dos últimas décadas se registró en la región una concentración del ingreso en 10% de los hogares más ricos –que aumentaron su participación en la renta total–, con la consecuente caída del 40% de los hogares más pobres (Cepal, 2001) (Gráfico 1).

Pese a las predicciones de los organismos internacionales, las desigualdades no han disminuido; por el contrario, con raras excepciones, en la mayoría de los países no se han reducido los niveles de desigualdad en



**GRÁFICO 1**  
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAÍSES)**  
**PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO TOTAL DEL**  
**40% DE LOS HOGARES MÁS POBRES Y DEL 10% MÁS RICOS**  
**1990-1999<sup>(a)</sup>**



**Fuente:** Cepal, Panorama social de América Latina, 2000-2001, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países (Cuadro II.1, p.69).

(a) Hogares del conjunto del país ordenados según su ingreso per cápita.

(b) Gran Buenos Aires.

(c) Total urbano.

relación con los imperantes desde los años setenta y, para muchos, la desigualdad es mayor que entonces (Almeida, 2002a).

Además existe una relación positiva entre el aumento de las desigualdades y el de la pobreza y se detecta una relación inversa entre crecimiento económico y pobreza: el crecimiento de las desigualdades impidió la reducción de la pobreza, a pesar de las burbujas de crecimiento del PIB en los noventa (Cepal, 2000; Kliksberg, 2000; Székely, 2001).

### 3.3 El gasto social

Si se tiene en cuenta el gasto social, en los años ochenta los datos muestran una reducción de los recursos sociales disponibles (incluyendo el sector salud) y una escasa prioridad asignada a las políticas sociales (Bustelo, 1994).

A diferencia de lo que ocurrió en Europa, en los años ochenta, en América Latina y el Caribe la evolución del gasto social real per

cápita fue negativa, cíclica y no logró recuperar los niveles existentes antes de la crisis. En realidad, el gasto social fue un instrumento de ajuste fiscal, en tanto su función compensatoria en relación con los salarios fue secundaria (Cominetti, 1994). Los sectores relativamente más vulnerables fueron vivienda y educación, pero asimismo seguridad social y salud sufrieron fuertes deterioros. El gasto social no fue un factor significativo en la generación del déficit fiscal y su comportamiento fue asimétrico en los diversos sectores, produciendo una importante disminución de la inversión pública y un consecuente deterioro en cuanto a la calidad de los servicios y en la capacidad gerencial.

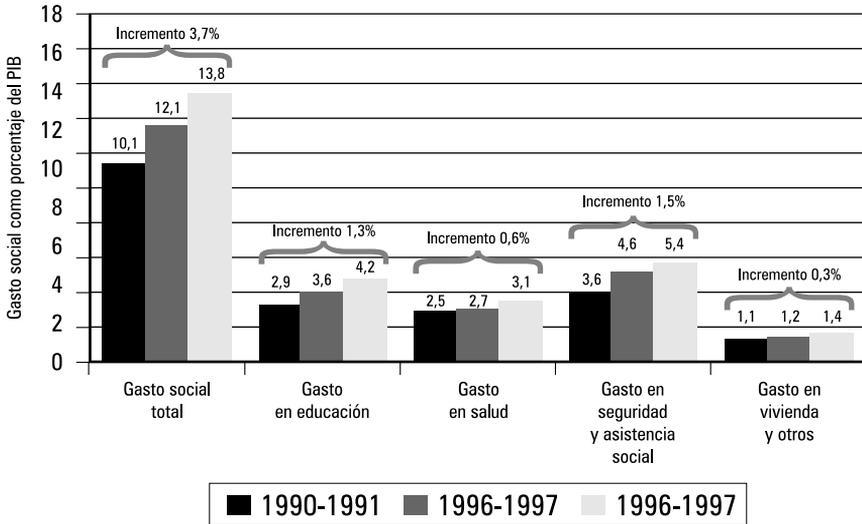
En contrapartida, y para intentar contrarrestar la tendencia anterior, en los años noventa el gasto social ha aumentado en forma considerable: del 10,4% del PBI en 1990-1991 a 12,1% en 1996-1997 (Cepal, 2001) y

13,8% en 2000-2001, a pesar de la pronunciada reducción del crecimiento del PIB per cápita en ese período, que pasó de 2,1 a 0,2% al año (Cepal, 2001).

En efecto, de 1990-1991 a 2000-2001, el gasto social por habitante se elevó en 58% promedio en la región (de 342 a 540 dólares per cápita anuales) (en dólares de 1997) (Cepal, 2001). También aumentó la parte pública de ese gasto –del 42 al 48% del gasto público total– como resultado de una mayor prioridad fiscal. Pero, al observar los incrementos por sector se precisa que salud y vivienda fueron los que presentaron menor crecimiento (Gráfico 2).

Ese crecimiento del gasto social ha sido generalizado (con excepción de Honduras y Venezuela), pero no tuvo la misma magnitud en los distintos países: el aumento ha sido más rápido en los países de menores ingresos por

**GRÁFICO 2**  
EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL POR SECTORES COMO FRACCIÓN DEL PIB<sup>(a)</sup>



**Fuente:** Cepal, División de Desarrollo Social, base de datos sobre gasto social.  
(a) Corresponde al promedio simple de 16 países, excluidos Bolivia y El Salvador.  
Panorama social de América Latina 2002-2003 - Síntesis (Cuadro 15: 27).



habitante, donde dicho gasto suele ser más bajo, y en algunos hubo un aumento de más del 100% (Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú y República Dominicana). Ese incremento tampoco fue homogéneo a lo largo de la década: en la mayoría de los países el ritmo de expansión fue mayor durante el primer quinquenio (cerca de 30%) y el aumento fue mucho menor en el segundo (16%), sobre todo a partir de 1998 (Cepal, 2001).

Sin embargo, el aumento del gasto social no se acompañó de una reducción de las pronunciadas disparidades entre países existentes a fines de los años ochenta, manteniéndose la enorme heterogeneidad, y en algunos los valores aplicados en el sector social son todavía muy insuficientes, si se compara con el propio patrón regional (Cepal, 2003a).

La cobertura de la seguridad social presenta niveles disímiles y nunca fue significativa en la región, en comparación con los países europeos. Argentina, Chile, Uruguay y Brasil fueron los pioneros en la creación de sus sistemas de protección social: a inicios de la década de los ochenta, cerca del 61% de la población de la región estaba cubierta por alguna forma de seguridad social (OPS/Cepal, 1994), dato que demuestra que la seguridad social fue el sector menos comprometido durante dicho período. Sin embargo esas condiciones de protección social se han deteriorado en los años noventa, a raíz de la disminución de los niveles de empleo en el sector formal y de la desregulación del mercado de trabajo.

### 3.4 Las desigualdades en salud

El patrón de desigualdad también se extiende al sector salud. Aunque los promedios regionales y nacionales evidencien una me-

yoría en algunos indicadores (por ejemplo, esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil) (Cuadro 1), al estudiar el comportamiento según niveles socioeconómicos, regiones geográficas, género, etnias y edad puede detectarse que amplias franjas de las poblaciones están siendo seriamente perjudicadas tanto en su estado de salud como en sus posibilidades de acceso y uso de servicios (OPS, 1999). O sea, la característica regional es la gran diferencia de los indicadores entre los países, y entre grupos sociales y regiones dentro de un mismo país.

La tasa de crecimiento poblacional de la región se mantuvo en torno de 3% al año hasta el final de los años setenta, cuando comenzó a decaer; llegó a 2,1% en el período 1980-1990 y a cerca de 1,7% en el de 1990-1999, dato que se confirma para 2002, como consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad (en 2002 alrededor de 2,7 hijos por mujer) (Cepal, 2001; PRB, 2002).

Entre tanto, la reproducción diferencial de diversos estratos sociales demuestra que la mayoría de los nacimientos continúa ocurriendo en los sectores más vulnerables, o sea, los pobres, los indigentes y las clases más bajas. El aumento del número de embarazos precoces (en adolescentes) y de madres solteras, así como el número de divorcios y separaciones (oficiales o no), la postergación del matrimonio y el número de mujeres jefes de familia, aluden a la desintegración de la idea de la familia tradicional y a la pérdida de la red primaria de soporte que debería ofrecer (Filgueiras, 1997; PRB, 2002; Cepal, 2003b).

La “transición demográfica”, esto es, el tránsito de altos hacia bajos índices de fecundidad y mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer, se consolidó, como en otras regiones, pero no se verificó el “bono demo-

gráfico”<sup>7</sup>, o sea, el crecimiento de la población en edad productiva y de la población económicamente activa en valores mayores que el del crecimiento de la población no fue aprovechado para desarrollar el capital humano en la región, en forma principal por la escasa generación de empleo, sobre todo aquellos con altos niveles de productividad, la pobreza generalizada, la marcada desigualdad y exclusión social que golpea con más dureza a niños, mujeres o jóvenes en nuestra región (Ocampo, 2002; Cepal, 2003a y b). Por otro lado, hubo un importante aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Cuadro 1).

La esperanza de vida promedio al nacer es de 71 años en la región (68 para los hombres y 74 para las mujeres), aumento importante en relación con los años 50 y 55, cuando era de 52 años, siendo todavía inferior a los niveles de los países de la OECD (Organization for Economic Cooperation and Development-OECD, 77 años), pero superando el promedio mundial (67 años).

Se señala además, de manera general, el mayor envejecimiento de la población que, para algunos autores, es un proceso que se expresa en forma muy variada en la región y sólo como tendencia se pueden prever cambios importantes en los perfiles epidemiológicos y en la demanda de servicios de salud (OPS, 1995, 1999). Para otros, la región estaría repitiendo la transición demográfica europea, pero con un ritmo diferente, pues estaría tomando mucho menos tiempo para mostrar una disminución significativa tanto en la mortalidad infantil como en la fecundidad.

Por tanto, advierten que producirá efectos importantes en un período mucho más corto, lo que redundará en necesidades y demandas crecientes de servicios sociales, incluidos los de salud (Carvalho, 1998; Cepal, 2003a y b).

En realidad, la determinación de la magnitud de estas transiciones y de las demandas que serán generadas en este proceso es una tarea difícil, ya sea por la dispersión de los cambios sociales que tienen lugar dentro de cada país y entre naciones, o por las diferencias en el comportamiento de las distintas clases y grupos sociales en cada sociedad, o bien, por la tendencia contradictoria de estas transformaciones. De cualquier manera, sin duda es una transición “mixta que combina los efectos de una sociedad segmentada-tradicional y moderna” (Filgueira, 1997:138), agravada, empero, por los altos niveles de desigualdad y las graves condiciones económicas.

Distancias semejantes se observan en la mortalidad infantil. A pesar que los datos no están disponibles en todos los países para los mismos años, llama la atención la correlación entre las tasas de mortalidad infantil y el desarrollo social, sobre todo en los países con nivel de renta semejante.

Entre 1980 y 1999 la tasa promedio de mortalidad infantil en la región bajó de 61 a 30 por mil nacidos vivos (NV) (Cepal, 2001). Aunque esa tasa regional sea inferior al promedio mundial (54 por mil NV), continúa siendo mucho mayor que la de los países de altos ingresos y miembros de la OECD (cerca de 9,4 por mil NV).

Estas cifras disminuyeron prácticamente en todos los países, aunque con ritmos de disminución distintos, ya sea como resultado de políticas pasadas, sea porque fueron mantenidas acciones básicas y programas asistenciales específicos, o porque acciones en otras áreas se reflejaron de manera positiva impi-

<sup>7</sup> Por “bono demográfico” se ha entendido la potencialidad que representa para los países disponer de una masa de población en edad productiva, de una proporción nunca antes registrada. Pero esa estructura poblacional encierra, además de oportunidades, grandes retos y grandes riesgos (Cepal, 2003b:11).



**CUADRO 1**  
**INDICADORES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE • 1950-2002**

| <b>Indicador</b>  | <b>1950</b>       | <b>1960</b> | <b>1970</b>                   | <b>1980</b>  | <b>1990</b>       | <b>1999</b>       | <b>2002</b>                           |
|---|-------------------|-------------|-------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| <b>Población</b> (Millones)<br>H = Hombres<br>M = Mujeres                 | 165               | 210         | 275                           | 360.3        | 432.4             | 509.2             | 531<br>M total - 270<br>H/100 M - 102 |
| <b>Tasa media de crecimiento poblacional anual (%)</b>                    | -                 | 2.9         | 2.6                           | 2.3          | 2.0               | 1.7               | 1.7                                   |
| <b>Tasa de fecundidad total</b><br>(total de nacidos por mujer)           | 5.9               | 6.0         | 5.0                           | 3.9          | 3.4               | 2.7<br>(1998)     | 2.7                                   |
| <b>Población urbana (%)</b>   | 42                | 50          | 61.1<br>(1975) <sup>(a)</sup> | 65           | -                 | 75                | 75                                    |
| <b>Población por grupos de edad (%)</b>                                   |                   |             |                               |              |                   |                   |                                       |
| 0-14 años   | 40                | 42          | 42                            | 40           | 38.2              | 31.4              | 31.5                                  |
| 15-64 años  | -                 | -           | -                             | 55.8         | -                 | 62.6              | 63.0                                  |
| 65+ años  | -                 | -           | -                             | 6.0          | -                 | 6.0               | 5.5                                   |
| <b>Población económicamente activa (PEA)</b> (total millones)             | -                 | -           | -                             | 130          | -                 | 219               | 221.56 <sup>(d)</sup>                 |
| <b>Crecimiento medio anual de la PEA (%)</b>                              | -                 | -           | -                             | -            | 3.0<br>(1980-90)  | 2.5<br>(1990-99)  | 3.3<br>(1990-2001)                    |
| <b>Mujeres en la PEA (%)</b>  | -                 | -           | -                             | 28           | 35                | 41 <sup>(b)</sup> | 45 <sup>(c)</sup><br>(2000)           |
| <b>Niños de 10-14 años en la fuerza de trabajo (%) del grupo de edad)</b> | -                 | -           | -                             | -            | 13                | 9                 | 16.5                                  |
| <b>Esperanza de vida al nacer</b> (años de vida)                          | 52 <sup>(a)</sup> | 57.1        | 61.2                          | 65.4         | 66 <sup>(b)</sup> | H- 66 M-72        | 71 <sup>(c)</sup><br>H-68 M-74        |
| <b>Mortalidad infantil</b> (por 1.000 nacidos vivos)                      | -                 | -           | -                             | 61           | 48 <sup>(b)</sup> | 31                | 30                                    |
| <b>Mortalidad entre menores de 5 años</b> (por 1.000)                     | -                 | -           | 125 <sup>(a)</sup>            | 78           | -                 | 32 <sup>(a)</sup> | 34                                    |
| <b>Prevalencia desnutrición infantil</b><br>(% de niños < 5 años)         | -                 | -           | -                             | -            | -                 | 8<br>(1992-98)    | 9                                     |
| <b>Acceso a agua potable</b> (% de la población)                          | -                 | -           | -                             | 73<br>(1982) | -                 | 75<br>(1995)      | 8.6<br>(1999)                         |
| <b>Acceso a saneamiento</b> (% de la población)                           | -                 | -           | -                             | 46<br>(1982) | -                 | 68<br>(1995)      | 77<br>(2000)                          |
| <b>IDH</b>  | -                 | -           | -                             | -            | -                 | 0.760             | 0.777                                 |
| <b>Tasa de analfabetos adultos</b> (% > 15 años)                          | -                 | -           | -                             | -            | -                 | 12<br>H-11 M-13   | 11.5<br>H-11 M-12                     |

**Fuentes:** 1950-1970: Elaboración propia a partir de varias fuentes: Frenk *et al.*, 1998; Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial, 2001 y 2003; Indicadores del desarrollo humano 2001 y 2003 (PNUD); Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, Cepal, 2002, abril de 2003 ([www.cepal.org](http://www.cepal.org) en 09/10/2003; Cepal, 2003b; excepto indicaciones. <sup>(a)</sup> Indicadores del desarrollo humano 2001, PNUD. <sup>(b)</sup> Ocampo *et al.*, 2001. <sup>(c)</sup> PRB, 2002. <sup>(d)</sup> OIT, 2003.

diendo el empeoramiento de estos macroindicadores en salud. No es por casualidad, por tanto, que Costa Rica (13), Cuba (11,8) y Chile (10) en general mantuvieran sus indicadores próximos a los de los países desarrollados (Cepal, 2001).

Se observa, además, gran disparidad entre países, y también en un mismo país, al desagregar el promedio nacional de mortalidad infantil en diferentes grupos sociales (Celade, 2000, 2003). Las diferencias son también bastante expresivas entre las zonas rurales y urbanas, donde las tasas de mortalidad infantil tienden a ser mayores en el campo. Estas asimetrías se acentúan aún más en las poblaciones indígenas (Cepal, 2000, 2001; Kliksberg, 2000).

Las desigualdades en el acceso a los beneficios sociales en salud persisten no sólo entre diferentes grupos sociales, sino también entre regiones geográficas, en un mismo país y entre países (OPS, 1995; Cepal/OPS, 1994). En 1992 se estimaba que la magnitud del déficit de los sectores de saneamiento ambiental y de servicios de salud se traducía en la existencia de 130 millones de personas sin acceso a agua potable y 160 millones sin acceso permanente a los servicios de salud (OPS/Cepal, 1994). A finales de los años noventa se estimaba que 25% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos (cerca de 127 millones de personas); otro 25% no tiene acceso a agua potable y 32% vive en áreas sin saneamiento básico (alrededor de 163 millones de personas) (Cepal, 2001).

En relación con el perfil epidemiológico, las causas de muerte también han cambiado, presentando patrones mixtos en los que conviven las muertes por enfermedades evitables –en los diversos grupos de edad– con aquellas producidas por enfermedades crónicas y degenerativas; dependiendo tanto del

desarrollo económico-social como de la organización del sector salud, de la tasa de fecundidad, de las modificaciones en estructura de edad, del proceso de urbanización y de las condiciones de vida. Se registra también el recrudescimiento o empeoramiento de los contextos endémicos y epidémicos. Esto significa que los países enfrentan un cuadro complejo, con distintos tipos de problemas de salud y capacidades muy diferentes para resolverlos (OPS, 1999). En general las desigualdades en salud son acumulativas, conforme se combinan y agregan de diversas maneras tales variables.

### 3.5 El gasto en salud

No es tarea fácil compatibilizar las fuentes de datos existentes en relación con el gasto nacional en salud en la región, pero algunas cifras tienen más o menos consenso y es posible delimitar algunas tendencias.

El gasto en salud en la región de América Latina y el Caribe es en extremo heterogéneo (el promedio para la década de los noventa se ubica en 498 dólares per cápita, con enormes variaciones entre los países).

El gasto regional total en salud como porcentaje del PBI es considerado alto (7,5% en 1995 y 7,3% en 1999), si se compara con el de las otras regiones «de renta media o baja» (alrededor de 5%), siendo que para algunos autores, también es alto en relación con los resultados obtenidos (Schieber y Maeda, 1999); entre tanto, en once países de la región no alcanza 5% del PBI y en otros cinco está muy próximo de ese valor (OPS, 2000).

Nótese que la dinámica del gasto sanitario de la región latinoamericana ha presentado un comportamiento diferente con relación al de los países desarrollados.



En Europa occidental la evolución del gasto tuvo tres períodos distintos: i) rápido crecimiento en los años 1961 a 1970 en términos absolutos y con relación con el PBI; ii) estabilización en los años ochenta, en respuesta a la crisis económica y a la necesidad de estancamiento del crecimiento de la inflación, que llevó a la adopción de los controles macroeconómicos del gasto, vinculados al crecimiento del PBI y a políticas de contención de costos de la asistencia médica, y iii) el aumento en la primera mitad de los años noventa, *pari passu* la severa recesión, y en la segunda mitad también, como reflejo de otros factores tales como la unificación alemana y el aumento del gasto en los países del sur, como España e Italia (Almeida, 1995; EOHCS/WHO, 1999). La parte pública del gasto también aumentó, con una ligera disminución en los últimos años de la década de los noventa; y la parte privada disminuyó, con un pequeño aumento al final de la década.

La dinámica en la región latinoamericana va en la vía opuesta: en los años sesenta y setenta el gasto sanitario en general aumentó, aunque en forma heterogénea; en los años ochenta, ese gasto disminuyó el promedio regional alcanzado en las décadas anteriores y en los noventa se visualiza un ligero aumento en el primer quinquenio y una posterior disminución en el segundo (OPS, 2000) (Cuadro 2; gráficos 3 y 4). Dado que el PIB disminuyó, estos aumentos no significaron – en términos absolutos – más recursos para la salud.

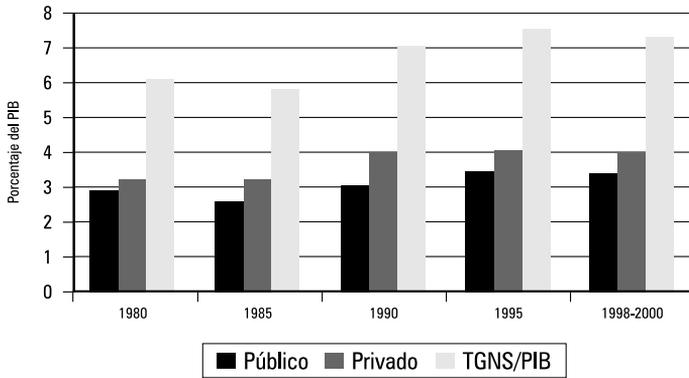
La composición según sectores público y privado del gasto muestra que entre 1980-1999, el privado fue el componente más importante del gasto total en salud: alrededor de 57% del sanitario en toda la región (4,0% del PBI) en 1999, habiendo alcanzado 58,5% a mediados de la década. La parte pública de este gasto constituía en 1990 cerca de 43,4% del gasto sanitario total, lo que representaba

**CUADRO 2**  
**TENDENCIA DEL GASTO NACIONAL EN SALUD (GNS) COMO % DEL PIB**  
**EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE • 1980-2000**

| <b>GNS/PIB<sup>(1)</sup></b>                                       | <b>1980</b>                        | <b>1985</b>  | <b>1990</b>  | <b>1995</b>                | <b>1998-2000</b>           |
|--|------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------|----------------------------|
| <i>Público</i>   | <b>2.89</b>                        | <b>2.57</b>  | <b>3.02</b>  | <b>3.45</b>                | <b>3.37</b>                |
| <b>Nacional</b>  | 1.26                               | 1.16         | 1.16         | 1.41                       | 1.52                       |
| Local  | 0.44                               | 0.46         | 0.57         | 0.95                       | 0.82                       |
| Seguridad social   | 1.19                               | 0.95         | 1.29         | 1.09                       | 1.03                       |
| <b>Privado</b>   | <b>3.20</b>                        | <b>3.21</b>  | <b>3.99</b>  | <b>4.04</b>                | <b>3.93</b>                |
| <b>Gastos directo de las familias</b>                              | 3.20                               | 3.17         | 3.92         | 2.91                       | 2.85                       |
| Seguro privado/Planes  | 0.02                               | 0.04         | 0.07         | 1.13                       | 1.08                       |
| <i>Total GNS/PIB</i>   | 6.09                               | 5.78         | 7.01         | 7.49                       | 7.30                       |
| <i>PIB per capita medio Al y C<sup>(2)</sup> (US\$ corrientes)</i> | <b>3 508.4</b><br>(1970 - 2 852.4) | <b>3 209</b> | <b>2 982</b> | <b>3 640<sup>(3)</sup></b> | <b>3 680<sup>(3)</sup></b> |

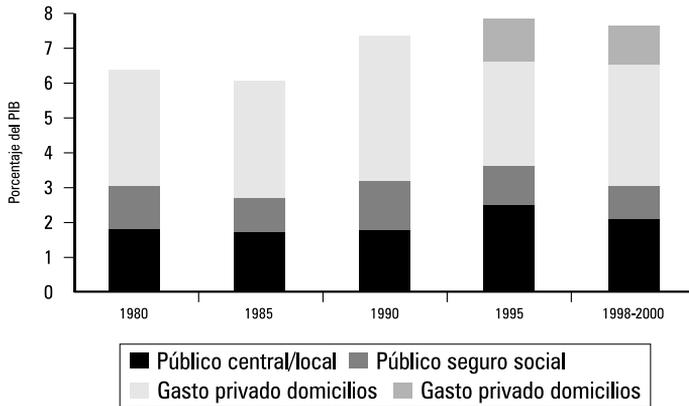
**Fuente:** <sup>(1)</sup> Elaborado por División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, Base de datos de la DHH-PDH/OPS. <sup>(2)</sup> Elaboración propia, a partir de datos de De Gregorio y Lee (1999), citado en la bibliografía. <sup>(3)</sup> Banco Mundial ([www.worldbank.org/selectedcountries](http://www.worldbank.org/selectedcountries) - 04/11/2001).

**GRÁFICO 3**  
**TENDENCIA DEL GASTO NACIONAL DE SALUD -PÚBLICO, PRIVADO Y TOTAL- EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE • 1980-2000**



**Fuente:** Elaborado a partir de datos de la División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, Base de datos de la DHH-PDH/OPS.

**GRÁFICO 4**  
**TENDENCIA DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, POR SUBSECTORES DEL SISTEMA DE SALUD, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE • 1980-2001.**



**Fuente:** Elaborado a partir de datos de la División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, Base de datos de la DHH-PDH/OPS.

3,0% del PBI. Este porcentaje era poco más de la mitad del promedio de los países de la Unión Europea (4,9% del PBI), cuyo PIB es bastante más alto (OPS/Cepal, 1994).

de la década, el aumento verificado (del 3,0 al 3,4% del PIB) aún continuaba bastante por debajo del promedio europeo y el porcentaje privado del gasto prácticamente se había estabilizado (del 3,99 del PIB en 1990 al 3,93 en 1998-2000). El componente del gasto público atribuido a la seguridad social



disminuyó en forma continua entre 1990-1999 (del 1,29 del PIB en 1990 a 1,03 en 1998-2000), mientras que la participación del gobierno central aumentó 10,8% y la de los gobiernos locales apenas cerca del 1%, con tendencia a la disminución al final de la década (OPS, 2001) (cuadros 2 y 3).

En síntesis, mientras que en la Unión Europea se observó en la década de los noventa un aumento del gasto sanitario nacional, con una disminución de la parte privada y un concomitante aumento del gasto público, en América Latina prácticamente se observó el proceso inverso, pues la recuperación de la parte pública del gasto fue relativamente modesta y el gasto privado se mantuvo alto, con un aumento del componente indirecto (esquemas de seguros y prepagos privados), a despecho de los lamentables indicadores socioeconómicos y de las enormes desigualdades existentes.

Según datos de la OMS, calculados a partir de las cuentas nacionales en salud (National Health Accounts) de 1999 y actualizadas para 2002, el porcentaje del gasto público de salud en América Latina y el Caribe era cerca del 50% en ese año; el gasto directo de bolsillo era aproximadamente de 34%; y la mezcla del resto de los otros gastos privados era 16%, para un total de 50% de gasto privado (World Bank, 2004:137). Por tanto, para confirmar la tendencia de fines de los noventa, se observa un aumento del gasto público y una disminución del privado, pero el gasto directo de bolsillo continúa bastante alto.

Esa composición del gasto aumenta la inequidad en la región, ya que las desigualdades del gasto privado están estrechamente relacionadas con las desigualdades de la distribución de la renta, y en general están más concentradas. En aquellos países (como Honduras) en los que el gasto público es menor y aumenta el gasto privado, existe una

significativa tendencia a que los quintiles más pobres destinen mayores porcentajes de su renta para el pago de medicamentos y copagos para consultas. Por el contrario, en Costa Rica se verifica una relación inversa: crece el gasto público de salud y disminuye el porcentaje privado destinado a costear el acceso a los servicios entre los sectores más deprimidos (Molina *et al.*, 2000).

### 3.6 Los sistemas de servicios de salud y de seguridad social en salud

En términos generales, históricamente en América Latina los sistemas de salud se han caracterizado por una importante fragmentación y una grande segmentación, sea en el financiamiento o en la prestación de servicios. La seguridad social universal nunca fue efectivamente consolidada en la región, excepto en algunos pocos países (como Costa Rica), lo que hace del sistema de aseguramiento social en general, y en salud en particular, una estructura compartimentada. Esto limita, en efecto, las posibilidades de partición de riesgos entre distintos grupos sociales o con diferentes necesidades de salud, y transferencias de ingresos entre subsectores (Maceira, 2001 y 2003; Almeida, 2002).

Además, “las alternativas de aseguramiento o subsidios diseñadas en la región no consideran la necesidad de estos mecanismos [o no logran implementarlos], limitando temporalmente su impacto...” (Maceira, 2003:2). Los ejemplos son frecuentes -Bolivia, Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay, entre otros.

Los esquemas implementados carecen de sustentabilidad financiera, terminan por estimular la selección adversa por parte de los usuarios y la selección de riesgo por parte de los aseguradores, promoviendo la consolidación (o creación, como en Chile y en Colombia) de sistemas duales de aseguramiento (o

**CUADRO 3**  
**INDICADORES DEL GASTO NACIONAL EN SALUD (GNS)**  
**UNIÓN EUROPEA Y AMÉRICA LATINA • AÑOS 90**

| Indicadores   | Unión Europea       |                     |                     | América Latina y el Caribe |                         |                     |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
|   | 1990 <sup>(a)</sup> | 1997 <sup>(b)</sup> | 1999 <sup>(c)</sup> | 1990 <sup>(c)</sup>        | 1995 <sup>(c) (d)</sup> | 1999 <sup>(c)</sup> |
| <b>Gasto nacional en salud</b>  |                     |                     |                     |                            |                         |                     |
| % PIB   | 7,8                 | 8,5                 | 9,3                 | 7,0                        | 7,5                     | 7,3                 |
| Público   | 4,9                 | 6,6                 | -                   | 3,0                        | 3,3 <sup>(e)</sup>      | 3,4                 |
| Privado   | 2,9                 | 1,9                 | -                   | 4,0                        | 4,3                     | 3,9                 |
| <b>Gasto nacional público en salud (%)<sup>(d)</sup></b>  |                     |                     |                     |                            |                         |                     |
| Total   | 64,6                | 76,2                | 74                  | 43,4                       | 41,5                    | 43                  |
| Gobierno central  | -                   | -                   | -                   | 12,2                       | 15,8                    | 23,0                |
| Gobiernos locales   | -                   | -                   | -                   | 7,4                        | 8,5                     | 8,0                 |
| Seguro social   | -                   | -                   | -                   | 23,9                       | 17,2                    | 14,0                |
| <b>Gasto nacional privado en salud (%)<sup>(d)</sup></b>  |                     |                     |                     |                            |                         |                     |
| Total   | 35,4                | 23,8                | 26                  | 56,6                       | 58,5                    | 57                  |
| Gasto indirecto (seguros/pre-pagos)   | -                   | -                   | -                   | -                          | 19,5                    | 18,0                |
| Gasto directo de las familias ( <i>out-of-pocket</i> )  | -                   | -                   | -                   | -                          | 39,0                    | 39,0                |
| <b>Gasto nacional en salud per cápita (US\$)</b>  |                     |                     |                     |                            |                         |                     |
| Total   | 1 620.00            | 1 771.00            | 2 063.00            | 133.00                     | 240.00                  | 498.00              |
| Público   | 1 010.00            |                     |                     | 58.00                      | 102.00                  | 214.00              |
| Privado   | 610.00              |                     |                     | 75.00                      | 138.00                  | 284.00              |
| <b>% de la población mundial<sup>(e)</sup></b>  |                     | 14,6*               | 14,0                | 6,8                        | 8,5                     | 8,5                 |
| <b>PIB per cápita promedio - PPA US\$<sup>(e) **</sup></b><br>(en US\$ corrientes) <sup>(f)</sup> |                     | 27.910              | 28.130              | -<br>(2.982)               | -<br>(3.640)            | 6.880<br>(3.640)    |

(\*) 1996. (\*\*) PPA - Paridad de poder adquisitivo (1990-99), calculado por el Banco Mundial, año base 1996 y extrapolaciones para 1999 (Notas sobre las estadísticas en el Informe: p. 137-144).

**Fuente:** Elaboración propia a partir de varias fuentes: <sup>(a)</sup> OMS/OPS, 1994. <sup>(b)</sup> European Observatory of Health Care Systems, 2000. <sup>(c)</sup> Base de datos de la División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, excepto indicaciones. <sup>(d)</sup> Varias fuentes compiladas por Molina *et al.* (2000:77) (Cuadro 2), citado en la bibliografía. <sup>(e)</sup> Informe del Desarrollo Humano 2001 (Banco Mundial). <sup>(f)</sup> [www.worldbank.org/selectedcountries](http://www.worldbank.org/selectedcountries) (04/11/2001).

todavía más fragmentados); y el subsistema público solidario resulta “descremado” por los aseguradores privados, y sobrecargado por la demanda de atención, reduciendo bastante (o imposibilitando) la posibilidad de articulación de una respuesta equitativa ante las necesidades de la población.

En lo que se refiere a los sistemas de servicios de salud, la caída en el gasto público llevó al deterioro, particularmente en relación con la inversión en infraestructura de los servicios financiados con recursos públicos, que son mayoritarios en la región. Los sistemas públicos no consiguieron superar los problemas de



eficiencia, cobertura y calidad de la atención anteriores a la crisis, e incluso en ciertos casos se agravaron. Además, han sido sobrecargados con mayor demanda con relación a los nuevos modelos de reforma implementados.

En relación con el acceso a los servicios de salud, se comprobó que los sistemas públicos de la región, aunque presentan un patrón dispar, no lograron superar los problemas de eficiencia, cobertura y calidad de la atención anteriores a la crisis—que incluso en ciertos casos se agravaron— como consecuencia de la reducción del porcentaje del gasto público destinado a salud. Esta problemática se enmarca en la generalización de procesos de reforma sectorial, fuertemente influidos por el paradigma neoliberal.

Un continuo proceso de descentralización de los sistemas de salud implica, en muchos casos, la desconcentración del gasto del gobierno central, ya sea para niveles subnacionales de gobierno, o para el sector privado (privatización). De hecho, se observa que la relación entre el sector público y el privado se está alterando, con un acelerado crecimiento de la infraestructura privada en la última década. Todos estos factores agravaron las desigualdades existentes en cuanto al acceso a los servicios, en la oferta de profesionales y en el estado de salud de los sectores más pobres.

Además, las acciones de prevención y promoción de la salud fueron postergadas o no priorizadas, con reaparición de enfermedades infecciosas, transmisibles y endémicas, algunas anteriormente controladas, empeoramiento de las existentes y no controladas, además del brote de epidemias y surgimiento de nuevas enfermedades.

Los estudios demuestran que las desigualdades incluyen diferencias a favor de los ricos tanto en la oferta de servicios y de

profesionales, como en el estado de salud (independiente de la *proxy* de variables que se use para medirlas), o aun en el acceso a los servicios de salud, además de que el financiamiento también tiende a ser regresivo. Entre tanto, las desigualdades en el estado de salud tienden a ser menos pronunciadas que las del acceso y de la utilización de los servicios; y, a su vez, las desigualdades en el acceso son menos pronunciadas que aquellas en el gasto privado. Además, las desigualdades son mayores en el acceso a cuidados preventivos que en cuanto a la asistencia médica.

Los grupos de ingresos más bajos de la población enferman más y usan menos los servicios que los de mejores ingresos. Se muestran también significativas las diferencias en el tipo de servicios utilizados por parte de los diferentes grupos sociales: puestos, centros de salud y hospitales públicos son más utilizados por los pobres y por aquellos de baja renta, y los servicios privados son más por los de renta más alta, con excepción de los grandes hospitales públicos, generales, de emergencia o especializados (Suárez-Berenguela, 2000; Travassos *et al.*, 2000).

El mercado de servicios hospitalarios presenta un patrón complejo en la región, con enormes disparidades, y en algunos países (Argentina, Barbados, Cuba y Uruguay) el número de camas por habitantes es superior al de los países de la OECD. La relación entre los sectores público y privado está alterándose, con un rápido crecimiento de la infraestructura privada en la última década, a partir de una base de 20 a 40% de las camas disponibles.

El gasto en consumo de medicamentos es sumamente disímil entre los países de América Latina y el Caribe, pero se visualiza como tendencia que la desregulación del mercado de medicamentos en varios de ellos implicó un fuerte aumento que incidió notablemente en

el porcentaje del gasto directo de las familias, dado que las instituciones públicas redujeron la cobertura de medicamentos. Las acciones de vigilancia sanitaria son muy débiles en una región en donde el grado de automedicación es uno de los más altos del mundo.

La mayoría de los países están descentralizando sus sistemas de salud hace más de una década, con mayor o menor dificultad, en muchos casos bajo una perspectiva desconcentradora del gasto del gobierno central, o incluso de privatizaciones sumarias, sin possibilitar que los niveles subnacionales de gobierno tengan condición de sostener o incrementar la atención a la salud de sus poblaciones. Se mencionan también innovaciones exitosas y procesos de descentralización con mejoría de la gerencia de los sistemas de salud locales (Bossert *et al.*, 2000; Levcovitz, *et al.*, 2001).

#### **4. Algunos resultados de esos procesos de cambio: Lecciones aprendidas**

Tras más de una década de implementación de reformas de los sistemas de servicios de salud en Latinoamérica, algunas lecciones aprendidas deben ser objeto de reflexión.

Esas reformas se han vinculado a los procesos de ajuste macroeconómico, ocurridos prácticamente en todos los países de la región en los años ochenta y noventa, y a las premisas de reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados, introduciendo cambios financieros, estructurales e institucionales en los sistemas de servicios de salud. Tampoco han respetado las características únicas de cada país (históricas, políticas y de organización sanitaria) y la tendencia fue la de adoptar las recetas uniformes de manera muy poco crítica.

No se observa convergencia con los procesos de cambio de la seguridad social para producir una acción sinérgica de extensión de la protección social en salud. Además, se han centrado en aspectos relacionados con la eficiencia económica, descentralización, separación de las funciones de financiamiento y provisión y autonomía de organizaciones prestadoras de asistencia médica, pero no han enfatizado la promoción de cambios articulados, sinérgicos y coherentes en todo el conjunto de los sistemas de salud y en sus complejas interrelaciones. La necesidad de salud de las poblaciones, la efectividad del modelo de atención en términos de equidad, integralidad y continuidad de cuidados, o sea, la organización de redes integradas de servicios, fueron relegadas a un plano secundario y han sido temas marginales en los debates setoriales.

La reforma del Estado y la redefinición de su papel implica la discusión de temáticas interrelacionadas que están directamente vinculadas con la organización y funcionamiento de sistemas de servicios de salud, tales como la cuestión de la descentralización del Estado y del sistema de salud (relaciones entre niveles de gobierno y privatización); la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, e introducción de mecanismos de competencia (creación de los cuasimercados); y el tema de la regulación.

El énfasis en la focalización, y no en las políticas universales, ha tenido resultados desastrosos para la población en los distintos países.

Vale la pena analizar cómo esos elementos han sido articulados en los procesos de cambio sectorial en la región y cuáles son los principales resultados.

##### **4.1 Descentralización versus centralización**

La descentralización tiene distintas connotaciones en la literatura, ya sea desde el punto



de vista técnico y tipológico (concepción anglosajona o concepción francesa) (Oslack *et al.*, 1987; Mills, 1990), o ideológico. De un lado del espectro de opiniones, significa liberar el Estado de una carga excesiva de funciones que lo distancian de sus obligaciones “esenciales”, lo que puede significar descentralizar hacia los niveles subnacionales, hacia otras instituciones u organizaciones, o hacia el sector privado (privatización). Del otro, están los que consideran la descentralización como una forma de aproximar el poder de decisión a la población que es objeto de las políticas, conduciendo a un mayor compromiso y responsabilidad de los dirigentes y a una mayor posibilidad de participación y control social.

Sea cual fuere la motivación original, la descentralización de las políticas sectoriales es una tendencia global desde hace algunas décadas e involucra problemas de gran complejidad, como la cuestión de la partición de poder financiero y de decisión y, en consecuencia, la relación entre niveles de gobierno. Esencialmente en repúblicas federativas que recién salieron de largos períodos de centralización autoritaria, como en muchos países de Latinoamérica, esa tarea presupone la elaboración de nuevos pactos federativos (cooperativos) a partir de reformas tributarias, definición de funciones complementarias y de criterios de repartición distributiva de recursos (fórmulas de asignación de recursos, que tomen en consideración indicadores variados), además de la construcción de capacidad *enforcement* en el nivel central y de implementación en los niveles subnacionales.

Por tanto, es un proceso basado en la distribución territorial de poder y autoridad entre instancias de gobierno, constitucionalmente definida y asegurada, de tal forma que gobiernos nacionales y subnacionales sean

independientes en su esfera propia de acción (Almeida, 1996).

Por otra parte y por principio, no hay una oposición entre centralización y descentralización, como a veces se piensa. La descentralización implica un compromiso peculiar entre difusión y concentración del poder político basado en algún modelo compartido de nación y de grados socialmente pactados de integración política y de equidad social. Esas formas de relación intergubernamentales son constitutivamente competitivas y cooperativas, y las modalidades de interacción entre niveles están necesariamente basadas en la negociación (Almeida, 1995, 2003, 2005).

En otras palabras, centralización y descentralización son fenómenos concomitantes y no mutuamente exclusivos, estableciéndose dinámicas dialécticas entre ellos, no implicando la reducción de la importancia de la instancia nacional, pero sí resultando en nuevos papeles normativos y reguladores.

La construcción negociada y la partición de competencias exigen coordinación e inducción, no obstante presuponen también liderazgo, evaluación de resultados y correcciones de ruta cuando sea necesario. La “especialización de las instancias de gobierno” debe estar centrada en una redefinición de papeles donde la tarea inductora y coordinadora del nivel federal apunte a la superación de las desigualdades, deficiencias y carencias locales, apoyando y promoviendo la capacitación de los niveles locales y provinciales para la necesaria complementariedad y alcance de mejores resultados, y no meramente para fiscalizar el cumplimiento de requisitos burocráticos (Almeida, 2003 y 2005).

En síntesis, es un proceso donde el nivel nacional tiene un papel crucial de rectoría y

coordinación, donde la cuestión central es la disputa por el poder y la política redistributiva. En ese sentido, el papel inductor del nivel federal es fundamental, pero también lo es la capacidad de negociación y de *enforcement*. El límite entre inducción dirigida con finalidades equitativas e inducción autoritaria es poco claro. En general, lo que se verifica es una inducción autoritaria en la que el nivel federal lucha por conservar recursos financieros y de poder que le posibiliten mantener la dominación política y económica, e impone condiciones burocráticas de cumplimiento de programas federales.

Los procesos de descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica han sido implementados, en muchos casos, bajo una perspectiva desconcentradora del gasto del gobierno central, o incluso de privatizaciones sumarias, sin posibilitar que los niveles subnacionales de gobierno tengan condición de sostener o incrementar la atención a la salud de sus poblaciones. Frente a la gran heterogeneidad de la red de servicios y de capacidad de implementación de los niveles subnacionales, esos procesos raramente han logrado establecer normas generales (basadas en principios) que unifiquen la dinámica descentralizadora, al mismo tiempo que reconozcan la autonomía local, garanticen lograr la equidad territorial en el acceso a los servicios, y una adecuada integración vertical y horizontal de los niveles de atención

## 4.2 La cuestión de la regulación

La discusión anterior remite a otra, la de la regulación: las reformas actuales reconocen la necesidad de fortalecer el papel regulador del Estado. El tema ha concitado cada vez más atención especialmente debido a factores ligados a las relaciones entre los servicios públicos y privados, a la contención de costos, a las fuentes de financiamiento y al control de los mercados y de los prestadores

profesionales *frente-a-frente* a una demanda infinita y recursos finitos (McLachlan y Maynard, 1982; Ghetti, 1987; Katz y Miranda, 1994). La connotación de estos abordajes es eminentemente económico-financiera, toda vez que la idea central es la retirada del Estado de la provisión directa de servicios.

En realidad, el concepto de regulación tiene varias connotaciones, dependiendo de la escuela teórica de pensamiento, pero un concepto más amplio la considera no sólo como un instrumento normativo sino también como un conjunto de mecanismos facilitadores de la gobernabilidad sectorial (Lange y Regini, 1988). Esto implica que el control y moderación pueden ser ejercidos por agencias públicas o privadas, mientras la cuestión central es ver cómo tales regulaciones afectan la conducta de instituciones, profesionales e individuos. En estos planteamientos es crucial la idea de reglas destinadas a influir comportamientos, lo que presupone que en la ausencia de tales reglas se instalará el conflicto entre actores colectivos, públicos y privados.

De esa idea también se desprende que en democracia para alcanzar el consenso entre intereses divergentes en torno a políticas públicas de gran impacto, el Estado debe tener la capacidad de administrar conflictos, propiciar consenso y mantener la gobernabilidad del sistema de salud, o sea, debe dotarse de la capacidad reguladora necesaria para proteger el interés general sin menospreciar la participación de los actores colectivos en la toma de decisiones.

Más allá del debate académico, lo que los estudios muestran es que, en un determinado país, cada sector económico y social tiene peculiaridades reguladoras propias y cambiantes en el tiempo.

Esas consideraciones sobre la regulación remiten a la vieja indagación política y socio-



lógica sobre ‘cómo es posible el orden social’. Las explicaciones sobre las bases institucionales del orden han utilizado, en forma alternativa o combinada, los modelos de “comunidad”, “mercado” (económico y político) y “Estado-burocracia”, además del de “asociación”. Los principios-guía de esos tipos-ideales son, respectivamente, la “solidaridad”, la “competencia”, el “control jerárquico” y la “concertación”, siendo que esta acción es típica de las asociaciones de interés en las relaciones con las estructuras de decisión de las políticas públicas. Normalmente, las sociedades modernas utilizan todos estos modelos en forma combinada, dependiendo de la sociedad, un modelo predomina sobre el otro (Lange y Regini, 1988). Por tanto, es un falso dilema oponer esas diferentes formas de regulación.

Plantear la cuestión de la regulación en esa perspectiva más amplia, implica cambios en las políticas destinadas a coordinar las actividades y administrar el conflicto –real o potencial– subyacente a la asignación de recursos, siempre escasos en el ámbito de la producción y de la distribución.

Entre tanto, la forma y la eficacia de la regulación también dependen de otros factores, tales como los cambios en la estructura de poder, en los procesos de decisión y en las preferencias de los actores, y la probabilidad de que la regulación de un área particular sea producto de intereses estratégicos definidos por otros actores externos al área.

Esta última situación es notoria en el sector salud, en la medida en que las políticas de reforma vienen siendo subordinadas a los dictámenes y prioridades de las áreas económicas de los gobiernos. Además, la implementación de los modelos de esa reforma sectorial exige fuerte capacidad de regulación y de desarrollo institucional, capacidad esa que los Estados latinoamericanos en ge-

neral, no han desarrollado, y también necesitan de una correspondiente reforma de las entidades públicas, que no se llevó a cabo. Por otro lado, el desarrollo de esas capacidades fue sumamente dificultado por el estrés fiscal y por la destrucción de las instituciones públicas.

### 4.3 La implementación de los cuasimercados

Como modelo teórico, los cuasimercados promueven una competencia de proveedores y de aseguradores, pero difieren de los mercados convencionales en algunos aspectos (Bartlett y Le Grand, 1993:23-24; Bartlett y Le Grand, 1992):

1. En cuanto a la demanda: el poder comprador se expresa mediante un presupuesto que establece y pacta el ente comprador público, y los precios se negocian o administran en un marco presupuestario.
2. En cuanto a la oferta: puede comprender una variedad de formas de propiedad –estatal, municipal, *trusts*, consorcios y organizaciones sin fines de lucro –que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiamiento.

En términos generales, los cuasimercados pueden tener dos racionalidades: en relación con los prestadores estatales buscan introducir la competencia en el ámbito público mediante la separación de funciones, en aras de mejorar la eficiencia y calidad en la atención; y respecto a una combinación público-privada (considerándose salud como bien público). Se trata de hacer efectiva la demanda por encima de los precios del prestador, las condiciones de salud de las personas y su capacidad de pago, aplicando reglas del juego para el aseguramiento, el financiamiento y la prestación, estableciendo condiciones de solidaridad mediante subsidios

cruzados entre estratos de ingreso, grupos de riesgo o de edad, o bien mediante subsidios a grupos específicos. En ambos casos, el financiamiento se vincula con productividad, cobertura, rendimiento y cumplimiento de metas (Sojo, 2000, 2001).

Los elementos de competencia pueden introducirse en diferentes planos, básicamente: ampliando la participación privada en el sistema de servicios de salud; o cambiando el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de recursos (por ejemplo, hospitales) en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato, o al posibilitar que éstas se acojan al derecho privado.

Diversos mecanismos pueden promover la competencia entre los prestadores, tales como la libre elección de la entidad aseguradora; la libre elección en el sistema de servicios de salud o de los profesionales; o la competencia por presupuestos en los hospitales.

En la última década en América Latina y el Caribe se han implementado reformas de servicios de salud que han establecido la separación de funciones en forma que representan movimientos hacia la constitución de cuasimercados, aunque en modelos disímiles. Pero esos arreglos tienen especificidades (Sojo, 2000; 2001):

1. La introducción de garantías para las prestaciones de salud se han establecido a partir de paquetes de servicios, con distintas amplitudes y coberturas.
2. En algunos de los países más rezagados en cuanto a la cobertura de salud de la población y al desarrollo de formas solidarias de financiamiento han establecido una separación de funciones propias de los cuasimercados, pero han puesto énfasis en establecer paquetes básicos de

prestaciones de salud para los sectores más pobres.

3. Aunque en la teoría estas garantías buscan incrementar la equidad en el disfrute de la salud, sin embargo, tiene repercusiones muy distintas respecto de la organización general de los sistemas, de la cobertura de la población, del grado de desarrollo de los servicios de salud, de la capacidad de implementación y de regulación.

En cada caso esta política adquiere características acordes con las singularidades de los sistemas de salud, sus formas de financiamiento y articulaciones con los sistemas políticos.

Aunque el modelo pueda ser atractivo en el papel, en el mundo real su implementación plantea desafíos considerables.

La implementación de la separación de funciones en Latinoamérica, en el marco de los cuasimercados, ha privilegiado el incremento de la participación de entidades privadas en la provisión de servicios, en algunos casos financiando, con recursos públicos, la creación de mercados de servicios privados en los que prácticamente no existían (por ejemplo, Chile), y casi completamente desregulados.

Se debe resaltar también la diversidad de las organizaciones involucradas en la prestación de servicios (Colombia, Guatemala, República Dominicana), lo que plantea interrogantes respecto de la efectiva capacidad técnica (y ética) de entidades tan disímiles, más aún cuando son habilitadas sin un proceso riguroso de evaluación (Sojo, 2001). Lo mismo sucede con el establecimiento de estándares que deben satisfacerse en las diversas etapas de formalización de los contratos, la falta de mecanismos (o de capacidad) adecuados y efectivos de supervisión, monitoreo y evaluación (Colombia), y el intento de regular a posteriori (Guatemala, Chile), lleva a diversos problemas, inclusive corrupción, así como a resistencias de los prestadores.



Las nuevas entidades privadas creadas, aunque sean financiadas con recursos públicos, y supuestamente vinculadas a un sistema que se pretende solidario y universal, actúan como aseguradoras y prestadoras privadas “puras”, y funcionan bajo una lógica de seguro privado asociada al riesgo individual, introduciendo la selección de riesgos, con efectos adversos para la equidad y la eficiencia, y perversos para la población.

En algunos países, principalmente en aquellos que hicieron reformas amplias y significativas de los sistemas de salud (como Chile y Colombia), los servicios públicos han tenido que absorber mayor clientela entre los que anteriormente poseían cobertura de la seguridad social o que fueron excluidos de las nuevas organizaciones proveedoras privadas. Prácticas “informales” y formales de coparticipación financiera del usuario pasaron a ser adoptadas en muchos países, con graves consecuencias para la equidad en el acceso a los servicios de salud, sobre todo para los más necesitados.

Al hacer hincapié en el aseguramiento y el financiamiento, y estimular activamente la participación privada, las reformas en la región no siempre han tratado de manera adecuada las variables organizativas e institucionales conexas. La ejecución de la reforma –que constituye el núcleo de la gestión– o ha quedado al libre albedrío de los prestadores y no ha sido integrada plenamente en los compromisos de gestión (Chile); o no se ha logrado que esos compromisos sean cumplidos (Colombia), por numerosos obstáculos (Sojo, 2001). En ese sentido han sido marginales:

1. La consideración de los objetivos organizativos sistémicos o la definición de productos intermedios para ser “comprados” en una perspectiva de reestructuración del sistema como un todo.

2. La introducción o mejora de sistemas de información y registros como instrumento para fortalecer la capacidad gerencial, el monitoreo y evaluación.
3. La optimización de procesos detectados como no funcionando de manera adecuada y que puedan servir como *benchmarks*.
4. El desarrollo de nuevos procesos de trabajo que eleven la eficacia y permitan sistematizar la prestación de servicios.

En síntesis, para Sojo (2000, 2001), la débil integración de los aspectos de la gestión en los contratos limita su impacto. Además, la implementación y consolidación de esos cuasimercados plantea modificaciones de gran complejidad política, técnica y de recursos humanos, y los obstáculos que emergen en su funcionamiento son considerables. En muchos casos, la base jurídica de los mecanismos introducidos es endeble y los precios cumplen con una función estrictamente teórica. La multiplicidad de normativas y de indicadores, en muchos casos ha cimentado su uso ritualista, dificultando una adecuada evaluación y representando altos costos de transacción.

Los contratos (o compromisos de gestión) comportan mayores exigencias: uso eficiente de los recursos, planificación más cuidadosa de los vínculos entre inversión, capital, depreciación y gastos de funcionamiento, indicadores de desempeño, de cumplimiento de metas y de resultados. O sea exigen regulación rigurosa.

La elaboración de esos instrumento tiene altos costos de transacción y se deben formular indicadores de *performance* que permitan monitorear el cumplimiento de determinados resultados que aún constituyen un desafío. La experiencia de la reforma inglesa señala que los criterios basados en necesidades de la población fueron desatendidos en la elaboración de los contratos, ya sea

por las dificultades en elaborarlos o porque el tiempo empleado en su ordenación consumía lo que debería haber sido utilizado en la evaluación de necesidades (Ham, 1997).

Sin embargo, lo que se observa es que la complejidad y la diversidad del financiamiento (hospitales autogestionados, atención básica) dificultan o impiden que la expansión de los recursos se vincule al logro de determinados niveles de eficiencia y desempeño (alcance de resultados), debilitando en forma extraordinaria los incentivos y terminando por persistir los presupuestos históricos y dependencia de las transferencias federales.

Se corrobora también descuido de factores epidemiológicos, de la promoción y ejecución de programas preventivos (bienes públicos), de la integración de los niveles de atención y de la conformación de redes de referencia y contrarreferencia, o sea, la reestructuración de los servicios no se diseñó en relación con la oferta territorial. Se sobrestimó la capacidad de respuesta de la oferta privada prestadora y aseguradora, y se observa la existencia de múltiples reformas territoriales con avances dispares, poco intercambio horizontal, y falta de articulación sistémica.

Finalmente, con relación a la organización de redes de servicios y de niveles de complejidad, las reformas actuales han puesto sobre la mesa el falso problema de la oposición entre sistemas de salud orientados hacia la oferta o la demanda.

En primer lugar, estas dos dimensiones no son disociables: la oferta crea la demanda, pero también la demanda orienta a la oferta. Y si se está hablando de redistribución de recursos (de prevención, promoción de la salud y no sólo de asistencia médica), la cuestión de las diferentes capacidades instaladas en distintas localidades (oferta) tiene que ser tratada con referencia a las diversas

necesidades de la población (percibidas y no percibidas), y no sólo en relación con la demanda (existente-atendida o reprimida).

El equívoco es hacer creer que el "consumidor" es soberano y que un sistema "orientado a satisfacer las demandas del consumidor" es más eficiente y equitativo; y que la introducción de mecanismos de competencia (la "competencia regulada") disciplina al mercado de servicios, mejorando la calidad de la atención y eliminando lo superfluo, lo innecesario. En verdad, en esos modelos el "consumidor" no es el paciente, el usuario del servicios o el ciudadano, sino los compradores de servicios, los que por regla no se mueven por ideales de calidad o de atención de necesidades de salud sino por criterios de costo y ganancia, sobre todo los prestadores privados.

En síntesis, se puede decir que:

1. Muchas veces, se han destruido los sistemas de salud anteriores, sin ninguna garantía de que los nuevos modelos son más efectivos, y se observa falta de capacidad reguladora y de implementación, empeoramiento de la capacidad resolutoria, agravadas por el desfinanciamiento.
2. La rápida introducción de mecanismos de mercado sin un contrapeso regulatorio apropiado ha comportado problemas importantes de no contención de costes, inequidad, ineficiencia y corrupción.
3. El privilegio de las organizaciones privadas y del principio de la pobreza y no de la ciudadanía, se da en un contexto de articulación internacional de un poderoso sector privado en el campo de la asistencia médica; escasez de recursos para la implementación de los llamados bienes públicos; y constreñimiento de la autonomía de los Estados nacionales para formular sus políticas. Entonces se



configura una arena de decisión en extremo complicada.

A nuestro juicio, las dificultades y problemas presentados son inherentes al propio modelo y hacen que su implementación no sea viable en el mundo real. Además, esas estructuraciones requieren de gran capacidad de regulación, e históricamente los Estados latinoamericanos no tienen esa capacidad. Vale decir, hay que construirla, lo que no es tarea fácil porque implica en: crear instrumentos, definir indicadores, organizar sistemas de información, de monitoreo y evaluación de la reforma, y capacitar y contratar personal calificado, dimensiones estas que no han sido consideradas adecuadamente en esos procesos. O sea, es necesario invertir en los procesos de gestión y capacitación, además de articular los mecanismos, incentivos y subsidios de forma sistémica.

#### 4.4 Los resultados de la focalización

Ninguno de los seguros públicos de salud focalizados (tales como los maternoinfantiles, entre otros) que vienen siendo implementados en la región cumplen con los requerimientos mínimos que identifican la noción de seguro social<sup>8</sup>. En realidad esas iniciativas constituyen *esencialmente variedades de subsidios* (Maceira, 2003:4), o sea, la definición de un paquete de servicios básicos para grupos específicos de la población, como forma de intentar mitigar las graves consecuencias de la pobreza y de la falta de cobertura en términos de política social (y de salud).

Así mismo, la experiencia latinoamericana con esas formas de focalización no han sido efectivas, por varios motivos entre los cuales se resaltan:

1. Estigmatización de grupos específicos, con el rótulo de la pobreza, con el riesgo de que no se inscriban en el beneficio.

2. Riesgos de desmejoramiento de la ineficiencia y de la calidad de la atención, toda vez que esos paquetes de servicios son insuficientes para responder ante las necesidades de atención de los grupos de beneficiarios, tienden a estimular la demanda y aumentar los costos en forma diferenciada, incrementando las referencias para el sector público, sobre todo en las intervenciones más sofisticadas y más caras.
3. Dificultades en la definición de la elegibilidad a los beneficios diferenciados, del foco en los más necesitados (pobres) y de la composición de los “paquetes”, por necesidad de inversión en sistemas de información e identificación de beneficiarios.
4. Problemas de incentivos, segmentación, fragmentación y pluralidad de fondos, generando comportamientos oportunistas e incentivos cruzados perversos, consolidando o reafirmando las desigualdades históricas y afectando la equidad del sistema.
5. Dificultades de sustentabilidad de las iniciativas, pues en general son financiadas con fuentes externas, recursos parciales y limitados en el tiempo. Además, pérdi-

<sup>8</sup> Un seguro social se define a partir por lo menos de cuatro características (a partir de Maceira, 2003:2; Almeida, 2004): i) patrón definido de beneficiarios; ii) establecimiento de un paquete conocido y accesible de servicios, disponible para cualquier usuario del sistema (o ciudadano); iii) criterios de aseguramiento universal en el diseño del sistema de atención, en el manejo financiero de los fondos y en la organización de los aseguradores y prestadores de servicios, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos; y iv) criterios de solidaridad en la constitución y en el manejo financiero de los fondos, con existencia de subsidios cruzados entre grupos de mayores y menores ingresos, siendo esta última característica la que distingue a un sistema de aseguramiento tradicional o privado de un sistema social de seguros de salud, o un seguro público de salud.

da de apoyo de largo plazo de los grupos sociales más activos en términos de capacidad de vocalización de demandas (localizados en el mercado formal o en la clase media –cerca de 30 a 35% de la población de la región), estimulados a comprar seguros de salud privados y cada vez más empobrecidos e insatisfechos con los impuestos por pagar.

6. Consolidación de la hegemonía del modelo médico tradicional, toda vez que los paquetes se concentran en la asistencia médica, relegando las medidas de salud pública, prevención y protección de la salud a un plan secundario.

Hay que considerar que la definición de paquetes de servicios es un proceso eminentemente político, y no solamente técnico. Y el problema consiste en cómo lograr que distintos actores adopten o acepten de manera explícita decisiones de racionamiento de servicios que sean claramente impopulares; o la obligatoriedad de provisión de paquetes de prestaciones sin comprometer la efectividad y la equidad en la atención. Así, antes de establecer prioridades y racionar el paquete de prestaciones hace falta asegurar que ellas sean efectivas. Pero hay una especie de consenso sobre la imposibilidad de reducir la priorización a un ejercicio técnico, siendo imprescindible combinarlo con mecanismos de participación de la población y de todos los actores.

Además, la implementación de esos programas exige una regulación pública competente y monitoreo permanentes, lo que demanda altos costos administrativos y operacionales. Asimismo, hay riesgos de desmejoramiento de la ineficiencia y de la calidad de la atención, como una especie de estímulo a la compra de seguros de salud privados (riesgo moral, selección de riesgo y selección adversa), que tienden a incitar la demanda, aumentar los costos en forma diferenciada y

reducir la cobertura, engrosando las referencias para el sector público, sobre todo en las intervenciones más sofisticadas y más caras, además del peligro de mayor desfinanciamiento del sector.

Aunque la definición de un paquete de intervenciones en el ámbito de la asistencia médica pueda constituirse en una herramienta programática eficaz en países con enormes déficit de cobertura de salud de la población y, en algunos casos, los seguros originalmente focalizados hayan sido ampliados (como en Bolivia, pero con posterior retroceso; y propuestas de algunas provincias de Argentina, todavía en elaboración), la no articulación efectiva con el sistema de salud y sus distintos niveles de complejidad, la falta de coordinación y cooperación entre los diversos prestadores (públicos y privados), además de la incapacidad técnica de implementación, sobre todo en términos de monitoreo y evaluación, hacen con que “esos instrumentos resulten válidos como aplicaciones de corto plazo, en tanto no revisen las características de aseguramiento [social efectivo], y sus fuentes de financiamiento no son sustentables en el tiempo. Su combinación con mecanismos estructurales requiere de esfuerzos adicionales de política de salud y económica” (Maceira, 2003:21).

### **Para concluir**

Las reformas recientes implementadas en América Latina exacerbaron algunos de los elementos perversos constitutivos de las sociedades de la región y crearon nuevos problemas, privilegiando una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva.

El balance de la situación económica y social latinoamericana impacta desde un punto de vista negativo, e incluso los esfuerzos para recuperar los estragos de los años



ochenta por lo menos en parte no tuvieron mucho éxito en los noventa.

Como bien sintetiza Sojo (2003), y los datos analizados en este trabajo confirman que, “el actual escenario externo de América Latina y el Caribe es adverso en cuanto a la demanda de sus productos y a la volatilidad de los capitales internacionales. La región puede caracterizarse en varios sentidos como de alto riesgo social. A pesar de tendencias positivas en algunos países –por ejemplo, la persistente disminución del déficit fiscal, el mantenimiento de equilibrios macroeconómicos y la recuperación o elevación del gasto social–, el crecimiento económico ha sido inestable y con ritmos inferiores a los históricos. En comparaciones internacionales, la alta volatilidad del PIB de la región duplica la de los países industriales y la volatilidad del consumo de los hogares es aún mayor, y ha aumentado desde la década de los ochenta (De Ferranti *et al*, *apud* Sojo, 2003:122).

Esa vulnerabilidad social se manifiesta de varias formas: por los altos niveles de pobreza, en muchos países por encima de la media; deterioro de los indicadores redistributivos, con pocas excepciones; debilitamiento del mercado de trabajo, sin seguridad social y aumento del desempleo; reducción de ingresos, empobrecimiento de sectores con previa inserción formal en el mercado de trabajo y perpetuación de la tendencia a la concentración de la renta. Todo lo anterior hace que un vasto contingente de los sectores medios, que no es pobre según sus ingresos, sea sin embargo, vulnerable. Además, se incrementan los hogares adyacentes a la línea de pobreza (Sojo, 2003:123).

En lo que se refiere al área de la salud, en términos generales, la situación no es animadora. Considerando las singularidades de los perfiles epidemiológicos y las desigualdades en salud y del acceso a los servicios,

los distintos países enfrentan transiciones epidemiológicas de grados variados, pero siempre polarizadas, en las que se sobrepone las enfermedades transmisibles y degenerativas, y el bienestar en salud se distribuye de manera desigual en detrimento de los más pobres.

Además, se puede decir que en la última década del siglo XX, a pesar de esa precaria situación de salud de la mayoría de las poblaciones, y de las inmensas desigualdades regionales, el financiamiento público poco se alteró, al mismo tiempo que el gasto privado se mantuvo alto, con reducción del componente directo del gasto de las familias en favor del gasto en seguros privados y en esquemas de prepago, de las empresas y otras organizaciones de la sociedad.

Empeoraron el acceso y la utilización de los servicios de salud, y se deterioró de manera considerable la capacidad sectorial instalada, en su mayoría pública, también con pocas y honrosas excepciones, y con serias consecuencias en términos de equidad y en las acciones de salud pública. Los países que históricamente no habían proporcionado a su población una adecuada cobertura de salud, ya sea en términos horizontales (población cubierta), o verticales (prestaciones efectivas en todos niveles de complejidad), han sido los que más han experimentado el agravamiento de esa situación.

En relación con los seguros nacionales de salud diseñados e implementados en la región, están sometidos a los ciclos económicos. La expansión del empleo informal, del desempleo y la caída de salarios reales, limitan la capacidad redistributiva de esos seguros y reducen la capacidad de operación de los institutos de seguridad social, por las fuentes de recursos basadas en la contribución obligatoria de empleados y empleadores.

La volatilidad característica de la macroeconomía latinoamericana, sea producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, contribuye a una dinámica de falta de sostenibilidad financiera y reducción de la atención de la salud, o sea, la fragilidad financiera se potencia ante las crisis económicas, con reducción del gasto social.

En todos los casos, los sistemas de aseguramiento social enfrentan profundos déficit, que agravados por las deficiencias de gestión, contribuyeron a: la reducción o no alcance de la cobertura; disminución de las prestaciones y del *mix* de servicios, ya sean establecidos por paquetes de prestaciones, o capacidad de oferta; reducción de la calidad de la atención. Al ser así, pierden también sustentabilidad política, además de que hay importante derivación de beneficiarios al sector público, con iguales o mayores limitaciones.

Los costos de inversión y de transacción para la implementación de esos modelos son altos y deben tomarse en cuenta dada la restricción de recursos y de organización institucional. Hay poco espacio para seguir a expensas de fuentes privadas de financiación y es difícil progresar sin incrementar los niveles relativamente bajos de gasto público en salud y la capacidad de implementación.

El principal resultado de esos procesos ha sido que las reformas no fueron capaces de superar la segmentación y la fragmentación de los sistemas de atención, muchas veces introduciendo nuevas *segmentaciones* perversas en las ya existentes estructurales.

Algunas oportunidades y desafíos pueden ser identificados, a pesar de todas las dificultades señaladas:

1. Un reto importante consiste en mantener la sostenibilidad financiera del siste-

ma de financiación frente a las presiones macroeconómicas, con independencia de los ciclos económicos. Y eso no es solucionable mediante cambios apenas en los sistemas sanitarios.

2. Hay necesidad de encontrar mecanismos innovadores para expandir esquemas de protección social y de salud, centrados en la universalidad y solidaridad, que sirvan de contrapeso al incremento de los niveles de pobreza, a la expansión del sector informal, y a los bajos niveles de financiación pública como porcentaje del PIB.
3. El problema requiere de soluciones que combinen la reingeniería de políticas sociales, un nuevo diseño para la entrega de servicios integrados de salud, reformas financieras y tributarias, reorganización de los sistemas de salud segmentados, y desarrollo de capacidad de implementación y de regulación.
4. Son necesarias evaluaciones precisas en la perspectiva de búsqueda de evidencias empíricas que comprueben o refuten las premisas de que parten las agendas de reforma, además de la búsqueda de caminos alternativos más promisorios (metodológicos y organizacionales) para la superación de las desigualdades sectoriales.
5. Es importante generar estrategias de fomento de la salud y prevención de enfermedades y daños, que presuponen *interferencias* sobre sistemas de producción de prácticas de vida cotidiana (en la comunidad) y de nuevas prácticas y procesos de trabajo (en los servicios de salud). Eso requiere de una nueva orientación de los sistemas de salud bajo una perspectiva más allá de la asistencia médica, tomando la promoción de la salud como eje orientador de los sistemas).
6. La evaluación de resultados de las reformas debe tomar la equidad como



principio rector (“políticas de salud orientadas a la equidad”), ya sea en el proceso de cuidado en salud o en el impacto de ese proceso global de cambio en la salud de las poblaciones. No es fácil, evaluar impacto y resultados, o eficacia y efectividad, pero el desafío debe ser enfrentado. Para eso se hace necesaria inversión en desarrollo de metodologías de evaluación e indicadores.

7. Los avances (exitosos o no) en cuanto a la puesta en marcha de innovaciones en los sistemas de salud requieren ser compartidos y analizados con sentido crítico, posibilitando el intercambio y el aprendizaje entre todos los actores involucrados en esos procesos transformadores.
8. La singularidad de las experiencias nacionales constituye fuente muy valiosa para la reflexión, el debate y intercambio.

Para terminar, el rescate de la política es esencial en los procesos de reforma, considerando que la tendencia es la de descalificar la política, y difundir la creencia de que es posible hacer cambios técnicos importantes en la estructuración de los sistemas de salud sin tomar en consideración los distintos proyectos enfrentados y la resistencia de los actores contrarios al cambio, además de que se han creado nuevos actores muy poderosos y que se han lucrado con esas transformaciones.

Sin negociar y establecer acuerdos, la propuesta de cambio está destinada al fracaso. Resta saber cuáles son los acuerdos que van a dar sustentación política a la reforma y a quiénes están favoreciendo: si es a los principios de equidad (o sea a la población) o a intereses particulares.

Últimamente, en las arenas nacionales e internacional, se identifican nuevas coaliciones que apuntan hacia un fuerte cuestionamiento de la agenda restrictiva de reforma,

y hacia el rescate de los principios de universalidad, equidad y solidaridad como fundamento de los sistemas de salud. Es importante el fortalecimiento de estas coaliciones y creación de otras.

Esas son dimensiones importantes de las reformas sectoriales que no están siendo consideradas en forma adecuada y dependen de la actuación conjunta de varios actores, ya sea en cada país o en el contexto regional.

Sin descalificar o minimizar los esfuerzos que están siendo realizados, el cotejo de los resultados de las evaluaciones debe ser siempre reinventado con creatividad. Sin embargo, es crucial revigorizar nuestra capacidad de análisis crítico y creatividad innovadora.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, CM. 1995. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Tese de doutorado. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Almeida, CM. 1996a. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo. 5 (2):3-57.
- Almeida, CM. 1996b. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. En: *Política de saúde e inovação institucional*. Costa, NR; Ribeiro, JM, org. Editora Fiocru. Rio de Janeiro: 69-98.
- Almeida, CM. 1997. Crise econômica, crise do welfare e reforma sanitária. En: Gerschman, S; Werneck, ML; org. *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: 177-200.
- Almeida, CM. 1999a. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4 (2):263-286.
- Almeida, CM, Travassos, C; Porto, S; Baptista, TWF. 1999b. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. *Research In Public Health Technical Report*. OPS. Washington, DC: 1-89.
- Almeida, CM. 2000a. Saúde nas reformas contemporâneas. In: Costa, AM; Merchán-Hamann, E; Tajer,

- D. (orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero*. Editora UnB, Alames, Abrasco. Brasília.
- Almeida, CM. 2000b. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate - Revista do Cebes*. 24 (54):6-21.
- Almeida, CM. 2001. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico Sociales*. 79 (1):27-58.
- Almeida, CM; Braveman, P; Marthe, RG; Szwarcwald, CL; Ribeiro, JM; Miglionico, A; Milar, J; Porto, S; Costa, N do R; Ortún, V; Segall, M; Starfield, B; Travassos, C; Ugá, MA; Valente, J; Viacava, F. 2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*. 357:1.692-1.697.
- Almeida, CM. 2002a. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (4):905-925.
- Almeida, CM. 2002b. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (supl.) : 23-36.
- Almeida, CM. 2003. O sus que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?. Comentários ao texto "Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia", by Marta Arretche. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8 (2) : 346-352.
- Almeida, CM. 2005. Reforma del Estado y del sector salud em América Latina. In: Maria Cecília de Souza Minayo; Carlos EA. Coimbra Jr. *Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editora Rio de Janeiro: Fio-cruz:275-298.
- Almeida, MH. 1995. Federalismo e Políticas Sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 10 (28):109-122. Anpocs. São Paulo.
- Altimir, O. 1998. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. In: Tokman, V; O'donnell, G. (org.) *Pobreza y desigualdad en América Latina*. Pados. Buenos Aires, Barcelona, México, DF.
- Baltodano, AP. 1997. Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina y Estado, ciudadanía y política social en América Latina. Andrés Pérez Baltodano (Ed.) *Globalización, ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones*. Nueva Sociedad. Venezuela: 16-66.
- Barros, E. 2001. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (2):307-310.
- Bartlett, W; Le Grand, J. 1993. *Costs and Trusts SAUS*. Studies in Decentralisation and Quasi-Markets. School for Advanced Urban Studies. UK. Bristol.
- Bartlett, W; Le Grand, J. 1992. *The impact of NHS Reform on Hospital Costs*. Saus Studies in Decentralisation and Quasi-Markets No. 8. School for Advanced Urban Studies. UK. Bristol.
- Bennett, RJ. 1990. Decentralization, intergovernmental relations and markets: Towards a post-welfare agenda? En: Bennett, RJ, ed. *Decentralization local government and markets. Towards a post-welfare agenda*. Clarendon Press Oxford. Nueva York.
- Berman, P; Bossert, TJ. 2000. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Data for Decision Making Project. International Health Systems Group. Harvard School of Public Health. Boston (mimeo.)
- Berman, P. 1995. Health sector reform: Making health development sustainable. In: *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable* (P. Berman, ed.) Harvard University Press. Boston: 13-33.
- Bobbio, N; Mateucci, N; Pasquino, G. 1993. *Dicionário de Política* 5ª Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. (Edunb). Brasília: 2:663-1318.
- Bobbio, N. 2000. *Teoria Geral da Política - A Filosofia Política e as Lições dos Clássicos*. 2ª Ed. Editora Campus. Rio de Janeiro.
- Bobbio, N. 2002. *Igualdade e Liberdade*. 5ª Ed. Ediouro. Rio de Janeiro.
- Bossert, T; Larrañaga, O; Meir, FR. 2000. Decentralization of the health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*. (8):84-92.
- Braveman, P; Starfield, B; Geiger, HJ. 2001. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323:678-680.
- Bustelo, E. 1994. Hood Robin: ajuste e equidade na América Latina. *Planejamento e Políticas Públicas*. 11:4-48.
- Carvalho, JAM. 1998. La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina. Desafíos y oportunidades. En: *pobreza y desigualdad en América Latina*. Tokman, V; O'Donnel, G. (org.) Pados. Buenos Aires, Barcelona, México, DF: 69-96.



- Celade (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2000. Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos. *Serie Población y Desarrollo No. 6*. División de Población, Proyecto Regional de Población 2000-2003. Cepal. Santiago de Chile.
- Celade (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). *Boletín Demográfico América Latina y Caribe No.70*. Indicadores seleccionados con una perspectiva de género. Cepal. Santiago do Chile.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1990. *Transformación productiva con equidad – La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Naciones Unidas, Cepal. Santiago de Chile.
- Cepal/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud). 1994. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. OPS. Washington DC.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2000. *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Naciones Unidas, Cepal. Santiago de Chile.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) 2001. *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Naciones Unidas, Cepal, Santiago de Chile.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2002. *Panorama social de América Latina y el Caribe*. Cepal. Santiago de Chile.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2003a. *Panorama social de América Latina, 2002-2003*. Cepal. Santiago de Chile.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Primera reunión técnica preparatoria 22 al 25 de julio de 2003 y XII Conferencia de primeras damas, esposas y representantes de los Jefes de Estado y de gobiernos de las Américas, 15 al 17 de octubre de 2003. Santo Domingo (República Dominicana).
- Céspedes-Londoño, JE; Jaramillo-Pérez, I; Castaño-Yepes, RA. 2002. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (4):1003-24.
- Cohen, E; Franco, R. 1993. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis. Vozes.
- Cominetti, R. 1994. Ajuste social y gasto fiscal. *Revista de la Cepal*. 54: 47-60.
- Eohcs/Who (European Observatory on Health Care Systems, World Health Organization). 1999. Health care systems in transition – Eohcs/Who. United Kingdom, Copenhagen.
- Fanelli, JM; Frenkel, R; Rozenwurcel, G. 1992. Crecimiento y reforma estructural en América Latina. La situación actual. *In: A dónde va América Latina*. Cedes. Buenos Aires.
- Filgueiras, C; Lombardi, M. 1995. Social policy in Latin America. *In: Morales-Gomez, D; Torres, M. (org.) Social Policy in a Global Society*. International Development Research Center. Ottawa.
- Filgueiras, CH. 1997. Bienestar, ciudadanía, y vulnerabilidad en Latinoamérica. *En: Globalización, ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones* A P. Baltodano, org.). Nueva Sociedad. Caracas: 123-147.
- Findling, L; Arruñada, M; Klimovsky, E. 2002. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de obras sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (4):1077-1086.
- Fiori, JL. 1993. Sobre a crise contemporânea: Uma nota perplexa. *Síntese - Nova Fase*. 20:387-402.
- Foucault, M. 1979. *Microfísica do Poder*. Edições Graal. Rio de Janeiro.
- France, G. 1993. Mercati interni nel settore ospedaliero. *In: Elena Granaglia (a cura di), Privatizzazione e Servizio Sanitario Nazionale*. Alcune Riflessione a proposito dei mercati interni. *Politica*. (56):35-80.
- Ghetti, V. (org.) 1987. *Deregulation versus Regulation nei Sistemi Sanitari in Cambiamento*. Franco Angeli Libri. Milano.
- Ham, C. 1997. Population-centered and patient-focused purchasing: the U.K. experience. *The Milbank Quarterly*. 74 (2):191-214.
- Hernández, M. 2002. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. *En: Restrepo, DI. (editor). La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 347-361.
- Hoeven, R; Van Der, Stewart F. 1993. Social development during periods of structural adjustment in Latin America. International Labour Office - Occasional Paper 18 (mimeo).
- Jamison, D; Sandhu, M. 2001. Who ranking of Health System performance. *Science*. V (293):1.595-1.596.
- Janovsky, K; Cassels, A. 1995. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. *In:*



- Health Policy and Systems Development - An Agenda for Research* (K. Janovsky, ed.) World Health Organization. Geneva: 11-23.
- Jaramillo, I. 2002. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*. 16 (1):48-53.
- Katz, J; Miranda, E. 1994. Morfología, comportamiento y regulación de los mercados de salud. *Revista de la Cepal No. 54*. Santiago de Chile. Diciembre: 7-25.
- Kaufman, R. 1995. The Politics of State Reform: A Review of the Theoretical Approaches. (mimeo) 33 p.
- Kettl, D. 1996. The Global revolution: Reforming Government Sector Management. Paper apresentado no Seminário Internacional A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado -Mare, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília: 11-23 (mimeo).
- Kliksberg, B. 2000. *Desigualdades na América Latina: o debate adiado*. Cortez. Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura. São Paulo, Brasília.
- Knowles, JC; Leighton, C. 1997. *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators*. Special Initiative Report 1. ABT Associates Inc./Harvard School of Public Health. Bethesda.
- Lange, P; Regini, M. 1988. *Stato e Regolazione Sociale*. II Mulino. Bologna.
- Levcovitz, E; Lima, LD; Machado, CV. 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 6 (2):269-291.
- Londoño, JL; Frenk, J. 1995. *Structured Pluralism: towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Technical Department for Latin America and the Caribbean. World Bank. Washington, DC.
- Londoño, JL. 1995. Opciones para reformar la organización de los servicios de salud. Departamento Técnico para a América Latina e Caribe. Banco Mundial. Washington, DC.
- Londoño, JL. 1996. Estructurando el pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. *Revista de Análisis Económico*. 11 (2):37-60.
- Maceira, D. 2001. Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe. *Partnership for Health Reform. Ediciones Especiales 3*. Elaborado para el Foro sobre aseguramiento social en salud. 10-13 de julio de 2000. Montelimar (Nicaragua).
- Maceira, D. 2003. Seguros sociales de salud en el Cono Sur: experiencias y desafíos. Documento preparado para el Tercer foro interamericano de liderazgo en salud. Organizado por el BID, Fundación Mexicana para la Salud y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. 16-17 de diciembre de 2002. Buenos Aires (Argentina) (mimeo).
- Malloy, J. 1993. Statecraft, Social Policy, and Governance in Latin America. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*. 6 (2) : 220-274.
- Mateucci, N. 1993 Liberalismo. In: Bobbio, N; Matteucci, N; Pasquino, G. (org.). *Dicionário de Política*. (5ª Edição). Editora Universidade de Brasília. Brasília. 2:686-705.
- Mattos, R. 2002. Desenvolvendo e oferecendo idéias. Um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. UERJ/RJ.
- Mclachlan, G; Maynard, A. (eds.) 1982. *The Public/Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change*. The Nuffield Provincial Hospital Trust. London.
- Melo, MA; Costa, NR. 1994. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. 11:50-108.
- Meny, I; Thoenig, JC. 1992. Capítulos I - El *Welfare State*: un campo privilegiado para el análisis de las políticas públicas; y II - Políticas públicas y teoría del Estado. En: Ives Meny, I; Thoenig, JC. *Las políticas públicas*. Editorial Ariel, SA. Barcelona: 19-82.
- Mills, A. 1990. Decentralization concepts and issues: a review. In: Mills, A, et al. (eds.) *Health System Decentralization: concepts, issues and country experiences*. WHO. Geneva.
- Molina, R, et al. 2000. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8:71-83.
- Mooney, G; Jan, S. 1997. Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*. 39:79-87.



- Navarro, V. 2000. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*. 356:1.598-1.601.
- Ocampo, JA. 2002. Globalización y desarrollo. Cepal. Santiago de Chile: 396. Disponible en: <http://www.incae.ac.cr/biblioteca/n cadqui/ncset2002adq.shtml> (Consultado el 8/1/2004).
- OECD. 1987. "Financing and delivering health care - a Comparative Analysis of the OECD Countries". *Social Policy Studies* (4).
- OIT (Organização Internacional do Trabalho). 2003. Tendencias mundiales de empleo. Disponible en: [www.desigualdade.com.br](http://www.desigualdade.com.br) (Consultado el 03/ octubre/2003).
- Oppenheim, FE. 1993. Igualdade. In: Bobbio N; Matteucci, N; Pasquino, G (org.), *Dicionário de Política*. (5ª Edição). Editora Universidade de Brasília. Brasília. 2:597-605.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1995. *Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la década de los noventa*. OPS/ Organización Mundial de la Salud. Washington, DC.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1999. *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe*. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. Washington, DC.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Salud y Desarrollo Humano. Base de datos de la DHH-PDH/OPS (mimeo).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud)/Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1994. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina*. OPS. Washigton, DC. (Documentos reproducidos, 41).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2000. *Base de datos*. Programa de Salud y Desarrollo Humano. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. Washington, DC. (mimeo).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001. *Evaluación de desempeño y desarrollo de los sistemas de salud en la región de las Américas*. PAHO. Washington, DC.
- Oslack, O; Boneo, H; Fanelli, AG; Llovet, JJ. 1987. Descentralización de servicios de salud. El Estado y los servicios de salud. *Serie Desarrollo de Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (17):1-12. (mimeo).
- Paalman, M, et al. 1998. A critical review of priority setting in the health sector: the 1993 World Development Report. *Health Policy and Planning*. 13 : 13-31.
- Poullier, JP. 1990. El afán por la eficiencia. *ICE- Información Comercial Española. Revista de Economía - Reformas Sanitarias Actuales*. Madrid. Mayo-junio. (681-682):7-26.
- PRB (Population Reference Bureau). 2002. Cuadro de la población mundial del Population Reference Bureau, datos y cálculos demográficos sobre países y regiones del mundo. PRB. Washington DC.
- Przeworski, A. 1996. On the Design of the State: A Principal-Agent Perspective. Paper presentado no Seminário Internacional A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - Mare, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília: 16-17.
- Rosen, G. 1980. *Da Polícia Médica à Medicina Social – Ensaio sobre a história da assistência médica*. Edições Graal. Rio de Janeiro.
- Rosen, G. 1994. *Uma História da Saúde Pública*. Editoras UNESP / Hucitec/ Abrasco. São Paulo.
- Santos, W GA. 1998. Trágica condição da política social. In: Abranches, SH; Santos, W G. Dos; Coimbra, MA. (eds.) 1998. *Política Social e Combate à Pobreza*. Jorge Zahar. Rio de Janeiro.
- Schieber, G; Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*. 18:193-205.
- Sojo, A. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. *Serie Políticas Sociales No. 39*. Cepal. Santiago de Chile.
- Sojo, A. 2001. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la Cepal*. 74: 139-157.
- Sojo, A. 2003. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal*. 80: 121-140.
- Suarez-Berenguela, R. 2000. *Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implication*. Working Document. Pan American Health Organization/World Bank. Washington, DC.
- Székely, M. 2001. The 1990's in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Inter-American Development Bank. (Working paper, 454). Washington DC.
- Travassos, C. 1992. *Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in*

- the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986.* PhD Thesis, The London School of Economics and Political Science. Department of Public Administration. London.
- Travassos, C; Viacava, F; Fernandes, C; Almeida, C. 2000. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil (Geographical and Social Inequalities in health service utilization in Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 4 (3):133-150.
- Ugá, A. et al. 2001. Consideraciones sobre el Informe de la OMS - 2000. *Revista de Salud Pública*. 3 (1):1-12. [www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp](http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp)
- Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*. 22 (3):429-445.
- Walt, G. 1994. Health policy. An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg, Nueva Jersey, Londres.
- WHO (World Health Organization). 1995. *Achieving Evidence-Based Health Sector Reforms in Sub-Saharan Africa*. Background Paper for an Inter-Country Meeting. WHO. Arusha.
- WHO (World Health Organization). 2000. *World Health Report 2000*. WHO. Geneva.
- World Bank. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. (An World Bank Policy Study). (Doc. preparado por Akin, John S; Birdsall, Nancy; Ferranti, David). Washington, DC.
- World Bank. 1993. *World Development Report: investing in health*. World Bank. Washington, DC.
- World Bank. 2003. Luchando contra la pobreza, a través de una mejor salud. Las actividades del Banco Mundial en salud, nutrición y población en América Latina y el Caribe. LCSHH. Disponible en: [http://alc.gdln.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz\\_BancoMundial\\_mortalidad\\_i](http://alc.gdln.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz_BancoMundial_mortalidad_i) (Consultado el 06/12/2003).
- World Bank. 2004. *World Development Report: making services work for poor people*.

