

La globalización y las políticas de salud

Asa Cristina Laurell

RESUMEN

El nexo específico entre la "globalización", entendida como la expresión de la hegemonía mundial de los grupos financieros transnacionales, y la política de salud es la reforma neoliberal de los sistemas de salud actualmente en marcha en América Latina. En este artículo se argumenta que la nueva política de salud obedece, ante todo, a las necesidades del nuevo patrón de acumulación y convierte a la salud en un ámbito de apropiación de las rentas financiera y tecnológica. Se revisa el avance de la reforma en varios países del subcontinente y se analiza su impacto sobre la equidad, los costos, la cobertura y el modelo de atención. A partir de los hallazgos negativos de este análisis, se señalan los lineamientos generales de una reforma sanitaria alternativa, basada en la satisfacción de la necesidad humana que es la salud.

Palabras clave: globalización, política de salud, reforma sanitaria, América Latina.

Fecha de recepción: febrero de 1988
Fecha de aprobación: mayo de 1988

ABSTRACT

The relation between "globalization", understood as the expression of world hegemony of transnational financial groups, and health policy is the health reform that is presently implemented in Latin America. This paper argues that this new health policy responds to the necessities of the new model of accumulation and turns health services and financing into a field of private appropriation of financial and technological profits. The advances of the reforms in different countries are reviewed and their impact on equity, costs, coverage and orientation of services are analyzed. Considering the negative findings of this analysis the basic traits of an alternative health reform, designed to satisfy the basic human need health, are outlined.

Key words: globalization, health policy, health system reform, Latin America.

Maestría en Medicina Social, DAS, DCBS, UAM-Xochimilco.

Introducción

En el debate sobre las alternativas de política económica y social, la globalización es hoy un punto de referencia casi obligada. Detrás de este hecho está la suposición de que las nuevas tendencias de la economía globalizada imponen una serie de restricciones a los estados nacionales que se traducen en una reducción de sus márgenes para tomar decisiones soberanas, no sólo sobre la conducción de la economía sino también sobre cómo satisfacer las necesidades sociales de la población.

En este contexto, las propuestas de políticas de salud tienden a estar sometidas a una estrecha lógica económica que sólo considera marginalmente a la salud como una necesidad humana básica y un derecho social. Presenciamos, de esta manera, una inversión del debate sobre las políticas donde el lenguaje y las consideraciones económicas prevalecen sobre el lenguaje humanista y las consideraciones sobre los derechos.

Generalmente, no se define con precisión qué es aquello que se denomina globalización, ni se explicitan sus significados más profundos en cuanto a una nueva relación de fuerzas y la expresión del dominio de los intereses financieros transnacionales (Valenzuela, 1990). Más bien se describe a la globalización como la apertura de los mercados y una revolución tecnológica e informática que, juntas, derrumban las fronteras nacionales e interconectan los procesos productivos y los flujos de capital lo que, a su vez, exige el fortalecimiento de los cuerpos de decisión supranacionales y los sistemas de seguridad integrados y bajo mando único.

Este proceso vertiginoso de integración, que tiende a fortalecer a los fuertes y debilitar a los débiles, asume, con todo, formas diferentes en distintas regiones del planeta. La integración económica europea significa la libre movilidad tanto del capital como del trabajo y una agenda social común para los estados miembros, aunque esta comunidad se rodea de un muro hacia el oriente y el sur. El TLCAN, la punta de lanza de la integración del bloque regional americano, desmonta las barreras a las mercancías y la inversión al tiempo que construye bardas electrificadas y custodiadas para detener a los inmigrantes.

En el terreno más acotado de las políticas de salud son frecuentes dos tipos de reflexiones: aquéllas que encuentran en la globalización una serie de argumentos para modificar las políticas de salud y otras que examinan el impacto de la globalización en las políticas en función de los intereses de los nuevos actores económicos.

Entre los argumentos a favor de un cambio en las políticas está el de la incompatibilidad entre la apertura de mercados y la existencia de un monopolio estatal del financiamiento y prestación de los servicios de salud, o sea, la apertura externa del mercado obligaría a la promoción interna de la competencia. Otro argumento frecuentemente escuchado es que la competitividad internacional demanda bajar los costos de la mano de obra, lo que se traduciría en la necesidad de reformar los sistemas de seguridad social. En esta misma línea de argumentación se inscribe la necesidad de uniformar las políticas de salud con las de los principales socios comerciales para constituir condiciones homogéneas de competencia.

La otra línea de reflexión se interconecta con la anterior pero se interroga sobre las implicaciones de la apertura de los mercados en cuanto a las presiones y exigencias de dos poderosos actores en salud, la industria aseguradora y el tradicional complejo médico-industrial, que son grandes empresas transnacionales. Para que éstos puedan tener una plena expansión la sola apertura del mercado no es suficiente, sino que requieren de políticas estatales específicas para constituir y garantizar el mercado (Laurell, 1997).

La globalización, el ajuste económico y la política de salud

El nexo concreto entre la "globalización" y las políticas de salud en América Latina es la creciente adopción de políticas económicas de corte neoliberal que traen implícitas una nueva concepción de la política social bajo la cual se modela la política de salud. Las políticas de ajuste y cambio estructural de la última década no son, de esta manera, reductibles a un conjunto de medidas para controlar las variables macroeconómicas, privatizar las empresas estatales y realizar una apertura externa, sino que se inscriben en un proyecto global de (re)organización de la sociedad con una concepción precisa sobre cómo satisfacer las necesidades sociales (George y Wilding, 1994).

Esta concepción se traduce en una política social específica que significa una nueva articulación entre los principales ámbitos de producción del bienestar social, o sea, la familia, el mercado y el Estado. Esta rearticulación va mucho más allá de unos cuantos planteamientos técnicos eficientistas u otro *mix* público-privado. Implica la reestructuración profunda de la matriz básica de *lo público* (Gurza, 1994) y la constitución de los beneficios-servicios sociales en un ámbito directo de acumulación de capital (Laurell, 1995).

En este contexto, los organismos supranacionales juegan un papel crucial no sólo para conducir la reforma económica, sino también para reestructurar la política social. En el ámbito

de la salud, el Banco Mundial (BM) ha diseñado la nueva política que hoy se está imponiendo en prácticamente todos nuestros países. Este nuevo paradigma está plasmado en su documento *Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993).

La primera premisa de esta propuesta es que los servicios médicos son “bienes privados” dado que son apropiados por los individuos y en cantidades variables (Akin, 1987). De allí se desprendería que la salud es una responsabilidad privada, por lo que los individuos deben resolver sus necesidades de salud en la familia o adhiriéndose a formas de prepago que garanticen su acceso al mercado de servicios. Por tanto, el Estado sólo debe hacerse cargo de aquéllo que no le interesa a los privados producir por falta de rentabilidad o que los individuos no pueden comprar por falta de recursos económicos. En esta concepción no cabe la noción del “derecho a la salud” y su correlato lógico, o sea, la obligación del Estado de garantizarlo.

La política de salud concreta que se desprende de este planteamiento tiene dos grandes ejes: la mercantilización de la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para los comprobadamente pobres (Laurell y López, 1996). Más allá de la concepción de los servicios médicos como “bienes privados”, la ineficiencia de las instituciones públicas justificaría introducir las fuerzas del mercado en el sector salud y asignar los recursos públicos con base en el cálculo de costo-efectividad. Cabe señalar que esta supuesta ineficiencia no se demuestra empíricamente sino que es asumida como la segunda premisa de la reforma (Banco Mundial, 1993: 67). La tercera premisa es que hay y habrá escasez de recursos públicos, premisa que tampoco merece ningún análisis, ni conceptual, ni empírico.

Con estas tres premisas, el principal objetivo de la intervención estatal sería, según el Banco, impulsar la diversidad y competencia en el sector salud, tarea que requiere promover y facilitar la constitución de un mercado privado de seguros y servicios y regular sus posibles imperfecciones. Este proceso de mercantilización-privatización podría tener algunas modalidades distintas, dependiendo de las características previas del sistema de salud. Sin embargo, en todos los casos se construye sobre tres pilares fundamentales que son: poner un precio a (costear) las acciones de servicio para darles carácter de mercancías y definir “paquetes o planes de salud” y el costo equivalente, establecer sistemas de prepago de los servicios que permiten, por un lado, garantizar un mercado respaldado con poder de compra y, por el otro, administrar los fondos de salud privadamente y con fines de lucro y transformar las unidades

de servicios públicos en empresas con gestión autónoma con criterios empresariales e introducir el principio de la “libre elección” del usuario de su asegurador y/o prestador del servicio.

El Estado tendría, complementariamente, la tarea de asignar los recursos públicos, de acuerdo con criterios de eficiencia técnica e instrumental (Banco Mundial, 1993: 14-17) al financiamiento de los llamados “bienes públicos” o con grandes externalidades y a las acciones de bajo costo, focalizadas en los pobres y proporcionadas bajo un esquema descentralizado. La razón de financiar los bienes públicos, definidos como aquéllos que se caracterizan por su no-exclusividad (no se puede excluir a nadie de su uso) y su no-rivalidad (su uso por alguien no impide su uso por otro), sería que no pueden convertirse en mercancías. Las acciones de salud para los pobres se justificarían porque su falta de recursos económicos les impide satisfacer sus necesidades de salud en el mercado. Sin embargo, sólo deberían tener acceso a un conjunto mínimo de acciones esenciales de salud.

Cabe detenerse en la separación que se hace entre los servicios de salud “esenciales” y “discrecionales” dado que es la definición crucial para la integración de los Paquetes Básicos de Salud y la mercantilización del resto de los servicios. Usar estas denominaciones induce la percepción de que hubiera dos clases de servicios: aquéllos que son esenciales para preservar la salud o la vida y otros, usados a discreción de las personas, que constituyen un consumo no necesario. Sin embargo, en el texto del BM sólo hay una definición por exclusión; aquellos servicios que no son esenciales son discrecionales. Los servicios esenciales, a su vez, se definen como tales no por sus características intrínsecas, sino por su bajo costo y alto rendimiento en términos de los llamados *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD) (Banco Mundial, 1993: 7-8).

Debe señalarse que el cálculo de costo-efectividad, basado en el costo de la intervención y los AVADs ganados, tiene serios problemas teóricos y técnicos. La principal limitación teórica es que este cálculo se fundamenta en una concepción monocausal de causa-efecto de las tres relaciones involucradas, a saber, la de agente-enfermedad, la de enfermedad-discapacidad y la de intervención-curación. Es decir, se recurre a un modelo causal científicamente obsoleto. Una segunda limitación conceptual es que se introducen ponderaciones en función de criterios ajenos al concepto de los AVADs. Por ejemplo, se privilegia algunas acciones dirigidas a la población adulta por su importancia económica. Los problemas técnicos obedecen al hecho de que no se dispone de la información necesaria para cuantificar la discapacidad provocada por cada una de las enfermedades

particulares, ni para calcular los costos de una acción determinada. Por esta razón se seleccionan, previamente y en función de criterios no derivados del modelo, a ciertos padecimientos y acciones a someter al cálculo de costo-efectividad y se excluyen *a priori* otros padecimientos.

A partir de este procedimiento, se reduce el contenido del paquete de acciones esenciales de salud para los países de ingreso mediano a un número restringido de acciones de salud pública y servicios clínicos ambulatorios cuyo costo se calcula en 22 dólares anuales. El resto de los servicios serían discrecionales y la población tendría que pagarlos directamente o bajo algún esquema de prepago (Banco Mundial, 1993: 95-112). La propuesta del Banco se aleja, así, tanto de la noción del derecho a la protección de la salud como del concepto integral de atención primaria al adoptar acciones altamente selectivas; acercamiento cuya validez ha sido cuestionada por muchos autores (Berman, 1982; Gish, 1982; Unger y Killingsworth, 1986).

Se fijan entonces las prioridades en salud con un procedimiento seudobjetivo que excluye toda consideración sobre los múltiples significados sociales, éticos y culturales de la salud; sobre su relación intrínseca con el derecho a la vida y con el desarrollo de capacidades y potencialidades colectivas e individuales (Doyal y Gough, 1991) o sobre los varios objetivos posibles de la política sanitaria. En resumen, se trata de soslayar que la complejidad del tema significa que la fijación de prioridades en salud ha sido y debería ser una decisión política, democráticamente procesada, con base en valores y objetivos sociales (SOU, 1995). En su lugar, se apela a las virtudes del mercado y a una contabilidad económica de cuestionable coherencia teórica y con serias dificultades técnicas, incluso vista desde una perspectiva puramente económica (Hammer y Berman, 1996).

La reforma en los países latinoamericanos

El proceso concreto de implantación de la nueva política de salud, o de la reforma de la salud, se está dando bajo distintas modalidades en los países latinoamericanos, pero casi todos recogen la concepción básica del modelo bancomundialista. Los principales determinantes del contenido, modalidad y velocidad que asume la reforma son la conformación previa del sistema de salud y las condiciones políticas bajo las cuales se da.

De esta manera, las características previas del sistema de salud que cuentan para la reforma son: el grado de vigencia real del derecho a la protección de la salud, la cobertura de los subsistemas contributivo y asistencial, la organización del sistema de seguro o seguridad social, particularmente en

lo referente a las funciones que asume en el financiamiento y la prestación de los servicios, así como a su fragmentación o unificación, el grado de maduración del sistema privado de aseguramiento y la prestación de los servicios.

Las condiciones políticas de la reforma son de suma importancia ya que de ellas depende, en última instancia, la posibilidad de darle viabilidad práctica. Ocurre así, por un lado, porque el carácter de la reforma significa la afectación y reducción de derechos para amplios sectores de la población que se resisten a su implantación. Por el otro, origina nuevas relaciones de poder dentro del sector salud y la emergencia de poderosos actores como son, por ejemplo, las compañías privadas de seguros o las grandes empresas médicas (Bodenheimer, 1995), hecho que necesariamente genera conflicto de intereses. El primer elemento de diferenciación en el terreno político se da entre los gobiernos democráticamente electos y los dictatoriales. El segundo se refiere a la constelación de actores directamente involucrados en la reforma, la relación de fuerza entre ellos y su capacidad de movilizar sus recursos de poder.

La reforma latinoamericana más connotada es la que se instrumentó en Chile bajo la dictadura de Pinochet (Tetelboin, 1996). Logró desmontar el Servicio Nacional de Salud más avanzado del continente y sustituirlo por un sistema dual, público-privado, de financiamiento y prestación de servicios. En esta reforma se aplicaron las estrategias de la descentralización al nivel municipal de la atención primaria y, últimamente, de la administración de los hospitales públicos con un esquema gerencial; la presupuestación por demanda en vez de oferta; la introducción de la opción privada dentro del seguro obligatorio y la libre elección del usuario; la promoción de administradoras privadas del financiamiento (ISAPRES) y prestadores privados y planes diferenciados en contenido y costo.

El resultado de la reforma a tres lustros de distancia es, por un lado, la creación de una floreciente industria de la salud que atiende una minoría de la población pero que concentra la mayoría de recursos. Por el otro, muestra todos los problemas de un sistema de salud dominado por el mercado como son la polarización del sistema en perjuicio del sector público, una fuerte tendencia a la selección adversa, la explosión de costos, énfasis en lo curativo, una pronunciada estratificación en el acceso e inequidad entre personas y regiones (Banco Mundial, 1993: 167). A pesar de estas evidentes distorsiones los nuevos actores parecen tener suficiente poder para impedir que se replantee la reforma e, incluso, están logrando subsidios públicos, directos e indirectos (Rajs, 1995; Vergara, 1997).

Colombia está en proceso de instrumentar una reforma de corte neoliberal que se inició con la aprobación de la Ley 100 en 1993. En este caso (Hernández, 1997; Valencia y Maya, 1995) resultó decisivo, por un lado, que la reforma se diera en el contexto de la Asamblea Constituyente y, por el otro, que el Ministerio de Salud desempeñará un papel preponderante dentro del sistema de salud por la baja cobertura del seguro social. El esquema básico del nuevo sistema es: separar las funciones de regulación, administración del financiamiento y prestación de servicios, descentralizar el sistema público al nivel local para el desarrollo de un Plan de Atención Básica y convertir las unidades públicas de prestación de servicios en empresas autónomas, fundar las Empresas Promotoras de Salud (EPS), administradoras de los fondos y vendedoras de planes de salud, y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas o públicas e introducir los principios de mercado abierto y libre elección del usuario.

El sistema pretende modular los problemas derivados del libre juego de las fuerzas del mercado garantizando: la participación social mediante consejos colegiados (representantes de aseguradores, prestadores, usuarios y gobierno) a nivel nacional y local para la fijación de criterios de políticas generales, el acceso universal con dos regímenes, el contributivo obligatorio, para trabajadores asalariados e independientes, y el subsidiado, para los pobres registrados, la regulación del mercado mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía, el pago por capitación, un plan mínimo y universal de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y mecanismos para evitar la "selección adversa", la promoción y prevención destinándole el 0.5 por ciento de las aportaciones. Por sus características, el nuevo sistema se ubica entre lo que en otras partes constituye un modelo de "mercados internos" (Diderichsen, 1995) y lo que en los EUA se ha llamado la "competencia administrada" (Woolhandler y Himmelstein, 1994).

Es demasiado temprano para evaluar esta reforma, ya que está previsto que el periodo de transición concluya hasta el año 2001. Sin embargo, Cárdenas Rivera (1997) señala que la profunda reorganización del tejido sanitario se encuentra estancada, los contribuyentes al Fondo Solidario y Garantía no han cumplido sus obligaciones y los recursos no han sido dedicados a los fines previstos, la cobertura del régimen de aseguramiento subsidiado no ha incrementado sustancialmente y las empresas médicas han maniobrado para vender sus planes complementarios.

El reciente proceso de reforma en Argentina, que culmina temporalmente con la expedición de los decretos 1141 y 1142 en octubre de 1996 (Castro, 1996), está marcado por una

particular articulación entre las obras sociales, las instituciones públicas de salud y los prestadores privados. Esta articulación no sólo implica una forma específica de financiamiento y prestación de servicios sino que configura, además, complejas relaciones de poder político y económico; relaciones que están sobredeterminando al proceso de crisis y reforma (Friart, Leone y Testa, 1995; Belmartino, 1995).

La crisis de las obras sociales —provocada por la caída del salario, el estancamiento del empleo y la inflación— ha originado cambios en la cobertura y acceso a los servicios, una creciente presión sobre las instituciones públicas y la emergencia del aseguramiento privado o la "medicina prepaga". Es en este contexto que el gobierno argentino firmó un convenio con el Banco Mundial para reconvertir las obras sociales como condición para acceder a sus préstamos (Castro, 1996). La reforma, acordada con el Banco y plasmada en los decretos mencionados, mantiene la obligatoriedad del aseguramiento y establece la libre elección del usuario entre las obras sociales y los seguros privados, un mínimo de servicios esenciales de salud —el Programa Médico Obligatorio (POM)— con un costo fijo, pero con un pago adicional por consulta y medicamentos y un límite del tiempo de hospitalización, un costo adicional para planes o servicios más amplios, un subsidio a los asegurados cuyo salario no alcanza para pagar la cuota correspondiente al POM, la autogestión de hospital público, previamente descentralizado, y un tope de los gastos de administración.

Esta reforma mercantiliza plenamente el seguro social obligatorio y el hospital público. Con ello libera para el mercado tanto los fondos cuasipúblicos de salud de las obras sociales (un tercio del gasto total en salud o el 2.3% del PIB) como la infraestructura pública, lo que abre la perspectiva de una rápida expansión de los aseguradores privados, nacionales y extranjeros (Castro, 1996). Sin embargo, la viabilidad de esta reforma está cuestionada porque ha provocado resistencia, particularmente por parte de los sindicatos, los pensionados y sectores de trabajadores de la salud en el contexto general de un creciente rechazo al proyecto neoliberal menemista.

En el caso de México, la reforma neoliberal apenas se está iniciando, después de un proceso de maduración de las condiciones necesarias para viabilizarla. La particularidad mexicana es que sus instituciones de seguridad social (el IMSS y el ISSSTE) funcionan con un modelo de financiamiento-prestación de servicios enteramente público y sobre la base del principio de solidaridad entre los derechohabientes. Estas instituciones, con una cobertura poblacional del 55 por ciento, disponen de la red de instalaciones de salud más importante del país y administran,

además, un programa de servicios (IMSS-Solidaridad) dirigido a la población rural pobre, que complementa los servicios asistenciales de la Secretaría de Salud. Ha sido necesario erosionar el papel preponderante de las instituciones públicas y desprestigiarlas para hacer social y políticamente aceptable la reforma neoliberal. Esto se ha dado con un prolongado desfinanciamiento —provocado por el recorte presupuestal y la caída salarial y del empleo— y el consecuente deterioro institucional que, a su vez, ha impulsado un crecimiento acelerado del aseguramiento y los servicios privados (Laurell, 1996).

Los lineamientos básicos de la reforma no han sido tan explícitos como en los anteriores casos pero se desprenden del análisis conjunto de la nueva ley del Seguro Social (1995), el *Programa de Reforma del Sector Salud* (1996) y un documento del Banco Mundial (1998), donde se plasman los lineamientos de reforma del IMSS como condición para otorgar un préstamo de 700 millones de dólares. En estos documentos se distinguen dos grandes estrategias convergentes para la seguridad social y el sistema asistencial. Así, se plantea la separación entre la regulación, la gestión financiera y la prestación de servicios, la descentralización del sistema asistencial, su focalización en la población "no asegurable" (pobre) y la universalización de un *Paquete Básico de Servicios de Salud*, definido por sus grandes externalidades y alto rendimiento en términos de costo-efectividad, la sustitución de la cuota proporcional al salario por una cuota uniforme en el seguro obligatorio de salud y la definición del paquete de servicios amparados, la promoción de la opción privada dentro de este seguro bajo la figura de "reversión de cuotas", el impulso al aseguramiento privado con planes diferenciados y para cubrir los servicios excluidos, la libre elección del usuario y la administración gerencial de los servicios de salud en las llamadas Zonas Médicas y los hospitales públicos del tercer nivel.

Efectos de las reformas sobre la equidad, la cobertura y el modelo de atención

El valor social del derecho a la protección a la salud es tan aceptado, aunque incumplido, en América Latina, que la promesa de cobertura universal y equidad en el acceso a los servicios tiene un lugar preponderante en el discurso de la reforma. Promete, además, mayor eficiencia, mejor calidad de los servicios y una nueva orientación del sistema hacia la promoción y prevención. ¿Existen evidencias que permitan suponer que las estrategias propuestas —la mercantilización-privatización, la descentralización, la focalización— puedan cumplir estos propósitos? ¿Estamos ante una agenda oculta que para su aceptación requiere subvertir los conceptos de derecho a la salud, equidad, universalidad y calidad?

El elemento articulador de las estrategias de las reformas es la mercantilización de la gestión de fondos y producción de servicios. Ésta se desprende de la premisa central de la propuesta neoliberal sobre el mercado como el mejor asignador de recursos, por lo que la mercantilización daría por resultado mayor eficiencia y calidad. En este razonamiento es la competencia y la libre elección que le confiere al mercado esta capacidad de asignar recursos adecuadamente. De allí que no habría necesidad de privatizar, en el sentido de vender activos, sino que, como primer paso, bastaría con garantizar la competencia entre los "ofertantes" y la libertad a los "demandantes". Adicionalmente, habría que regular algunas imperfecciones del mercado y dotar a los demandantes de poder de compra. Esta es la base conceptual de las reformas de los sistemas de salud que tienen trazada una trayectoria desde los "mercados internos" hacia la "competencia regulada o administrada".

Esta concepción, tal vez, cumple los requisitos de consistencia lógica interna, pero difícilmente se puede verificar su validez con evidencias empíricas. Por el contrario, abundan los hechos que demuestran que la vía del contrato privado e individualizado para proteger a la salud no sólo ha resultado en una iniquidad notable en el acceso a los servicios y en la satisfacción de las necesidades de salud sino que, además, ha demostrado ser más costosa para todos, la nación, los individuos y las empresas (Woolhandler y Himmelstein, 1988; Bodenheimer, 1990; Salomon, 1990; Navarro, 1994). Tampoco garantiza servicios de mejor calidad porque incentiva prácticas diagnósticas y terapéuticas invasoras y peligrosas (Relman, 1991). La instrumentación de una serie de medidas encaminadas a contener costos y regular el mercado, tampoco ha mostrado ser la solución a estos problemas (Woolhandler y Himmelstein, 1994; Jesilow et al, 1995).

Por otra parte, las recientes experiencias en Suecia e Inglaterra de la gestión autónoma con "compraventa de servicios" o de "competencia interna" con la separación entre el financiamiento y la prestación del servicio como alternativa para efficientar los sistemas públicos de salud, demuestran que tienden a reproducir los problemas de los sistemas predominantemente privados, el incremento explosivo de costos, la restricción de servicios y aparición de seguros privados y, como resultado, una iniquidad desconocida en el acceso, la redistribución de los recursos, discriminatoria para regiones y grupos económicamente desfavorecidos, la fijación de prioridades en función de imperativos del mercado y no de necesidades, la erosión de las medidas de salud pública, la concentración de recursos en manos de los proveedores privados en detrimento de los prestadores públicos, tendencias fuertes de "selección

adversa”, poca transparencia y rendición de cuentas, un déficit democrático (Glennerster y Matsaganis, 1994; Diderichsen, 1995; Dahlgren, 1994; *Health Policy Network*, 1995; Pollock, 1995).

La sistematización hecha por Dahlgren (1994) de las implicaciones sobre algunos objetivos-valores básicos del sistema de salud en el tránsito de un sistema público a un sistema plenamente mercantilizado resulta sumamente ilustrativo. Como se puede observar en el cuadro 1 todas las variables elegidas —costo total, redistribución, libertad y posibilidad de elegir, calidad, orientación preventiva y equidad— empeoran en este trayecto. En el caso de los países nuestros, habría que añadir otras variables como, por ejemplo, cobertura de servicios, pero el panorama sería el mismo partiendo de condiciones mucho peores.

Cuadro 1
Algunas características de un sistema de salud en el trayecto del control presupuestal al control mercantil

Característica	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Costos totales	****	***	**	*
Redistribución financiera	****	***	**	*
Libertad de elegir	***	****	***	**
Posibilidad de elegir	****	***	**	*
Calidad de la atención	****	***	***	**
Orientación de la atención	****	***	***	**
Equidad	****	***	**	*

Fase 1 Sistema universal con financiamiento y prestación de servicios públicos. **Fase 2** Mercados internos en el sistema público. **Fase 3** Servicios privados con financiamiento público. **Fase 4** Mercado de atención plenamente comercial. FUENTE: Dahlgren (1994).

Estos hallazgos no deberían sorprender en el contexto latinoamericano donde parte de la “crisis” del sistema de salud, por ejemplo en Argentina, Brasil y Chile, obedece a una dinámica semejante. Además, resulta incomprensible que los promotores del mercado en el sector salud parezcan ignorar las enseñanzas de la crónica crisis del sistema de

salud de los EUA y los fracasados intentos por resolverla; cuestión que llevó a Barer, Marmor y Morrison (1995) a alertar a los gobiernos de los países en desarrollo contra los asesores en salud que viajan por el mundo vendiendo el modelo norteamericano. Estas experiencias sugieren que las promesas de equidad, universalidad, eficiencia, calidad y una nueva orientación del sistema no serán cumplidas con la reforma neoliberal. Revelan, en cambio, la enorme fuerza de la lógica mercantil una vez desatada, ya que impone un nuevo orden de funcionamiento al conjunto del sistema de salud, aun en ausencia de una privatización directa. Asimismo, demuestran que el ámbito del financiamiento se convierte en el poder clave en los sistemas mercantilizados. Esto debe advertir en contra de la idea de que se puede interpretar la dinámica de un sistema en función de su *mix* público-privado, lo que importa es identificar el principio ordenador del conjunto.

En este modelo, la estrategia de descentralización tampoco ha mostrado ser un medio para lograr mayor equidad o participación democrática. Tal como lo han analizado Collins y Green (1994) ésta, como estrategia neoliberal, se ha utilizado para reducir la responsabilidad pública y el gasto social y como el primer paso en el proceso de mercantilización, así como para diluir el conflicto político, observación que se verifica en las reformas latinoamericanas.

Los problemas de los modelos mercantilizados se magnifican, además, en nuestros países, donde la mayoría de la población vive en condiciones de pobreza y la inserción en el mercado laboral es inestable. La pretensión de resolver este problema mediante subsidios a la demanda u otros programas focalizados enfrenta varios obstáculos que los inviabilizan como mecanismo para garantizar la equidad y la solidaridad (Boltvink, 1996). El primero es justamente la extensión de la pobreza, que convierte la focalización en una paradoja. No tiene sentido focalizar cuando la mayoría requiere del programa o el subsidio. Ante esta situación, la focalización no se hace en función de necesidades sociales insatisfechas sino en función del techo presupuestal, fijado por la política fiscal restrictiva, que es rígido y siempre insuficiente (lo que contrasta con los generosos subsidios fiscales canalizados para promover al sector privado). Las salidas habituales a estos dilemas son varias. Se aplican los recursos hasta donde alcanzan, criterios de doble o triple focalización (mujeres pobres, niños pobres, mujeres rurales pobres con hijos, etcétera) o el seudobjetivo de costo-efectividad.

La única manera de “cumplir” las promesas de universalidad, equidad, eficiencia, calidad, etcétera, es subvirtiendo los conceptos. Ilustra esta “subversión” la

magistral síntesis del proyecto formulada por FUNSALUD (1994) que propone adoptar el concepto de universalidad "modificada" que se basa en los criterios de costo-efectividad, la igualdad como esfuerzo similar para acceder a los servicios y la sustitución del monopolio público por la garantía estatal de acceso a servicios esenciales en un sistema plural de prestadores.

Con estas evidencias es difícil sostener que las transformaciones del sector salud que se están impulsando con las actuales reformas obedecen a simples motivos técnico-pragmáticos. Es discernible que se inscriben en un cambio en el régimen de política social y forman parte de una reforma del Estado regresiva que pretende eliminar los derechos sociales consolidados como uno de los grandes valores del siglo XX. Este notable viraje, que abandona lo que parecía un valor social por encima de los proyectos políticos específicos, confirma que estamos ante un proyecto ideológico correlativo al nuevo orden económico denominado "globalización". Es una reforma que subordina los objetivos sociales a los económicos al buscar la plena mercantilización del ámbito de los servicios-benéficos sociales y la apertura y profundización de un campo directo de acumulación donde la principal disputa concierne el control sobre los fondos sociales y, en el caso de la salud, la apropiación de la renta tecnológica (Laurell, 1996; Bodenheimer, 1995).

Los temas y problemas de una política de salud alternativa

La otra cara de la globalización en nuestros países es el crecimiento del desempleo, la depresión sistemática de los en sí raquíticos salarios, el deterioro y la precarización de las condiciones de trabajo y las pésimas condiciones de vida que, juntos, constituyen las principales causas de enfermedad y muerte prematura en América Latina. Ante ello, cabe preguntarse si esto significa que las acciones específicas de salud y el acceso a los servicios tienen baja prioridad y deben reducirse a un mínimo con alto costo-efectividad para favorecer la inversión productiva o rentable, incluyendo el sector privado de salud. Plantear la pregunta en estos términos induce las respuestas equivocadas porque presupone una relación mecánica entre crecimiento económico y desarrollo social e ignora la importancia crucial de la salud en el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas.

El reto más bien consiste en realizar un análisis integral de la relación entre los procesos económicos y sociales a fin de reorganizar la lógica básica de las políticas públicas en función de un conjunto de nuevas prioridades sociales. La perspectiva reduccionista, hoy dominante, que aísla los

problemas específicos de salud y los somete a cálculos de costo-efectividad sólo produce una contabilidad económica limitada de actos médicos o intervenciones sociales pero es incapaz de proveer elementos para repensar las políticas.

Lo que se requiere es una política de salud alternativa que ponga en el centro la crisis social y reconozca la salud como una necesidad humana de importancia fundamental para el desarrollo de capacidades y potencialidades colectivas e individuales (Doyal y Gough, 1991), así como un valor social de primera jerarquía. Esta política alternativa tendrá que ser construida en el marco de un proyecto amplio de reorganización de la sociedad que enfatiza prioridades sociales y la satisfacción de las necesidades humanas. Esto significa una perspectiva que dé centralidad a una política social integral que incluya acciones específicas de salud y de atención médica.

Existen hoy razones fundadas para cuestionar la viabilidad del proyecto neoliberal latinoamericano que, hasta la fecha, no ha satisfecho las necesidades sociales pero tampoco ha generado un crecimiento económico estable (Vilas, 1995). Ante estos hechos hay una conciencia creciente de que es necesario repensar críticamente las "restricciones" impuestas por la globalización y redefinir las prioridades nacionales para alcanzar un crecimiento económico que permita resolver la crisis social. Respecto al empleo y los salarios, la interfase privilegiada entre las políticas económicas y sociales, existen muchas proposiciones que sugieren la posibilidad de tomar medidas que reviertan la destrucción de los puestos de trabajo y de la depresión salarial (Huerta, 1994; Martínez, 1996; Boltvinik, 1996; Zepeda y Alarcón, 1996), políticas que pueden ligarse con el mejoramiento de las condiciones de trabajo que se han deteriorado como consecuencia de la desregulación y de una competencia basada en el *social dumping*.

En el contexto de una extensa pobreza, desempleo y salarios miserables es evidente que los servicios sociales no pueden sustituir al trabajo y al salario remunerador. Sin embargo, esto no invalida el hecho de que una política social activa e integral puede evitar daños graves a los seres humanos y mejorar sustancialmente el bienestar social. Esto es particularmente cierto en el caso de la salud porque se relaciona directamente con el desarrollo de capacidades y potencialidades humanas, que es la precondition de una participación social plena (Doyal y Gough, 1991). Además, la promoción y la protección de la salud están consideradas en muchas de nuestras sociedades como un derecho social y son un valor social ampliamente compartido, lo que las convierten en un mandato ético.

Es en este contexto que la política de salud debe ser evaluada y elaborada. Si se acepta que la salud es una necesidad humana y un derecho social, como es el caso de la mayoría de las sociedades latinoamericanas, sigue que su promoción y protección es una responsabilidad pública que debe resolverse con medios colectivos y constituirse en una prioridad social importante. Estas consideraciones llevan a plantear algunas preguntas fundamentales que requieren de una respuesta precisa. ¿Existen recursos suficientes para garantizar servicios de salud a todos los ciudadanos? ¿Cuáles son los mejores mecanismos para alcanzar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud? ¿Cuáles son los determinantes de las condiciones colectivas de salud? y ¿Qué papel desempeñan los servicios de salud?

La primera y la segunda pregunta son cruciales porque actualmente la idea dominante de la nueva política de salud es que los recursos son escasos y el mercado el mejor mecanismo para colocarlos eficientemente. Es evidente que los países latinoamericanos no disponen de recursos ilimitados pero, aun así, el problema principal de los llamados países de ingreso mediano es su mala distribución y no su escasez absoluta. Hay varias evidencias que permiten sostener que muchos de nuestros países podrían garantizar servicios integrales de salud a toda la población a condición de que fuera una alta prioridad social.

Por ejemplo, actualmente México gasta como nación alrededor del 5.5 por ciento del PIB en servicios de salud públicos y privados. El costo estimado de una cobertura universal con servicios públicos corresponde aproximadamente al 4.2 por ciento del PIB en gasto de operación y una inversión total en infraestructura de un 2 por ciento del PIB. Este 4.2 por ciento estaría disponible sumando las contribuciones al seguro social, el actual gasto fiscal y el actual subsidio fiscal a los prestadores privados (0.6 por ciento del PIB) (Laurell y Ruíz, 1996).

Este ejemplo también sirve para visualizar cuál es el mejor mecanismo para alcanzar la equidad en la atención a la salud que tiene relación con los problemas de los costos y el acceso. En términos de costos el monto requerido para garantizar una cobertura universal con servicios privados sería en el caso mexicano por lo menos el doble, o sea, correspondería a entre el ocho y el nueve por ciento del PIB. Esta observación coincide con la mayoría de las experiencias nacionales en el sentido de que los sistemas públicos son más eficientes que los regulados por el mercado, sean éstos públicos o privados. Igualmente, hay pocas dudas de que el financiamiento y la prestación públicas hacen posible la equidad en salud mientras que, particularmente, el finan-

ciamiento privado tiende a provocar una cobertura altamente estratificada, como ya se vio (Dahlgren, 1994; Navarro, 1994; Diderichsen, 1995; *Health Policy Network*, 1995).

Estas experiencias nos autorizan a sostener que una reforma de salud "radical" debería conducirse en la dirección opuesta a la que actualmente se está promoviendo. Es de esta manera económicamente factible y éticamente imperativo moverse hacia una cobertura universal a condición de que el financiamiento y la prestación de servicios se asuman como una responsabilidad pública. Ésta es, evidentemente, sólo una propuesta general que permite definir las medidas concretas a tomar para resolver los indudables problemas que invaden nuestros sistemas de salud.

Una cuestión crucial de todos ellos es la reestructuración del financiamiento a fin de garantizar los fondos suficientes y su distribución equitativa. De esta manera, la cobertura universal sólo se puede garantizar si el financiamiento es nacional y redistributivo (Cohn, 1995). En este contexto, es necesario resolver tres problemas: la constitución de un fondo de salud único, criterios claros para su distribución basados en necesidades y una política fiscal explícita respecto a los aseguradores y prestadores privados, porque involucra recursos públicos muy importantes pero actualmente "invisibles".

El segundo problema compartido concierne al modelo de atención a escoger. La prestación de servicios de salud integrales con un énfasis en la promoción y la prevención es más factible cuando los servicios públicos ocupan el lugar dominante en el sistema de salud y se vuelve mucho más complejo cuando los prestadores privados dominan. En esta perspectiva, el fortalecimiento de los servicios públicos es una opción mucho mejor que la desestructuración institucional que hoy se está promoviendo, particularmente en los países que tienen un sector público fuerte aunque frecuentemente deteriorado.

La tercera cuestión, hoy a debate en América Latina, es la democratización de los servicios. Este problema se relaciona con la desburocratización y el aumento en la participación de la comunidad de usuarios y los trabajadores en la toma de decisiones a fin de mejorar la calidad y aceptabilidad de los servicios. La descentralización y la libertad de elegir son las propuestas en boga para lograrlo. Sin embargo, como ya se vio (Collins y Green, 1994), no todos los tipos de descentralización incrementan la participación, y la descentralización como medio para reducir la responsabilidad estatal tiende a tener el efecto contrario. La libertad de elección forma parte del paquete de privatización en América Latina (Tetelboin, 1996; Iriart, Leone y Testa, 1995; Laurell,

1995) y significa que los mecanismos institucionales de democratización son sustituidos por una presión difusa de los consumidores en el mercado. Una democratización efectiva debe contemplar una estrategia de redistribución del poder institucional (Testa, 1987) e incluir un espectro amplio de asuntos que van desde las decisiones sobre la política global de salud hasta la operación de los servicios locales de salud. Resulta evidente que la democratización, así como la rendición de cuentas, es mucho más factible en un sistema público que en un sistema privado (*Health Policy Network*, 1995), cuestión que es un argumento más a favor del fortalecimiento y expansión de las instituciones públicas.

Algunas de estas consideraciones parecen tan evidentes que no deberían siquiera mencionarse. Sin embargo, uno de los efectos más notables de la ideología neoliberal es que ha logrado cuestionar una parte sustancial de los valores sociales que se consideraban universales en nuestras sociedades. Estamos entonces en una situación que exige reivindicar la posibilidad y la aspiración ética de defender la vida a través de la lucha por la salud como una condición necesaria para el ejercicio de la libertad positiva y la plena participación social.

Bibliografía

- Akin J. (1987). *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*, Washington D.C., World Bank.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Washington D.C., World Bank.
- Barer, M. y T.R. Marmor y E. M. Morrison (1995). "Health Reform in the U.S. On the road to nowhere (again)?" *Soc. Sci. Med.*, vol. 41, pp. 453-460.
- Belmartino, S. (1995). "Estado y obras sociales: Desregulación y reconversión del sistema", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 72, pp. 5-24.
- Berman, P. (1982). "Selective primary health care: is efficient sufficient?" *Soc. Sci. & Med.*, vol. 16, pp. 1054-1094.
- Bodenheimer, T. (1990). "Should we abolish the private health industry?" *Int. J. Health Serv.*, vol. 17, pp. 27-46.
- Bodenheimer, T. (1995). "The industrial revolution in health care" *Social Justice*, vol. 22, núm. 4, pp. 26-42.
- Boltvinik, J. (1996). "Algunas tesis y reflexiones sobre la pobreza en México. Bases de una política para superarla", en Laurell A.C. (coord.), *Hacia una política social alternativa*, México: Instituto de Estudios de la Revolución Democrática.
- Castro, D. (1996). *La desregulación de las obras sociales y la mercantilización de la salud*, Buenos Aires: Folleto.
- Cárdenas Rivera, M.E. (1997). "La reforma de la seguridad social colombiana: entre la competencia y la solidaridad", en J. Ensignia y R. Díaz (coord.), *La seguridad social en América Latina: ¿Reforma o liquidación?*, Caracas, Nueva Sociedad, pp. 169-218.
- Cohn, A. (1996). "Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil" en Laurell A.C., *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*, Sao Paulo, Cortez-CEDEC, pp. 225-244.
- Collins, C. y A. Green (1994). "Decentralization and primary health care: Some negative implications in developing countries", *Int. J. Health Serv.*, vol. 24, pp. 459-475.

- Dahlgren, G. (1994). *Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare*, Estocolmo, Natur och Kultur, (Los mercados de salud del futuro-ganadores y perdedores).
- Diderichsen, F. (1995). "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden", *Health Policy*, vol. 32, pp. 141-153.
- Doyal, L. y Y. Gough (1991). *A theory of human need*, London, MacMillan.
- FUNSALUD (1994). *Economía y salud*, México, Funsalud.
- George, V y P. Wilding (1994). *Welfare and ideology*, London, Harvester Wheatsheaf.
- Gish, O. (1982). "Selective primary health care: Old wine in new bottles", *Soc. Sci & Med*, vol. 16, pp. 1054-1094.
- Glennerster, H. y M. Matsaganis (1994). "The English and Swedish health care reforms", *Int. J. Health Serv.*, vol. 24, pp. 231-252.
- Gurza Lavalle, A. (1994). *La reestructuración de lo público. El caso de Conasupo*, México, UNAM ENEP-Acatlán.
- Hammer J.S, y P.A. Berman (1996). "Ends and means in public health policy in developing countries" en P. Berman (editor) *Health sector reform in developing countries*, Boston, Harvard University Press, pp. 37-58.
- Health Policy Network (1995). "In practice: The NHS market in the United Kingdom", *Public Health Policy*, vol. 16, pp. 452-491.
- Hernández, A. M. (1997). "Los actores sociopolíticos de la reforma de la seguridad social en Colombia", ponencia VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social.
- Huerta, A. (1994). *La Política neoliberal de estabilización económica en México. Límites y Alternativas*, México, Diana.
- Iriart, C., F. Leone y M. Testa (1995). "Las políticas de salud en el marco del ajuste", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 71, pp. 5-22.
- Jesilow, P., G. Geis y J.C. Harris (1995). "Doomed to repeat our errors: Fraud in emerging health-care systems", *Social Justice*, vol. 22, pp. 125-138.
- Laurell, A. C. (1995). *La reforma de los sistemas de salud y seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, México, Fundación F. Ebert.
- Laurell, A. C. (1996). "La nueva ley del seguro social y el viraje en la política social" *Acta Sociológica*, vol. 17, pp. 11-39.
- Laurell, A.C. (1997). *La Reforma contra la salud y la seguridad social*, México, ERA.
- Laurell, A. C. y L. Ruiz (1996). *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?*, México, Fundación F. Ebert.
- Laurell, A. C. y O. López (1996). "Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health" *Int. J. Health Serv.*, vol. 26, pp. 1-18.
- Ley del Seguro Social (1995). *Diario Oficial*, 21 de diciembre.
- Martínez, I. (1995). *Una política económica alternativa*, México, Grijalbo.
- Navarro, V. (ed). (1994). *Why the United States does not have a national health program*, Amityville, Baywood Publishing Company.
- Pollock, A.M. (1995). "The NHS goes private", *Lancet*, vol. 346, pp. 683-84.
- Poder Ejecutivo Federal (1996). *Programa de reforma del sector salud*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- Rajas, D. (1995). "Políticas de salud y organización del sector salud en Chile" en C. Eibenschutz (org.): *Política de saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Relman, A.S. (1991). "The health care industry: Where is it taking us?", *New England J. Med.*, vol. 325, pp. 854-859.
- Salmon, J.W. (Ed.) (1990). *The corporate transformation of health care*, Amityville, Baywood Publishing Company.
- SOU (1995). *Priorities in health care. Ethics, economy and implementation*, Stockholm, Swedish Government Official Reports.
- Testa, M. (1987). "Estrategia, coherencia y poder en la propuesta de salud", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 37 y 38.

- Tetellboin, C. (1996). *Neoliberalismo y sistema de salud. La experiencia chilena, 1973-1990*, México, Universidad Iberoamericana, Tesis de doctorado en sociología.
- Unger, P. y J. Killingsworth (1986). "Selective primary health care: A critical review of methods and results", *Soc. Sci. & Med.*, vol. 22, pp. 1001-1013.
- Valencia, F. A. y N. R. Maya (1995). *LEY 100. La seguridad social y sus decretos reglamentarios*, Bogotá.
- Valenzuela, J. (1990). *¿Qué es un padrón de acumulación?*, México, UNAM, Facultad de Economía.
- Vergara, P. (1997). "In pursuit of "Growth with Equity": The limits of Chile's free-market social reform", *Int. J. Health Serv.*, vol. 27, pp. 207-216.
- Vilas, C. (1995). "¿Hacia dónde va la política social?", en Vilas C. (coord.) *Estado y políticas sociales después del ajuste*, Caracas, Nueva Sociedad, pp. 193-202.
- Woolhandler, S. y D. Himmelstein (1988). "Free care: A quantitative analysis of health and costs effects of a National Health Program", *Int. J. Health Serv.*, vol. 18, pp. 393-400.
- Woolhandler, S. y D. Himmelstein (1994). "Clinton's health plan: Prudential's choice", *Int. J. Health Serv.* vol. 24, pp. 583-592.
- World Bank (1998). *Mexico. Health system reform*, mimeo.
- Zepeda, E. y D. Alarcón (1996). "Empleo y política social en el México del fin del siglo" en Laurell A.C. (coord.) *Hacia una política social alternativa*, México, Instituto de Estudios de la Revolución Democrática.