
ESPACIO ABIERTO

**La reforma de los sistemas de salud:
tendencias mundiales y efectos en
Latinoamérica y el Caribe**

Ramón Granados Toraño

La penuria de la salud pública

Consuelo Ahumada Beltrán

**La pandemia del VIH/Sida:
una mirada desde la sociedad
del riesgo**

Manuel Espinel Vallejo

**La salud en Colombia:
abriendo el siglo... y la brecha
de las inequidades**

Esperanza Echeverri López



La reforma de los sistemas de salud:

TENDENCIAS MUNDIALES Y EFECTOS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE*

Ramón Granados Torano

Resumen

Se hace una revisión del contexto en el cual surgen las reformas de los sistemas de salud y se analiza con sentido crítico como éstos condicionan muchas de las conformaciones del proceso en Latinoamérica y el Caribe. Se discuten los aspectos políticos del proceso y se develan algunos resultados de la reforma en relación con la equidad, universalidad y adecuación de las respuestas a la naturaleza de los problemas que enfrentan los sistemas latinoamericanos de salud. Se debate la relación entre teoría política y reforma de los sistemas de salud y se extraen conclusiones acerca de este complejo proceso para las realidades latinoamericanas y caribeñas.

Palabras clave: reforma de los sistemas de salud, política de salud, equidad, universalidad, igualdad, neoliberalismo, producción social de la salud, salud para todos, atención primaria de salud.

Abstract

This article is a revision of the context in which the health systems reforms arise and also it analyzed in a critical way how this context conditionate many of the conformations of the process in Latin America and the Caribbean. The political aspects of the process are discussed and some results of the reform in relation to the equity, universality and adjustment of the answers to the nature of the problems that face the Latin American health systems. It debate the relation between political theory and the reform of the health systems and extracted conclusions about this complex process, for Latin American and Caribbean realities.

Key Words: health systems reform, health policy, equity, universality, equality, neoliberalism, social health production, health for all, primary health care.

Introducción

El presente artículo expone algunas reflexiones sobre los sistemas de salud, tema complejo que ha tenido ocupado, en los últimos

años, a los tomadores de decisiones políticas de ministerios de salud, a la comunidad académica de los países del continente y a la cooperación internacional en salud. Entender este proceso complejo es fundamental para poder interactuar con él.

A pesar de la conocida concepción que analiza la influencia determinante que tienen los factores sociales, culturales y económicos productivos sobre la salud de la pobla-

* Versión escrita de la conferencia presentada en el 2º semestre de 2002 en el ciclo de conferencias "Economía, política social y salud", que se llevó a cabo en el marco de la asignatura del mismo nombre y que se imparte en la especialización y administración de salud con énfasis en seguridad social.



ción y de que hace más de siglo y medio que se ha demostrado que el mejoramiento del estado de salud de la población (es clásico en salud pública el ejemplo de Inglaterra y Gales), responde más al mejoramiento de la disponibilidad de alimentos y del acceso a los alimentos por parte de la población, al mejoramiento de la calidad de vivienda, a la disminución del tamaño de las familias y de la obtención de un ingreso seguro, que al rol de los servicios de salud. Al abordar los contenidos de la reforma muchos de estos postulados se olvidaron y se redujeron las transformaciones de los sistemas de salud a sus dimensiones institucionales de naturaleza organizativa financiera.

Los rigurosos estudios de Thomas McKeown y de Milton Terris, por solo citar dos autores, fueron dejados de lado. Las concepciones de la promoción de la salud, la nueva salud pública y las recomendaciones de la Conferencia de Ottawa y otras no se tuvieron en cuenta. Pero más aún se obvió la evidencia empírica de que la tuberculosis, por poner un ejemplo, había disminuido, prácticamente, como problema de salud pública en Inglaterra, mucho antes de que se descubrieran las drogas tuberculostáticas y que las enfermedades inmuno prevenibles¹, como muchas otras enfermedades, habían dejado de ser un problema de salud pública en Europa, algunas de ellas prevenibles por vacunas, mucho antes de que los programas de inmunización, fueran un elemento masivo en la población europea.

De manera que, a la hora de decidir rumbos para la reforma de los sistemas de salud, hubo una distorsión acerca de lo que es salud y acerca de cómo se mejora la salud del público; se privilegió el rol de los hospitales, de las instituciones y de los médicos y se

hizo un mito acerca de la libertad de elección, de la institución o el médico que debía atender la enfermedad². Mucha demagogia (o ilusiones inocentes) se hizo con este asunto dentro del paquete reduccionista de la reforma al estilo neoliberal.

Otro tema que se utilizó como coartada para la reforma de las instituciones de salud fue el de la revolución de las expectativas del público con los sistemas de salud y de la profunda insatisfacción de los ciudadanos con los sistemas de salud. Ello merecerá algunas consideraciones, porque hay impresiones disímiles de este fenómeno complejo: algunos lo sitúan como factor desencadenante de las reformas; otros le ven sus aristas negativas. Lo cierto es que hay aspectos negativos y positivos en este fenómeno social.

¿En que contexto se produce este fenómeno llamado reforma de los sistemas de salud? En el contexto en el que se inicia este proceso de cambio en los sistemas de salud, en Latinoamérica y el Caribe y también en los países industrializados se pueden identificar regularidades a escala mundial. Así, Europa Occidental hizo algunos esfuerzos para modificar sus sistemas de salud y aplicó algunas experiencias basadas en el modelo norteamericano de la competencia gerenciada, propuesta por Enthoven para Estados Unidos, algunas de las cuales alimentaron el paradigma dominante, que se fue imponiendo en estos países.

1 Aunque se reconozca la importancia fundamental del tema de las inmunizaciones.

2 Este último fue otro fetiche que estuvo detrás de algunas decisiones de reforma de los sistemas de salud y que ganó muchos adeptos. Un elemento tan atrayente como elusivo, pues grandes masas de población, una proporción muy importante de la población latinoamericana, no tiene acceso a servicios básicos de salud y no tiene ninguna posibilidad de elegir nada. O sea, no hay ninguna libertad de elección posible; otra parte importante no tiene muchas opciones que le permitan elegir bien.



A partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, con más fuerza a partir de 1987, ingresa este movimiento reformador en nuestros países de Latinoamérica y el Caribe. Es un contexto de cambios políticos, económicos, sociales, demográficos, epidemiológicos; de cambios en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y todos ellos tienen que ver con los sistemas y con la atención a los problemas de salud. Es un contexto de escalada importante de costos de los sistemas de salud y en el cual se ha producido una revolución en cuanto a las expectativas que tienen los ciudadanos con estos sistemas. A continuación se abordarán los anteriores aspectos.

1. El contexto de cambios mundiales: sus distintas dimensiones

Ha habido transformaciones sustanciales desde el punto de vista político, económico, social, cultural, sanitario, epidemiológico y demográfico. Ellas son el substrato de las reformas de los sistemas de salud, aunque su peso relativo en las decisiones es desigual.

1.1. Lo político y lo económico

El mundo a partir de los años ochenta, modifica determinadas concepciones del desarrollo político, económico y social. Hay un momento en la historia de la humanidad en que todo aquello que se venía desarrollando bajo las concepciones del estado de bienestar empieza a ser muy criticado. Se acusa al estado de corrupto, ineficiente, ineficaz, monopólico en el manejo de la cosa pública y empiezan a producirse una serie de cambios en cuanto a las opciones de desenvolver los procesos de desarrollo, desde el punto de vista político, económico y social.

neoliberales (el neoliberalismo), que aparecen y se auto titulan como la única forma en la cual se pueden conducir los procesos de desarrollo. Son momentos en los cuales se habla inclusive del fin de las ideologías y de la historia. Paralelamente se profundiza el proceso de globalización de los mercados, las costumbres, la política, la economía y se empieza a producir lo que se ha dado en llamar el desvanecimiento del estado nacional. Comienza una retirada del estado que pierde importancia como conductor de los procesos de desarrollo, como resultado de las nuevas opciones filosóficas, políticas y económicas acerca del desarrollo. Hay cambios importantes en la economía mundial y los países en vías de desarrollo comienzan a tener un papel marginal dentro del comercio mundial.

El comercio mundial, en la actualidad, se mueve con mucha menos influencia de la exportación de materias primas procedentes de los países en vías de desarrollo, cambia el papel de la fuerza de trabajo dentro de los procesos productivos; se necesita menos fuerza de trabajo, y hay ausencia de opciones alternativas claras a la neoliberal, que se hizo hegemónica. Eso está pasando en el mundo a partir de los años 1980-1985, que es la época en que, en Europa, emerge la doctrina neoliberal del desarrollo, con el gobierno de la Primera Ministra Margaret Thatcher, en el Reino Unido, y en Estados Unidos con el de Ronald Reagan.

1.2 Lo social

Es un contexto de cambios sociales importantes, el llamado turbo capitalismo, capitalismo neoliberal, capitalismo en la sociedad de la información (*capitalismo informacional*), denominado por otros, capitalismo salvaje; la fuerza ciega del mercado con las consecuencias de una escalada de la pobreza en los países en vías de desarrollo y aún



dentro de los países industrializados. Prácticamente la desaparición de la clase media como un fenómeno social nuevo, a partir de los años ochenta; el hecho de que grandes masas de población viven en una situación de marginalidad extrema, de exclusión social profunda, de *apartheid social*. Es una sociedad que cada día necesita menos empleo, la Sociedad 20-80³; es decir que con 20% de la población económicamente activa puede ser productiva la sociedad moderna, lo cual significa una cantidad enorme de desempleo o de subempleo, en nuestros países y en los desarrollados e industrializados.

Esta nueva sociedad ha acumulado una enorme deuda social y sanitaria e incrementado las brechas sociales. En vez de disminuir las diferencias entre los grupos de población en mejor estado, o en mejores condiciones socio económicas y aquellos en circunstancias más precarias, esa brecha se ha ido profundizando, coherente con las concepciones filosóficas, políticas y económicas dominantes y como efecto, muchas veces, de la privatización de los servicios sociales. Hay grandes masas de población excluidas de los beneficios de la salud. La región de las Américas en 1997 tenía 36% de sus hogares por debajo de la línea de la pobreza, con diferen-

cias que van desde 5,9% en Canadá hasta 65% en Haití, así como 13% de población analfabeta, con diferencias entre 0,5% en Estados Unidos y 52,2% en Haití.

Desde el punto de vista social, eso es lo que está pasando en nuestros países, lo que está sucediendo en el mundo a partir de los años ochenta.

1.3 Lo demográfico

Aunado a lo anterior, hay cambios demográficos importantes. La población del Tercer Mundo ha crecido de manera explosiva, lo que significa que la mundial aumenta a expensas de los pobres, precisamente, por las condiciones sociales mencionadas anteriormente. Además se viene presentando un proceso de envejecimiento de la población y de migración rural urbana, por la falta de opciones de desarrollo agrícola sostenible y algunos efectos indeseables de la globalización de los mercados y la apertura económica sobre la producción agrícola de los países en vías de desarrollo. La población se mueve hacia las ciudades y engrosa los cinturones de miseria en las grandes urbes, en búsqueda de opciones de vida, lo que cada vez se hace más difícil de materializar. Entre los cambios que se han dado en lo urbano y rural, en la mayoría de nuestros países, se puede verificar un deterioro ecológico. Por eso se plantea que no hay algo más antiecológico que la pobreza. De 1990 al 2000 se perdieron anualmente 37 mil km² de bosques, lo que representa 0,5% de la masa forestal de América Latina. Con esta tendencia en el 2010 se habrá deforestado 5% de los bosques de la región.

1.4 La situación de salud

Desde el punto de vista de la situación de salud nos enfrentamos con perfiles epidemiológicos y sanitarios complejos, donde

3 La Sociedad 20/80 es un concepto manejado por los autores Martin y Schumann. De acuerdo con ellos significa según los cambios operados en la economía mundial y los tecnológicos de la sociedad de la información, hay un excedente de población gigantesco y que con solo 20% de la población mundial económicamente activa, se puede mantener la producción del mundo, bajo los modelos actuales y con los niveles de privación existentes para grandes masas de población. Eso significaría que habría un excedente del 80% de la PEA mundial. En este sentido, habría que generar alimentación mínima para satisfacer las necesidades de esa masa de población y entretenimientos, lo que le llamaron el *tititainment* (del inglés *titi*, pecho, lactancia y *tainment* de *entertainment*, entretenimientos) sin lo cual la posibilidad de explosiones sociales sería enorme.



conjuntamente con enfermedades ligadas a la pobreza, emergen las crónicas degenerativas, mosaico de enfermedades que se califica como *acumulación y polarización epidemiológica* aludiendo a las desigualdades sociales de su distribución. Cada vez pesan más el cáncer, las cardiovasculares y las metabólicas, en los perfiles de salud, enfermedad de los países en vías de desarrollo. La violencia como un problema de salud importante, las estrategias de sobre vivencia y de defensa del espacio vital, de gran parte de la población de nuestros países y el marginalismo y la exclusión social como fenómenos socio sanitarios, demandan respuestas sociales y de salud complejas. La emergencia de nuevas enfermedades como el Sida, la drogadicción, los problemas mentales epidémicos y la reemergencia de viejas plagas y enfermedades que algunas habían sido controladas o estaban en franco descenso (tuberculosis, cólera, malaria, dengue y otras), están la mayoría de ellas asociadas al deterioro social y ambiental, y a la tensión de los movimientos migratorios hacia zonas urbanas sin servicios de salud, sociales y sanitarios adecuados.

1.5 Lo científico tecnológico

Desde el punto de vista tecnológico ¿qué ha venido pasando? Un desarrollo inusitado de la ciencia y tecnología biomédicas y de organización de servicios de salud, incluida la informática para la gestión, el análisis de la situación de salud y la difusión de información científica y técnica al gran público, lo cual ha escalado los costos de los sistemas de protección y atención de la salud.

Se ha producido un boom de la tecnología diagnóstica y curativa, lo que se ha dado en llamar el fetichismo médico sofisticado, aunado a la rápida obsolescencia moral del equipamiento médico y de la tecnología en salud. La tecnología biomédica podría ex-

plotarse mucho más tiempo de lo que se hace, sin embargo rápidamente envejece y es sustituida por una nueva generación tecnológica. Lo mismo está pasando en el campo de los medicamentos. Estos temas están dentro de la lógica de la globalización y sufren la influencia de los intereses económicos transnacionales de la industria médico farmacéutica y del complejo médico farmacéutico industrial. Y frente a este *boom* tecnológico y la irracionalidad de la obsolescencia moral, cada día es mayor la dificultad que tienen grandes masas de población para acceder a los beneficios de la ciencia y las técnicas contemporáneas ligadas con salud y con el bienestar social. La dependencia tecnológica, en el caso de nuestros países, agrava aún más este problema; es decir, se trata de países productores marginales de tecnología para la salud.

1.6 Lo cultural en salud: el público y las instituciones

Una concepción médico centrista se ha ido creando en la población, al ver que la forma de solucionar sus problemas de salud es a través del uso de tecnología médica sofisticada. Una parte de la responsabilidad por esta distorsión de la opinión pública recae en los servicios de salud y otra en el rol desempeñado por las empresas lucrativas de atención a la enfermedad, lo cual hace cada día más difícil de manejar el tema de la tecnología de salud, por sus costos ascendentes. Como reacción muchas veces, sin abordar las soluciones de fondo, se impuso una visión gerencial estrecha del desarrollo de los sistemas de salud, como si la gerencia aislada pudiera solucionar los problemas de cultura ciudadana e institucional, la irracionalidad del cambio tecnológico y la escalada de costos pudiera abordarse solamente a través de una mejor gestión. Ha sido reduccionista esta limitación de toda la complejidad de la salud y de la protección social a



sus connotaciones económico gerenciales, obviando las otras dimensiones de la producción social de la salud y la enfermedad humana.

Como se mencionó en la introducción, otro tema cultural es la revolución de las expectativas con dimensiones positivas y negativas. Es positivo que la salud desde los años setenta se concibe como un derecho humano fundamental, para lo cual desempeñaron papeles determinantes los resultados de la Conferencia internacional de atención primaria en salud, que realizaron conjuntamente Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma Ata en el año 1978, así como la meta social de Salud para todos en el año 2000, enarbola da por la Asamblea mundial de la salud del año 1977. Todo esto llevó a que la salud se conformó en bandera de lucha de los movimientos de derechos humanos y civiles y cada vez fue mayor la conciencia ciudadana de que era un derecho humano fundamental; nació una nueva cultura de la salud en ese sentido. También la población ha ido incrementando sus niveles culturales y educativos en muchas partes y por tanto reclaman de los servicios de salud la solución a sus problemas, por imperfecto que sea el *empoderamiento* ciudadano con la salud, que se haya logrado hasta ahora.

Como elementos negativos dentro de esta revolución de las expectativas está la distorsión que tiene el público acerca de lo que es calidad: para muchos calidad es la alta tecnología de los hospitales y es el médico especialista y se subvaloran otros elementos que tienen una influencia tan grande o mayor que los servicios de salud en la salud de la población.

2. Los monopolios del mundo industrializado y los sistemas de salud

Samir Amin, habla de cinco monopolios:

- Del control de los mercados financieros (créditos para las reformas)
- Del desarrollo tecnológico avanzado (dominio de las transnacionales en salud)
- De la producción de armas de exterminio masivos (efectos que las mismas podrían tener en circunstancias de un uso deliberado o accidental)
- De los medios masivos de comunicación (conformación de una cultura de masas en salud y en el consumo de bienes y servicios de salud)
- De la explotación de los recursos naturales del planeta (crisis ecológica).

El poder de estos monopolios del mundo industrializado se utilizó para la reforma de los sistemas de salud. Se puso énfasis en los costos de la atención de salud sin profundizar en la influencia de los monopolios del mundo desarrollado en la escalada de los costos. De tal manera que éstos han sido una coartada perfecta para determinadas opciones del cambio, dado el crecimiento sostenido de los gastos sobre todo por la proporción que ocupa la tecnología médica dentro de los gastos nacionales en salud, dentro del producto interno bruto. La nueva revolución tecnológica en salud, incluidos los medicamentos, pesa mucho en los gastos de salud y hace que los costos de la atención médica tengan una escalada tremenda. La necesidad por tanto de contener el costo de la atención, es innegable. Dentro de las concepciones políticas, económicas y filosóficas, que se hicieron hegemónicas, con más fuerza en la década del noventa, hubo un sesgo económico gerencial hacia la búsqueda del costo beneficio y la avalancha cayó sobre



el estado que fue convertido en una abstracción perversa. El poder de los cinco monopolios transnacionales lanzó una carga pesada para sacarlo del paseo.

Es indiscutible que se debe hacer la gestión de la protección social de la salud más eficiente y buscar alternativas costo efectivas que produzcan beneficios comunes y adecuar tecnologías con base en evidencias para responder a los problemas de salud; sobre todo para abordar perfiles epidemiológicos y demográficos complejos, con una población envejecida, con múltiples problemas de salud que requieren de tecnologías costosas y que hay que abordar el tema de la corrupción administrativa.

Sin embargo estos temas se enfrentaron con fe casi religiosa y dieron paso a la creencia de que a través de la búsqueda de mecanismos de mercado, de intermediarios para el negocio de la salud y de la separación de los roles de los diferentes agentes, el proceso de la atención médica podía hacerse más eficiente y se resolvería, de esta forma, la ineficiencia social de los sistemas de salud. Los procesos de cambio se efectuaron con el dinero de créditos otorgados para estos fines por quienes controlan los flujos de recursos para el desarrollo de los países periféricos.

Es decir todos los temas de la tecnología más costosa, de los problemas sociales, demográficos, económicos y de salud más complejos, gerenciales y económicos, de sistemas de salud ineficientes, ineficaces e iniquitativos, de las expectativas ciudadanas en torno a la prestación de servicios, encontraron soluciones simples ligadas al mercado y a la disminución del papel del estado.

Otro tema que se utilizó como coartada para la reforma de las instituciones fue el de las expectativas del público con los sistemas de salud, como se planteó anteriormente.

3. La reforma de los sistemas de salud: un campo de opción política

De acuerdo con las lecturas de los temas del contexto antes señalado, hay dos bases doctrinarias diferentes para abordar la reforma de los sistemas de salud y así concebir los procesos de cambio de éstos: i) *replantear la organización y el financiamiento de las instituciones de salud*, con un exagerado énfasis en que las instituciones tienen que ser más eficientes, que tienen que reducir el gasto en salud y, ii) *replantear la producción social de la salud*, donde el peso de los servicios del sector es importante para mejorar el estado de salud de la población, pero no es necesariamente lo esencial. En la producción social de la salud lo más importante es el bienestar social y el acceso a los beneficios del desarrollo humano.

Lamentablemente predominó sobre todo, incluso más allá de las doctrinas científicas, la concepción política y económica del Estado, que no era posible seguir lidiando con el *Estado de bienestar*, ya que es corrupto, ineficiente e ineficaz. Primero, desde el punto de vista filosófico y político esa concepción prevaleció; segundo, desde el punto de vista económico la enorme escalada del costo de la atención médica; tercero, el tema de la revolución tecnológica y la necesidad de racionalizar su costo y generar ahorro fiscal, y el peso de la tecnología dentro de los gastos nacionales en salud; cuarto, de las lecturas efectuadas de la revolución de las expectativas; y, quinto, de los problemas sociales y demográficos.

Un estudio de un epidemiólogo norteamericano Dever, demuestra que el peso que tienen los servicios de salud sobre la reducción de la mortalidad, en las condiciones del perfil epidemiológico de Estados Unidos, no es mayor del 11%; 43% de la reducción se explica a través de acciones sobre el com-



portamiento humano y estilos de vida, 19% son producto de intervenciones sobre condiciones medio ambientales y 27% producidas por intervenciones dependientes de la investigación biomédica y de ingeniería genética, por el peso que tienen estos problemas en la carga de morbilidad o la carga de enfermedad en un país desarrollado.

Está demostrada la influencia determinante de los factores sociales en la salud de la población, no solo por lo señalado acerca de Inglaterra y Gales (desde principios del siglo XX) sino desde mucho antes. Está demostrado que el rol de los servicios de salud, en su mejoramiento es muy importante cuando se enfrentan las enfermedades de la pobreza. De igual modo lo es frente a acumulaciones y polarizaciones epidemiológicas complejas como las que tienen nuestros países, que conjuntamente con las enfermedades de la pobreza se manifiestan las crónicas degenerativas y metabólicas. En éstas los servicios de salud además de interrumpir la cadena epidemiológica para evitar la muerte y la discapacidad, pueden actuar como organizadores de respuestas sociales intersectoriales, para liderar, negociar y concertar su presencia sobre los determinantes que actúan en problemas de salud complejos (violencia, alcoholismo, drogadicción y otros). Sin embargo, sobre bases científicas, no se puede sobre valorar la influencia de los servicios de salud en el mejoramiento del estado de salud de la población.

De tal manera habría dos formas de abordar este tema: una más *tecnocrática institucional que modifica los servicios de salud*, sobre valorando la influencia de su desempeño sobre el estado de salud de la población y limitando la intervención reformadora a los ministerios de salud, la organización y el financiamiento de las instituciones aseguradoras y proveedoras de servicios de salud; y otra, que la *replantea en el contexto de los*

problemas del desarrollo económico y social, del desarrollo humano sostenible.

Éstas son, a grandes rasgos, dos formas de ver el proceso de cambio o reforma de los sistemas de salud.

Sin embargo, en Latinoamérica predominó la versión de la reforma que ponía el énfasis en la reestructuración de la organización y las finanzas del aparato institucional de ministerios y seguros de salud. Hay muchas razones para ello. Se podría decir que:

- i) Esas ideas le dieron la vuelta a un mundo que había cambiado radicalmente y porque fue lo que predominó en Europa⁴ y desde allí nos llegó a través de los organismos de crédito y financiamiento.
- ii) Los organismos multilaterales de crédito y financiamiento adquirieron una gran preponderancia en la definición de políticas, formulación de proyectos de reformas sectoriales de salud y en su financiamiento.
- iii) En las circunstancias de nuestros países y con las restricciones financieras para el proceso de desarrollo, se tiene que contar con financiamiento externo.
- iv) La deuda externa es cuantiosa, lo que obliga a racionalizar el gasto público, para lograr ahorro fiscal que permita cumplir con los compromisos que se tienen con la banca internacional.
- v) Los sectores sociales se convirtieron en una fuente para el ahorro fiscal, dentro de los programas de ajuste estructural.

4 No solo en Europa Occidental sino también en los países de Europa Central y Oriental, que como parte del desmontaje del sistema político, económico y social iniciaron un proceso de cambio de sus sistemas de salud, hasta ahora con resultados inciertos, por lo cual en esta conferencia cada vez que nos refiramos a Europa, lo haremos esencialmente en referencia a Europa Occidental.



Son razones válidas en circunstancias concretas, pero dificultan el proceso de toma de decisiones autónomas a la hora de elegir libremente: le imponen límites de los cuales es difícil salirse, pues la gobernabilidad se ha asentado en recursos financieros externos y hay actores que están liderando este proceso y tienen gran poder de convocatoria con los ministerios de finanzas y la banca internacional multilateral. Por todo ello, predominó en muchas partes la visión de racionalización y disminución del gasto público de salud, de descentralización, delegación y uso del mercado, privatización, flexibilización, externalización de servicios y búsqueda de terceros pagadores.

3.1. Los sistemas europeos

Es necesario aclarar algunos elementos que no han sido aún analizados suficientemente. Es diferente la reestructuración de las finanzas en Europa Occidental que gasta entre 7 y 10% del producto interno bruto en salud que en Latinoamérica, ya que el producto interno bruto de Europa es diez veces mayor que el de los países latinoamericanos. Al gastar diez veces menos, Latinoamérica no tiene las posibilidades de reacomodo que encontraron en Europa Occidental, ni parte de una línea de base de cobertura universal de la protección social en salud.

El predominio de la visión de la reorganización o la reforma de los sistemas de salud a través de la organización y de las finanzas de las instituciones en Europa Occidental, se realiza en países que tienen cobertura universal de servicios de salud. A punto de partida de aquellas concepciones del *Estado de bienestar* que surgen en la época de posguerra y en la cual el juego de los poderes mundiales tiene una explicación importante. Después de la segunda guerra mundial el mundo se divide, –no lo era como lo es hoy con un solo polo– con una sola hege-

monía, si no que era bipolar, el mundo de la guerra fría. En esas circunstancias históricas concretas Europa Occidental se ve obligada a pensar diferente. Del otro lado del muro de Berlín hay otro sistema social y se pone en marcha una visión distinta de los procesos de desarrollo. Su historia también explica, y no solo los poderes mundiales y la guerra fría, el hecho que prevalecen otras concepciones diferentes a las de otras partes del mundo, se pudiera decir que distinta a la de Estados Unidos. La sociedad europea occidental tiene un concepto arraigado de la solidaridad, basado tanto en el pensamiento religioso protestante y católico sobre justicia social, el razonamiento conservador respecto al orden social, como en las ideas social demócratas y en la influencia importante del movimiento socialista en su seno.

Sin entrar en más detalles históricos y políticos, las sociedades europeas logran desarrollar sistemas de protección social de la salud universales, que en su mayoría son financiados con una proporción mayoritaria de recursos públicos. Entonces no es lo mismo cuando predomina la visión de reestructuración de la organización y el financiamiento en Europa Occidental que en nuestros países, donde la deuda social y sanitaria es inmensa y al menos 30% de la población no tiene acceso real, según los derechos a los servicios de salud y saneamiento básico.

3.2 Diversas concepciones

Esta visión reduccionista de la reforma de los sistemas de salud es lo que se ha llamado, en algunos casos, la “salud de las monedas”, por la relación que tiene con las políticas fiscales macro, ligadas al financiamiento externo y al cumplimiento del compromiso de pago de intereses de la deuda externa.



Descolló la salud de las monedas más que la salud de la población, se dice y se agrega que la reforma de los sistemas de salud en muchas latitudes latinoamericanas fue la versión sanitaria del ajuste estructural de las economías: fundamentalmente hay que reacomodar las instituciones del sector público a las exigencias de los programas del ajuste estructural en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados de América Latina. Esa es la versión de la reforma que predominó, aunque con distintos alcances y niveles de profundización en este tipo de propuestas. No todos los gobiernos tuvieron la misma fuerza a la hora de desarrollar variantes extremas de reforma de sus sistemas de salud, ni estuvieron de acuerdo en pagar el costo político y social que determinadas agendas de estas tenían en sus países y optaron por la *reforma silenciosa* que no fue más que el vaciamiento político y técnico de los subsectores públicos y la disminución de su capacidad de inversión y de operación.

La agenda extrema con relación a la reforma de los sistemas de salud se reducía a las instituciones de atención de la enfermedad. Todo aquello que se discutió en el mundo desde el siglo XVIII, que fue demostrando la incidencia del bienestar social, de la calidad de vida en la salud de la población, se abandonó y se destacó una concepción del desarrollo de los sistemas de salud que las reduce a las instituciones prestadoras de servicios, a las instituciones aseguradoras, a las financiadoras, a las que deben regular el sistema. Con esas reducciones institucionales del proceso salud-enfermedad se mutiló toda la complejidad, de un lado del estado de salud de la población y, de otro, de la respuesta social frente a los problemas de salud de la población que se reduce a un ámbito institucional. Se planteó que el rol del estado es subsidiario, que la responsabilidad fundamental de la salud, es del indivi-

duo y de la familia y que el estado entra a actuar cuando el individuo y la familia no pueden responder.

En esto consiste la concepción neoclásica que privilegió la subsidiaridad del estado y la privatización del manejo de los fondos para la salud. Hay un estudio de Celia Iriart y colaboradores, publicado por los Cuadernos de salud pública de la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro, de la Fundación Oswaldo Cruz, donde se analiza como entraron las empresas transnacionales aseguradoras, en búsqueda de ese 7% que está gastando América Latina en salud y se privilegia la privatización del manejo de los fondos y el uso de los mismos. Cada día, incluso a escala global, la especulación con fondos financieros está más de moda. Es decir, la obtención de ganancias está menos asentada en procesos productivos y más en la especulación con fondos financieros.

Eso está pasando en el ámbito global y por tanto el capital financiero internacional está detrás de los fondos de pensiones y de salud, que es una proporción relativamente importante. Estamos hablando alrededor del 7 ó 10% del producto interno bruto de países pobres y países ricos. Hay unos que gastan más. En Estados Unidos se gasta en salud 14% de su producto interno bruto. Hay grandes intereses financieros en estos fondos que aseguran la salud de la población (en realidad garantizan la atención de la enfermedad y unas pocas acciones de promoción, protección y prevención, aquellas que les han demostrado ser costo efectivas).

Se empezó a hablar de la competencia en búsqueda de la eficiencia y la competencia cada día se ha ido haciendo más oligopólica, de pocas empresas que compiten, que tienen la posibilidad de competir, porque hay una serie de elementos que cuentan: la asi-



metría del poder, la asimetría de información, el tema del manejo de los riesgos en salud, el manejo de grandes números, la heterogeneidad del desarrollo y otros. No se puede asegurar contra riesgos si no se concentra un gran número de población, un *pool* de riesgos, según el lenguaje técnico. En Colombia se intentó, por ejemplo, con las empresas solidarias de salud y quebraron muchas de ellas, por no tener un *pool* adecuado de riesgos. Estas empresas manejan un buen número de fondos, en función de tener un buen número de afiliados. Ahí es donde está el negocio.

El tema de las externalidades en salud es otro elemento filosófico de la micro economía neoclásica en salud. Las instituciones y el estado tienen que ver solo con los bienes públicos y los individuos y las familias con los bienes privados. *Bien privado* es lo que afecta solamente a un individuo y no tiene influencia sobre el resto de la comunidad y el bien público representa las enfermedades transmisibles, por ejemplo, la tuberculosis (es una enfermedad inmuno prevenible, según este discurso, obviando todo su condicionamiento social). *Bien público* es toda aquella afección o problema de salud que nadie se va a ocupar de ella; es la educación sanitaria en el caso del VIH/Sida, porque quién, qué empresa privada va a querer preocuparse por hacer ese bien. En ese discurso neoclásico hay externalidades positivas y negativas.

4. Teoría política y social: enfoques de igualdad, equidad y justicia social

En el fondo hay teorías contrapuestas, distintos enfoques de la equidad y de la justicia que tienen que ver con salud.

Mucho podría discutirse acerca de teorías políticas y sociales que alimentan las bases doctrinarias de la salud. Pero, a pesar de lo

anterior, este artículo se concentra en los dos enfoques principales, de los cuales parten las distintas modalidades actuales de organización y financiamiento de los sistemas de salud: enfoques igualitario y neoliberal (neoclásico).

El *enfoque igualitario* sigue vigente y con realizaciones empíricas concretas, aunque en algunas versiones hegemónicas de los discursos oficiales del desarrollo se hable poco de las mismas, o se consideren inviables.

En Europa Occidental y otras latitudes se debate, ya que donde quiera que la salud es un derecho social y un hecho político, las opciones igualitarias siguen siendo un tema de discusión. Nadie por muy neoclásico que sea, puede convocar a una reforma radical del sistema de salud francés que signifique desplazar de sus derechos de protección social al 30% de la población, porque sencillamente eso produce una revolución social. Por ello, en relación con la reforma de los sistemas de salud, estos temas de la igualdad se discuten y hay que negociarlos. En Latinoamérica en los últimos años no se ha discutido tanto, en medios oficiales, aunque en los académicos y en el seno de las organizaciones sociales el tema de las distintas opciones políticas ha recobrado actualidad. El enfoque neoliberal ha ganado adeptos en las élites tecnocráticas ya que ha sido promovido por los intereses dominantes en un mundo que cambió, pero todo esto se está debatiendo hoy.

Lo que se quiere destacar es que en el fondo, hay dos concepciones principales de la equidad y de la justicia sanitaria: el *enfoque igualitario* que considera que la solidaridad y la unión social son elementos sociales buenos en sí mismo, que producen integración social, producen cohesión social, facilitan el desarrollo y la sostenibilidad de sociedades humanas. Según este enfoque la justicia sa-



nitaria es un valor bueno en sí y se pone énfasis en la igualdad, en el bienestar y en los resultados alcanzados.

El desarrollo humano y la equidad son importantes y son fines en sí mismos, dirigidos a eliminar desigualdades en el estado de salud de la población. Con este enfoque, se abre paso a la financiación pública, que ha predominado en Europa Occidental siempre. Está demostrado que la financiación pública es la que mejores resultados logra en relación con la igualdad y la equidad. La provisión puede ser privada o mixta, puede haber cooperativas, puede que se usen incentivos económicos y reglas de libre mercado, pero la financiación pública es la que asegura mayor equidad, igualdad y justicia sanitaria solidaria.

Este enfoque privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios, según las necesidades de salud, sin importar la capacidad de pago, razón por la cual la recaudación de las finanzas se realiza según la capacidad de pago y los niveles de renta, es decir hay equidad en el acceso y en el financiamiento solidario. No puede aportar lo mismo el que tiene mejor situación socio económica, está sano y es trabajador activo, que el grupo que está en la pobreza o en la exclusión social, es desempleado o está jubilado, lo cual significa un subsidio cruzado del rico al pobre, del sano al enfermo y del joven al adulto mayor. Se puede ver que hay diferencias con el *enfoque neoliberal*, que parte del individualismo metodológico, aquello de que el individuo es responsable, la *familia es responsable* y el *estado subsidiario*.

En el *enfoque neoclásico*, la igualdad se restringe a la de oportunidades, sin importar los resultados; la libertad entendida como derecho de elección individual (no como aquella doctrina en que la libertad de to-

dos es la condición para la de cada uno, de la concepción igualitaria; o de cada cual según su capacidad, a cada cual según su necesidad), y reduce su propuesta social a los niveles mínimos y maximización del bienestar agregado. ¿Qué significa esto? En esta concepción al pobre, al marginado, de los que cada vez hay más, se les ofrece un paquete mínimo, se les otorga por la sociedad un paquete de beneficios mínimos. Y la maximización del bienestar agregado, mientras mayor sea el bienestar agregado en Estados Unidos más justa es la sociedad, aunque cuarenta millones de seres humanos no tengan acceso a la seguridad social.

No se valore la concepción a través de la perversidad, sino de las ideas filosóficas en juego y de los resultados sociales que se alcanzan con su realización empírica. La concepción es esa, aunque no se predomine la transparencia en su argumentación, lo cual dificulta el debate de fondo, es una concepción del desarrollo, que concibe la maximización del bienestar agregado. Si ese bienestar agregado concentra 50% del producto interno bruto del país en 5% de la población, ese no es un problema de la sociedad, porque parte de la concepción del individualismo metodológico, o sea el individuo es lo importante, si el individuo (uno solo), logra concentrar las riquezas de 50 millones de habitantes, lo que importa es el bienestar agregado de la sociedad. Podrá valorarse si eso es justo o no. En esa concepción del desarrollo eso es lo justo. Ese enfoque aplicado a salud limita la igualdad del acceso a un paquete básico de financiación pública dirigido a la población sin capacidad de pago, el resto de la financiación de salud tiene una proporción importante de carácter privado. En su estado más puro se observa en Estados Unidos en que se focalizan los gastos públicos en los paquetes mínimos para pobres, desvalidos y ancianos sin capacidad de pago.



4.1 Elementos contradictorios de las concepciones neoliberales

¿Cuáles elementos contradictorios fundamentales han traído las concepciones neoliberales en nuestros países y en Europa Occidental y Oriental?

- i) La disminución del gasto público (o el crecimiento menos que proporcional a las necesidades) dentro de los gastos nacionales en salud, pues el énfasis se pone en el ahorro, sobre todo en realidades subdesarrolladas.
- ii) La distinción de bienes públicos y privados arriba mencionados someramente, los mecanismos de mercado buscando la eficiencia, a través de la competencia regulada de aseguradores y prestadores y los terceros pagadores, a fin de que el estado se concentre en los pobres y en la *regulación*, que ha sido un gran ausente. Es decir, que no sea el mismo agente el que regule, provea y pague. Ello ha tenido consecuencias desagradables como la falta de integralidad de la atención, deterioro de programas de salud pública y fragmentación y desintegración de la atención.
- iii) La atención médica gerenciada, basada fundamentalmente en el esquema norteamericano, que ha generado resistencia en muchas partes, oposición a utilizarla a la forma estadounidense, con las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs) y las otras modalidades que han utilizado. Y es justo decir, que entre otras cosas, ha habido resistencia en Europa y otras latitudes, para implantar el modelo americano, porque se ha asociado con los costos de oportunidad, la altísima ineficiencia social y el gasto nacional de salud desmedido en relación a sus logros, si bien se reconoce el desarrollo científico tecnológico de la medicina diagnóstica y curativa individual estado-

unidense y la utilidad de los enfoques costo efectivos y otros desarrollos de la atención gerenciada.

- iv) El debilitamiento de la autoridad sanitaria y de la capacidad gubernamental y estatal, nacional y descentralizada, de alcanzar metas de salud individuales y colectivas.
- v) La complejidad de la vigilancia de salud pública en algunos de estos esquemas y de la supervisión, vigilancia y control de la calidad y otras variables del desempeño de los diferentes actores.
- vi) Y, por último, el establecimiento de cuotas moderadoras al uso del servicio, es decir, como el costo de la atención es tan grande, se identificaron barreras al uso excesivo de servicios de salud y tecnología médica, diagnóstica y curativa, por parte de la población. Podría preguntarse: ¿qué paga y cómo pagan grandes masas de población latinoamericana y del Caribe? El problema no es la demanda injustificada, sino la falta de acceso a los servicios de salud, oportunos, equitativos, eficaces y eficientes.

En la otra versión alternativa (basada en el enfoque igualitario), la producción social de la salud involucraría, no solo a las instituciones médicas, o de salud, sino que tiene que desarrollar políticas públicas saludables, en el entendido que la salud es una inversión para el desarrollo, con una concepción de promoción de la misma. Se sustenta en sistemas locales de desarrollo humano descentralizado, en los que hay un compromiso democrático participativo por parte de las comunidades, de manera que la población no es un objeto de planificadores de salud, no es un objeto para la planificación de la atención médica por parte de tecnócratas y la población no es vista solo como usuaria. En esta visión de los sistemas, la población no es un cliente. En esa visión la población es el sujeto de su propio desarrollo, del de-



sarrollo humano local integral, concebidos con criterios de construcción de ciudadanía, solidaridad y justicia social.

5. ¿Qué desafíos tiene América Latina para sus reformas de salud?

Tiene un problema tremendo: 30% de la población carece de acceso a los servicios básicos en salud; cifras conservadoras citan que al menos 120 millones de ciudadanos latinoamericanos están en esa situación en la actualidad. El producto interno bruto (PIB) o promedio de Latinoamérica y el Caribe es de 3,289 dólares. Cualquier país desarrollado tiene un PIB per cápita anual entre 20 y 30 mil dólares. El promedio del gasto nacional de salud como porcentaje del producto interno bruto es de 7.3% en Latinoamérica y el Caribe y, el gasto per cápita de salud es de 240 dólares en promedio. Hay países que gastan 60 dólares, como algunos centroamericanos, y otros 600 dólares, como el caso de Argentina. No necesariamente los que más gastan son los más equitativos, ni

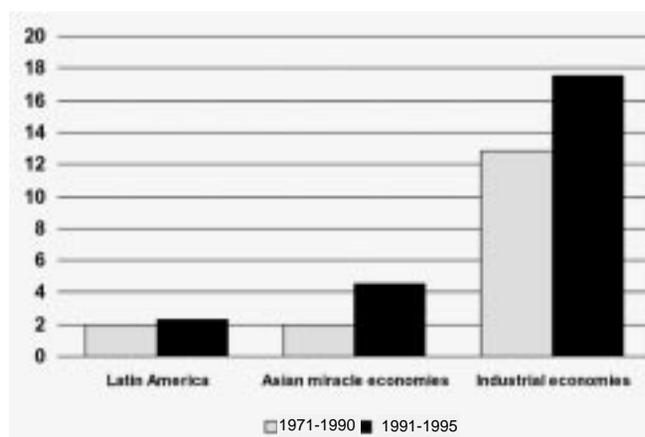
los más eficaces y eficientes, como la OPS ha demostrado en el caso latinoamericano. Además los promedios hablan poco acerca de la equidad del financiamiento: hay iniquidades entre países y dentro de los países.

El Gráfico 1 muestra a continuación algunas cifras económicas y sociales seleccionadas de publicaciones de los organismos de cooperación técnica y financiera para el desarrollo ilustran la magnitud del desafío.

Es gigantesca la diferencia del desempeño económico entre las economías industriales, los países del llamado milagro asiático y la región latinoamericana. Sobre todo es importante ver los ritmos del crecimiento en dos periodos y la diferencia entre estos distintos grupos de países. Hay un estancamiento relativo latinoamericano.

Con relación a los salarios reales y ponderados (Gráfico 2) por la fuerza de trabajo, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en una serie analizada entre 1980 y 1996, el desempeño latinoamericano entre los

GRÁFICO 1
COMPARACIÓN DEL INGRESO PER CÁPITA 1971-1980 Y 1991-1995
(EN MILES DE DÓLARES DE 1987)*



* El Gráfico se presenta como su fuente original en inglés.

Fuente: IDB, "América Latina tras una década de reformas", Londoño y Székely, 1997.



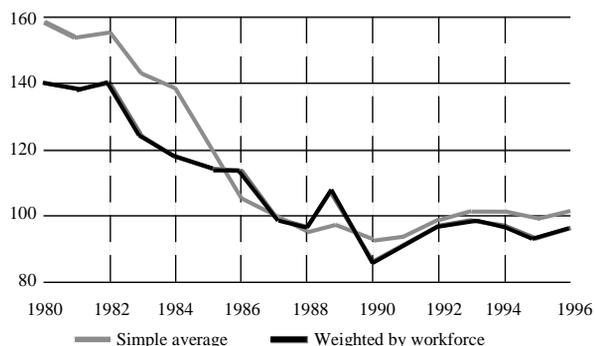
años ochenta y la fecha es muy deficiente. Ello tiene implicaciones en cuanto a niveles de vida de los trabajadores y su relación con la salud y con relación a la capacidad de pago para la atención, afiliaciones a seguros, etcétera.

Un gravísimo problema social del continente es el desempleo. Desde 1996, como lo muestra el Gráfico 2, la situación del em-

pleo no ha mejorado, si no que es peor. Por ejemplo, Honduras tenía en ese año 5% del desempleo y ya está cercana al 20% y Colombia, que aparece por debajo del promedio regional con menos de 8% ya está pegada también a 20%.

La pobreza en Latinoamérica, tanto en proporción como en número absoluto de po-

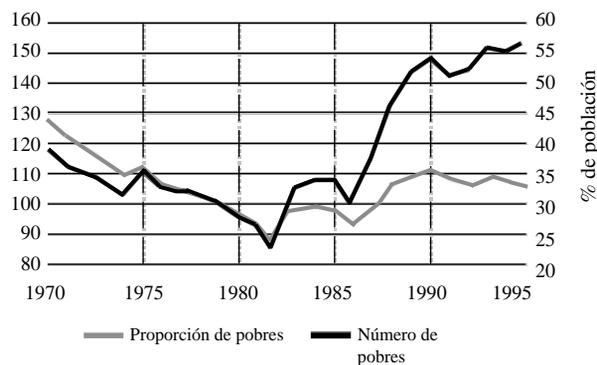
GRÁFICO 2
SALARIOS REALES EN LATINOAMÉRICA, 1980-1996
(ÍNDICE 1987=100)*



* El Gráfico se presenta como su fuente original en inglés.

Fuente: IDB, "América Latina tras una década de reformas" (basado en datos nacionales), Londoño y Székely (1997).

GRÁFICO 3
POBREZA EN LATIOMÉRICA, 1970-1995
(NÚMERO DE PERSONAS, EN MILONES)



Fuente: IDB, "América Latina tras una década de reformas" (basado en datos nacionales), Londoño y Székely (1997).



bres, ha empeorado entre la década del ochenta, en que se revirtió la tendencia decreciente y los noventa.

En otro orden, el continente, la región más iniquitativa del mundo es Latinoamérica (Gráfico 3), según el coeficiente de Gini. Se puede observar que no siempre el ingreso por cápita es el que está en relación con la equidad o la iniquidad. Asia del Sur que tiene ingresos mucho menores que América Latina es, sin embargo, un continente más equitativo lo mismo que África. El más equitativo es Europa (Gráfico 4).

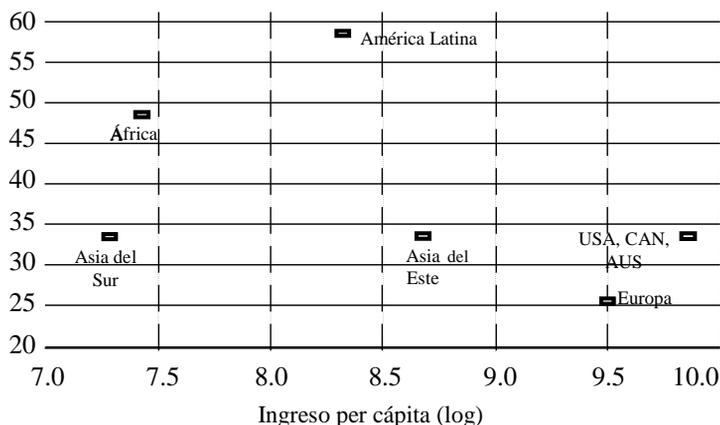
Además de la pobreza, el desempleo y la iniquidad, y por efecto de esos factores económicos y sociales, América Latina tiene desafíos grandes en relación con el estado de salud de la población. Ahora bien, en cuanto a la mortalidad infantil haciendo un balance de lo que ha estado pasando con este aspecto, con datos que no están muy actualizados (lo cual es un problema en muchas latitudes de nuestro continente, junto al sub registro, y la confiabilidad, a pesar de lo mucho que se ha avanzado en este sentido),

hay una diferencia tremenda entre distintos países y regiones y dentro de los mismos.

En el Cuadro 1 se presentan algunos datos sobre la mortalidad de menores de 5 años en tasas por mil habitantes y diferencias urbano rural, en países seleccionados de Latinoamérica, según estadísticas del Banco Mundial. Es notoria la heterogeneidad social de la salud enfermedad humana, a través de estos datos y las diferencias urbano rurales de las tasas de mortalidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), de acuerdo con los reportes de los países, hizo un estudio del comportamiento de la mortalidad infantil en la Región de las Américas (Gráfico 5), en el periodo del 1995 a 1998. Este estudio analizó el patrón de distribución para 336 unidades geográficas subnacionales de 18 países. Hay mucha diferencia, que va desde una mortalidad infantil de 3,71 por 1.000 nacidos vivos, hasta mortalidades infantiles de cerca de 133 por mil nacidos vivos. Es decir, hay una enorme iniquidad en el continente entre las unidades subnacionales de todos los países, expresión

GRÁFICO 4
INEQUIDAD EN EL MUNDO, DÉCADA 1990
(COEFICIENTE GINI)



Fuente: BID, "América Latina tras una década de reformas", Londoño y Székely (1997), basados en Deininger y Squire (1997).

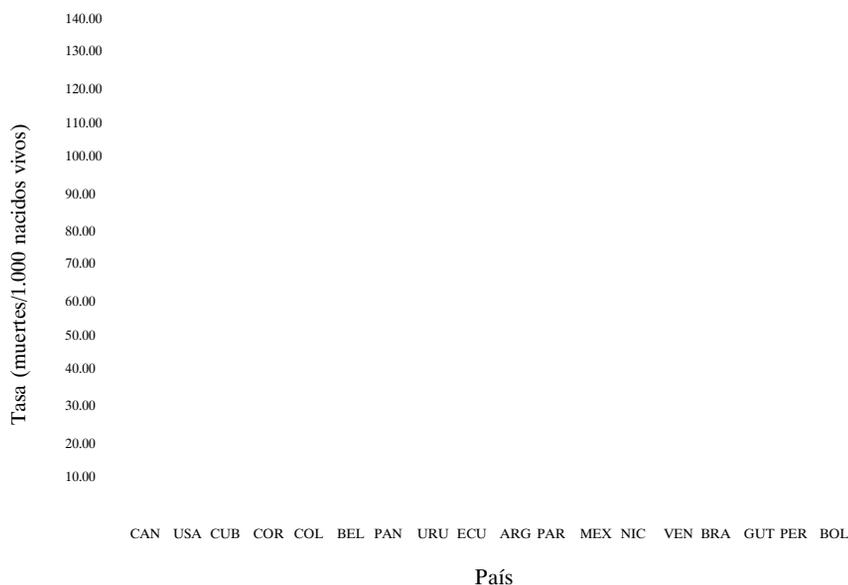


CUADRO 1
MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (x 1.000)
EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

País	Año de referencia	Rural	Urbana
Brasil	1986	121	88
Chile	1990	14.6	14.6
Colombia	1990	33	36
Ecuador	1987	112	65
El Salvador	1988	74	63
Guatemala	1987	85	65
México	1987	104	32
Paraguay	1987	38	43
Perú	1992	131	67
Trinidad y Tobago	1987	30	41

Fuente: Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, 1996: "Poverty and Inequality". Washington D.C., 1998

GRÁFICO 5
MORTALIDAD INFANTIL EN 18 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS, 1995-1998
DISTRIBUCIÓN DENTRO DE LOS PAÍSES SEGÚN UNIDADES
GEOGRÁFICAS SUBNACIONALES



Fuente: OPS, 2000.



de la heterogeneidad social de las manifestaciones de salud y enfermedad, en este caso de la mortalidad infantil hasta el año 1998.

Dentro de los países, según unidades geográficas subnacionales, se expresa la heterogeneidad social también, como puede verse en el Gráfico 5. Aquellas cifras que iban desde 133 hasta 3,7 (en mortalidad infantil), a escala regional en todas las unidades subnacionales, cuando se observan dentro de los países, se comprueba que hay unos más homogéneos, y otros muy heterogéneos.

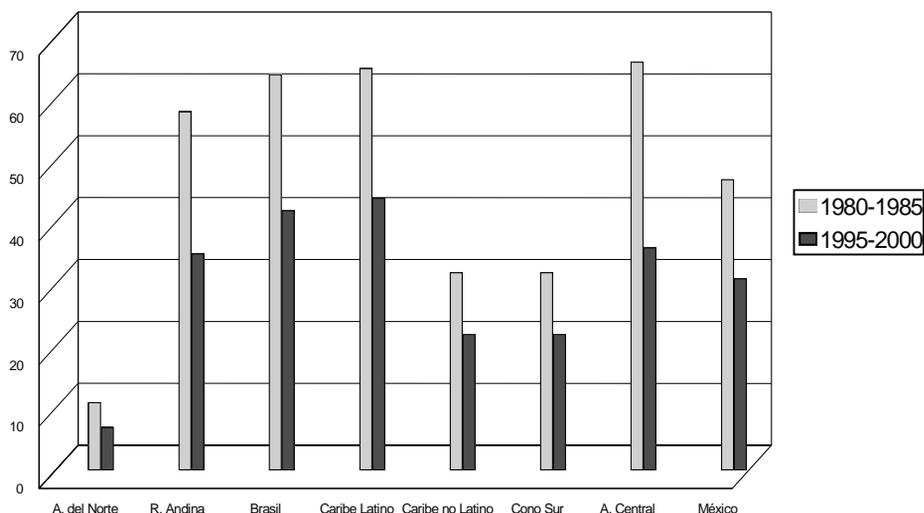
Hay países que están por debajo de 10 en mortalidad infantil, como Canadá, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica y son muy equitativos, y otros como Bolivia, donde las diferencias de mortalidad infantil entre unidades subnacionales están entre 70 y 100, o sea hay una enorme heterogeneidad.

Algo similar ocurre con la estructura de causas de la mortalidad en niños menores de un

año. Si se analiza el comportamiento de Canadá, Chile y Nicaragua en distintos periodos y se percibe como se comportan las transmisibles, los tumores y las circulatorias, el peso de las enfermedades de la pobreza, representadas por las transmisibles, es mucho mayor en los países de producto nacional bruto (PNB) bajo, en este caso representado por Nicaragua.

La heterogeneidad de los indicadores y el ritmo de su transformación puede percibirse en el comportamiento de la mortalidad infantil por subregión de las Américas (Gráfico 6), en donde están incluidos América del Norte, área Andina, el Cono Sur, Brasil, el Caribe latino, el Caribe no latino, América Central y México, comparándose dos quinquenios, el de 1980-1985 y el de 1995-2000. Hay diferencias sustanciales, en el comportamiento de la mortalidad infantil entre América del Norte, sin México y las subregiones latinoamericanas y del Caribe. No solo en cuanto a niveles de la mortalidad

GRÁFICO 6
MORTALIDAD INFANTIL
SUBREGIONES DE LAS AMÉRICAS, 1980-1985 Y 1995-2000



Fuente: OPS, 2000.



infantil llama la atención el Gráfico 6, sino también en los ritmos de reducción. Si bien en mortalidades infantiles superiores a 25 por mil nacidos vivos predominan enfermedades infecciosas, respiratorias y diarreicas de más fácil control, los ritmos de reducción no han sido similares entre la subregión Andina, América Central y el Caribe latino.

6. Modelos de sistemas de salud: tendencias principales en organización y financiamiento

Frente al contexto mundial y latinoamericano analizado, se presentan a grandes rasgos que los modelos de sistemas han marcado con su influencia a Latinoamérica, así como las etapas y variantes eclécticas de las tendencias mundiales en nuestros países.

Las grandes tendencias mundiales han rotado en torno a:

- i) Los sistemas nacionales de salud (modelo inglés, basado en el Informe Beveridge de 1942).
- ii) Los esquemas de seguridad social (basados en la propuesta del Canciller Bismarck).
- iii) El “modelo” privado (norteamericano).
- iv) Los modelos híbridos (“segmentados”), con mezclas de los tres anteriores.
- v) El mercado regulado, que trata de subsanar las imperfecciones de los sistemas de salud y su alto costo, utilizando la competencia y las leyes del mercado, como mecanismo regulador.

El esquema de Beveridge responde a las concepciones que surgieron de un informe de un grupo de diputados ingleses que hi-

cieron el estudio y la propuesta de cómo armar el sistema nacional de salud inglés, sistematizando la experiencia de Suecia de 1930. Todo el norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia, Irlanda y el Reino Unido) tenían este modelo después de la Segunda Guerra Mundial. Algunos habían comenzado su implantación desde antes. El sur de Europa (Grecia, Italia, España y Portugal) se unieron a este grupo en los ochenta, mientras que Canadá lo hizo en los setenta.

Los enfoques basados en la seguridad social pública obligatoria de Bismarck nacieron en Alemania, a fines del siglo XIX, basados en la legislación alemana de 1883.

El modelo de salud privado es el juego de la oferta y demanda en la producción de servicios de salud, en la visión más ortodoxa de la profesión liberal, ahora aplicada a las organizaciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Una vez que los costos sociales de este tipo de concepción se han hecho insostenibles, sobre todo por el peso de la tecnología, los medicamentos, los honorarios de especialistas y de las reclamaciones judiciales por mala práctica, ha entrado a funcionar el aseguramiento privado o la medicina prepagada, para tratar de aliviar el efecto de las catástrofes médicas y jurídicas. Es el paradigma de Estados Unidos se considera un sistema muy poco solidario, regresivo e ineficiente desde el punto de vista social. Algunos consideran que no puede considerarse un modelo de sistema, ya que no funciona como tal.

Los híbridos o segmentados han sido la mezcla ecléctica de las distintas opciones y han tenido una presencia más permanente en realidades subdesarrolladas, en que se han ido conformando las respuestas institucionales de salud para distintos gru-



pos sociales (compartimientos estancos de población), con distinta capacidad de pago y cuotas de poder para la presión política en las decisiones referentes al desarrollo social y a salud.

El modelo de mercado regulado es el que se impulsó a partir de los noventa, sobre todo por los organismos de financiamiento y crédito multilateral, como ya se ha abordado.

El modelo de los sistemas nacionales de salud es financiado a través de impuestos generales, se fundamenta filosóficamente en la concepción igualitaria, el que más tiene más paga, son sistemas públicos y pudiera decirse que el paradigma es el sistema de salud británico. Se considera la forma más solidaria y progresiva de financiar la prestación de servicios de salud. En América Latina se podría decir que Cuba y las islas del Caribe de origen británico se basan en este paradigma.

El modelo de Bismarck es el sistema de seguridad social compulsivo u obligatorio, mediante la financiación tripartita obrero, patronal y estado. Su paradigma europeo es el sistema alemán (involucra a Austria, Bélgica, Francia y Holanda) y en América Latina, Costa Rica, aunque este país tiene elementos del sistema nacional de salud inglés también. Este sistema de financiación hace aguas hoy, vive las crisis de nuestro mundo, en el cual el rol del empleo formal es cada día menor, sobre todo en nuestros países. Hoy se acumula y se reproduce socialmente el capital sin necesidad del trabajo, o con mucho menos trabajo, aquella Sociedad 20/80, en la que 20% de la sociedad económicamente activa en la actualidad puede conducir los procesos productivos si se privilegia la ganancia y no el desarrollo humano integral. La economía cada día es más intensiva

desde el punto de vista del conocimiento y menos intensiva desde el punto de vista laboral. Pero en fin, se basa en una financiación tripartita y son sistemas esencialmente públicos también, que tratan de sobrevivir entre el desempleo, el subempleo y la falta de los aportes estatales, en la sociedad de la información y el conocimiento.

El modelo privado restringe lo público a aquellos grupos de población que están invalidados para hacer algún aporte: los indigentes y los ancianos y a los temas de salud pública, que en general tienen una concepción muy restringida. Sus bases filosóficas fueron mencionadas en este trabajo. Los seguros de salud son esencialmente privados y los planes de beneficios están de acuerdo con la capacidad de pago de cada grupo de población, familias e individuos, teniendo el estado en todo esto una participación marginal. El paradigma es Estados Unidos y en Latinoamérica y el Caribe, Paraguay, teniendo el sumo cuidado de salvar las extremas distancias en cuanto a realizaciones, entre lo que Estados Unidos está en capacidad de ofrecer a sus ciudadanos, con su riqueza material, aún cuando sea responsabilidad individual, y el resultado que es esperable en Paraguay dado su nivel de desarrollo.

Los sistemas híbridos hacen gala de gran segmentación y tienen mezcla de los tres paradigmas dominantes: público, privado y seguridad social. Tienen respuestas diferenciadas, según los grupos de población adscritos a cada uno de estos subsistemas (y a sus capacidades de pago), con bajas coberturas, con calidad débil, capacidad regulatoria precaria y varios países en Latinoamérica y el Caribe están en ese caso. En Centroamérica, la mayoría de los países con excepción de Costa Rica, están en esa situación.



7. Etapas del proceso de cambio de los sistemas de salud en Latinoamérica

Cuando se habla de reformas de los sistemas de salud latinoamericanos se piensa en un proceso que empezó alrededor de 1987, con un primer documento de política del Banco Mundial. Esta política se hizo más sofisticada tecnológicamente en el año 1993, con un segundo documento de gran difusión e impacto sobre estos temas.

Pero los procesos de cambios en los sistemas de salud latinoamericanos de las últimas décadas (sin entrar al análisis histórico anterior a los años sesenta) empezaron desde mucho antes.

Se pueden definir (de los años sesenta para acá) tres grandes etapas.

- i) Una primera etapa (años setenta hasta mediados de los años ochenta). Estuvo ligada a los desarrollos previos y posteriores a Alma Ata, a Salud para todos y a la extensión de coberturas de servicios de salud. Muchos gobiernos latinoamericanos recuperaban la democracia en nuestros países. Los años finales de la década del setenta, se salía de dictaduras militares (en algunos casos esto fue más demorado) y se pretendía recuperar derechos perdidos. Las concepciones de salud estaban ligadas al *estado de bienestar o benefactor*, que tenía esa gran influencia en Europa Occidental, la extensión de cobertura de servicios sociales era una de sus metas y el rol central del estado en los procesos de desarrollo. Esta etapa dura hasta los años ochenta.
- ii) *Segunda etapa* (mediados de los ochenta y década de los noventa). Es la de los ajustes estructurales de la economía y su influencia en salud, de la modernización,

descentralización y privatización de servicios sociales, de la recuperación de costos, de los mercados regulados y la atención de salud gerenciada, la libre elección y el control de costos.

- iii) Tercera etapa (finales de los noventa). Representa el inicio de una nueva etapa, que es la actual a principios del siglo XXI. Se caracteriza por una visión crítica: se comprueba que funciona y que no funciona y sistematizando lecciones y experiencias.

7.1. Primera etapa

Empieza en los años sesenta, setenta y concluye a mediados de los ochenta. El estado benefactor permite la extensión de cobertura y el rol central del estado facilita en Latinoamérica y el Caribe la emergencia de la seguridad social y el desarrollo de los Ministerios de Salud. Fueron años de evolución de la medicina privada y los sistemas de salud avanzaron, aunque mantuvieran esa concepción segmentada a la que ya se hizo referencia, híbrida. Esta etapa está ligada a la atención primaria de salud, a Salud para todos y entre sus logros se dio un gran desarrollo de la educación médica, de las ciencias de la salud, de los posgrados de salud pública en el continente. Podría decirse que hay muchas deficiencias, pero se dan avances en esos años. Crece el número de médicos, de enfermeras, se invierte en infraestructura, hospitales, centros y puestos de salud, con el Plan decenal de las Américas. Hay algún avance de la investigación en salud. Está de moda la planificación (método Cendes/OPS y planificación estratégica), la administración sanitaria se desarrolla, con una visión normativa primero y estratégica después, y el estado es el centro de esos procesos de desarrollo. Se adelanta la cooperación técnica entre países en salud.



¿Qué es lo que pasa en América Latina? ¿Qué es lo que explica esa etapa de estado de bienestar? ¿En qué contexto se da esta concepción del *estado de bienestar* incompleto y de generación de ciudadanía incompleta, inconclusa, en Latinoamérica y el Caribe?

Se da en el marco de la guerra fría, donde se está debatiendo que hay dos procesos de desarrollo: capitalismo y socialismo; se da en el marco de la Alianza para el Progreso, iniciativa de Estados Unidos. Al calor de la Alianza para el Progreso se alcanzó cierto desarrollo económico y social, democratización de oportunidades y se pusieron en marcha proyectos rurales y urbanos, frente a la posibilidad de revoluciones sociales en América Latina.

¿Qué actores intervienen en esta etapa en América Latina y el Caribe? La OPS/OMS, son los años de Alma Ata, de Salud para todos en el año 2000 y los ministerios de salud tienen un rol central, se fortalecen en esos años (hasta los años ochenta) los ministerios de planeación, es la etapa del desarrollismo, de sustitución de importaciones, de Progreso industrial en América Latina. Las escuelas de salud pública proliferan en esa etapa, en nuestro continente y los movimientos sociales crecen y convierten la salud en un elemento de naturaleza política.

7.2 Segunda etapa

Alrededor de 1985-¿1998? La etapa que sigue es la de la reforma y modernización del estado y en salud la caracterizan los mercados regulados y la atención gerenciada en salud y ya se anotó en qué circunstancia se dan y cuáles son sus elementos: contención de costos, gerencia empresarial, mercados para la eficiencia, el uso de los incentivos económicos como un factor de regulación, que el dinero no se le dé a los proveedores de servicios sino que siga al paciente (subsidi-

os a la demanda), la focalización en los pobres. Se medicaliza la atención de salud, con aquella visión reduccionista institucional del tema y surge la generación, se pudiera decir, neoclásica de las reformas.

¿En qué contexto se da esta etapa? Es el contexto de la caída del socialismo, de un mundo que solamente tiene una versión del desarrollo, una sola mirada para adelante, que los perfiles demográficos y epidemiológicos cambiaron, con envejecimiento de población, escalada de costos, se habla de una crisis de la salud pública, se empieza a hacer referencia a que la salud habría de manejarse como cualquier otro tipo de negocio, desde el punto de vista gerencial y empresarial y se explota mucho el tema de la insatisfacción que hay en las expectativas de la ciudadanía con los sistemas de salud.

¿Quiénes son actores en esta etapa? De nuevo la Organización Panamericana y Mundial de la Salud, aunque con un perfil menos protagónico que en la anterior. Los bancos multilaterales (Banco Mundial y BID) y, como actores nacionales, fundamentalmente, los ministerios de finanzas. En los años noventa –como se notó– la reforma es una versión ligada a los programas de ajuste estructural, al recorte del papel del estado y del gasto público en salud. Ya no se usan tanto las escuelas de salud pública latinoamericanas porque se quedaron, se enmohecieron, se les acusa de que no están en la avanzada del conocimiento científico y se empiezan a usar consultorías externas que en lo fundamental son contratadas por los organismos de crédito y financiamiento. Hay una gran influencia de las escuelas de salud pública de los países desarrollados en este proceso; nuestras escuelas pierden actualidad en los procesos de estos países y ganan las de los países desarrollados. Es un momento de poco estado y más mercado, del ajuste de salud hijo del ajuste estructural.



7.3 Tercera etapa

Albores del siglo XXI. Es la etapa actual. Aunque algunas de las reformas de los noventa están en curso, ya no es el momento de la euforia inicial, con aquella ilusión de los mercados regulados, porque la pobreza se ha incrementado, las metas no se han alcanzado, la ineficiencia social es marcada, de nuevo aparece la ineficacia de los sistemas de salud hay desigualdad en el acceso y hay bajas coberturas colectivas, los programas de salud pública se quedan retrasados. De igual modo se tienen problemas con la misión social de las instituciones, porque cada vez hay más convencimiento de que la salud es un proceso social y es un producto social, no solamente el rol de las instituciones de salud. Algunos llaman al contexto actual de agotamiento del neoliberalismo, *del malestar de la globalización*, de la necesidad de recuperar la función del estado, de generar desarrollo humano, de fortalecer el progreso institucional, de las instituciones volcadas a los sujetos sociales, del empoderamiento de los ciudadanos y de las instituciones sociales, de la lucha contra la pobreza como una prioridad importante en nuestros países.

Surge el planteamiento de una nueva salud pública; tema polémico pues se ha usado como comodín por discursos sobre la evolución de la salud muy diferentes (como la

participación social). La nueva salud pública, en la acepción utilizada son las políticas públicas saludables, la intersectorialidad, el desarrollo humano sostenible, la producción social de la salud.

Y los actores de esta etapa se relacionan con más presencia del estado, aunque ahí están también las organizaciones internacionales, los bancos y las organizaciones especializadas en salud. Se habla de más importancia y de más preponderancia de la sociedad civil, de otros sectores y de los entes territoriales descentralizados.

8. Algunas reflexiones sobre gasto en salud y desempeño de los sistemas de salud de los países industrializados

Con relación al gasto en salud como porcentaje del PIB y si se considera el de Estados Unidos en 100 (Cuadro 2), el del Reino Unido es un poco más de la tercera parte del norteamericano. Sin embargo, los Estados Unidos que ya tienen una participación mucho mayor del 12,2% del PIB, sin embargo cuenta aún con cuarenta millones de habitantes sin protección social de salud.

De ahí se podría concluir que gastar más no necesariamente asegura mayor protección de salud o de equidad. Del gasto nacional

CUADRO 2
GASTO EN SALUD COMO % DEL PIB
CON RELACIÓN AL GASTO DE ESTADOS UNIDOS

País	% del PIB	Financiamiento (Mix público-privado)	Gasto per cápita (EUA=100)
Alemania	8,8	70% público	58,5
Canadá	9,5	70% público	69,7
Estados Unidos	12,2	40% público	100,0
Holanda	8,4	70% público	49,5
Reino Unido	6,0	80% público	37,9

Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), 1993.



de salud de Estados Unidos solo 40% es público, el cual se dedica en especial al indigente, al anciano, puesto que los gastos de salud pública son asumidos por el público. El resto son gastos privados.

A simple modo de comparación, por ejemplo, con relación a las consultas médicas por habitante (Cuadro 3), a pesar del gasto de Estados Unidos, solo tiene 5.5 consultas por habitante, mientras que Alemania 11.5. No se afirma si es bueno 11.5 contra 5.5, pero se observa que el Reino Unido con la tercera parte del gasto nacional en salud de Estados Unidos tiene la misma producción de servicios.

En esta relación gasto en salud público-privada y su relación con el PIB, Canadá, Reino Unido, Irlanda, Holanda, en general los países industrializados, dedican más de las dos terceras parte del gasto nacional en salud como público. Es decir, dentro del total de los gastos la tercera parte solo es gasto privado; y en Europa y Canadá es esencialmente gasto público. En el Reino Unido solo 16% es gasto privado. En Holanda 27%, en Alemania 28%, y en Estados Unidos, esencialmente es gasto privado en salud.

La cobertura según el tipo de servicios brindados:

- i) Estados Unidos cubre del 44% de los servicios ambulatorios con su enorme

gasto nacional en salud, esencialmente privado, 44% de los servicios de internación y solo 12% de los productos farmacéuticos

- ii) Mientras, el Reino Unido prácticamente lo cubre todo y los sistemas europeos, que generalmente no son financiados con aportes públicos, a través de la seguridad social o de impuestos generales, son mucho más equitativos.

Con relación a la equidad y el financiamiento de los sistemas de salud de los países industrializados, Alemania tiene una equidad intermedia y un financiamiento público a través de la seguridad social; Estados Unidos una equidad muy baja y un financiamiento privado; Reino Unido una equidad muy alta y un financiamiento público a través de rentas generales. Se trata del aporte de cada cual según su capacidad de pago, y eso es lo que estos sistemas públicos logran, a través de impuestos sobre las rentas, y son los más equitativos, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD).

9. Integración, segmentación y financiamiento en los sistemas de salud latinoamericanos

En Latinoamérica y el Caribe hay quienes hablan de sistemas de salud públicos integrados, mixtos y privados, es decir todo un mo-

CUADRO 3
CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE

País	1975	1980	1990
Alemania	10,9	11,5	11,5
Canadá	4,9	5,6	6,9
Estados Unidos	5,1	4,8	5,5
Holanda		4,9	5,5
Reino Unido	4,5	5,1	5,7

Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), 1993.



saico de arreglos institucionales que basados en las tendencias mundiales, descritas anteriormente, hacen difícil su comprensión y sistematización.

Los sistemas del Caribe anglófono casi nunca se piensa en eso son públicos a la inglesa, expresión *beveridgeana*. Se trata de Bahamas, Barbados, Granada y Jamaica. Son los que denominan públicos integrados con muy baja segmentación, significa que el acceso de los distintos grupos humanos a distintos paquetes de beneficios no es diferente, no hay quienes acuden a un paquete menor del sistema público y otro grupo a uno de beneficios mejor, porque tiene mayor capacidad de pago, o va a una opción privada, o bien otros se hacen atender en las distintas formas de la seguridad social. El sistema poco segmentado es más igualitario. A veces en nuestros países los seguros públicos son muy diferentes de acuerdo con los gremios que contratan los seguros. En los sistemas integrados la fragmentación es baja, es decir, éstos no están fragmentados en el sentido de que alguien hace la promoción de la salud y otro hace la curación, un beneficio está en un plan de salud pública colectivo, por un lado, y la atención individual por otro.

En Latinoamérica y el Caribe hay sistemas mixtos regulados, que aunque son segmentados, proceden de realidades nacionales donde hubo cierto desarrollo de la seguridad social pública, de seguros privados, de medicina prepagada y de la medicina liberal. En este grupo se encuentran Colombia, Argentina, Chile y Uruguay. En estos sistemas la segmentación es mayor, que en los públicos integrados, es media y el gasto de salud directo de bolsillo es bajo, aunque las diferenciaciones internas merecen un estudio más detallado. Y, también está el Sistema unificado de salud de Brasil, poco conocido fuera de sus fronteras, que si bien tiene cierta segmentación, no tiene

mucha fragmentación. El gasto directo de bolsillo es medio y ha mejorado mucho en accesibilidad con sus esquemas de salud familiar.

El resto de los sistemas de salud latinoamericanos padecen de gran segmentación. Son los que expresan más claramente los llamados segmentados o híbridos mencionadas. En general se encuentran en los países de desarrollo socioeconómico bajo.

¿Qué efectos tiene para la segmentación el subsector público? El subsector público se concentra en la población más pobre y de mayor edad, se concentra la población más enferma y de mayores preexistencias. El gasto público es bajo, el gasto de bolsillo alto, la fragmentación y segmentación grandes y son muy inequitativos. Por supuesto, el sistema público tiene listas de espera, insuficiencias de recursos, mala atención, falta de suministros, bajos salarios, o sea que tiene menos recursos, proporcionalmente, que la seguridad social y el subsector privado. Y sus responsabilidades sociales son mayores, pues se concentra la atención de salud de los más necesitados.

En cuanto al gasto público en Latinoamérica y el Caribe (Cuadro 4), que es muy bajo como porcentaje del producto nacional, pues es menos de la mitad del gasto nacional en salud.

La proporción pública es baja y ello es un reto importante para la producción de equidad y solidaridad.

Se supone que el gasto público en salud debe privilegiar a los grupos con menores condiciones, en desfavorables condiciones socioeconómicas y más a los que menos tienen. En el caso de Colombia es un poco caprichoso el comportamiento del gasto social, en el sentido de que los privilegios no se producen



CUADRO 4
GASTO PÚBLICO EN SALUD, LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Países	% PNB 1960	% PIB 1991	% PNB 1995
Chile	2	3,4	2,3
Uruguay	2,6	2,5	1,9
Colombia	0,4	1,8	2,9
Bolivia	0,4	2,4	3,8
Honduras	1,0	2,9	2,8
Cuba	3,0	S/D	7,9

Fuente: Informes Desarrollo Humano, 1997, 1999. PNUD.

para los más pobres si no –se pudiera decir– los más beneficiados son los que están en estratos medios, es decir no focaliza de manera adecuada en los más pobres.

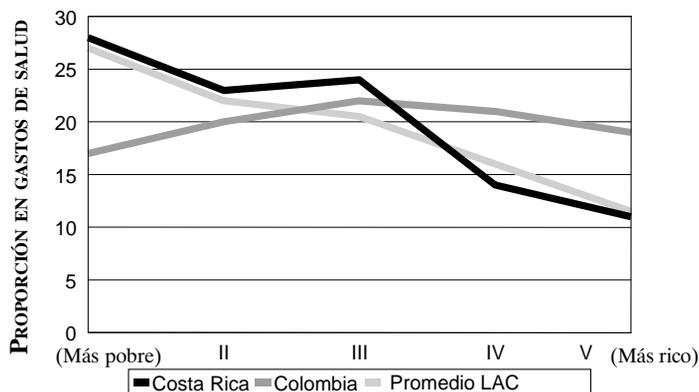
Con relación al gasto público en salud latinoamericano, con excepción de Costa Rica y Cuba, la media está alrededor del 55% gasto privado y 45% gasto público, la progresividad es mayor en la medida en que la recaudación se produce a través de la capacidad de pago. En el enfoque igualitario aporta más el que más capacidad de pago tiene. De esta manera, el impuesto directo sobre la renta es el más progresivo, es decir, el que permite más la equidad en el financiamiento de salud, mientras que el pago

directo de bolsillo es muy regresivo, es decir afecta fundamentalmente a los pobres. Los seguros de salud privados son regresivos también y los impuestos indirectos, el que se le pone al agua, a la coca cola, por ejemplo, a los bienes de consumo masivo, es también, en términos generales, regresivo, es decir, afecta más a las familias pobres que a las de mejores condiciones.

10. El debate actual sobre la reforma de los sistemas de salud

Las visiones hegemónicas otorgan una sola vía para el desarrollo y no privilegian el debate de alternativas. Sin embargo, muchos

GRÁFICO 7
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD
QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR



Fuente: OPS, 2000.



elementos están en debate en relación con la reforma de los sistemas de salud en Europa Occidental⁵ y en otras latitudes. Europa utilizó algunos elementos hegemónicos: competencia gerenciada, mercados regulados, mercados internos, cuasi mercados, etcétera, porque necesitaba hacer más eficientes sus sistemas. Hoy Europa Occidental plantea la necesidad de complementar el mercado con la cooperación, tras algunos años de experiencias con la competencia y la atención médica gerenciada, importadas de Estados Unidos, que las introdujeron para disminuir costos porque no podían seguir manejando su escalada. Europa, hoy, plantea la *cooperación gerenciada*.

Ello no significa la negación de elementos gerenciales modernos de demostrada utilidad en la prestación de los servicios de salud: utilizar protocolos, guías pautadas de atención con medicamentos esenciales, disminuir y racionalizar los costos en lo micro, racionalizar el gasto nacional en salud, identificar tecnologías costo efectivas basadas en la evidencia, usar tecnologías probadas (atención domiciliaria, cirugías ambulatorias, ingresos en el hogar), hacer gestión clínica y de riesgos poblacionales, buscar con creatividad cómo armonizar la atención gerenciada con el área geográfica de responsabilidad, emplear los niveles de atención y las economías de escala. De igual modo, buscar políticas de incentivos que generen eficiencia sin sacrificar la eficacia ni la equidad, pero aquella visión de que el mercado regulaba en lo micro y el estado regulaba y

vigilaba en lo macro (la modulación del pluralismo estructurado), se está revisando hoy en día en Europa Occidental y en otras partes del mundo. También se plantea la necesidad de mayor control político; es decir, el desarrollo es una empresa política en el sentido de que persigue metas y tiene que alcanzar metas, tiene necesariamente que realizarse en el bienestar de los grupos sociales, en el mejoramiento de la calidad de vida; tiene que involucrar a los funcionarios en estas empresas políticas, motivarlos con las mismas y con el logro de resultados; y eso es la política: alcanzar fines, objetivos y metas de desarrollo a través de determinadas estrategias.

Se replantean los valores éticos. La ética fue prácticamente desaparecida, algunas visiones tecnocráticas de la salud que ponían énfasis en el desarrollo y en la regulación de los procesos de producción de la salud, a través del mercado (prácticamente por arte de magia), adquirieron ilegítimamente carácter ético y moral y la ética de la salud desapareció. El individuo se convirtió en numerador, en denominador, en usuario, en cliente, en un elemento potencial que cuando reclamaba solucionar sus problemas de salud se le veía con el signo de dinero, porque se le podía facturar una cuenta, o como signo de dinero, porque esa atención no se podía facturar y había que negarla. Con esa visión de rendimiento económico estrecho se pusieron barreras a la demanda, cuotas moderadoras, copagos, desautorizaron intervenciones, entre otros.

Hubo mucho deterioro ético moral y hoy esto se está discutiendo en el mundo entero, el tema de los compromisos del personal de salud con la salud de la población. Las instituciones de salud, los prestadores de servicios de salud, son fundamentalmente seres humanos a motivar y el único incentivo no puede ser el económico. No se puede concebir que

5 Se citan en este documento algunas fuentes que analizan los casos de Suecia, Reino Unido, Holanda y Nueva Zelandia. Todos ellos iniciaron reformas basadas en el mercado regulado y han reconsiderado algunas de estas reformas, a veces sustancialmente. Según British Medical Journal (BMJ, 28 de junio de 1997), la moda por la competencia parece haber pasado y la reforma de los sistemas de salud parece haber entrado en una nueva fase.



la economía contemporánea es conocimiento intensivo y no manual intensiva y a las instituciones de salud con un criterio fordista, en donde médicos, enfermeras y técnicos sean tratados como un insumo más del proceso productivo o una mercancía que vende su fuerza de trabajo a destajo. La flexibilización ha llegado a un punto, que casi se le exige al profesional ir con el quirófano en la mano, para poderlos contratar. Las respectivas contradicciones que eso ha generado son motivo de discusión en el mundo.

El tema de la salud como proceso social se replantea. Si en Inglaterra y Gales (y en muchos otros lugares) se demostró que la lucha contra la tuberculosis pasa por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y que al crecer la exclusión social se dispara la tuberculosis, pues no cabe la menor duda que se debe pensar en procesos de desarrollo humano intersectoriales, democráticos y participativos. Se analiza acerca de la promoción de la salud, como una nueva salud pública, se debate acerca de ello en Europa, en el mundo industrializado y en vías de desarrollo; se generan iniciativas interesantes como las de las ciudades y municipios saludables. Una nueva generación de conocimientos científicos y técnicos surge de las escuelas de salud pública y de los grupos de reflexión y desarrollo, que experimentan soluciones creativas e innovadoras y obtienen resultados en la práctica social. Algunas de ellas ya abonan los programas de cooperación técnica de los organismos internacionales de salud. Es un proceso nuevo que está en curso.

Se debate acerca del desarrollo humano y como el mismo involucra a la sociedad en su conjunto, al estado y a la sociedad civil, a los organismos gubernamentales y no gubernamentales; es un proceso complejo que implica el *empoderamiento* y la participación social. Se reflexiona sobre el necesario ba-

lance entre descentralización y centralización en los sistemas de salud, porque no es posible que las unidades locales sean unidades autónomas y autárquicas, que nieguen al sistema en su conjunto y a los objetivos del sistema. Es correcto que se descentralice la capacidad de respuesta, que se acerque adonde están los problemas de salud, adonde está la población, que la población cada día tenga más control social sobre los sistemas de salud, que el estado sub nacional gestione los desarrollos de salud con criterios de gerencia social, pero también tiene que haber más cooperación y más control político, para que se progrese adecuadamente en la consecución de las metas que el sistema debe alcanzar. En fin, tiene que haber un necesario balance entre centralización y descentralización sin lo cual los sistemas desaparecen, dejan de ser sistemas, se fragmentan, se atomizan y las relaciones indispensables entre todas las partes desaparecen.

Un tema de preocupación ha sido la insuficiente evaluación de procesos sobre todo en Latinoamérica. Hay pocos estudios rigurosos en el continente que trascienden los análisis financieros y organizativos y que los crucen con ejes de análisis epidemiológicos y sociales; que verdaderamente pongan énfasis en evaluar el grado de alcance de la solidaridad, y de la cohesión social, que son buenas en sí mismas; que evalúe a las sociedades reales y no a las teóricas, como unidades auténticas, conflictivas y contradictorias, donde conviven lo igual y lo desigual, lo único y lo diverso. De igual modo, que definan hasta donde estos procesos producen sociedad, construyen ciudadanía; que evalúen los procesos a través de los cuales se construye sociedad humana; que sean sostenibles, irreversibles, cómo producen y reproducen el poder, cómo contribuyen a esa sociedad y a la profundización de la democracia, no solo vista en sus aspectos formales, si no también en sus aspectos sustantivos. O sea, democra-



cia en cuanto a democratización de oportunidades de vida, de acceso a los beneficios del desarrollo, de obtención de resultados, de disminución de brechas entre los distintos grupos y, por último, de evaluaciones que definan ganadores y perdedores.

En síntesis se está en un momento conocido en política como la *ley del péndulo*. En determinada etapa se critica mucho al estado y su ineficiencia, su ineficacia y su corrupción, como si éstas no fueran un contra valor humano ni una enfermedad de las instituciones, que solo la padecen aquellas de patrimonio público. Este contra valor humano puede estar en lo público o en lo privado. Entonces según la ley del péndulo, se pasa del paternalismo de los años sesenta, en que se exageraban algunas cosas, aunque siempre se ha dicho que el estado de bienestar latinoamericano fue imperfecto, con una construcción de ciudadanía inconclusa, pero de ese paternalismo que le achaca al estado de bienestar, ahora se comprueba la ineficiencia, ineficacia y corrupción del mercado. Por ello se sostiene la necesidad de recuperar el rol del estado en salud, y se habla de fortalecer a las autoridades sanitarias nacionales para que cumplan con las funciones esenciales de salud pública. Sobre este tema no se puso énfasis en la generación anterior de reformas (hay quienes hablan de generaciones en las reformas, es preferible considerar etapas de cambio o transformación, ya que la denominación reforma se asocia con la versión neoliberal) que se centraron en la organización y el financiamiento y se descuidó el papel del estado como conductor, se descuidó la salud colectiva. Se está en ese momento de recuperación en el cual necesariamente habrá que reforzar a las instituciones debilitadas.

En este sentido aparecen concepciones como la de la reinención del gobierno de Osborne que ponen el énfasis en la conjunción de esfuerzos entre estado, sociedad civil, organis-

mos no gubernamentales, asociaciones privadas, voluntarios de la comunidad, para obtener metas sociales y ofertar bienes y servicios. Se habla de la falsa dicotomía público privada y de la recuperación del espacio de lo público, que no necesariamente es lo estatal.

Se desarrolla la tercera vía (Anthony Giddens), como una solución de compromiso entre la concepción social democrática en que se asentaba el estado benefactor y el neoliberalismo, con su culto anti estatal y pro mercado.

Algunas voces no satisfechas con estas concepciones las acusan de “neoliberales” recalentadas.

Conclusiones

Las reformas en los sistemas de salud responden a las concepciones políticas y de valores sociales dominantes acerca del desarrollo humano. Si se piensa con un enfoque igualitario, se tiene un tipo de transformaciones, si se piensa con un enfoque utilitarista o neoliberal o neoclásico, se tiene otro tipo de reformas.

Estos son procesos políticos complejos que se alimentan de concepciones filosóficas, opciones económicas y financieras, culturales, epidemiológicas, demográficas, de servicios disponibles, éticas, entre otros. Tratar de reducir el tema de la reforma solo a sus dimensiones organizacionales, económicas y financieras, ha sido un contrasentido desde los puntos de vista científico y técnico. Hoy se pueden ver algunos resultados obtenidos con ese tipo de experiencias que privilegiaron los enfoques económicos gerenciales.

Las premisas políticas y principios rectores de modelos de desarrollo económico y social son determinantes: si las premisas son la Salud para todos, la solidaridad social, la



redistribución de riquezas y la justicia social, el sistema de salud será más equitativo, la salud será un derecho humano fundamental; si los intereses extra sectoriales de disminución de gastos o el privilegio de intereses privados con relación al 7% del PIB que se dedica a salud, si el interés prevaleciente es administrar esos fondos, para lucrarse de ellos; si se privilegian los intereses de grupos privados, entonces el sistema de salud será más inequitativo y no solidario, e inevitablemente tendrá mayor segmentación de las respuestas ante los problemas de salud.

Los conceptos micro económicos neoliberales no son asépticos ni neutrales. Las reformas latinoamericanas asentadas en estos conceptos no han logrado avances significativos, de manera de saldar las enormes desigualdades existentes, en el logro de la equidad, la solidaridad, ni la creación y desarrollo de ciudadanía. La eficiencia social de las reformas asentadas en estas concepciones también ha sido baja.

Las reformas de los sistemas de salud tienen que privilegiar la universalidad sobre otras consideraciones y si se quiere poner el énfasis en la salud y el bienestar social deben basarse en la promoción de la salud, es decir privilegiar su producción social.

La heterogeneidad de realidades requiere de modelos innovadores. No es posible que la realidad sea heterogénea y que el modelo sea único. Hay una enorme heterogeneidad social en el continente, hay enormes desigualdades del desarrollo económico, social y cultural. Diferencias epidemiológicas serias, de acuerdo con el comportamiento de las unidades subnacionales en el continente. Por tanto los esquemas tienen que ser creativos y no únicos. A heterogeneidad de realidades y heterogeneidad de problemas, le corresponde heterogeneidad de soluciones y no modelos únicos.

La indiscutible necesidad de dar prioridad a la atención de los pobres no puede servir de coartada para coagular la exclusión y la segmentación. La priorización de los pobres debe partir de consideraciones de inclusión social, cohesión e integración y desarrollo de ciudadanía plena.

El control social de la salud es una necesidad impostergable. Es decir, privilegiar a la población como sujeto de su propio desarrollo, como constructora fundamental de los procesos de generación y de acceso a los beneficios del progreso y, entre ellos, como controladora o veedora de los sistemas de salud, con una concepción de éstos que no los restrinja a un grupo de instituciones prestadoras del servicio y de técnicos que tienen que ver con la atención médica, pero no con la generación de bienestar social y la producción social de salud.

La integralidad e intersectorialidad de la atención, son parte inalienable del desarrollo de la salud. La promoción y prevención de responsabilidad pública y la curación de responsabilidad individual no han demostrado empíricamente, basado en evidencias, que resuelve los problemas del sector y se han acumulado dudas científicas y éticas acerca de su validez.

No hay una única concepción de la reforma de los sistemas de salud. Este es un proceso histórico, que tiene raíces, experiencias, logros y fracasos en la historia de nuestra América.

El proceso de reforma de los sistemas de salud está sometido al debate en el mundo. Una parte de los participantes piensa que es necesario movilizar más fondos públicos, sin lo cual seguirán prevaleciendo sistemas segmentados y fragmentados que son inequitativos, ineficientes, ineficaces y poco solidarios.



Referencias bibliográficas

- Ashton, J; Seymour, H., 1990. *La nueva salud pública*. Masson S.A. Barcelona. España.
- Amin, S., 1999. *El capitalismo en la era de la globalización*. Editorial Paidós. Barcelona. España.
- Banco Mundial, 1993. *Informe de desarrollo mundial: invertir en salud*.
- Castells, M., 1999. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Siglo XXI Editores. México.
- Del Barco, J. L., 1999. "Ética y economía". Tomado del Ministerio de Salud. *Seminario internacional ética y reforma a la salud*. Editorial Fotolito Parra & Cía Ltda. Bogotá. Colombia.
- Dever, G. E. A., 1976. *An epidemiological model for health policy analysis*. Soc. Ind. Res. V.2.
- Enthoven, A., 1988. "Managed competition of alternative delivery system". *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 13: 305-321.
- Fairfield, G.; Hunter, D. J.; Mechanic, D. Rosieff, F., 1997. "Managed care: origins, principles and evolution". *British Medical Journal (BMJ)*. 314: 1823 (21 June).
- Frenk, J.; Londoño, J.L.; Knaul, F.; Lozano, R., 1998. *Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro*. Fundación Mexicana para la Salud.
- Gorski, P., 1998. "Perinatal outcome and the Social Contract. Interrelationships between health and humanity". En: *Journal of Perinatology*. V. 18. N. 4. July/August. Pp. 297-301.
- Ham, C., 1844. "Reforming the New Zealand health reforms". *British Medical Journal (BMJ)*; 314: 1844 (28 June)
- Iriart, C.; Merhy, E. E.; Waitzkin, H., 2000. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". *Cadernos de Saúde Pública*. V. 16. N. 1. Pp. 95-105. ISSN 0102-311X. Rio de Janeiro.
- Martín, H. P.; Schumann, H., 1998. *La trampa de la globalización: el ataque contra la democracia y el bienestar*. Taurus. Madrid, España.
- Martín, J.; López del Amo, M., 1994. *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
- McKeown, T.; Lowe, C.R., 1986. *Introducción a la medicina social*. Siglo XXI Editores. México.
- OPS, 2002. *La salud en las Américas*. Washington, D.C., USA.
- , 2000. "Informe anual del director". *Análisis de la situación de salud*.
- , 2000. "Informe anual del director". *La salud en el desarrollo humano*.
- OPS/ Alames, 1991. *Debates en medicina social*. Imprenta Non Plus Ultra. Quito. Ecuador.
- , 2002. *La gestión de los hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. USA.
- Osborne, D.; Gaebler, T., 1992. *La reinención del gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Editorial Paidós. España.
- Saltman, R.B.; Figueras, J., 1997. *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. OMS.
- Stiglitz, J., 2002. *El malestar de la globalización*. Taurus. Bogotá.
- Terris, M., 1987. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI Editores. México.
- Titelman, D. et al., 2000. "The health care market and reform of health system financing". *Series de financiamiento*. Economic Commission For Latin America and the Caribbean (ECLAC). Marzo.
- Vargas, I.; Vásquez, M. L.; Jané, E., 2002. "Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica". *Caemos de Saúde Pública*. V. 18, N. 4. Pp. 927-937. SIN 0102-311X July/Aug. Rio de Janeiro.
- Vega, R., 2001. "Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social". En: *Revista de Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia. 3(2): 97-126.
- Vilaça, E. M., 2000. *Os grandes dilemas do SUS*. Casa da Qualidade Editora. Salvador, BA, Brasil.
- Whitehead, M., et al, 1997. "Why is Sweden rethinking its NHS style reform?". *British Medical Journal (BMJ)*. 315: 935-939 (11 October)
- Who, 1992. "Health Care Reforms in Europe". *Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health care reforms in Europe*. Madrid 23-24 June.

