

■ Coordinadores

Guillermo Julián González Pérez
María Guadalupe Vega López
Samuel Romero Valle



■ Autores

Encarnación Aracil Rodríguez
Elva D. Arias-Merino
María Isabel Baena Parejo
Francisco Javier Barrera Sánchez
Susana Belmartino
Carlos Bloch
Jaime Breilh
Roberto Briceño-Leon
Marisa Buglioli Bonilla
Carlos E. Cabrera-Pivara
José Luis Canales Muñoz
Juan Eduardo Céspedes Londoño
René Crocker-Sagastume
Nadine Gasman Zylbermann
Guillermo Julián González Pérez
Eduardo Hernán Ilabaca Plaza
Luis Lazarov Essner
José Martínez Olmos
Isabel de la Mata Barranco
Joaquín Molina Leza
Armando Muñoz de la Torre
José Isidro Portillo Rodríguez
Virginia Rodríguez
Samuel Romero Valle
María Guadalupe Vega López
Eugenio Vilaça Mendes
Ignacio Villaseñor Urrea



**LOS SISTEMAS DE SALUD EN IBEROAMÉRICA,
DE CARA AL SIGLO XXI**

Dr. Guillermo Julián González Pérez,
Dra. María Guadalupe Vega López
Dr. Samuel Romero Valle
Coordinadores

Los Sistemas de Salud en Iberoamérica, de Cara al Siglo XXI

del Dr. Guillermo Julián González Pérez, Dra. María Guadalupe Vega López y Dr. Samuel Romero Valle.

Primera Edición: julio 2004

Reservados todos los derechos. Ni todo el libro ni parte de él puede ser reproducido, archivado o transmitido de forma alguna o mediante algún sistema electrónico, mecánico, de fotoreproducción, memoria o de cualquier otro, sin permiso escrito del editor.

ISBN: 970-27-0320-4

Con un tiraje de 1,000 ejemplares esta obra fue digitalizada en los talleres de Luis Gerardo Cruz Hueso, Montenegro 1031; Col. Centro. Guadalajara, Jalisco
luishueso@hotmail.com

Portada: LDCG Moisés Romero Vargas
Diseño y Diagramación: LDCG Pablo Mercado Coss y LI Miriam del Carmen Lara Ramírez

Derechos Reservados Universidad de Guadalajara
© Copyright 2004

Esta obra fue editada con el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud

Hecho en México / Made in Mexico

[INDICE]

INTRODUCCIÓN	7
PARTE I. LATINOAMÉRICA: REFORMAS, RETOS, ESPERANZAS	9
1. El Sistema de Servicios de Salud en Argentina. <i>Susana Belmartino & Carlos Bloch</i>	11
2. O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil. <i>Eugenio Vilaça Mendes.</i>	33
3. Oferta y acceso a los Servicios de Salud en Costa Rica. Estudio basado en un sistema de información geográfica. <i>Luis Rosero Bixby</i>	65
4. La Reforma de Salud en Colombia. <i>Juan Eduardo Céspedes Londoño</i>	81
5. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. <i>Francisco Rojas Ochoa</i>	109
6. Estructura y funcionamiento del Sistema Sanitario Chileno. <i>Víctor Eduardo Ilabaca Plaza.</i>	125
7. Los Servicios de Salud en Guatemala <i>René Crocker Sagastume & Carlos Enrique Cabrera Pivaral.</i>	135
8. Servicios de Salud en Uruguay. <i>José Portillo, Marisa Buglioli & Luis Lazarov</i>	149
9. El Sector Salud en Venezuela: Reformando la Reforma. <i>Roberto Briceño-León & Virginia Rodríguez</i>	167
PARTE II. MÉXICO: PERSPECTIVAS SOBRE LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	175
1. La práctica médica en México. <i>Ignacio Villaseñor Urrea</i>	177
2. El Sistema de Salud en México. <i>Francisco Javier Barrera Sánchez</i>	185
3. El Sistema Nacional de Salud en México: Perspectivas ante la reforma. <i>José Luis Canales Muñoz</i>	193
4. Retos demográficos para el Sistema de Salud en México. <i>Guillermo J. González-Pérez, María Guadalupe Vega López, Armando Muñoz de la Torre, Carlos E. Cabrera Pivaral, Elva D. Arias Merino & Samuel Romero Valle</i>	223
PARTE III. EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: LUCES Y SOMBRAS.	237
1. Sistema Nacional de Salud Español: estructura y competencias. El papel del estado y el de las comunidades autónomas. La atención primaria y la atención especializada. La coordinación entre los niveles asistenciales. <i>José Martínez Olmos & María Isabel Baena Parejo.</i>	239
2. El Sistema Nacional de Salud en España: una aproximación crítica. <i>Encarnación Aracil Rodríguez & Isabel de la Mata Barranco</i>	257
PARTE IV. REPENSANDO LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	285
1. Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud. <i>Jaime Breilh</i>	287
2. Las Reformas de los Sistemas de Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. <i>Joaquín Molina Leza & Nadine Gasman Zylberman</i>	307
SOBRE LOS AUTORES	325

[INTRODUCCIÓN]

Es bien conocido que en los últimos veinte años se han llevado a cabo distintos procesos de reforma del sector salud en la mayoría de los países de América Latina, como respuesta a la necesidad manifiesta de cambios que muchos de estos sistemas de salud, obsoletos e ineficaces, requerían para tratar de enfrentar las necesidades sanitarias de la población. Obviamente, para entender estos procesos es indispensable conocer a fondo la problemática real –socioeconómica y sanitaria- de cada nación.

Ese es el sentido del presente libro, “Los sistemas de salud de Iberoamérica, de cara al siglo XXI”, el cual tiene como propósito dar a conocer –de primera mano- las realidades, experiencias y reflexiones que, en torno a la situación de los servicios de salud en Latinoamérica y España, se han producido en las últimas décadas. Esta obra es resultado del trabajo desarrollado por investigadores del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, los cuales –además de ser autores de algunos capítulos del documento, producto de sus investigaciones- han coordinado el trabajo editorial, y particularmente, han logrado la participación como autores de importantes académicos de América Latina y España.

Dirigido a estudiantes y profesores de Ciencias de la Salud, especialmente aquellos en el campo de la Salud Pública y de las Ciencias Sociales aplicadas a la Salud –pero también accesible y de utilidad para cualquier persona interesada en conocer el funcionamiento de los sistemas de salud en Iberoamérica, o el proceso de reformas en que han estado inmersos los sistemas de salud de estas naciones en años recientes- el libro aborda, con profundidad y desde diferentes aristas, los principales problemas que en el área de la salud enfrentan nuestros países, revisando su historia, el contexto socioeconómico, la situación actual y los desafíos a vencer.

Escrito por autores de reconocido prestigio a nivel internacional –varios de los cuales son académicos de nuestro Centro Universitario- el libro se divide en cuatro partes, lo que permite de una manera más clara el acceso a los análisis y contenidos presentados en este documento:

La primera parte, “Latinoamérica: Reformas, Retos, Esperanzas” está compuesta por nueve capítulos, dedicados a otros tantos países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Uruguay y Venezuela. Aunque desde diferentes perspectivas –y con énfasis en diferentes aspectos relativos al funcionamiento de los servicios de salud- cada capítulo permite conocer la realidad sanitaria de estas naciones, su situación actual y , en la mayoría de los casos, los retos futuros a vencer.

La segunda parte, “México: Perspectivas sobre la práctica médica y la organización de los servicios de salud”, conformada por cuatro capítulos, permite un acercamiento a la realidad del sector salud mexicano desde distintos enfoques, incluido el demográfico, que pone de manifiesto los desafíos a enfrentar por México ante los cambios poblacionales en el primer cuarto del siglo XXI. Así, se analiza críticamente tanto el funcionamiento de la Secretaría de Salud como el de las instituciones de seguridad social, y se plantean los problemas más importantes a afrontar por estas instituciones en los años venideros.

La tercera parte, “El Sistema de Salud Español: Luces y Sombras”, integrada por dos capítulos, permite al lector el acercamiento a una realidad sanitaria relativamente próxima a nuestra experiencia latinoamericana, pero que –a su vez- se configura en un contexto de desarrollo económico e integración europea que la convierte en única, por lo cual conocerla –aún con sus avances y tropiezos- reviste especial relevancia.

En la cuarta parte, “Repensando la reforma de los servicios de salud”, los dos capítulos que la conforman permiten tanto conocer los tópicos más importantes abarcados por las reformas en los sistemas de salud en Latinoamérica en el transcurso de la última década, como acceder a una evaluación crítica de muchas de estos procesos, la cual evidencia la necesidad de una reflexión teórica profunda de los procesos de reformas implementados en muchos de nuestros países recientemente.

Por último, en el libro se presenta una breve síntesis de la actividad académica de los autores que, con su participación, honran esta publicación.

Finalmente, debe señalarse que esta obra ha podido publicarse tanto en Disco Compacto como en Libro gracias al apoyo financiero brindado por la Universidad de Guadalajara y por la Organización Panamericana de la Salud, instituciones que así reafirman su compromiso de difundir el conocimiento científico en el área de la salud en México y América Latina.

Dr. Raul Vargas López

Rector, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

[PARTE I]

LATINOAMÉRICA: REFORMAS, RETOS, ESPERANZAS

EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA

Susana Belmartino¹

Carlos Bloch²

1. Introducción

El sistema de servicios de salud en Argentina se ha caracterizado en su desarrollo a lo largo del siglo XX por una débil capacidad reguladora y de control en manos del Estado y una importante presencia de organizaciones de tipo corporativo, tanto en la financiación como en la organización y provisión de servicios de salud.

Tales características particulares tienen un fuerte componente de construcción histórica por parte de actores sociales con intereses en el sistema de servicios, generando una estructura de organización y financiamiento con relativa independencia de las decisiones tomadas a nivel del aparato estatal. Es necesario por consiguiente tener en cuenta que dicho sistema se ha ido conformando en las últimas cinco décadas a partir de iniciativas radicadas tanto en el gobierno nacional, y los gobiernos municipales y provinciales, como en diferentes organizaciones paraestatales y privadas con intereses en el sector salud. Tales iniciativas han estado motivadas por circunstancias exógenas y endógenas a ese mismo sistema de servicios, y no se han registrado decisiones del Estado, en cualquiera de sus diferentes jurisdicciones, encaminadas a coordinar la totalidad de las instituciones del sector para garantizar los principios generalmente aceptados de integralidad, eficacia, eficiencia y oportunidad del acceso de la población a la atención médica.

2. Desarrollo histórico

En la Argentina de comienzos de siglo los servicios de atención médica de cierto nivel de complejidad estaban en manos de las diferentes jurisdicciones del Estado - nacional, provincial, municipal - y de las instituciones de beneficencia, de origen tanto religioso como laico. Tales instituciones brindaban atención

¹ Docente investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina. Secretaria de Redacción de la revista *Cuadernos Médico Sociales*.

² Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina. Director de la revista *Cuadernos Médico Sociales*.

gratuita a la totalidad de la población, pero su clientela fue paulatinamente circunscribiéndose al sector de menores recursos, sin capacidad económica u orientación cultural para proporcionarse cobertura en alguna de las múltiples instituciones privadas de internación - los sanatorios³ - y de agrupamientos de consultorios según las principales especialidades - clínicas de atención ambulatoria-. Este es un fenómeno que madura lentamente en los principales centros urbanos a lo largo de las primeras décadas del siglo.

En relación a la cobertura, las mutualidades conformaron de manera temprana formas de previsión solidaria destinadas a financiar tanto la atención médica como otros riesgos vitales: incapacidad laboral, muerte, vejez, etc. Los factores convocantes que estimulan la integración de la población a tales organizaciones fueron en los primeros tiempos múltiples: la nacionalidad de origen, la pertenencia a determinado gremio, la adhesión a determinada religión u organización política. Paulatinamente, sin embargo, comenzaron a predominar las organizaciones que reunían a personas que compartían la misma actividad laboral, ya se tratara de sindicatos, empresas o instituciones privadas y estatales, y la financiación de la atención médica se convirtió en objetivo prioritario, aunque no excluyente, de la mayoría de ellas. Muchas desarrollaron capacidad instalada propia, dando origen a los hospitales de colectividades y sanatorios mutuales.

Sobre esa dispersión original a partir de los años 40 el Estado comienza a poner en marcha políticas dirigidas a centralizar y normatizar las instituciones de atención médica. El gobierno que surge del golpe militar de 1943 y el posterior gobierno peronista de 1946-1955 llevan adelante un programa de expansión de las áreas sociales, otorgando un rol preponderante al Estado en la organización de servicios de atención médica en todo el territorio nacional. Como consecuencia, se centralizará en un Ministerio de Salud de jurisdicción nacional la administración de las políticas sanitarias antes dispersas en diferentes ministerios, y se producirá una notable expansión de la capacidad instalada del sector público, que duplicará en pocos años el número de camas.

Ese impulso estatal, orientado a asegurar la atención de salud para la totalidad de la población trabajadora y sus dependientes y centralizar su gestión en un Ministerio nacional, se ve limitado en primer lugar por la atención que el mismo gobierno peronista otorga a las demandas de los sindicatos, que prefieren organizar sus propios servicios de atención médica conforme a la tradición mutualista. Surgen así las primeras “obras sociales”, caracterizadas por la afiliación y aporte obligatorios de la totalidad de los trabajadores de determinada actividad y la contribución de los respectivos empleadores. Tales recursos se canalizan a financiar servicios de atención médica destinados a resolver los problemas de enfermedad de los trabajadores beneficiarios y su núcleo familiar primario.

El segundo límite a la acción estatal en materia de salud se presenta a partir de la crisis fiscal del Estado, que en los años 50 se hará recurrente, y la nueva orientación política de los gobiernos posteriores a 1955, que procuran reducir la intervención estatal en aquellas áreas susceptibles de ser cubiertas por la actividad privada.

Las instalaciones de atención médica del subsector público ingresarán a partir de los años 60 en un lento proceso de deterioro, y las autoridades de salud demostrarán escasa capacidad reguladora sobre las nuevas formas de financiación y organización de los servicios médicos, que quedarán bajo el control de dos grandes conjuntos de organizaciones de tipo corporativo: el que agrupa a las obras sociales en tanto entidades financiadoras de la demanda y el conformado por las organizaciones médico-gremiales y sanatoriales que logran el control oligopólico de la oferta.

El sistema se institucionaliza en 1970 con el dictado de la Ley 18.610, en la que se establece la obligatoriedad de los aportes de empleadores y trabajadores en relación de dependencia a las obras sociales administradas por las respectivas organizaciones sindicales, de manera de garantizar su atención de salud y la de su grupo familiar primario.

Las obras sociales constituirán un rasgo característico del sistema de servicios de atención médica. Esa denominación genérica se utiliza para designar un conjunto de más de 300 instituciones, relativamente heterogéneas en cuanto a régimen jurídico y capacidad financiera. Estas instituciones brindan atención médica

³ La denominación *sanatorio* se identifica en Argentina con el tipo de institución de internación que en otros países se integra en la categoría *hospital privado*.

a sus beneficiarios a través de dos modalidades: utilizando servicios propios y contratando la capacidad instalada del sector privado. Las instituciones privadas de atención médica están organizadas desde los años 60 en grandes confederaciones de nivel nacional: médicos, bioquímicos, farmacéuticos, odontólogos, instituciones con internación. Son estas grandes confederaciones de tercer nivel, en representación de las federaciones provinciales y las asociaciones locales, las que tuvieron hasta muy recientemente el control de una porción sustantiva de las contrataciones con obras sociales, destinadas a proporcionar atención médica a sus beneficiarios.

3. El modelo consolidado a partir de 1970.

La ley n° 18610 de 1970, además de generalizar la afiliación obligatoria a las obras sociales para toda la población en relación de dependencia, crea un organismo estatal, el Instituto Nacional de Obras Sociales (I.N.O.S.), responsable de la conducción del sistema. Bajo su jurisdicción se ubicarán las obras sociales nacionales. Existen además obras sociales provinciales reguladas por la legislación específica de cada provincia, que otorgan cobertura a los empleados públicos provinciales y municipales y su grupo familiar. Las obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las de los Poderes Legislativo y Judicial, y las que dan cobertura al personal de las Universidades se encuentran también fuera del régimen regulatorio establecido por el I.N.O.S.

Las funciones atribuidas al I.N.O.S. tenían como objetivo normatizar el funcionamiento de las obras sociales, de manera de atenuar las grandes diferencias en cuanto a capacidad financiera propia de estas instituciones y garantizar a todos sus beneficiarios el otorgamiento de un conjunto básico de prestaciones de atención médica. También debía fiscalizar los contratos establecidos entre las instituciones financiadoras y las grandes confederaciones de profesionales, que asumen de manera creciente el rol de prestadores de servicios médicos para la población afiliada al sistema.

La capacidad reguladora del I.N.O.S. se mostró insuficiente para atenuar la heterogeneidad característica del sistema de obras sociales. Esta situación se manifiesta en la diferente naturaleza institucional, las dimensiones de la cartera de beneficiarios, la estructura de servicios ofrecida, el perfil de consumo por afiliado, la estructura de costos, y el modelo de organización de la atención médica desarrollado. De ello resulta un sistema conformado por un mosaico de distintas situaciones regionales y por actividad productiva.

La organización del sistema, basada en la obligatoriedad del aporte de cada trabajador a la obra social que corresponde a la rama de la economía en que se desempeña, determina fuertes diferencias en el tamaño de las distintas instituciones, medidas por la población cubierta.

La heterogeneidad entre obras sociales tiene incidencia en relación con la eficiencia en la utilización de los recursos y la integralidad de los servicios ofrecidos. De este modo, la capacidad de cada entidad para cubrir las funciones a su cargo se torna dependiente de la dimensión de cada una de las ramas productivas correspondientes y el nivel de los salarios percibidos, ya que la contribución de trabajadores y empleadores se calcula como porcentaje de la remuneración de cada trabajador.

A partir de la puesta en marcha del I.N.O.S. se sucedieron diversos intentos de reordenar el sistema. Las reformas propuestas tendían, por un lado, a asegurar una mejor utilización de los recursos recaudados y mayor equidad en la distribución de los beneficios, por el otro, a retirar a los sindicatos el control de las obras sociales, que paulatinamente se convirtieron en fuente de poder político y económico para esas organizaciones.

Tales intentos - producidos en 1973, 1978, 1985 - fracasaron ante la cerrada oposición de la Confederación General del Trabajo. En 1989, con la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 se modifica la normativa que regula el sistema, aunque su organización permanece sin modificaciones. Para esa fecha el déficit financiero de las obras sociales dificultaba seriamente el cumplimiento de su actividad, situación que en diferentes oportunidades había intentado atenuarse a partir del establecimiento de mayores aportes y contribuciones. La ley 23.661 otorga la conducción del sistema a un nuevo organismo dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que reproduce la inoperancia regulatoria de su antecesor, el I.N.O.S. Las obras sociales provinciales, a su vez,

se encuentran bajo la jurisdicción del Consejo de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA).

4. Economía y política en los años 80 y 90.

Al igual que en Latinoamérica, también en Argentina los años 80 pueden caracterizarse en términos de década perdida: fuerte caída de los niveles de producción, aceleración de los procesos inflacionarios, drástica reducción de la actividad económica, desempleo. El endeudamiento externo impone la necesidad de generar crecientes superávits en la balanza comercial, mientras el equilibrio en las cuentas fiscales se presenta como indispensable para asegurar la estabilidad monetaria, reconocida en general como condición necesaria para estimular la confianza de inversores locales e internacionales. En paralelo se generan situaciones de creciente exclusión social: pauperización de parte de los sectores medios y alarmante extensión de las condiciones de pobreza extrema.

Las medidas tomadas para hacer más eficaz y eficiente la actividad del Estado contribuyen a reforzar los aspectos socialmente excluyentes de la política económica adoptada, al tener como instrumentos prioritarios la reducción de personal y gasto, sin lograr éxito en la puesta en marcha de políticas que orienten con sentido social los recursos disponibles.

A partir de 1991, la recuperación de la inversión interna y externa que estimuló el éxito del Plan de Convertibilidad permitió una mayor flexibilización del gasto. Sin embargo, a fines de 1994, como consecuencia del impacto de la crisis mexicana, se reitera la preocupación por la generación de déficit en las cuentas públicas, tanto a nivel nacional como provincial. También la crisis asiática afectó el flujo de capitales a Argentina, generando una recesión particularmente prolongada a partir de los últimos meses de 1998.

Las dos últimas décadas, sin embargo, no pueden ser comprendidas exclusivamente en términos de crecimiento o recesión. El balance de los años críticos registra cambios importantes a nivel de la conformación del aparato productivo y de las formas de organización social e institucional, configurando rasgos diferenciadores de los dominantes en las décadas precedentes.

Los cambios se vinculan tanto a aspectos microeconómicos relacionados con la escala operativa y la organización del trabajo en el sector industrial como a cuestiones macro referidas al régimen regulatorio global y al comportamiento de las instituciones económicas y sociales. La afirmación de nuevos grupos económicos y financieros liderados por empresarios locales, el desarrollo de ramas industriales intensivas en el uso de recursos naturales, la redefinición de las modalidades de inserción en el comercio internacional, en particular en lo relacionado con el perfil de las exportaciones, la creciente importancia de los flujos de capital financiero internacional como dinamizadores de la actividad productiva, constituyen los aspectos más evidentes de la nueva dinámica introducida en la actividad económica. La importancia de las inversión extranjera en las empresas públicas privatizadas, el sistema financiero y el comercio mayorista y minorista ha significado una fuerte concentración de la actividad económica en un número reducido de empresas y grupos económicos dotados de gran dinamismo. A ello se suman mutaciones de importancia en el mercado de trabajo, la actividad sindical y la producción de ciertos servicios públicos, en función de las nuevas estrategias de desregulación, privatización de empresas estatales y apertura de la economía puestas en marcha en forma fragmentaria y discontinua a partir de 1976 y generalizadas en los años 90.

No menos importantes son los cambios en el sistema político, que no se limitan a la recuperación del régimen democrático. La administración del Presidente Menem continúa la tradición argentina de regímenes presidencialistas, con gran protagonismo del ejecutivo y escasa iniciativa parlamentaria. Beneficiado por la coyuntura internacional favorable, obtiene el apoyo del gran capital nacional e internacional para su política de transformaciones, y condiciones de gobernabilidad muy superiores a las de sus antecesores. El apoyo de la Suprema Corte de Justicia, que le permite gobernar a través de decretos de necesidad y urgencia, las dificultades de la oposición política para presentarse como alternativa, el debilitamiento de las corporaciones y, en particular, la fragmentación del movimiento obrero, constituyen datos relevantes para el análisis de viabilidad política de las reformas en marcha.

Desde el punto de vista de los indicadores macroeconómicos pueden señalarse como aspectos favorables el control de la inflación, elevadas tasas de inversión y de crecimiento del PIB entre 1991 y 1994,

declinación de este último indicador en 1995, franca recuperación en 1996 y 1997 y nueva declinación a partir de los últimos meses de 1998, incremento de la productividad en sectores específicos, aumento significativo de la exportación de bienes y servicios, recuperación del equilibrio en la balanza comercial y de pagos.

Entre los datos negativos se registra la contracción del mercado laboral, con muy fuerte incidencia de empleo y subempleo, dificultades en el equilibrio fiscal en 1995 y 1996, significativamente agravadas en 1998 y 1999, y excesiva dependencia de los flujos financieros internacionales en razón del escaso desarrollo del mercado de capitales local y la insuficiente tasa de ahorro interno.

En el marco de esta presentación merece alguna consideración más detallada el impacto de la crisis y las políticas de reconversión económica y reforma del Estado sobre el empleo, la conformación del mercado laboral y la distribución de la riqueza, con incidencia directa sobre las necesidades de salud de la población y la posibilidad de satisfacerlas.

4.1. Dinámica de la distribución del ingreso, el empleo y las condiciones de pobreza.

Una artículo reciente de Altimir y Beccaría (2000) nos permite construir una aproximación sintética y disponer de una hipótesis interpretativa para la cuestión de la distribución del ingreso en Argentina en las últimas décadas. Para describir la dinámica de los últimos 25 años los autores utilizan la información proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares⁴ que realiza el INDEC con periodicidad semestral, diferenciando en el análisis ingresos de los hogares, perceptores individuales y remuneraciones horarias.

Para una aproximación al problema en el más largo plazo puede ser conveniente aclarar que las primeras mediciones sobre distribución del ingreso en Argentina corresponden a 1953. Este punto de partida incluye el significativo aumento de 8 puntos porcentuales de la participación de los salarios en el ingreso total que se produjo a fines de los años 40 y se mantuvo hasta 1954. Entre 1953 y 1961 la desigualdad a nivel nacional aumentó moderadamente (a nivel de un 0,05 del índice Gini). A partir de ese momento sólo se cuenta con mediciones de cobertura urbana o metropolitana que dan cuenta de una desigualdad aproximadamente constante durante los años sesenta y principios de los setenta, y un posterior incremento (de aproximadamente 0,15 puntos del Gini) entre 1974 y 1980.

Entre 1980 y 1986 la desigualdad entre los hogares urbanos continuó aumentando aunque moderadamente (0,05 del Gini o dos puntos porcentuales del PBI en el Gran Buenos Aires), acentuándose el deterioro en los años de la hiperinflación.

La rápida estabilización y recuperación del crecimiento a comienzos de los noventa trajo consigo un leve y temporario mejoramiento de la desigualdad. Sin embargo, a partir de 1993 se recupera la tendencia ascendente, agravada a partir de 1995, sin mejoras evidentes durante la recuperación en 1996-98. En términos del coeficiente Gini aplicado al ingreso total del hogar las diferencias se ubicarían entre un 0.356 para 1970 y 0.447 para 1999; si se para 1999. (Altimir y Beccaría, 2000)

Según la interpretación proporcionada en el estudio citado, la sostenida concentración del ingreso de los hogares en el largo plazo puede verse como el encadenamiento de resultados igualmente negativos de fases muy diferentes del prolongado proceso de transformación. En la segunda mitad de los setenta el principal factor que llevó a un aumento de la desigualdad que se reconoce como el más intenso de los últimos 25 años fue la contracción salarial, pieza central de la política de estabilización y liberalización de la economía puesta en marcha por el gobierno militar de 1976-83.

En los 80's el deterioro distributivo habría estado más enraizado en la inflación y el desempleo que en cambios estructurales a nivel de la producción. A partir de 1991, en un contexto de estabilidad de precios y recuperación económica con cambio técnico, la principal responsabilidad en el aumento de la desigualdad se adjudica a la irrupción del desempleo estructural

Advierten Altimir y Beccaría que una perspectiva del bienestar debe incorporar no sólo la distribución

⁴ Aunque la EPH considera un amplio conjunto de aglomerados urbanos se considera solamente la información referida al Gran Buenos Aires por ser el único para el cual se dispone de bases de microdatos desde 1974. En un trabajo anterior los autores demuestran que en 1997 el grado de desigualdad de la distribución del ingreso en el Área Metropolitana era similar al de un conjunto de otras áreas urbanas del país y que su evolución entre 1991 y 1997 fue también similar.

relativa de los ingresos sino también su dimensión absoluta en términos de incremento/decremento real del ingreso de los hogares. En ese sentido la evaluación de lo acontecido entre los ochenta y los noventa debe ser diferente. En el primer período el leve crecimiento de la desigualdad de los ingresos familiares fue acompañado de fuertes caídas en el poder de compra de los hogares más pobres. En los años 90 habría que diferenciar dos situaciones: hasta 1994 el aumento de la desigualdad estuvo asociado a aumentos de los ingresos medios reales de los hogares de todos los estratos; en el período más reciente el deterioro distributivo se asoció a disminuciones reales en un amplio grupo de hogares de bajos ingresos.

También debe incorporarse al análisis la creciente importancia del empleo informal o no registrado y los cambios en algunos aspectos de la normativa laboral que han aumentado la inestabilidad de las ocupaciones y remuneraciones y en consecuencia el ingreso de los hogares. Si bien se trata de un proceso generalizado, ha habido una mayor concentración de posiciones menos estables entre los ocupados de bajo nivel educativo. (Altimir y Beccaría, 2000)

Tokman (1999) analiza la distribución de la Población Económicamente Activa en Argentina según su inserción en empleos formales o informales. Ese registro da cuenta en 1990 de un 47.5% de trabajadores desempeñándose en el sector informal y un 52.5% con ocupaciones en el sector formal. Hacia 1996 las posiciones se habían invertido, registrándose un 53.6% de empleo en el sector informal y un 46.4 en el formal.

El mayor aumento de la informalidad se había producido en las pequeñas empresas, donde el porcentaje había aumentado de 14.9 a 18.7%, con un incremento del 25.5%, seguidas por los trabajadores independientes que habían incrementado su participación en la PEA desde un 24.7 a un 27.1%. En el sector formal las grandes empresas habían conservado su participación relativa (33.2%) mientras el empleo en el sector público había declinado en un 31.6%, desde un porcentaje del 19.3 en 1990 a 13.2 en 1996.

Información periódica reciente da cuenta de un informe elaborado por una consultora privada sobre cifras del INDEC. Según la información disponible un 72% de los nuevos empleos generados a lo largo de los años 90 constituiría trabajo no registrado o “en negro”: 3.5 millones de trabajadores se desempeñarían en condiciones irregulares, desde 1990 hasta la fecha el empleo clandestino como porcentaje del empleo asalariado total habría crecido en un 52.1%.⁵

En lo vinculado a las dimensiones de la población en situación de pobreza, las formas usuales de medición han diferenciado aquella con necesidades básicas insatisfechas (que identifica a los pobres estructurales) y la conformada por los hogares cuyos ingresos no cubren los costos de una canasta de bienes y servicios básicos (nuevos pobres) o de una canasta de alimentos en condiciones de proporcionar los nutrientes necesarios para una familia tipo. (indigentes).

La primera modalidad de registro identifica la pobreza que afecta a sectores sociales que han vivido históricamente en situaciones de carencia. El porcentaje de hogares en esta situación disminuyó desde 16.4% en 1980 a 12% en 1996. Según Repetto (2000) la mejora del indicador estaría vinculada por un lado a la inercia favorable de programas sociales de larga duración y por el otro al impacto progresivo del gasto social en determinados sectores, por ejemplo, educación básica. Más allá de que esta mejora relativa no permite considerar superado el problema, algunos estudios de comienzos de los 90 sugerían que este tipo de pobreza disminuye su posición relativa en el total de la población al mismo tiempo que aumenta en intensidad, es decir, aumenta el número de necesidades básicas sin satisfacer por el grupo poblacional involucrado. (Repetto, 2000)

El segundo tipo de registro – que opera definiendo una línea de pobreza- identifica a los sectores recientemente pauperizados que, aunque satisfacen sus necesidades básicas, no reciben ingreso suficiente para la adquisición de la canasta básica de bienes y servicios. De este modo se expresa la situación de una cantidad significativa de hogares de clase media que han visto reducir sus ingresos hasta caer por debajo de esa línea. El porcentaje de población afectada creció en forma significativa en un período de quince años en aquellos centros urbanos donde se concentra la medición estadística (Capital Federal y Gran Buenos Aires)

⁵ Olivera, F. El empleo nuevo, es, en su mayoría, clandestino. *La Nación*, 29.6.2000.

pasando de representar el 3.2% de la población al principio de los años 80 a constituir el 19.6% de los hogares, o el 27.6% de las personas en mayo de 1996.

Señala también Repetto la difusión en 1999 de un documento del Banco Mundial que registra la evolución y magnitud de la pobreza por ingreso en todo el país, con proyecciones que indicaban que el 36.1% de la población se ubicaba por debajo de la línea de pobreza, porcentaje que representa a 13.4 millones de personas. En marzo del 2000 se conocen las primeras cifras oficiales para la totalidad del país, que coincidirían con las estimaciones del Banco: 37% de la población; 12 millones de personas si se consideran las que viven en ciudades de más de cinco mil habitantes, y 14 millones si se incluye la población rural y la asentada en aglomerados pequeños, no tienen el ingreso suficiente para comprar una canasta básica de bienes y servicios, estimada para la Capital Federal en 490 pesos mensuales para una familia tipo conformada por matrimonio y dos hijos. Entre ellas, casi cuatro millones de personas se ubicaban por debajo del nivel de indigencia, no disponiendo de los 235 pesos mensuales que les permitirían el acceso a la canasta básica de alimentos⁶.

Los datos presentados ilustran por sí solos el deterioro de las condiciones de vida de los sectores más desprotegidos de la sociedad argentina. No se ha registrado en paralelo un crecimiento de los recursos orientados a solucionar sus problemas de salud/enfermedad, ya sea por una mayor asignación de recursos o por un manejo más eficiente de los disponibles. Los problemas asociados a la desocupación y la dispersión de las remuneraciones de los ocupados han agravado la crisis financiera preexistente en las obras sociales. El empobrecimiento relativo de la población con ese tipo de cobertura ha aumentado el flujo de demanda hacia el subsistema público, que se ha visto simultáneamente afectado por las políticas de contención del desequilibrio fiscal. Este panorama debe conservarse como telón de fondo cuando se trata de evaluar los resultados de las disposiciones de reforma del sistema de servicios de atención médica.

5. Necesidades y recursos en el sector salud.

Una evaluación somera de la articulación entre necesidades y recursos en el interior del sector salud obliga a considerar los aspectos demográficos relevantes y las cuestiones de morbilidad de su población que esperan respuesta a través del sistema de servicios.

5.1. Natalidad y mortalidad

Los indicadores de natalidad y mortalidad en Argentina presentan valores promedio que ocultan disparidades regionales relativamente importantes. Una perspectiva sintética del problema se presenta en el Cuadro N° 1, que contiene los valores correspondientes al total del país y los puntos extremos de variación.

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado una leve tendencia declinante en los últimos quince años. La variación registrada entre 1985 y 1996 fue del 17,5%. La misma tendencia declinante se observa en el comportamiento de las tasas neonatales y postneonatales para el período más reciente, entre 1990 y 1994, indicando una variación de 26.9 y 28.4% respectivamente.

En lo relacionado a las causas de mortalidad general las enfermedades del corazón (28,6%) y los tumores malignos (19,2) ocupan el primer lugar, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares (8,5), accidentes y efectos adversos (3,6), neumonía e influenza (3,4), septicemia (2,6) y diabetes mellitus (2,5).

Si se consideran los grupos de causas según Años de Vida Potencial Perdidos, es posible redimensionar el papel de cada uno de ellos en la mortalidad. Por esa vía los accidentes se ubican en la primera causa de pérdida de años de vida. Este resultado se asocia con la distribución de causas de muerte según grupos etáreos, donde los accidentes ocupan el primer lugar en los grupos correspondientes a 1/44 años de edad.

⁶ Información difundida por el por el SIEMPRO, Ministerio de Desarrollo Social, en marzo de 2000.

Cuadro 1.
Indicadores de Natalidad Mortalidad. Argentina, 1996

<i>Indicador</i>	<i>Natalidad</i>	<i>Mortalidad General⁷</i>	<i>Mortalidad Materna</i>	<i>Mortalidad Infantil</i>
<i>Total del país</i>	19,2	7,6	4,7	20,9
<i>Valor máximo según jurisdicción</i>	26,9	11,4	16,0	34,4
<i>Valor mínimo según jurisdicción.</i>	13,4	2,5	1,0	9,7

Fuente: Verdejo, 1998

En la mortalidad materna – cuyas tasas oscilan alrededor del 4 por diez mil - los abortos constituyen la primera causa (28.1%), seguidos muy de cerca con problemas relacionados a la atención del parto y el embarazo (23,3% y 23,2%), las complicaciones del puerperio, las afecciones agravadas por el embarazo, parto o puerperio.

En relación a la mortalidad infantil, si se categorizan las causas de defunción según la posibilidad de que las muertes sean evitadas, se observa que el descenso de las tasas en mortalidad infantil neonatal y postneonatal entre 1987 y 1994 se ha logrado fundamentalmente a expensas de la disminución de las causas “reducibles”. Las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal por causas difícilmente reducibles han sido similares y prácticamente estables para todas las regiones (4 y 1,6 por mil, respectivamente) (Verdejo, 1998)

5.2. Morbilidad

El registro de la morbilidad es problemático en la Argentina, ya que los datos disponibles provienen de fuentes dispersas y focalizadas en las patologías de notificación obligatoria. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud y Acción Social, los informes de programas de control o erradicación de enfermedades, los informes de hospitalización de establecimientos del sector público y algunos estudios especiales constituyen los principales proveedores de información para el estudio de la morbilidad.

Las principales fuentes de preocupación en los últimos años han sido las enfermedades categorizadas como emergentes y re-emergentes. En relación al SIDA, los casos notificados desde el inicio de la epidemia hasta fines de julio de 1997 serían 10.889. Se estima sin embargo, un importante subregistro, considerándose que las cifras reales superarían en más de un 40% las notificadas. También se presenta como problemática la incidencia de la tuberculosis, cuyas tasas de morbimortalidad han experimentado muy pocos cambios en los últimos años, manteniéndose alrededor de 40 por cien mil. La información disponible justifica una alerta sobre el aumento de las tasas de incidencia, la disminución de las medidas preventivas, el descenso de los porcentajes de diagnósticos bacteriológicos y el incremento de la resistencia a los medicamentos. También es motivo de alarma la asociación de tuberculosis y SIDA: en 1996 un 2.7% de los casos de tuberculosis denunciados estaban asociados al sida, lo que significó que en el 17% de los casos de sida notificados se registraba la presencia de tuberculosis (Verdejo, 1998).

Entre las patologías re-emergentes se registra la presencia del cólera, con 637 casos denunciados en 1997, (el pico de la incidencia se produjo en 1993, con 2080 casos); la emergencia de los primeros casos de Hantavirus y la amenaza del dengue, concretada en la provincia de Misiones poco después de la denuncia de casos en Brasil, Paraguay y Bolivia. En algunas regiones se ha detectado la presencia de *Aedes aegypti*,

⁷ Las diferencias en este indicador se vinculan con las diferentes estructuras etáreas de las respectivas poblaciones. Si se las ajusta por edad las diferencias se reducen considerablemente (7,78 y 6,48 para las jurisdicciones incorporada en el cuadro)

anunciando un retroceso en relación a 1965, fecha en que el país había sido declarado libre del vector.

La desnutrición infantil constituye otro flagelo asociado de manera directa con la extensión de las familias en situación de pobreza. Sólo existen al respecto estudios parciales y limitados, en forma que dificulta la construcción de indicadores nacionales. En el grupo de 1 a 6 años se han informado deficiencias de yodo y especialmente de hierro, señalándose una prevalencia de 24% a 47% de niños con anemia por deficiencia de hierro, dependiendo de la jurisdicción y fuertemente asociada al nivel socioeconómico. El trastorno nutricional más frecuente en preescolares y escolares el retraso del crecimiento por desnutrición crónica, expresado como déficit de la talla para la edad. Las regiones en las que se concentran estas deficiencias son las provincias del noroeste y nordeste - áreas de menor desarrollo socioeconómico - y los cinturones de pobreza que rodean a las grandes ciudades. (OPS/OMS, 1998)

5-3- El gasto en salud como componente del gasto público social

Según la definición de sus responsables, el Gasto Público Social está compuesto por la suma de los recursos financieros brutos insumidos en la retribución al personal ocupado, la compra de insumos y servicios y las inversiones realizadas en todos los organismos estatales y cuasipúblicos que corresponden a los sectores sociales. A él se imputan tanto los gastos presupuestarios como los no presupuestarios. En términos operativos, el GPS está destinado a brindar servicios de educación, salud, agua potable, servicios sanitarios y vivienda, a realizar políticas compensatorias destinadas a la población carenciada (nutrición, promoción y asistencia social) y a garantizar los seguros sociales, que incluyen la previsión social, las obras sociales, las asignaciones familiares y el seguro de desempleo (Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999).

El nivel de GPS se incrementó en los años 90, tanto en términos absolutos como relativos y en valores per capita. Las cifras se presentan en el Cuadro N° 2.

Cuadro 2.
Gasto Público Social Consolidado 1980-1997 (promedios)

<i>Períodos</i>	<i>GPS en millones de pesos de 1997</i>	<i>GPS per capita en pesos de 1997</i>	<i>GPS/PBI (en %)</i>	<i>GPS/GPC (en%)</i>
1980-83	33.190	1.158	14,7	45,1
1984-88	37.940	1.233	16,7	51,6
1989-90	36.026	1.115	17,5	56,8
1991-95	51.630	1.522	17,7	64,0
1996	54.565	1.549	18,3	65,5
1997	56.862	1.594	17,6	64,9

Fuente: Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999,

Para apreciar el posible impacto del GPS conviene diferenciar entre los seguros y los sectores sociales. Los seguros comprenden la previsión social, las obras sociales, las asignaciones familiares y los subsidios de desempleo; se diferencian de los programas sociales en tanto se financian mayoritariamente con aportes y contribuciones obligatorios de empleados y empleadores y compensan situaciones de incertidumbre con respecto a diferentes tipo de contingencias vitales.

Los sectores sociales – educación, cultura, ciencia y técnica, atención médica pública, agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, promoción y asistencia social pública, programas de empleo y otros servicios urbanos – se financian con recursos de rentas generales, afectaciones específicas y fondos externos.

Considerando ambos componentes en conjunto, la distribución porcentual del gasto en 1997 se discrimina de la siguiente forma:

Sectores	Distribución Porcentual
Previsión Social	38,6
Atención Médica Pública	22,7
Educación, Cultura, Ciencia y Técnica	21,9
Promoción y Asistencia Social	5,3
Programas de Empleo	4,4
Otros servicios urbanos	4,0
Vivienda y Urbanismo	2,3
Agua potable y alcantarillado	0,8

5.4 Monto y distribución del gasto en salud

Las variaciones en el gasto público en salud según jurisdicciones entre 1980 y 1997 se presentan en el Cuadro N° 3. Las cifras presentadas permiten apreciar la disminución en la participación porcentual del gobierno nacional en el total del gasto, compensada por el incremento verificado en provincias y municipios

Ese proceso se vincula a que en los años 90 se completó la transferencia de los hospitales públicos nacionales a las jurisdicciones provinciales, proceso iniciado a partir de fines de los años 50. También es posible observar que el aumento considerable del gasto nominal (79% entre el primer y el último quinquenio, en moneda constante) no significó un aumento sensible del porcentaje del PBI destinado al sector, que se mantuvo en sus niveles históricos.

En el Cuadro 4 se presenta la dinámica del gasto en las obras sociales, diferenciando aquéllas de jurisdicción nacional, las correspondientes al personal ocupado en el sector público provincial y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (ISSJyP), que se caracteriza por ser la mayor obra social en términos de población cubierta y un foco de problemas de gestión aparentemente insolubles, matizados en los años 90 por permanentes escándalos vinculados a corrupción de funcionarios jerárquicos.

Cuadro 3.

*Gasto en Salud del Subsistema Público según jurisdicciones 1980-97
(promedios en millones de pesos de 1997)*

	Gobierno Nacional		Gobiernos Provinciales y Capital Federal		Gobiernos Municipales		Total	% PBI
	T	%	T	%	T	%		
1980-84	498,8	17.49	2077,6	72.84	275,8	9.67	2852,2	1,259
1985-89	568,8	17.75	2223,4	69.39	412,2	12,86	3204,4	1,46
1990-94	525,6	12.56	3047,6	72.83	611	14.60	4184,2	1.58
1995-97	666	13.05	3608,67	70.73	827,67	16.22	5102,33	1.69

Fuente: Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999

Cuadro 4
Gasto en Salud de las Obras Sociales Nacionales Provinciales 1980-1997
 (promedios en millones de pesos de 1997)

	<i>Obras Sociales Nacionales</i>	<i>INSSJP</i>	<i>Obras Sociales Provinciales</i>	<i>Total</i>	<i>%PBI</i>
1980-84	3612,2	1202	928,8	5743	2,53
1980-89	3302,2	1278,2	1003,4	5583,8	2,55
1990-95	3390,4	1963	1440,8	6794,2	2,58
1990-97	3578	2459	1788,66	7825,66	2,5

Fuente: Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999

El cuadro permite observar la declinación del gasto en las obras sociales nacionales – producto de la disminución de la cantidad de beneficiarios (debido a informalidad y desocupación) – el sustantivo incremento de los recursos destinados a cubrir la atención médica de jubilados y pensionados, y el verificado en las obras sociales provinciales. Este último caso expresa probablemente la indisciplina de los gobiernos provinciales, que rechazan en los años 90 el ajuste en el gasto y la reducción del empleo estatal que pone en marcha el gobierno nacional⁸. El 36% de aumento del gasto total entre el primer y último período se distribuye de modo no uniforme entre los diferentes conjuntos de obras sociales, y no modifica sensiblemente el porcentaje del PBI destinado al sector.

Con la intención de reunir información dispersa en diferentes fuentes, que no siempre remite al mismo momento en el tiempo, se ha elaborado el Cuadro N° 5 que debe considerarse sólo como una estimación destinada a proporcionar una perspectiva general de la distribución del gasto en salud.

Cuadro 5
Estimación de gasto en salud (1997/99).

<i>JURISDICCIONES</i>	<i>GASTO</i>	<i>%</i>	<i>%PBI</i>
<i>Total</i>	24108	100%	7,45
<i>Gasto Público</i>			
<i>Gobierno Nacional</i>		720*	
<i>Gobiernos Provinciales y Capital Federal</i>		3686*	
<i>Gobiernos Municipales</i>		857*	
<i>Subtotal</i>	5263	21,83	1,63
<i>Gasto Seguridad Social</i>			
<i>Obras Sociales régimen ANSSAL</i>		4513**	
<i>INSSJyP</i>		2576***	
<i>O.S. provinciales y municipales</i>		1878*	
<i>O.S. de régimen independiente</i>		390*	
<i>Subtotal</i>	9357	38,81	2,89
<i>Gasto de las familias</i>			
<i>Indirecto</i>	2520*		
<i>Directo</i>			
<i>Medicamentos</i>	3039*		
<i>Otro</i>	3329*		
<i>Subtotal</i>	9488	39,36	2,93

Fuentes: * Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999. **Superintendencia de Servicios de Salud. Obras Sociales, 1999
 *** Información Periódística.

⁸ La cuestión de la distribución de los recursos fiscales entre nación y provincias está fuertemente condicionada por el conflicto político, en primer lugar porque no todas las administraciones provinciales aceptan la política de rígida disciplina fiscal adoptada por el gobierno nacional. El gasto público ha sido tradicionalmente en Argentina un instrumento de captación de clientelas y conservación de lealtades políticas. Ese tipo de conflicto se agudiza en el caso de gobiernos provinciales de signo político diferente a la administración nacional, pero se manifiesta también en administraciones controladas por el oficialismo.

5.6 Población cubierta por seguro público o privado

Como ya se señaló, un componente importante del cuestionamiento al sistema de obras sociales en Argentina ha radicado en las últimas décadas en su fragmentación y heterogeneidad, consideradas como aspectos críticos en la evaluación de sus déficit de eficacia y eficiencia. La información proporcionada en 1990 por la Superintendencia de Seguros de Salud muestra que esas condiciones no han sido modificadas por las políticas de reforma puestas en marcha a partir de 1993, que reseñaremos más adelante. Como se muestra en el Cuadro N° 6, en el que se presentan las obras sociales ordenadas según el número de beneficiarios, sigue existiendo una gran dispersión de instituciones, con diferentes regímenes regulatorios, y diferencias significativas en la cantidad de población a cargo. De ese modo se pone de manifiesto la continuidad de uno de los factores que dificultaron desde los orígenes del sistema el cumplimiento de su finalidad fundamental: el otorgamiento de una cobertura de atención médica integral, oportuna y suficiente. La persistencia de obras sociales con un número de beneficiarios insuficiente para la conformación de un adecuado pool de riesgo.

Cuadro 6
Población Cubierta por Seguridad Social y Seguro Privado
Tipo de Cobertura, Instituciones a cargo, Beneficiarios e Ingresos

	Nº	Beneficiarios	%	Ingresos*	%	Ingreso/B /Mes
Seguridad Social		22039706		9200089,32	100%	35,71
ANSSAL O.S. Sindicales						
Más de 100.000 beneficiarios	25	7283382	30,05	2223616,9	19,85	25,45
50.000/100.000	17	1150622	4,75	404858,89	3,61	28,32
25.000/100.000	23	741665	3,06	232486,18	2,07	26,12
10.000/25.000	38	574945	2,37	195712,46	1,75	28,37
Menos de 10.000	131	408490	1,69	179037,53	1,6	36,52
ANSSAL O.S. Personal Dirección	23	1345572	5,55	1277377,36	11,41	79,1
PAMI	1	4100000	16,91	2576000	23	52,36
COSSPRA O.S. Provinciales	23	5135030	21,18	1721000	15,37	29,24
O.S. Nacionales de Regimen Independiente	S/I	1300000	5,36	390000	3,48	25
Seguro Privado	150	2200000	9,08	2000000	17,86	75,75
Total		24239706	100	11200089,3	100	38,5

No se incluye a 8 obras sociales con información muy incompleta que suman 47449 beneficiarios

* En miles de pesos.

En el mismo Cuadro se registra la presencia de organizaciones de seguro privado, conocidas en el país como Empresas de medicina prepaga, que han tenido un desarrollo relativamente importante a partir de los años 80, procurando cubrir el sector de mayor ingreso, actuando como organización complementaria del sistema de obras sociales orientada a captar el segmento de empresarios y trabajadores autónomos, y como suplemento de ese sistema para aquella población insatisfecha con la cobertura proporcionada por su obra social que está en condiciones de pagar una doble cobertura.

El Cuadro N° 7 se ha construido con otra lógica, aprovechado la información más detallada proporcionada por ANSSAL y COSSPRA para ilustrar la característica estratificación por ingresos que es uno de los rasgos históricos del sistema, seguramente agravado en los últimos años en función de la dispersión de ingresos verificada en el mercado de trabajo.

La lógica de este agrupamiento diferente puede comprenderse mejor si se observa en el Cuadro N° 6 la distribución de ingresos por beneficiarios en el interior del régimen de ANSSAL y en las obras sociales provinciales. Agrupando las obras sociales por número de beneficiarios se oculta la disparidad de recursos interna al sistema: el rango de ingreso por individuo protegido se ubica en registro relativamente estrecho:

desde 36,52 pesos por mes por beneficiario a 25,45, dando la apariencia de un sistema relativamente igualitario. El problema aparece con otros matices si las obras sociales se agrupan según ingreso per cápita, como se hace en el Cuadro N° 7. De él surge una estratificación clara según niveles de ingreso:

Cuadro 7
Población cubierta por Seguridad Social según Rangos de Ingreso

Rangos de Ingreso	N° O.S.	%	Beneficiarios	%	Ingresos		Ingreso/B	Rango
ANSSAL O.S. Personal Dirección	23	8,24	1345572	6,48	1277377,4	14,5	79,33	124/49
ANSSAL. Sindicales, Más de 40/B/Mes	74	26,52	1400975	6,75	928690,23	10,54	69,33	287,1/40,5
COSSPRA. Más de 40/B/Mes	6	2,15	1577312	7,6	745000	8,46	52,25	62,4/44,5
Total parcial	103	36,91		20,83		33,5		
ANSSAL Sindicales 20-39/B/Mes	100	35,84	5156856	24,85	1661688,2	18,86	29,03	39,4/20
COSSPRA. 20-39/B/Mes	13	4,66	2897719	13,95	854000	9,69	28,28	36,4/20,24
Total parcial	113	40,50		38,8		28,55		
COSSPRA 10-19/B/Mes	2	0,72	678000	3,27	122000	1,38	17,99	17,9/18,2
ANSSAL Sindiccales 10-19/B/Mes	44	15,77	3430037	16,53	633942	7,2	15,82	19,5/12
Total parcial	46	16,49		19,8		8,58		
ANSSAL Sindicales. Menos de 10/B/Mes.	16	5,74	171236	0,83	11391,36	0,13	6,34	8,9/2,7
PAMI	1	0,36	4100000	19,75	2576000	29,24	52,26	
Total General	279	194	16657707	160	3235712	141,4		

· En el primer rango se ubican tres grandes conjuntos de obra sociales, que reúnen en promedio entre 52.25 y 79,33 pesos por mes por beneficiario, aunque la dispersión interna es mayor, ubicándose como valores extremos 40.5 y 287,1 pesos por beneficiario por mes. En este nivel se ubican el 20,83% de los beneficiarios y el 33,5% de los recursos del sistema

· En segundo término se ubica otro conjunto, aún más importante en el número de beneficiarios cubierto (38,8% de los beneficiarios, a los que corresponde el 28,55% de los recursos del sistema). Se trata de un conjunto de 113 obras sociales, con un rango de ingresos promedio por beneficiario entre 28,28 y 29,03. Nuevamente la dispersión interna también es mayor, aunque no muy significativa: entre 20 y 39,4 pesos por beneficiario, por mes.

· El tercer nivel se ubica ya en el campo de las dificultades serias para alcanzar una cobertura suficiente: el 19,8 de los beneficiarios tiene a su disposición el 8,58% de los recursos del sistema. El rango de ingreso promedio se ubica entre 15,82 y 17,99, y la diferenciación interna entre 12 y 19,5 pesos por beneficiario por mes.

· El cuarto nivel expresa condiciones de carencia, haciéndose difícil imaginar cómo esta población podría obtener la cobertura de atención médica para la cual aporta un porcentaje de su salario. En términos porcentuales representan una porción ínfima del sistema en cuanto a los beneficiarios, 0,83% , y desdeñable en cuanto al monto de recursos involucrados, el 0,13. Se trata sin embargo, de poco más de 170.000 seres humanos,

seguramente viviendo en condiciones de extrema carencia, pese a tener un empleo en regla y realizar los aportes requeridos para tener derecho a la protección del sistema.

Los beneficiarios del INSSJyP, integrados al programa PAMI, no han sido considerados por tratarse de personas de edad avanzada, para quienes la relación beneficiario/recursos se rige por otros parámetros.

5.7 La disponibilidad de camas para internación. Evolución histórica

La disponibilidad de camas se registra en Argentina según el subsector o jurisdicción de dependencia, se habla así de camas públicas, privadas y de obras sociales. El número de camas públicas, privadas y de obras sociales aumentó en alrededor de 10.000 unidades entre 1970 y 1980, y en una cifra similar entre 1980 y 1995. En el primer período el incremento se registra en los establecimientos privados y de la seguridad social, en el segundo exclusivamente en el sector privado, ya que las camas públicas y de las obras sociales decrecieron en forma sostenida. Los datos se presentan en el Cuadro 8.

Cuadro 8
Camas según jurisdicción. 1970-1980-1995

	1970		1980		1995	
	n	%	n	%	n	%
sector público	96.688	73.4	91.034	62.48	84.176	54.05
sector privado	30.095	22.8	46.611	32.00	67.198	43.15
obras sociales	4.977	3.8	8.045	5.52	4.375	2.80
Totales	131.760	100%	145.690	100%	155.749	100%

Elaboración propia a partir de diversas fuentes.

Entre las causas alegadas para explicar la reducción de las camas en el sector público puede mencionarse la orientación hacia un modelo asistencial basado en la atención primaria y el deterioro de los recursos fiscales y de los presupuestos del sector, como consecuencia del déficit fiscal y las medidas conducentes a superarlo.

En relación a las obras sociales es necesario considerar en primer lugar la disminución del número de beneficiarios en dos grandes obras sociales con capacidad instalada propia: en el sector metalúrgico por reducción de la mano de obra ocupada y entre el personal de los ferrocarriles por el desmantelamiento de un número muy importante de ramales ferroviarios. A esto se agrega la posibilidad abierta de contratación con el sector privado en condiciones de traspaso del riesgo, convirtiendo el mantenimiento de la capacidad instalada en un costo fijo de limitado valor estratégico.

6. Las principales iniciativas de reforma: desregulación de obras sociales, hospital de autogestión.

Las propuestas de reforma del sistema de obras sociales se integran dentro de las políticas de reconversión económica y reforma del Estado anunciadas por el gobierno nacional a partir de 1989. En la esfera sectorial, al igual que el nivel macro, la presencia de necesidades insatisfechas y recursos insuficientes para cubrirlas orientó las estrategias de cambio hacia la búsqueda de mayor eficiencia, y se esperó obtenerla a partir de nuevas reglas de juego fundadas en la generación de competencia entre los agentes del sistema.

Una de las principales críticas que se formulan al sistema de obras sociales se vinculan con la obligación impuesta a cada trabajador de canalizar sus contribuciones de seguridad social médica a la obra social correspondiente al respectivo sindicato. Se constituiría por ese mecanismo una población cautiva, no produciéndose por consiguiente incentivos para mejorar la calidad y cantidad de los servicios brindados, ni para organizar una administración más eficiente de los respectivos recursos. Conforme a ese diagnóstico, se considera que la generación de un cierto nivel de competencia entre las distintas organizaciones en cuanto a la

captación de sus beneficiarios podría, por una parte, estimular en ellas la búsqueda de mayores niveles de eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos a su cargo, por la otra, atenuar las grandes disparidades existentes en relación al número de beneficiarios y disponibilidad de recursos, en tanto elementos de la heterogeneidad del sistema alegados recurrentemente como causa de la disparidad de beneficios otorgados a la población a cargo.

Otro de los componentes críticos del sistema era la existencia de una proporción creciente de beneficiarios obligados a acudir para su atención a los servicios del subsector público. Esto se relaciona con las dificultades financieras que obligan a las obras sociales a establecer coseguros para el acceso a las diferentes prácticas. A ello se suma el cobro por parte de la gran mayoría de los profesionales de un pago adicional, denominado plus, en el momento de realizarse la prestación. Estos gastos de bolsillo adicionales limitan el acceso a los servicios de la población beneficiaria de menores recursos, que se ve obligada por consiguiente a acudir a los servicios públicos.

Esta circunstancia, de reconocimiento generalizado, otorga fundamento a la idea de poner en práctica mecanismos que permitan el cobro de estas prestaciones por parte de los hospitales y centros de salud, de manera de allegar nuevos recursos que alivien la condición crónica de definanciamiento y deterioro, tanto de su estructura física y recursos técnicos como de las remuneraciones percibidas por los profesionales.

La posibilidad de establecer contratos entre el subsector público y las obras sociales constituye, por consiguiente, uno de los estímulos subyacentes a la política de descentralización hospitalaria, unida a la expectativa de generar por esa vía una mayor eficiencia en la utilización de los recursos que le son asignados por los respectivos presupuestos.

7. Marco jurídico de la reforma de la atención médica.

La primera medida tomada desde el Ministerio de Economía, que asume el liderazgo del proceso de transformaciones, tiene como objeto hacer más transparentes los recursos destinados al sistema (hasta ese momento recaudados en forma independiente por cada obra social) y el número de sus beneficiarios, y facilitar el control de la evasión.

Para ello se pone en marcha en 1991 una estrategia de centralización de los aportes y contribuciones de la seguridad social. El decreto de desregulación de la economía (n° 2.284/91) establece en su artículo 85 la creación del Sistema Único de Seguridad Social y pone en marcha la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS) que unificaría los aportes y contribuciones al sistema previsional y los orientados a financiar prestaciones de atención médica. El porcentaje destinado a este fin se deriva luego a las respectivas obras sociales.

En 1993 se avanza sobre la política de reforma a través del Decreto n° 9 sancionado por el Poder Ejecutivo en enero ese año. Sus disposiciones establecen en primer lugar la libre elección de obra social entre los beneficiarios del sistema. Los titulares del beneficio podrán efectivizar su opción entre las diferentes instituciones y cambiar luego su elección una vez por año.

También se avanza en la reforma de las relaciones entre obras sociales y proveedores de servicios, estableciendo la libertad de contratación entre financiadores y proveedores, sin sujeción a honorarios o tarifas prefijadas, y haciendo posible por consiguiente la competencia de precios entre los oferentes de atención médica.

Por último, se establece que las obras sociales deberán pagar los servicios que sus beneficiarios demandan a los hospitales públicos. Esta disposición se completa con el decreto 578 de ese mismo año, que regula el funcionamiento del "hospital de autogestión" en el interior del subsistema público.

Las medidas dispuestas por el Decreto 9/93 procuraban transformar radicalmente las relaciones de poder que constituyeron el fundamento del sistema de servicios previamente vigente, cuyo agotamiento era reconocido por todos los actores involucrados. Sin embargo, tuvieron acatamiento dispar: la aplicación de la libre elección por parte de los beneficiarios de las obras sociales se concretó recién en 1997; la organización de hospitales de autogestión en el subsistema público tuvo aceptación limitada y sólo se aplicó a título de ensayo en algunas instituciones sin producir cambios significativos en los mecanismos de financiación de ese subsistema; la disposición relativa a la libre contratación entre obras sociales y proveedores privados, por el contrario, llegó para sancionar una situación de hecho ya existente que había puesto en marcha los cambios más significativos en el sistema de financiación y provisión de servicios..

7.1. La efectividad de la acción estatal de reforma. El conflicto político subyacente.

Uno de los ejes de la propuesta de reforma, la desregulación de la afiliación a las obras sociales se vio obstaculizada por la firme oposición de la C.G.T. Los líderes sindicales utilizan apelaciones de solidaridad para defender el mantenimiento de su control sobre recursos que constituyen una importante fuente de poder económico y político. Por otra parte, entre los argumentos esgrimidos por el sindicalismo tenía sustento el temor de que el sistema organizado sobre una base solidaria se viera reducido a la administración de los aportes de los beneficiarios de menores recursos, si una vez aceptada la libre elección entre obras sociales se abría la puerta a la competencia con las empresas de medicina pre-paga, en condiciones de captar la adhesión del estrato de mayor ingreso en el interior de la población beneficiaria.

La periodicidad bianual de los decretos de desregulación - 1991, 1993, 1995 - se vincula con ciclos de acercamiento y oposición entre el gobierno y los líderes sindicales. En no pocas oportunidades la continuidad de un sistema de obras sociales relativamente cerrado se concedió a cambio de la aceptación de otras medidas que la conducción económica consideraba más importantes para la marcha de su proyecto de transformación, en particular la reforma de las relaciones laborales.

El otro pilar de la reforma, la liberalización de las modalidades contractuales que vinculan la demanda y oferta de servicios, ha tenido en cambio un impacto significativo en la mayor parte del país, bajo formas que se precisarán más adelante.

El conflicto político e ideológico, sin embargo, se ha centrado en torno a las alternativas de financiamiento. En términos ideológicos a través de la utilización de apelaciones fuertemente polarizadas entre estado vs. mercado, solidaridad vs. responsabilidad individual, derechos del ciudadano vs. soberanía del consumidor; en términos políticos a partir del enfrentamiento entre las propuestas de organización elaboradas por la C.G.T. y el Banco Mundial y las alternativas de arbitraje y compromiso que intentan construir entre ambas los funcionarios encargados de elaborar las decisiones del estado.

Dos de los decretos referidos a la reforma, que llevan los números 292 y 492, ambos sancionados en 1995, contienen disposiciones promovidas por tales proyectos, mostrando una situación de equilibrio inestable

7.1.1. La propuesta de reforma respaldada por el Banco Mundial.

El crédito otorgado por el Banco Mundial a Argentina con el objeto de racionalizar la administración de las obras sociales se aplica a través del programa PARSOS (Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales). Sus objetivos fueron sintetizados de la siguiente forma en una publicación del Ministerio de Trabajo (1995):

- introducir competencia en el mercado financiador evitando la selección de riesgos;
- reasignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución sobre la base estricta del ingreso y los riesgos de los beneficiarios;
- desarrollar un marco regulatorio efectivo;
- desarrollar instituciones de seguro que promuevan la competencia, la transparencia y la rendición de cuentas para proteger los derechos de los consumidores;
- brindar asistencia técnica financiera a las obras sociales y al INSSPJyP para elevar su eficiencia, mejorar sus balances y cumplir con las nuevas normas y regulaciones.

Entre los aspectos instrumentales promovidos por el Programa se contempla la elaboración de padrones de beneficiarios con el objeto de precisar el número y condición de riesgo de los integrantes del grupo familiar y los adherentes permitidos por la legislación que obtienen derecho a cobertura a través del aporte del beneficiario titular. Esta información permite conocer el monto de recursos por beneficiario, es indispensable para la focalización de los subsidios y la concertación de contratos con remuneración basada en pagos per capita, y favorece la detección de pacientes con cobertura que acuden a los servicios del subsistema público.

Los funcionarios encargados de administrar el PARSOS proponen también la definición de una canasta básica de servicios, para garantizar un piso de cobertura igualitaria a todos los beneficiarios del sistema. En función del costo de ese programa se garantizaría un aporte mínimo a todos los beneficiarios titulares.

El Banco Mundial instituye además un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS) en

condiciones de otorgar créditos preferenciales a las obras sociales que acepten incorporarse al programa PARSOS. Los recursos estarían afectados a facilitar la reestructuración de sus pasivos, la racionalización de sus plantas de personal, el fortalecimiento de su capacidad de información y gerencial y la venta de activos subutilizados.

Por consiguiente, la política recomendada por el Banco Mundial debía permitir el saneamiento financiero del sistema a partir del conocimiento de los recursos recaudados, los beneficiarios a cubrir y las características demográficas que permitirían una estimación de riesgo. Se definiría una canasta básica de atención médica y la dimensión mínima de la cartera de beneficiarios de cada obra social, de manera de garantizar esa cobertura básica para todos. Se fortalecería la aplicación de mecanismos redistributivos en el interior del sistema de manera de garantizar un aporte mínimo a todos los beneficiarios titulares, independientemente de su situación laboral. Se generaría un estímulo hacia la mayor eficacia y eficiencia a partir de la libre elección por parte de los beneficiarios de la entidad hacia la cual preferirían canalizar sus aportes.

7.1.2. El proyecto impulsado por la C.G.T.

En los años 90 el sindicalismo argentino enfrenta una crisis que se hace sentir en múltiples dimensiones. En primer lugar una pérdida de identidad política, ya que un gobierno peronista, el del Presidente Menem, pone en marcha una política económica que contradice la orientación nacionalista, proteccionista y distribucionista que constituyó históricamente el pilar de las políticas defendidas por ese partido (Gerchunov y Torre, 1996). En segundo término, un debilitamiento de sus bases de sustentación: el retroceso de la población económicamente activa empleada en la industria, la ampliación del sector servicios que supone una fuerza de trabajo con cultura y expectativas de clase media, el retroceso del mercado de trabajo formal y el traspaso masivo de trabajadores hacia el sistema informal y el cuentapropismo producen una disminución de las tasas de sindicalización y un achicamiento de los recursos de movilización de los sindicatos (Etchemendy y Palermo, 1997) Por último sufre también una crisis de legitimidad: el sindicalismo, y el esquema de construcción de poder sobre bases corporativas que compartió con organizaciones empresarias y profesionales, ha perdido terreno en la valoración de la opinión pública a medida que se fortalecieron las instituciones representativas de base territorial y la lógica de confrontación política basada en partidos (Sidicaro, 1995)

En relación al sistema de obras sociales la C.G.T. adopta una posición defensiva. La propuesta de la central obrera se centra en una mínima modificación del statu quo, conservando la estructura institucional existente y su autonomía, sin desarrollar competencia entre las obras sociales ni someterse a las directivas del Banco Mundial, comprometiéndose a introducir una estrategia racionalización del gasto.

El primer punto del programa de adecuación propuesto por la C.G.T. se relaciona con la definición de un Programa Médico Obligatorio, que todas las obras sociales debían proporcionar a sus beneficiarios. Una vez definido dicho programa, la ANSSAL debía subsidiar a aquellas entidades que por insuficiencia de recursos no se encontraran en condiciones de financiarlo. Este subsidio se realizaría con fondos propios del sistema, reunidos en el Fondo Solidario de Redistribución.

En los casos en que la cobertura definida en el P.M.O. no pudiera ser aplicada a los beneficiarios de una obra social por excesivos gastos de administración, ineficiencia de la provisión de servicios, u otra causa, la ANSSAL estaría autorizada a propiciar la fusión con otra entidad.

El Fondo Solidario de Redistribución se haría cargo de nivelar el ingreso promedio de las obras sociales con el fin de ubicar a todas en igualdad de condiciones para financiar el PMO. También debía financiar el proceso de reorganización: racionalización del personal, renegociación de contratos con proveedores, adecuación de equipamiento e instalaciones y cancelación de pasivos corrientes, a través de préstamos a 48 meses con 18 de gracia (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995)

7.2. Las decisiones a nivel del estado.

Como ya se señalara, dos decretos sancionados en 1995 establecen algunas de las medidas propuestas por la C.G.T. y el Banco Mundial. El decreto 292/95 establece la garantía de un aporte mínimo por beneficiario titular para la totalidad de las obras sociales, que se establece en treinta pesos o dólares. En todos los casos en que el aporte sea inferior a esa suma el fondo de redistribución otorgará un subsidio que cubra la diferencia. En

la transferencia de recursos realizada por la ANSSAL para la obra social de jubilados los valores mínimos, en este caso per capita, se establecen conforme a la edad del beneficiario. La disposición avanza así en una garantía de cobertura mínima y a la vez en el reconocimiento de diferentes niveles de riesgo; también limita considerablemente la distribución arbitraria de subsidios por parte de la ANSSAL, orientada históricamente por razones de clientelismo político.

Otra medida ordenadora del sistema es la eliminación de la cobertura múltiple, estableciendo la unificación de los aportes para una sola obra social en el caso de beneficiarios en situación de multiempleo.

Por su parte, el decreto 492/95 tiene como objetivo poner en marcha un mecanismo que conduzca a la definición de la canasta de servicios que cada obra social debe brindar a sus beneficiarios. Con ese fin establece una comisión, designada por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Confederación General del Trabajo, encargada de establecer un “Programa Médico Obligatorio” (PMO) y las normas reglamentarias necesarias para su aplicación. El mismo decreto eleva a 40 pesos o dólares el aporte mínimo garantizado por beneficiario titular. El PMO será sancionado finalmente por resolución 247 del Ministerio de Salud y Acción Social, de mayo de 1996.

7.2.1. Los viejos actores del sistema reformulan sus estrategias de mercado.

Como ya se señaló, el decreto 9/93 establece la libertad de contratación para los acuerdos entre obras sociales y proveedores de servicios y prohíbe a las primeras la suscripción de tales contratos con las entidades profesionales que habían representado tradicionalmente a la oferta en tales acuerdos. Esta decisión del estado, sin embargo, no puede tomarse como el momento inicial del proceso de reforma, su detonador. Como ya se señaló, la medida está otorgando sanción legal a una situación de hecho que constituiría en el mediano plazo el cambio de mayor trascendencia en la reformulación del sistema.

Este cambio toca de lleno a dos actores de gran significación en la distribución de recursos y poder propia del modelo de organización que se intentaba reformar. Las corporaciones profesionales, en particular la que representaba a los médicos con práctica independiente en consultorio y la que cumplía la misma función con las clínicas y hospitales privados de cada localidad, habían conseguido nuclear bajo su liderazgo a la mayor parte de los servicios de atención médica, ofreciendo a los profesionales la posibilidad de acceso igualitario al mercado de trabajo financiado por las obras sociales y un modelo de práctica que respondía a las reivindicaciones de una amplia mayoría entre ellos, basado en las tradicionales “libertades” médicas.

La crisis financiera de fines de los 80 y la orientación de la política económica en los 90, que privilegia la desregulación de los mercados, pondrán fin a esa modalidad de contratación de servicios. Las nuevas modalidades contractuales, que comienzan a difundirse como consecuencia de esa coyuntura, tendrán como consecuencia la pérdida del oligopolio de mercado por parte de las organizaciones profesionales, obligándolas a redefinir sus identidades y funciones tradicionales, trasmutando el vínculo corporativo en relación empresaria (Báscolo y Belmartino, 1995).

En efecto, las estrategias puestas en marcha por entidades financiadoras y proveedores para superar la crisis financiera del sistema se expresaron en primer lugar como un conflicto en el interior de las corporaciones - en particular la que contiene a los hospitales privados - y se tradujeron en transformaciones institucionales, cambios en las formas de contratación entre oferta y demanda de servicios, cambios en la organización y control de los procesos de trabajo, introducción de nuevas modalidades de remuneración a los proveedores directos.

Este conflicto se instala en el interior de las corporaciones cuando las instituciones con mayor capacidad de controlar sus costos abandonan el paraguas protector del oligopolio corporativo y entran en franca competencia con sus pares por la captación de los contratos con las obras sociales. Las nuevas modalidades de contrato - identificados como contratos de riesgo - abandonan la práctica generalizada de remuneración a través de honorarios por servicio y se basan en el compromiso de brindar servicios integrales a una población determinada a partir de un pago per capita.

Este cambio en las reglas de juego con las instituciones financiadoras afectará en diferentes niveles el vínculo entre proveedores directos y organizaciones corporativas: i) el riesgo resultante de la provisión de servicios dejará de afectar a las obras sociales y se trasladará sobre los proveedores; ii) las organizaciones

firmantes de tales contratos dejarán de responder al compromiso corporativo de garantizar un mercado de trabajo abierto a la totalidad de sus miembros en igualdad de condiciones y se transformarán en empresas que responden a incentivos asociados con la contracción del gasto a partir de la gestión de cápitás; en consecuencia, la reducción del número de oferentes se percibe como un componente estratégico de la eficiencia de dicha gestión; iii) la suscripción de tales contratos obligará a la entidad representante de la oferta a contar con servicios suficientes para brindar una atención integral en los diferentes niveles de atención. Esta última condición afectará a las asociaciones de profesionales independientes que en el momento de la reforma no controlaban capacidad instalada de internación y tecnología compleja de diagnóstico y tratamiento.

8. La dinámica de la reforma

La iniciativa en los cambios que afectarán la organización del mercado de atención médica habrá surgido de algunas obras sociales que encontraron en la firma de contratos capitados una forma de sanear sus presupuestos. En la anterior modalidad contractual la obra social se hacía responsable de rembolsar a los proveedores la totalidad de los servicios que se brindaran a sus beneficiarios, conforme a los honorarios por servicio acordados en el ANSSAL. En los nuevos contratos de riesgo el compromiso de la institución financiadora se limita a un pago mensual por beneficiario, libremente estipulado por las partes que contratan; el riesgo resultante de la distribución de esos valores entre los proveedores directos de la atención queda a cargo de la entidad que suscribe el contrato en representación de la oferta. El incentivo a la sobreoferta y sobreprovisión de servicios asociado al honorario por servicio se transforma en incentivo al control del gasto a través de la reducción del número de prácticas y la localización de la atención en niveles de menor complejidad y especialización. Las obras sociales con mayor número de beneficiarios se ubicaron en mejor situación para la negociación de estos contratos, ya que ofrecían a sus contrapartes sumas importantes, aún cuando el valor de la cápita fuera moderado o bajo.

8.1. Los cambios en la oferta

Desde el punto de vista de la adecuación de las instituciones a las nuevas condiciones de mercado, es necesario identificar el surgimiento de nuevas empresas y nuevas formas de vinculación entre proveedores. En primer lugar, la organización de empresas Administradoras de Prestaciones, que operan bajo dos modalidades fundamentales: i) negocian con las entidades financiadoras los nuevos contratos capitados y subcontratan la provisión de servicios con proveedores directos; ii) se hacen cargo de la gestión de contratos formalizados entre obras sociales y proveedores directos. En paralelo, se multiplican las modalidades de organización de los proveedores, ya sea para contratar directamente con las obras sociales o hacerse cargo de la provisión de servicios para empresas u organizaciones titulares de contratos de riesgo. Se produce así la conformación de UTEs (Uniones Transitorias de Empresas), Redes o Asociaciones de Proveedores que tendrán a su cargo la provisión directa de los respectivos servicios (Belmartino y Bloch. 1998)

La nueva modalidad de pago por parte de las obras sociales - una suma pre-establecida por beneficiario, por mes, a la entidad que se hace responsable de la atención médica de sus beneficiarios - supone la toma a cargo por parte de los proveedores del riesgo financiero inherente a la prestación de servicios a la población cubierta.

La remuneración capitada tiene por consiguiente un doble efecto. Permite a las obras sociales una mejor administración de sus recursos, descargando el riesgo propio de la sobreutilización, sobreprestación y sobrefacturación en las Redes, UTEs, o Administradoras de Prestaciones. Al mismo tiempo, modifica los incentivos incorporados en las modalidades de retribución de los servicios al reemplazar el honorario por servicio por una suma fija mensual, destinada a retribuir la totalidad de la atención provista. Este mecanismo de pago cambia las expectativas de beneficio de los agentes a cargo de la oferta de servicios: ya no se trata de aumentar el ingreso a partir de la expansión de la capacidad instalada y la cantidad y complejidad de los servicios provistos, sino de administrar la atención de manera que no se supere el techo impuesto al gasto total por la existencia de un monto de recursos financieros predeterminado.

Hay una complejidad adicional, sin embargo, en la forma en que se estructura el mercado en Argentina: la remuneración de los proveedores directos sigue realizándose en base al honorario por servicio o

días cama, incluyéndose también formas simplificadas de D.R.G. como el pago por módulo, utilizado para la retribución de determinadas prácticas en internación. Por esta razón, los términos del acuerdo entre la empresa que detenta el contrato con la entidad financiadora y los proveedores directos, en lo relativo a la asignación del riesgo cuando la retribución de los servicios prestados supere el monto percibido como capita, determinarán en muchos casos la viabilidad financiera del convenio.

Esta situación añade un nuevo elemento de inestabilidad al sistema. La principal tarea de la administración de una red o una administradora de prestaciones es reconvertir el monto obtenido en concepto de cápitas en honorarios por servicio o módulos, utilizados para retribuir los servicios efectivamente provistos. El interés de los organismos responsables de la gestión se orienta a limitar las prácticas a aquéllas indispensables para la recuperación de la salud del paciente, mientras el de los proveedores directos sigue respondiendo al estímulo propio de la ecuación mayores prácticas = mayor ingreso. Los controles informáticos sobre la práctica prescriptiva de cada proveedor, la multiplicación de auditorías, la reducción de honorarios en el caso de verificación de conductas prescriptivas superiores a las tasas históricas, la asignación de cuotas por hospital o especialidad, y otras novedosas estrategias de gestión, no siempre resultan suficientes para garantizar la adecuación del gasto a los importes recibidos por cápitas.

8.2 Los cambios en el lado de la demanda:

Diversificación de las estrategias adaptativas por parte de las obras sociales. La unidad demostrada por la CGT en sus negociaciones con el gobierno y el respaldo político otorgado por la central obrera a la propuesta de mantenimiento del control del sistema en manos de los sindicatos, no agotan las estrategias puestas en marcha por las obras sociales para conservar o incrementar sus posibilidades de captación de beneficiarios. Esto significa un doble recorrido para muchas de ellas: por un lado negocian con el gobierno el mantenimiento del statu quo, por el otro se preparan para la competencia futura en el caso de que la política de desregulación de sostenga.

Un número importante optó por la incorporación al Programa de Reconversión del Banco Mundial, beneficiándose con el acceso a los respectivos créditos; otras se vincularon a través de convenios o sociedades con empresas privadas dedicadas a la administración de prestaciones o, inclusive, con posibles competidoras como las entidades de medicina pre-paga, con el objeto de mejorar su capacidad de gestión.

En otros casos las estrategias adaptativas puestas en marcha por las obras sociales se vinculan a transformaciones que superan los límites del sector salud. Adaptando sus formas de organización a los nuevos contextos institucionales, algunos sindicatos incorporan actividades empresarias a sus tradicionales funciones de negociación corporativa, participación política y protección social. Las empresas sindicales toman a su cargo la administración de Programas de Propiedad Participada en empresas públicas privatizadas⁹, la organización de microemprendimientos para la perforación de áreas petroleras o la integración en directorios de las recientemente organizadas AFJP¹⁰. En el sector salud se registra igualmente la participación de algunos sindicatos o sus dirigentes en empresas dedicadas a gestionar los contratos de riesgo. Se constituye así un nuevo modelo de organización sindical, conocido como sindicalismo de negocios,

9. La coyuntura actual

El triunfo de la coalición opositora en las elecciones de octubre de 1999 y el inicio de la gestión del Presidente de la Rúa coincidieron con la percepción de una grave crisis en el sistema de servicios de salud. Sospechas de corrupción en la negociación de los contratos de las obras sociales, indudable fracaso de la iniciativa de Hospital de Autogestión, aumento de la población demandante de servicios en el sector público, insuficiencia de los recursos destinados a su atención, son problemas recuperados a diario por los media, sin que se perciban soluciones a mediano plazo. La política macroeconómica puesta en marcha por el gobierno

⁹ Se trata en este caso de hacerse cargo de la administración del porcentaje de acciones de la nueva empresa que se asignan a los trabajadores conforme a las leyes que regulan cada proceso de privatización.

privilegia el respeto de los compromisos externos y la recuperación del equilibrio fiscal, comprometido en los últimos años de la administración Menem. La contracción del gasto necesaria para ese objetivo y la prioridad otorgada a los programas sociales destinados a aliviar las condiciones de pobreza extrema, no permiten alimentar expectativas de una canalización importante de recursos destinados a salud.

En lo sectorial, las estrategias anunciadas por el gobierno se focalizan en algunos temas de gran significación. En primer lugar la sanción, durante mucho tiempo postergada, de una ley que regule la actividad de las empresas de medicina prepaga de modo de permitir la apertura de las mismas a la libre elección de los beneficiarios de las obras sociales. La captación por estas empresas privadas de los aportes obligatorios propios de la seguridad social estaría condicionada a la vigencia de las mismas reglas de juego del sistema de obras sociales: exclusión de las prácticas de selección adversa, a partir de la aceptación en igualdad de condiciones de todos los interesados en traspasar su cobertura, prohibición del establecimiento de períodos de carencia o la denegación de cobertura para patologías preexistentes.

En segundo término, se promete un auténtico saneamiento del sistema de obras sociales: promoción de consorcios o asociaciones entre las entidades con escaso número de beneficiarios; mejora de los mecanismos de gestión de aquéllas que no se han mostrado capaces de administrar eficientemente los recursos a su cargo; garantía de un ingreso mínimo de veinte pesos mensuales por beneficiario, con el objeto de asegurar el acceso de la totalidad de los miembros del sistema a una atención médica adecuada. Se propone también la reconversión y saneamiento de las obras sociales provinciales y aquéllas no sometidas a la jurisdicción de la ANSSAL.

También se prevé asegurar transparencia a la gestión del INSSPyJ a través de mecanismos de contratación con los proveedores privados que eliminen la posibilidad de prácticas corruptas. Las nuevas licitaciones se basan en una categorización de los proveedores, a la vez que les imponen la obligación de generar información adecuada para la supervisión del cumplimiento de los compromisos asumidos en el contrato en cuanto a tasas de utilización de la población a cargo, normas de práctica destinadas a mejorar la eficacia y calidad de los servicios provistos y pautas para una aproximación a la evaluación de resultados.

No hay todavía definiciones sobre el futuro de los Hospitales de Autogestión, sin embargo hay fuertes presunciones de que se procederá a su reformulación.

No hay razón para poner en duda la vocación reformadora del nuevo gobierno, pero es posible interrogarse sobre los instrumentos seleccionados para producir el cambio. La estrategia a poner en marcha no se diferencia de la diseñada en 1991/93: confianza en la desregulación, apelación a la competencia como estímulo a la eficiencia, intervención sobre aquéllas obras sociales incapaces de mejorar su gestión o con un número de beneficiarios insuficiente para favorecer la diseminación del riesgo. Se sigue apelando a la reformulación del sistema de obras sociales – sin considerar la capacidad de resistencia pasiva de estas organizaciones – y no se avanza sobre la relación entre obras sociales y proveedores. La figura de una institución que deja de ser meramente financiadora y pasa a funcionar como compradora de servicios, haciéndose cargo de la doble tarea de prever las necesidades de atención de su población a cargo y seleccionar entre los proveedores aquellos en mejores condiciones para ofrecer un balance adecuado entre calidad y precio – tan promovida en la bibliografía sobre reforma internacional – no ha penetrado todavía en el imaginario de los funcionarios a cargo del sistema. Está pendiente una categorización de las instituciones de atención médica, prevista en el programa de reformas de la administración anterior, con el objeto de precisar el nivel de complejidad que puede ofrecer cada institución proveedora. Tampoco se ha avanzado en la evaluación de los procedimientos más utilizados en función de establecer sus parámetros de costo-efectividad, no se han definido normas de práctica que orienten la conducta de los profesionales, no se ha regulado la instalación y utilización de la tecnología diagnóstica de alta complejidad, no existe información sobre costos, calidad de la atención provista, morbimortalidad hospitalaria y resultados generales del sistema de servicios.

La conflictividad política sigue siendo un dato negativo para la obtención de consenso sobre el

¹⁰ Las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones son empresas que administran las contribuciones obligatorias de seguridad social vinculadas al seguro de retiro para la población en relación de dependencia, los trabajadores autónomos y los empresarios. Emergieron como consecuencia de la privatización del sistema de seguridad social en 1992.

reordenamiento del sistema. Las diferentes posiciones se enfrentan en el Parlamento, pero también tienen llegada a los organismos estatales encargados de aplicar la normativa vigente y son responsables en gran medida de su parálisis. No hay mucho espacio para el optimismo en relación al futuro, y menos aún en relación a una intervención suficientemente efectiva como para superar la estratificación existente en el acceso de la población a una atención oportuna y suficiente.

Referencias bibliográficas:

- Altimir O, Beccaría L. 2000. La distribución del ingreso y el nuevo orden económico. *Socialis* 2 :53-81.
- Argentina. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1995. *Globalización, Sobreoferta y Debilidad Regulatoria: el Sector Salud en Tiempos de Reforma*, Buenos Aires: Mimeo.
- Argentina. Secretaría de Programación Económica y Regional. 1999. *Caracterización y Evolución del Gasto Público Social*. Buenos Aires: Publicación oficial.
- Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. *Obras Sociales*. 1999 *Información General del Sistema, Volumen II*.
- Báscolo E, Belmartino S. 1995. Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa. *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*. Asociación de Economía de la Salud, Buenos Aires:145-164.
- Belmartino S, Bloch C. 1998. ¡Error! Marcador no definido.Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales* 73: 1998
- Etchemendy S, Palermo V. 1997. Conflicto y concertación. Gobierno, Congreso y organizaciones de interés en la reforma laboral del primer gobierno de Menem. (1989-1995). *Desarrollo Económico* 37 148: 559-590.
- Gerchunov P, Torre JC. 1996. Argentina: la política de liberalización económica bajo un gobierno de base popular. *Desarrollo Económico* 36: 733-768.
- Sidicaro R. 1995. Poder político, liberalismo económico y sectores populares, 1989-1995. En *Peronismo y Menemismo*, Buenos Aires: Ed. El Cielo por Asalto.
- Tockman VE. 1999. La informalidad en los años noventa: situación actual y perspectivas. En: Carpio J, Novacovsky I. (comp.) *De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, Buenos Aires: FLACSO, SIEMPRO, F.C.E.: 80-101.
- Repetto F. 2000 *Gestión pública, actores e institucionalidad: Las políticas frente a la pobreza en los '90*. *Desarrollo Económico* 39 156: 597-618.
- Verdejo, G. 1988. *Argentina. Situación de salud y tendencias 1986-1995*. Washington: OPS/OMS

O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Eugênio Vilaça Mendes¹

I - O CONTEXTO ECONÔMICO E SOCIAL DO BRASIL²

O Brasil é um país continental, com uma área 8,5 milhões de quilômetros quadrados e com uma população de aproximadamente 165 milhões de habitantes. Além de grande é um país complexo e muito desigual, onde manifestam-se nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos grupos sociais.

Constitui um sistema federativo, estruturado em três níveis político-administrativos: a União, os estados e os municípios. O país está dividido em 26 estados, o Distrito Federal e em 5.507 municípios. Para dar uma idéia da força do federalismo, a receita pública total, em 1992, estava assim distribuída: 56% da União, 28% dos estados e 16% dos municípios.

Do ponto de vista econômico o fato mais relevante é a estabilização alcançada com o Plano Real, diminuindo a inflação e rompendo com a indexação generalizada de preços, salários, câmbio e juros. Mas a retomada do desenvolvimento sustentado depende do ritmo do ajuste estrutural, muito lento, e que depende da aprovação, pelo Congresso Nacional das reformas previdenciária, fiscal e política.

No campo social, não obstante um gasto público social de 20,9% do PIB em 1995, combinam-se exclusão social e incremento de desigualdades entre grupos sociais. Razões históricas, esgotamento do padrão de desenvolvimento alavancado pelo Estado, fragilidade política, financeira e administrativa do Estado, disseminação de novos padrões tecnológicos e deficiências educacionais e, sobretudo, políticas públicas regressivas, são alguns fatores determinantes do incremento das desigualdades.

O Brasil apresentou, em 1996, uma renda **per capita**, corrigida pelo critério da paridade do poder de

¹ Professor Visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará e Consultor em Sistemas e Serviços de Saúde

² Esta parte do documento está ancorada em: IPEA - O Brasil na virada do milênio: trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento. Brasília, Ipea, 1997.

compra (PPP), de US\$ 6.340,00. Mas essa renda acha-se distribuída de forma perversa: os 10% mais pobres apropriam-se de apenas de 0,8% da renda nacional, enquanto que esse percentual é de 47,9% para os 10% mais ricos.

A questão social relaciona-se com as transformações demográficas rápidas e recentes, caracterizadas por redução das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer. O envelhecimento da população pressiona os serviços de previdência e saúde. Estima-se que no ano 2005, a população brasileira será de 175 milhões; e, em 2020, de 197 milhões. A taxa de fecundidade total, que continua a cair, declinou de 6,1 em 1940 para 2,9 no final dos anos 80. A mortalidade também vem caindo sustentadamente, o que permitiu chegar, em 1991, a uma média de expectativa de vida ao nascer de 63,5 anos para homens e 71,3 anos para mulheres. A mudança nos padrões de mortalidade resulta da redução relativa de doenças da pobreza e aumento das doenças da afluência. Em 1993, as principais causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório (28%), causas externas (12%) e neoplasmas (11%).

Em 1995, a população economicamente ativa (PEA) era de 72 milhões, sendo 53 milhões (73%) trabalhadores não qualificados; a PEA deverá ser de 90 milhões em 2005, sendo que 60 milhões (67%) composta por trabalhadores não qualificados. Neste ano, a taxa de desocupação deverá ser de 2% para os trabalhadores qualificados e 5,4% para os trabalhadores não qualificados.

A previdência social brasileira opera no regime de repartição simples e parece inquestionável a necessidade de uma reforma previdenciária que, contudo, deverá lidar com três problemas: como financiar o estoque de beneficiários do antigo regime; como financiar a reconhecimento dos direitos adquiridos na transição; e como financiar o novo regime.

A modernização educacional brasileira é recente - inicia-se nos anos 40 - e tardia. A taxa média de escolaridade para a população total está em 5,4 anos de estudos, chegando a 6,1 anos nas regiões urbanas e caindo para 3,1 anos na zona rural. Cerca de 25 milhões de pessoas economicamente ativas encontram-se em situação qualitativa de infra-escolaridade.

Em 1995, aproximadamente 3 milhões de domicílios urbanos não estavam ligados a redes de água; 4,2 milhões não eram atendidos por coleta de lixo e 9,2 milhões não estavam conectados a redes gerais de esgoto ou não possuíam fossa séptica.

O déficit habitacional brasileiro está calculado em 5,5 milhões de unidades e o percentual de domicílios rústicos urbanos era de 2,2% em 1990.

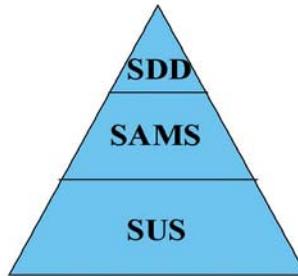
A dinâmica urbana caracteriza-se pela diminuição da migração, pela contra-metropolização e pela periferização dos pobres em torno das grandes e médias cidades.

Os problemas brasileiros, já bastante graves quando analisados setorialmente, tornam-se mais perversos quando desagregados por regiões ou grupos sociais, dados os níveis de desigualdade prevaletentes no país. O Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, 1996, feito pelo IPEA e PNUD, mostrou três brasis diferentes: o Brasil do Sudeste (menos Minas Gerais), Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul que apresenta elevado nível de desenvolvimento humano; o Brasil de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas e Amapá, considerado de desenvolvimento humano médio; e o Brasil do Pará, Acre, Tocantins e todos os estados nordestinos, de baixo nível de desenvolvimento humano.

II - O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: O MODELO SEGMENTADO

O Sistema de Serviços de Saúde organiza-se, no momento, através de um Modelo Segmentado, composto por três sistemas: o Sistema Único de Saúde, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto (Fig.1) . O primeiro, um sistema público; os dois últimos, sistemas privados. Assim, ao contrário do que a expressão sistema único dá a entender, no Brasil vige um sistema plural e segmentado, estando a unicidade restrita ao sistema público.

FIGURA 1

MODELO SEGMENTADO

SDD: Sistema de Desembolso Direto
SAMS: Sistema de Atenção Médica Supletiva
SUS: Sistema Único de Saúde

Fonte: E. V. Mendes

O modelo vigente de sistema de serviços de saúde é denominado, por mim, de Modelo Segmentado, porque ele caracteriza-se pela existência de três sistemas distintos que obedecem a lógicas de estruturação diferentes mas que mantêm, entre si, interações muito próximas e que vão definir sua teleologia. Esses sistemas guardam uma certa integração horizontal mas são inteiramente segmentados horizontalmente.

1. O Sistema Único de Saúde: o SUS

O Sistema Único de Saúde, constitui o sistema público, estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. É um sistema federativo, com participação colaborativa dos governos federal, estaduais e municipais, mas mantido o princípio do mando único em cada instância federativa.

Os princípios do SUS são: universalidade do acesso, integralidade da assistência, igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção. Portanto, o SUS deve ofertar a todos os cidadãos, gratuitamente, todos os serviços.

A direção do SUS é única, sendo exercida: no âmbito federal, pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde; e no âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde.

As funções de regulação e financiamento são de responsabilidade exclusiva do Estado, nos três âmbitos federativos; as atividades de prestação de serviços podem ser ofertadas pela iniciativa privada quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população. Como consequência, a prestação de serviços é feita por um **mix** público/privado, onde a participação dos entes privados no SUS é realizada mediante contrato segundo as normas do direito público. Em 1997, os entes públicos foram responsáveis por 75% dos procedimentos ambulatoriais e por 33% dos procedimentos hospitalares realizados pelo SUS.

O SUS conta, em cada esfera de governo, com organismos colegiados de controle social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos, com ampla representação social. Os Conselhos de Saúde - nacional, estaduais e municipais - são órgãos permanentes e

deliberativos, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, em sua instância correspondente.

Como mecanismos decisórios compartilhados, atuam, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite, com representação do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, no âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite, com representação da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.

Apesar de constituir um sistema universal, o SUS, de fato, tem uma clientela cativa em torno de 110 milhões de brasileiros; os demais utilizam, preferencialmente, o Sistema de Atenção Médica Supletiva³. Estima-se que entre 10% de brasileiros não têm acesso regular a serviços de saúde⁴.

Ademais das barreiras de acesso, há uma grande seletividade social no consumo dos serviços de saúde, com os grupos sociais tendo acesso diferenciado, quantitativo e qualitativo, aos diferentes segmentos do sistema. Para os mais pobres, há menor acesso aos serviços, polarizado entre o atendimento básico e o hospital a serviços curativos; para os mais ricos, há maior acesso a serviços promocionais, preventivos e curativos, ofertados em vários pontos de atenção do sistema⁵.

Para alcançar seus objetivos⁶, o SUS tinha, em 1995, uma rede vinculada, pública ou privada, composta por: 6.372 hospitais, 503.461 leitos hospitalares, 65 hemocentros, 42 laboratórios de saúde pública, 145 unidades de atendimento ao câncer, 157 unidades de cardiologia, 117 unidades ortopédicas e 139 unidades de transplante de órgãos. A relação leito hospitalar por mil habitantes era de 3,27. Com essa capacidade instalada o SUS ofereceu 13.275.064 internações hospitalares, 8,52 por habitante; 1.229.959.408 procedimentos ambulatoriais, 9,47 por habitante; 2,04 consultas médicas por habitante; 0,7 atendimento odontológico por habitante; 1,01 exames de patologia clínica por habitante; e 0,21 fisioterapia por habitante.

As principais causas de internação foram, pela ordem: parto normal, 14,6%; cesarianas, 7,1%; enteroinfecções, 4,3%; insuficiência cardíaca, 3,4%; tratamento psiquiátrico, 2,6%; curetagem pós-aborto, 2,1%; e broncopneumonia em crianças, 1,7%. As internações psiquiátricas são a principal fonte de gastos e foram responsáveis por 9,7% dos gastos totais com hospitalização, estimados em 3,1 bilhões de reais. 32% dos partos são por cesáreas⁷.

As coberturas vacinais em menores de 1 ano foram: poliomielite, 82,9%; sarampo, 88,3%; coqueluche, 82,7%; difteria, 82,7%; tétano acidental, 82,7%.

O financiamento do SUS é público e provém de recursos orçamentários das três instâncias federativas, que devem ser depositados em contas especiais, os fundos de saúde: Fundo Nacional de Saúde, Fundos Estaduais de Saúde e Fundos Municipais de Saúde. Parte dos recursos federais são transferidos a estados e municípios, bem como parte dos recursos estaduais são, também, transferidos aos municípios.

As principais fontes de financiamento dos recursos federais são a contribuição provisória sobre movimentações financeiras (CPMF), a contribuição para financiamento da seguridade social (COFINS), recursos do fundo de estabilização fiscal, recursos ordinários e a contribuição sobre o lucro de pessoas jurídicas.

³ Como vou referir à frente, parte desses usuários de sistemas privados acorrem ao SUS para certos procedimentos de alto custo

⁴ Essa estimativa confirma-se, indiretamente, através do percentual de óbitos sem assistência médica, registrado pelo DATASUS, que é de 9,7% no país. Os óbitos sem causa definida representam outros 5,1% do total de mortes. Ver:

Um em cada dez morre sem médico - Folha de São Paulo, 2 de agosto de 1998

⁵ NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS/UNICAMP – Estratégias e mecanismos de ordenamento de acesso e gerenciamento dos serviços prestados aos usuários dos serviços de saúde. Campinas, mimeo, 1999.

⁶ As informações provêm principalmente de:

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde no Brasil. Brasília, MS/ATG/UNICEF, 1997

⁷ A morbidade hospitalar, no SUS, está fortemente composta pelas denominadas “condições sensíveis à atenção ambulatorial” que indicam uma má atenção primária à saúde. Pesquisas que estou realizando, neste momento, em várias microrregiões do País mostram que essas internações desnecessárias ou evitáveis variam de 40 a 45% do total das internações do SUS.

Desde 1994 que os recursos de contribuição de empregados e empregadores não são utilizados para financiar o SUS. Com relação a estados e municípios as principais fontes de financiamento são os orçamentos fiscais respectivos.

Para o ano de 1998 (Tabela 1), estima-se um gasto público em serviços de saúde da ordem de 29 bilhões de reais, o que significa um gasto público **per capita** de R\$ 185,90. Os recursos federais representam 66,5% do total, cabendo aos estados e municípios participarem com, respectivamente, 18,3% e 15,2% dos gastos totais. Os gastos públicos **per capita** federal, estaduais e municipais são de, respectivamente, R\$ 123,70, R\$ 33,90 e R\$ 28,30. Os gastos públicos em serviços de saúde devem representar 3,3% do PIB.

TABELA 1

GASTOS PÚBLICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL ESTIMATIVA PARA 1998			
NÍVEL DE GOVERNO	VALOR (em R\$ bilhões)	PORCENTUAL	PER CAPITA (em R\$)
FEDERAL	19,3	66,5	123,70
ESTADUAL	5,3	18,3	33,90
MUNICIPAL	4,4	15,2	28,30
TOTAL	29,0	100,0	185,9

Fonte: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

2. O Sistema de Atenção Médica Supletiva, o SAMS

O Sistema de Atenção Médica Supletiva é um sistema privado que, contudo, recebe subsídios diretos ou indiretos do Estado, sob a forma de renúncias fiscais e contributivas. Está constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro saúde.

O SAMS vem crescendo constantemente, passando de 24 milhões de usuários em 1987 para 45 milhões em 1998. Isso significa que 28% da população brasileira está coberta por este sistema. Aumenta, mais ainda, seu volume de faturamento que de US\$ 2,4 bilhões em 1989 deverá ultrapassar US\$ 17 bilhões em 1998.

A distribuição regional dos beneficiários do SAMS, em 1996, mostrava alta concentração nas regiões e estados mais desenvolvidos: Sudeste: 78,0%; Sul: 11,7%; Nordeste: 7,6%; Centro-Oeste: 1,4%; e Norte: 1,3%. Em apenas dois estados, São Paulo e Rio de Janeiro, estão 51,3% dos beneficiários⁸.

Uma característica importante desse sistema é que mais de 70% de seus usuários têm acesso a ele, pago, total ou parcialmente, pelos empregadores. A filiação direta de indivíduos ou famílias é inferior a 30% do mercado. É, portanto, um sistema fortemente baseado no emprego. E a experiência internacional indica que os sistemas de serviços de saúde baseados no emprego apresentam vários problemas⁹, quase todos presentes no SAMS brasileiro: os usuários dependem de um emprego e do tipo de emprego; penalizam os empregados de pequenas e microempresas; dão aos empregadores um poder sobre a atenção à saúde, invadindo a microgestão dos serviços, instaurando o controle social sobre a mão de obra e restringindo a liberdade dos trabalhadores; os empregadores têm pouca habilidade de controlar os custos dos serviços de saúde; estimulam a fragmentação dos serviços; constroem a mobilidade da força de trabalho; apresentam custos administrativos altos, especialmente para pequenas e microempresas;

⁸ ALMEIDA.C. – O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília, IPEA, Texto para discussão n° 599, 1998.

⁹ STARR.P. - The logic of health care reform. New York, Penguin Books, 1994.

drenam tempo gerencial das empresas; estimulam a criação de empregos precarizados; e criam insegurança psico-social.

As quatro modalidades assistenciais do SAMS apresentam racionalidades de estruturação distintas, clientelas diferenciadas e formas de financiamento diversas. Demais, ofertam, no mercado, produtos segmentados por diferentes clientelas.

A medicina de grupo, opera através de 730 empresas, que administram planos de saúde sob a forma de pré-pagamento. A maior parte delas são contratadoras de serviços de terceiros mas 36% estruturam serviços próprios¹⁰. Mais de 70% das empresas são de tamanho pequeno e, apenas 10%, são de grande porte (mais de 300.000 vidas).

Essa modalidade, em 1996, foi responsável por 42,9% do mercado e por 25,0% do faturamento total do sistema.

Ela é representada politicamente pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

A autogestão está configurada por 280 empresas que, a partir de sistemas de pós-pagamento, administram, elas mesmas, ou contratam terceiros para administrar planos de saúde para seus membros.

A autogestão pode estruturar-se diversamente: com autogestão de compra de serviços, com produção própria de serviços, com serviços comuns para grupos de empresas ou com auto-seguro de saúde.

Seu maior segmento é de empresas estatais, em torno de 60%, sendo as demais empresas privadas. Em 1996 contava com 22,3% do mercado do SAMS e com 31% do volume de faturamento total desse sistema.

Sua representação política faz-se através da Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE), com atuação mais marcada no segmento privado, e do Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), que atua especialmente no segmento público.

As cooperativas médicas são formadas por cooperativas de médicos que ofertam planos sob a forma de pré-pagamento, à semelhança da medicina de grupo. Por constituírem-se como cooperativas consideram-se, a si mesmas, como formas éticas, não comerciais, de prestação de planos de saúde. Operam através de 376 cooperativas regionais coordenadas por uma confederação nacional.

As cooperativas médicas, em 1996, detinham 24,8% dos usuários do SAMS e eram responsáveis por 23,7% do faturamento total desse sistema.

Sua representação política faz-se através da Federação Nacional das UNIMED's.

O seguro saúde é constituído por aproximadamente 40 empresas ligadas ao capital financeiro bancário. Esse sistema funciona, desde 1967, na lógica do seguro privado, razão pela qual, historicamente, até a criação da Agência Nacional de Saúde Supletiva, sempre esteve sob o controle da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

As seguradoras atuam por pré-pagamentos de prêmios feitos pelos assegurados e prestam serviços através da contratação de terceiros; não podem ter prestação própria.

Essa modalidade tem algumas características como sensibilidade às variações da conjuntura econômica, tem preços médios mais elevados relativamente às outras modalidades e constitui um mercado de alta concentração.

O seguro saúde detinha, em 1996, 10% do mercado do SAMS, e foi responsável por 20,3% do faturamento desse sistema.

Sua representação política faz-se através da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG).

¹⁰ MÉDICI, A C. - A medicina de grupo no Brasil. Brasília, OPAS/OMS, 1990.

TABELA 2
SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA
PORCENTUAIS DE USUÁRIOS E DE FATURAMENTO, POR MODALIDADE ASSISTENCIAL -
1996

MODALIDADE DE USUÁRIOS	PORCENTUAL FATURAMENTO	PORCENTUAL DE ASSISTENCIAL
MEDICINA DE GRUPO	42,9	25,0
AUTOGESTÃO	22,3	31,0
UNIMED'S	24,8	23,7
SEGURO SAÚDE	10,0	20,3
TOTAL	100,0	100,0

Fonte: ABRAMGE

TABELA 3
SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE USUÁRIOS, DO FATURAMENTO GLOBAL E DO CUSTO PER
CAPITA/ANO EM ANOS SELECIONADOS

ANO USUÁRIOS	NÚMERO DE (EM US\$ BILHÕES)	FATURAMENTO (EM US\$)	PER CAPITA
1989	31.140.000	2,4	77,70
1991	28.500.000	4,1	146,30
1992	32.000.000	4,9	155,30
1993	34.400.000	6,4	187,80
1997	41.000.000	15,3	373,50
1998	45.000.000	16,1	357,77

Fontes: Foster Higgins, ABRAMGE e Ministério da Saúde

O SAMS funcionou, desde suas origens remotas no convênio-empresa nos anos 60 até recentemente, sem regulação estatal, à exceção da frouxa regulação que o seguro saúde tinha da SUSEP. Recentemente, foi regulamentado através da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, cuja tramitação demonstrou bem a teia de interesses conflitantes que se estruturaram nesse sistema e em torno de suas quatro modalidades assistenciais. A existência de uma regulação estatal com estabelecimento de regras mínimas para o jogo, a possibilidade de conhecer melhor esse sistema através de informações mais fidedignas, a abertura do mercado a empresas estrangeiras, a exigência de capitais mínimos e reserva técnica etc, vão determinar, seguramente, grandes modificações qualitativas e quantitativas na dinâmica desse sistema nos próximos anos.

2. O Sistema de Desembolso Direto, o SDD¹¹

Há, ainda, um terceiro sistema, também privado, o Sistema de Desembolso Direto ou de medicina liberal, representado pelos gastos diretos do bolso de indivíduos e famílias com serviços de saúde.

¹¹ Este item está baseado no trabalho:

MENDES, E.V. – O sistema de desembolso direto no Brasil. Belo Horizonte, mimeo, 1999.

Esse é um sistema pouco considerado nas análises das políticas de serviços de saúde no Brasil; nesse sentido, pode-se dizer que ele funciona quase como um “sistema oculto” e com baixíssima regulação estatal. Como o SAMS, é um sistema fortemente subsidiado através de renúncias fiscais.

A informação mais confiável que dispúnhamos sobre o Sistema de Desembolso Direto no Brasil provinha do IBGE, através da PNAD 1986, que nos deu uma dimensão desse sistema. Naquele ano, 33,9% da população brasileira, ou sejam, 46.052.035 pessoas, utilizaram o SDD, dos quais, 67% eram famílias com renda mensal inferior a 1 salário mínimo; o volume de faturamento do SDD foi superior a 2 bilhões de dólares americanos.

Em 1996, foi possível atualizar as informações sobre o SDD estimando-as com algum grau de aproximação, a partir da divulgação, pelo IBGE, da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) daquele ano. A vantagem é que os dados desta pesquisa podem ser comparados com os obtidos na POF de 1987, realizada com a mesma metodologia.

A POF é uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a estrutura de receita e despesa das famílias, com o objetivo de obter ponderações de itens de consumo que servem de base para o cálculo dos índices de preço ao consumidor. Ela é realizada nas nove Regiões Metropolitanas do País (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador, Fortaleza, Recife, Curitiba e Belém), no Distrito Federal e em Goiânia.

A população abrangida nas POF's passou de 44.339.172 pessoas em 1987 para 46.252.766 pessoas em 1996, representando uma boa amostra das áreas mais urbanizadas do País.

A primeira conclusão que se pode tirar das POF's 1987/96 é que houve um incremento muito grande dos gastos com habitação, educação e saúde. Os gastos das famílias com saúde cresceram 151% nesse período. Eles só foram superados em crescimento pelos gastos com habitação (170%) e em educação (167%).

Em 1987 as despesas com serviços de saúde consumiam 9,10% do orçamento das famílias e, em 1996, esse percentual elevou-se para 11,04%, um crescimento de 21,3%¹². O item de gasto que mais cresceu no período foi o gasto com o Sistema de Atenção Médica Supletiva, ou seja, com planos e seguros de saúde.

Uma análise dos gastos das famílias com o Sistema de Desembolso Direto mostra crescimentos médios relativos altos de atenção odontológica, medicamentos e hospitalização e uma presença absoluta alta de medicamentos e atenção odontológica (Tabela 4).

TABELA 4

DESPESA MÉDIA MENSAL FAMILIAR COM O SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO NAS REGIÕES METROPOLITANAS, BRASÍLIA E GOIÂNIA, POR ITEM DE GASTO - 1987-1996*
Em R\$ de setembro de 1996

ITEM DE GASTO	1987	1996	DIFERENÇA %
Medicamentos	11,30	25,36	124
Atenção odontológica	5,71	13,07	129
Consulta médica	2,57	3,53	37
Óculos e lentes	1,92	2,29	19
Hospitalização	1,26	2,15	71
Outras	8,14	16,13	98
Total	30,90	62,53	101

(*) Nesta tabela eliminou-se o gasto com planos e seguros de saúde porque são parte do SAMS e não do SDD
Fonte: IBGE, POF's 1987 e 1996

Considerando-se que a população pesquisada foi de 46.252.766 pessoas num universo de 157.079.573

¹² Pinto, V.G. & Piola, S.F. - Gasto com saúde no Brasil: um tema à procura de autor. *Jornal do Conasems*, 42:8-9, 1998.

brasileiros em 1996, isso representa um percentual de 29,4% da população naquele ano. Na fração pesquisada, o gasto **per capita** anual com o Sistema de Desembolso Direto¹³, em 1996, foi de R\$ 202,80. Isso representa um gasto global de R\$ 9.380.060.944,00 com o SDD somente nas Regiões Metropolitanas e em Brasília e Goiânia.

Para se ter uma estimativa do gasto com esse sistema privado no Brasil e supondo-se que é, nessas regiões, onde concentra-se, relativamente, a oferta de serviços e a informação, fixei, como gastos do bolso nas outras regiões do país, muito conservadoramente, um percentual de 30% dos gastos nas áreas pesquisadas. Com isso, o gasto **per capita** anual médio para o restante da população não pesquisada seria de R\$ 60,84, o que representaria um dispêndio adicional de R\$ 6.742.702.937,00. Assim, no total, ter-se-ia, para 1996, uma estimativa de gastos com o Sistema de Desembolso Direto, da ordem de R\$ 16.122.763.881,00. Uma estimativa para 1998, feita a partir da aplicação do crescimento médio do período (8% ao ano), daria um gasto de R\$ 18,8 bilhões para este ano, ou seja, um gasto **per capita**/ano com este sistema da ordem de R\$ 115,97.

Vale observar que quase todas as análises sobre financiamento dos serviços de saúde no Brasil desconhecem este componente importante do gasto privado¹⁴, seja do ponto de vista quantitativo, seja do qualitativo. Quantitativamente, porque essa modalidade de gasto privado corresponde, aproximadamente, a 28% do gasto total do país com serviços de saúde. Ele aproxima-se, em valores absolutos, na estimativa dos gastos com serviços de saúde no Brasil para 1998, do orçamento do Ministério da Saúde e do faturamento global do Sistema de Atenção Médica Supletiva.

Como trata-se de um sistema que tem origens pretéritas, no antigo médico de família, sua sustentação está baseada em segmentos corporativos defensores da liberdade dos médicos. Por isso, seu núcleo político-ideológico está localizado na Associação Médica Brasileira (AMB). Exemplo disso, é a posição contrária dessa associação à regulamentação dos planos e seguros privados e a proposta alternativa de um plano de atenção ambulatorial - o Sistema Nacional de Atendimento Médico, SINAM¹⁵ - onde os serviços serão demandados por livre escolha e pagos diretamente aos prestadores, segundo valores da tabela AMB. Um plano de nítida inspiração neo-kassabista¹⁶.

¹³ A família média da POF 1987 era de 4,07 pessoas contra 3,70 na POF de 1996

¹⁴ Juntando os três sistemas, uma estimativa do gasto com serviços de saúde para 1998 poderia ser a seguinte:

Gasto público: R\$ 29 bilhões

Ministério da Saúde: R\$ 19,3

Estados: R\$ 5,3 bilhões

Municípios: R\$ 4,4 bilhões

Gasto público **per capita**: R\$ 185,90

Gasto privado: R\$ 38,80 bilhões

Gasto com o SAMS: R\$ 20,00 bilhões

Gasto com o SDD: R\$ 18,80 bilhões

Gasto privado **per capita**: R\$ 239,40

Gasto total em serviços de saúde: R\$ 67,80 bilhões

Gasto total em serviços de saúde **per capita**: R\$ 434,61

Percentual do gasto público em relação ao gasto total em serviços de saúde: 42,7%

Gasto total em serviços de saúde como percentual do PIB: 7,5%

¹⁵ Por que o atendimento médico pode melhorar? O Estado de São Paulo, 1 de junho de 1998

¹⁶ O kassabismo foi um movimento de defesa da medicina liberal, vigente nos anos 70, sob a liderança de Pedro Kassab, então Presidente da Associação Médica Brasileira. Ver, a respeito:

COHN, A, MARSIGLIA, R.G. & BARATA, R.B. - O setor privado e as políticas de saúde na atual conjuntura brasileira (1978-1990). São Paulo, mimeo, 1991.

III - UMA ANÁLISE DA DINÂMICA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: DO SANITARISMO CAMPANHISTA AO MODELO SEGMENTADO

O sistema de serviços de saúde brasileiro vem sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação, tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos¹⁷, em cada período de tempo.

A última reforma do setor, conhecida por reforma sanitária brasileira¹⁸, institucionalizou-se através da Constituição Federal de 1988 e gerou, como resultado concreto de sua dinâmica social, o Modelo Segmentado de serviços de saúde, hoje vigente.

Para entendê-la, na sua natureza processual, impõe-se percorrer a trajetória do sistema de saúde brasileiro no século XX¹⁹.

Neste século, o sistema de saúde transitou do Modelo do Sanitarismo Campanhista (início do século até a metade dos anos 60) para o Modelo Médico-assistencial Privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao Modelo Segmentado, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS.

Enquanto a economia brasileira esteve dominada por um modelo agro-exportador, assentado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação.

O Modelo do Sanitarismo Campanhista²⁰ teve, por detrás de si, uma concepção de saúde, fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde estão determinados por uma relação linear entre agente e hospedeiro.

Por isso, o sanitarismo campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde - ou melhor, das doenças - através da interposição de barreiras que quebrassem esta relação agente-hospedeiro para o que estruturava ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, através da criação de estruturas **ad hoc**, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções sobre os corpos individual e social.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou, especialmente a partir do Governo Juscelino Kubitschek, determinou, já a partir da metade dos anos 50, o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de serviços de saúde. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.

Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 60, do Modelo Médico-assistencial Privatista²¹.

O Modelo Médico-assistencial Privatista foi gestando-se, paralelamente, a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 20, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 30 a 60, até o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

¹⁷ Cada vez mais evidencia-se, empiricamente, a importância dos valores na definição dos rumos de uma reforma do setor saúde. Consultar, a respeito:

DOUGHERTY, C.J. - Back to reform: values, markets and the health care system. New York, Oxford Univ. Press., 1996.

¹⁸ Há inúmeros estudos analíticos sobre a reforma sanitária brasileira. Dentre eles, destaque:

VAN STRALEN, C. - The struggle over a national health care system: the movement sanitarist and health policy-making in Brazil. Utrecht, Mediagroep, 1996.

¹⁹ Para uma análise mais detalhada da dinâmica do sistema de serviços de saúde no Brasil, recorrer a:

MENDES, E.V. - As política de saúde no Brasil: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) - Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 3ª.ed., 1995.

²⁰ Sobre este modelo, ver:

LUZ, M.T. - As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

²¹ A expressão Modelo Médico-assistencial Privatista pretendia, no substantivo, marcar um deslocamento da saúde pública para a atenção médica, o que é correto, e definir, na adjetivação, um movimento de privatização do setor pela entrega da prestação dos serviços ao setor privado, o que é, teoricamente, equivocado porque isso é delegação ou devolução social e não privatização. Consultar, a respeito:

SILVA, P.L.B. - O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise da política de intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. Cadernos FUNDAP, 3:27-50, 1983.

A criação do INPS, em 1966, foi o momento institucional de consolidação do Modelo Médico-assistencial Privatista, cujas principais características foram²²: a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada à prestação privada dos serviços.

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o Modelo Médico-assistencial Privatista, ao separar as ações de saúde pública daquelas ditas de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização-símbolo do modelo médico, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS.

O Modelo Médico-assistencial Privatista compunha-se de quatro sistemas (Figura 2).

FIGURA 2

MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA



Fonte: E. V. Mindeu

Na base, um Sistema Estatal, representado pelo complexo Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde exercitava-se a atenção primária seletiva sob a forma da medicina simplificada destinada à cobertura nominal de populações não integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitarismo, através de campanhas de saúde pública. O sistema hegemônico era o Sistema Previdenciário que cobria os beneficiários dessa instituição, ou seja, a mão de obra formal. Este sistema cresceu induzido por políticas públicas de terceirização da prestação da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da Previdência Social e, muito secundariamente, pelo financiamento subsidiado de capital físico através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, FAS. De tal forma que, no período 1969/1984 os leitos privados subiram de 74.543 para 348.255, um crescimento próximo a 500%. Um terceiro subsistema - que começava a delinear-se e a implantar-se, aproveitando os incentivos do convênio empresa - era o Sistema de Atenção Médica Supletiva que buscava atrair a mão de obra qualificada das grandes empresas e indivíduos e famílias capazes de comprar diretamente planos ou seguros de saúde. Contudo, na década de 70, este sistema

²² OLIVEIRA; J.A & TEIXEIRA, S.M.F. - (Im)Previdência social. Petrópolis, Ed. Vozes, 1986.

não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários só aumentando sua importância relativa a partir da crise da Previdência Social, no início dos anos 80. Por fim, continuava a desenvolver-se, ainda que haja quase nenhuma informação sobre sua magnitude e sua qualidade, o Sistema de Desembolso Direto.

As mudanças econômicas e políticas que se deram na primeira metade da década de 80, determinaram o esgotamento do Modelo Médico-assistencial Privatista e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde, o Modelo Segmentado, resultado da reforma sanitária brasileira.

Por trás dessa mudança, está uma profunda crise do Estado expressa, no âmbito interno, pela crise fiscal, das relações econômicas e sociais e do aparelho do Estado e, externamente, pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa e pelo realinhamento dos blocos geopolíticos.

Politicamente, deu-se a distensão lenta e gradual que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Este pacto deveria combinar crescimento com distribuição, e implicava a elaboração de novo arcabouço jurídico - uma nova Constituição - e a explicitação de um outro padrão de política social expresso no discurso da superação da dívida social acumulada nos governos autoritários.

Esse pano de fundo econômico e político determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária, novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro.

Nos anos 70, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, decodificada, em nossa prática social, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária. Essas experiências desaguaram num programa de medicina simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, PIASS, que se iniciando pelo Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979.

O processo de democratização, ao colocar na arena política projetos diferenciados com seus respectivos grupos de interesses, fez com que a discussão penetrasse o poder legislativo. Nesse sentido, constituiu, um marco importante, a realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara Federal, em Brasília.

Paralelamente, resgataram-se, em outra dimensão qualitativa, as proposições do movimento municipalista, expressas na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963. Com base em algumas experiências de municipalização começaram a suceder-se os encontros nacionais de Secretários Municipais de Saúde, o que viria marcar o caráter marcadamente municipalista da reforma.

Os primeiros anos da década de 80 foram caracterizados pela eclosão da crise da Previdência Social, que se refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica, o PREV-SAÚDE; a crise financeira; e a crise político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o CONASP.

O Plano do CONASP colocou como alvo a integração das ações de saúde mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos racionalizadores, sendo que um deles, o Plano de Racionalização Ambulatorial, levou à proposição das Ações Integradas de Saúde, AIS.

As AIS, implantadas em 1983 como um programa de atenção médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Importa salientar que as AIS modificaram-se, qualitativamente, a partir de ações intestinais dentro da instituição propositadamente preparada para sustentar o Modelo Médico-assistencial Privatista, o INAMPS.

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde, para onde confluíram todo o movimento encetado desde o início dos anos 70. Essa conferência diferiu de todas as demais que lhe antecederam por duas características principais: uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados, representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde²³; outra, sua dinâmica processual, que se

iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito nacional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve desdobramento imediato num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: um, no executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; outro, no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal.

O SUDS avançou no sentido da devolução estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços.

No interior do Congresso Nacional, construía-se, pelo consenso possível das forças sociais de centro-esquerda, ali representadas, parte significativa do desenho constitucional da saúde. Mas, ao mesmo tempo, havia que se dar espaço à manifestação dos interesses da centro-direita que buscava resguardar a liberdade de atuação da iniciativa privada, especialmente do segmento de planos e seguros privados que já cobria, então, em torno de 30 milhões de brasileiros.

A janela histórica²⁴ representada pelo fim do regime autoritário e pela implantação da Nova República, criou as condições para a implantação da reforma sanitária, a partir da Constituição Federal de 1988.

A solução de compromisso entre os defensores da doutrina da reforma sanitária e os interesses dos grupos privilegiadores de soluções de mercado, levou a uma dualização jurídica, onde a centro-esquerda, através dos artigos 196, 197, 198 e 200 da Constituição Federal, criou um sistema público de inspiração socialista²⁵ e a centro-direita, através do artigo 199, no seu **caput**, abriu espaço para a livre expansão do sistema supletivo de planos e seguros de saúde e da medicina liberal. Esse “pecado original” do sistema de serviços de saúde brasileiro, ao tentar conciliar um desenho socializante de um sistema público com uma proposta neoliberal²⁶ de sistema privado, criou as bases jurídico-legais para a superação do Modelo Médico-assistencial Privatista e para a consolidação do Modelo Segmentado.

De fato, a Constituição de 1988, incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária.

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que veio a ser regulamentado, pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essas leis expressaram as conquistas contidas na Constituição, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades mas, também,

²³ É significativa a constatação de que os grupos de interesse privatistas, ligados ao Sistema de Atenção Médica Supletiva estiveram sub-representados nessa Conferência.

²⁴ As reformas do setor saúde encontram campo mais fértil para desenvolverem-se em momentos históricos caracterizados pela ruptura com uma velha ordem, denominados de janelas históricas. Em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION - European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO Regional Publications nº 72, 1997.

²⁵ A doutrina da reforma sanitária brasileira teve nítida inspiração da reforma sanitária italiana de 1978, uma reforma baseada em princípios socialistas, já superada pela “reforma da reforma” dos anos 90. A respeito, verificar: BERLINGUER, G. - Uma reforma para a saúde: por um serviço sanitário nacional, análise e proposta. In: BERLINGUER, G. et alii - Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, Hucitec-CEBES, 1988.

HORTALE, V.A - Subsídios ao aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro: a experiência italiana em discussão. In: COSTA, N. do R. & RIBEIRO, J.M. (Orgs.) - Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1996.

²⁶ A expressão neoliberal é aqui usada com rigor conceitual porque tratou-se de possibilitar o desenvolvimento de sistemas privados sem regulação estatal, ou seja, definidos pelas regras de mercado.

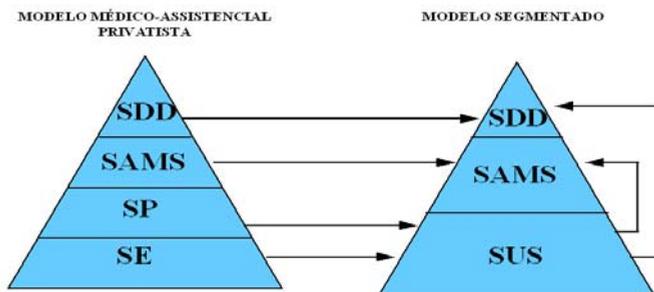
reiterando, mais operativamente, os princípios da reforma sanitária incorporados na Carta Magna. A partir dessas leis, a implantação do SUS fez-se através de Normas Operacionais Básicas, a primeira delas, a NOB 01/91, do INAMPS, e as demais, emanadas do Ministério da Saúde, a NOB-SUS 01/93 e a NOB-SUS 01/96.

Este desenho constitucional e infra-constitucional, no campo da saúde, ocorria, coetaneamente, com o avanço inexorável de uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que a sustentou durante os anos de esforço industrializante e de fracassos sociais. Desse modo, tratou-se de impor novas responsabilidades a um Estado alquebrado e incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise²⁷.

A combinação de crise orgânica do Estado com universalização dos direitos à saúde, ou seja, a instituição de princípios generosos mas destituídos de base material para concretizá-los por inteiro²⁸, levou a uma forma singular de universalização dos serviços de saúde no Brasil, denominada de “universalização excludente²⁹” (Fig.3).

FIGURA 3

A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUENTE NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS



Fonte: E. V. Mendes

Na universalização excludente, a expansão da universalização do sistema de saúde, por baixo, veio, inicialmente, acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado, por cima. O sistema, finalmente, acomodou-se: a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos nos sistemas privados. Ou seja, combinou-se inclusão por baixo e exclusão por cima. E o mecanismo de racionamento deu-se por uma queda da qualidade média do SUS, o que tornou esse

²⁷ FIORI, J.L. - Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disfunções. Brasília, OPS/OMS, 1991.

²⁸ Enquanto universalizavam-se os direitos aos serviços de saúde, os gastos federais, a parcela mais significativa do financiamento do SUS, despencavam de US\$ 11,3 bilhões em 1989 para US\$ 6,5 bilhões em 1992.

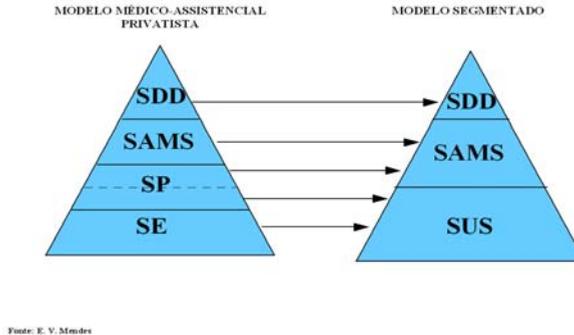
²⁹ FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P.J. de - A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IEI, 1989.

sistema pouco atrativo para segmentos mais bem posicionados na hierarquia social.

Mas, a universalização excludente determinou, também, um movimento de rearranjo no âmbito dos prestadores de serviços (Figura 4).

FIGURA 4

A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO
A PERSPECTIVA DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS



Os prestadores modernos do Sistema Previdenciário, deixaram, total ou parcialmente, o sistema público em direção ao SAMS e ao SDD, através de um processo de descredenciamento seletivo³⁰. Permaneceram no SUS aqueles prestadores mais tradicionais que não conseguiram modernizar-se - especialmente entes privados não lucrativos - para disputar o mercado dos sistemas privados.

Manifestou-se, assim, nos produtores privados, fenômeno semelhante ao da exclusão dos usuários, permanecendo como contratados do sistema público o setor mais atrasado e que, por consequência, oferta, na média, serviços de qualidade mais baixa.

Fruto da legislação constitucional e infra-constitucional, incorporaram-se, de uma vez, ao SUS, em torno de 50 milhões de brasileiros que, no Modelo Médico-assistencial Privatista eram atendidos, pela medicina simplificada, no Sistema Estatal. Desaparecia, assim, a diferença entre os que detinham a carteira do INAMPS e tinham acesso a serviços de melhor qualidade, através do Sistema Previdenciário, e os indigentes sanitários. Também, foram incorporados ao SUS parte significativa da mão de obra menos qualificada e trabalhadores de pequenas e microempresas, até então atendidos no Sistema Previdenciário, e que não tinham condições de acessar os planos e seguros de saúde.

Não há dúvidas de que, num primeiro instante, a implantação do SUS significou, para milhões de brasileiros pobres, o ingresso na portabilidade dos direitos sanitários e que, isso, foi extremamente positivo. Esses pobres, outrora indigentes e atendidos por políticas compensatórias de medicina simplificada, foram os grandes beneficiários do SUS. Ocorre que os efeitos redistributivos do SUS esgotaram-se rapidamente com a incorporação imediata desses milhões de brasileiros ao novo sistema universal.

Assim, os efeitos da inclusão por baixo cessaram e estão limitados, hoje, ao crescimento vegetativo dessa população pobre. Ao contrário, a exclusão por cima não parou de se dar. Inicialmente limitada a contingentes de classe média, média e alta, e a trabalhadores de grandes e médias empresas, foi ampliando-se para atingir

³⁰ Como exemplo, no início dos anos 90, em Belo Horizonte, de um total de 6.000 leitos contratados e conveniados, descredenciaram-se 2.000 leitos, 33% do total. Todos esses leitos pertenciam aos hospitais mais modernos tecnologicamente e gerencialmente.

crescentemente parte da classe média baixa e trabalhadores de pequenas empresas. Como conseqüência, no período de vigência do SUS migraram para o Sistema de Atenção Médica Supletiva, aproximadamente 15 milhões de brasileiros. A emergência de planos populares de saúde e de planos de coberturas parciais, deverá dar continuidade a esse processo de saída do sistema público para os planos de saúde³¹.

Mas os efeitos da universalização excludente, com a consolidação do Modelo Segmentado, não cessam por aí. Há, também, uma procura crescente, por todos os grupos sociais, de serviços ofertados pelo Sistema de Desembolso Direto. Conseqüentemente, há uma utilização concomitante e parcial, por grande parte dos usuários do SUS, do SDD.

A expansão rápida do Sistema de Atenção Médica Supletiva fez com que, ele, especialmente no que tange a planos e seguros feitos por indivíduos e famílias, apresentasse os problemas inerentes aos sistemas privados que funcionam sob leis de mercado: as manifestações das falhas de mercado.

A seleção adversa e os danos morais por parte dos consumidores foram respondidos por potentes estratégias de seleção de riscos pelas empresas de planos e seguros de saúde³². Como os segmentos sociais utilizadores do SAMS são dotados de vocalização política, eles começaram a reclamar seus direitos e a denunciar os mecanismos de seleção de riscos impostos pelos planos e pelas seguradoras³³, no que foram ajudados pelos órgãos de defesa do consumidor.

Como resultado dessa insatisfação, especialmente localizada em nichos da classe média usuária de planos individuais, o Governo Federal³⁴ e o Congresso Nacional, apressaram a discussão e aprovação de um projeto de lei que tramitava há alguns anos naquelas casas legislativas³⁵. Surgiu, então, após mais de dez anos de vigência da Constituição Federal de 1988, a Lei nº 6.956, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. As resistências colocadas por vários segmentos sociais e a necessidade de estabelecer regras de transição levaram o governo a editar a Medida Provisória nº 1.685-2, de 29 de julho de 1998, que alterou dispositivos da Lei nº 9.656/98. Uma medida provisória, editada menos de dois meses depois de uma lei, já dá a medida da qualidade desse instrumento jurídico. De um modo geral, mesmo entre os que a apoiaram, havia a sensação de que era uma lei inadequada mas “melhor que nada”.

É uma lei que não resolve o problema das falhas de mercado mas que coloca regras mínimas para o jogo no mercado dos planos e seguros de assistência à saúde. Mas que, por outro lado, através de uma legislação singular, reconhece e chancela o Modelo Segmentado.

IV – UMA AVALIAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Diferentemente do que é mais comum na experiência internacional de reformas do setor saúde, a reforma sanitária brasileira não foi orientada no sentido de uma racionalização do sistema de serviços de saúde. Ao contrário, ela constituiu-se, predominantemente, como um movimento político-ideológico de articulação de forças na arena sanitária em contra-posição ao regime militar.

Essa origem imprime-lhe uma clara direcionalidade teleológica, fazendo emergir, como valor fundante, a equidade, derivada do princípio da solidariedade social. Uma revisita às bases jurídicas da reforma sanitária vai mostrar um conceito de equidade definido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde.

Nas reformas orientadas por motivações político-ideológicas, tende-se a valorizar os princípios em detrimento

³¹ Há estimativas de que o SAMS, apenas pela dinâmica inerente à universalização excludente, poderá alcançar 60 milhões de brasileiros.

³² Dentre elas: exclusão de patologias pré-existentes, exclusão de portadores de patologias crônicas e de alto custo, exclusão de velhos através de incremento do valor dos prêmios, períodos de carência etc.

³³ 20% das reclamações feitas no PROCON de São Paulo, em 1996, foram relativas a planos e seguros de saúde. Também, cotidianamente, a mídia reverbera os problemas relativos a esse sistema.

³⁴ Deve-se ressaltar que o Presidente Fernando Henrique Cardoso comprometera-se, no seu Programa de Governo, a regular os planos privados de serviços de saúde.

³⁵ A aprovação da lei fez-se contra a opinião de segmentos muito representativos como os órgãos de defesa dos consumidores, as corporações profissionais, especialmente o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira e as entidades de representação de usuários de planos e seguros de saúde. As modalidades assistenciais do seguro saúde e da medicina de grupo foram simpáticas ao projeto de regulamentação mas as cooperativas médicas e a autogestão foram contra sua aprovação.

das condições materiais para sua realização³⁶. Esse é o caso da reforma sanitária brasileira que, até hoje, tem dificuldades de enfrentar-se com os objetivos de eficácia, eficiência e qualidade.

Dada a centralidade da equidade para a reforma sanitária brasileira a avaliação se concentrará, relativamente, nesse princípio. Contudo, tendo em vista que a operacionalização da proposta do SUS focou-se na descentralização, serão examinadas as relações entre esse processo e os objetivos da equidade e da eficiência.

1. O Modelo Segmentado: segmentação e equidade

Uma discussão central nas reformas do setor saúde é o caminho que, institucionalmente, tomam os sistemas de serviços de saúde: se buscam sistemas públicos universais³⁷ ou se optam por sistemas segmentados. Essas alternativas de conformação dos sistemas de serviços de saúde na prática social são definidas a partir dos valores vigentes numa sociedade, dos posicionamentos político-ideológicos frente à saúde, do papel do Estado em relação aos serviços de saúde etc.

No mundo desenvolvido, essa diferença é muito clara. Países com tradição social democrática, como boa parte das democracias da Europa Ocidental, definiram-se por sistemas públicos universais. Ao contrário, países de forte tradição liberal, como os Estados Unidos, construíram sistemas segmentados.

Como consequência dos problemas de origem e do movimento de universalização excludente, que estão na raiz da reforma sanitária brasileira, consolidou-se, no país, apesar do discurso solidarista, um Modelo Segmentado composto por três sistemas: o Sistema Único de Saúde, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto.

Os modelos segmentados segregam as clientela singulares nos seus nichos institucionais, podendo ser considerados como desenhos com integração vertical e segregação horizontal e onde cada sistema exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular.

No caso brasileiro, mesmo a integração vertical é discutível, vez que, como se observa no SAMS, há uma segregação vertical entre os diferentes planos ofertados no mercado.

Portanto, num modelo segmentado, os sistemas não são suplementares mas autônomos; nesse sentido, é totalmente inadequado falar-se de um Sistema de Atenção Médica **Supletiva** no Brasil.

O grau de segmentação de um sistema nacional está associado com a participação relativa dos planos e seguros privados na cobertura populacional e com o porcentual do gasto público em relação ao gasto total em serviços de saúde.

O modelo segmentado está presente em países onde é alto o porcentual da população coberta por sistemas privados: 65% nos Estados Unidos, 28% no Brasil e 25% no Chile. Ao contrário, a segmentação nesses países é, também, revelada por baixos valores percentuais de participação relativa dos gastos públicos sobre o gasto total em serviços de saúde: 44% nos Estados Unidos, 43% no Chile e 42% no Brasil.

Países que estruturaram sistemas públicos universais, superando a segmentação, oferecem um sistema público com universalização de um pacote essencial de serviços medicamente necessários, a partir do qual os cidadãos podem recorrer a serviço suplementares. Nesses países, o porcentual da população coberto por sistemas privados é baixo: 7% no Canadá e 12% no Reino Unido. Nesses países, a participação dos gastos públicos em relação ao gasto total em saúde é alta, sendo de 72% no Canadá e de 85% no Reino Unido. A explicação para esses números é que nos sistemas públicos universais, os usuários fazem planos privados somente para cobrir o que não faz parte de um conjunto de serviços essenciais ofertados pelo sistema público.

³⁶ O componente valorativo dos sistemas de serviços de saúde, fortemente influído, em nosso país, pela ética judaico-cristã, acoplado à motivação político-ideológica da reforma sanitária, faz com que, muitas vezes, a discussão de sua racionalidade seja obstaculizada por posições dogmáticas que beiram um integrismo sanitário. Isso não é um privilégio da reforma sanitária brasileira. Durante a elaboração do Plano Clinton de reforma do sistema de serviços de saúde americano os debates entre os defensores do modelo canadense de pagador único e da competição gerenciada foram definidos como posicionamentos quase teológicos. Ver: GLIED.S. - Chronic condition: why health reform fails. Cambridge, Harvard Univ. Press., 1997.

³⁷ Os sistemas públicos universais são denominados, às vezes, de sistemas de pagador único (**single payer**).

Nesse caso, o sistema privado é, efetivamente, um sistema supletivo.

A experiência internacional atesta que os sistemas segmentados apresentam sérios problemas. Todos eles manifestam-se no Modelo Segmentado brasileiro:

I. Levam à iniquidade, pelos diferenciais que os vários sistemas apresentam em relação ao acesso quantitativo e qualitativo aos serviços de saúde. Na base do processo de universalização excludente está o racionamento imposto pela menor qualidade do SUS frente aos sistemas privados;

II. A iniquidade aumenta pela presença de sobreposição unilateral de demanda entre os três sistemas. Como consequência, os pobres só têm direito ao SUS enquanto os usuários do SAMS e do SDD podem utilizar-se, também, do sistema público. Isso ocorre porque a classe média e os ricos, mais informados e com conhecimentos e relacionamentos pessoais com profissionais de saúde, atuam como caroneiros (**free riders**), tirando proveito das vantagens que o sistema público oferece, cobrindo os riscos catastróficos, os exames mais sofisticados e procedimentos mais custosos;

III. Os usuários dos sistemas privados, normalmente, recebem subsídios para utilizá-los. No Brasil, o SAMS e o SDD estão fortemente ancorados em renúncias fiscais e contributivas. Estima-se que as deduções do imposto de renda para serviços de saúde podem representar alguns bilhões de reais por ano. Isso significa que a sociedade brasileira como um todo sustenta o consumo de serviços de saúde de uma minoria;

IV. Os modelos segmentados podem apresentar subsídios cruzados entre os seus diferentes sistemas onde, quase sempre, os pobres estão subsidiando os ricos. No Brasil, a única cobertura efetivamente universal é a de atenção de alto custo que é ofertada pelo SUS para quase todos os grupos sociais. É o escândalo de uma integração por cima através de serviços de alta complexidade³⁸;

V. Geram ineficiência porque tendem a fragmentar os recursos. A competição entre as empresas e os serviços privados, conduz a uma multiplicação de recursos, especialmente os de alta densidade tecnológica que tendem, de um lado, a operar com baixa utilização e, de outro, a induzir uma demanda desnecessária;

VI. A segmentação estimula o emprego múltiplo dos profissionais de saúde, especialmente de médicos, o que cria conflitos de interesses (por exemplo, médicos do sistema público referem pacientes para os sistemas privados) e situações de constrangimentos éticos e de injustiça social;

VII. A segmentação do sistema público coloca-o como um sistema para os pobres, portanto, como lugar de baixa potência de vocalização política³⁹. O SUS, instituído como espaço dos excluídos, destituídos de organização política, sempre receberá menor atenção, seja dos políticos, seja da mídia, seja dos outros nichos de controle público;

VIII. A segmentação desequilibra a relação entre gastos público e privado, incrementando relativamente estes últimos. Estudo do Banco Mundial⁴⁰, feito com uma amostra de 69 países de diferentes graus de desenvolvimento, demonstra que uma proporção relativa maior de gastos públicos no financiamento dos serviços de saúde está associada com melhoria dos níveis de saúde, maior equidade e possibilidade de controle de custos dos sistemas de serviços de saúde. O Brasil apresenta uma relação inadequada de gasto público frente ao gasto total (42%), menor que a dos Estados Unidos (44%). E essa relação tem apresentado uma tendência declinante;

IX. A convivência de um sistema público gratuito com sistemas pagos privadamente estimula a prática ilegal de cobrança no sistema público. Essa cobrança “por fora” faz-se de maneira aberta e crescente no SUS, com graves prejuízos para os mais pobres;

³⁸ A lei que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde prevê um ressarcimento do sistema público pelas empresas privadas. Contudo, isso, tal como demonstra a experiência de alguns estados brasileiros, como Minas Gerais, é fácil de se colocar em lei mas difícil de se implementar na prática social.

³⁹ Mesmo dentro do sistema público podem dar-se diferenciais qualitativos pela segmentação da clientela pobre. É o caso dos Estados Unidos onde o **Medicaid**, destinado só aos pobres, tem padrões qualitativos inferiores ao **Medicare** que atende aos idosos de todas as classes sociais.

⁴⁰ MUSGROVE, P. - Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington, World Bank Discussion Paper 339, 1996.

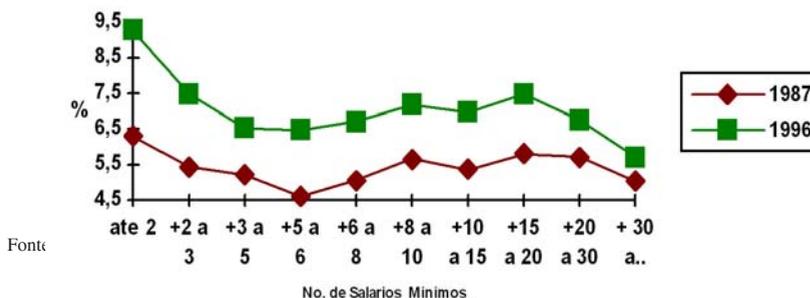
X. A convivência de um sistema público gratuito com sistemas pagos privadamente estimula a prática ilegal de cobrança no sistema público. Essa cobrança “por fora” faz-se de maneira aberta e crescente no SUS, com graves prejuízos para os mais pobres;

XI. A segmentação é justificada, muitas vezes, como forma de liberar mais recursos para os pobres. Durante a discussão do projeto de regulamentação dos planos e seguros privados, no Congresso Nacional, os negociadores do governo, reiteradamente, diziam que era necessário incentivar o Sistema de Atenção Médica Supletiva porque, desse modo, sobriariam mais recursos para o SUS. As evidências empíricas não validam essa hipótese; ao contrário, pesquisas realizadas em diversos países⁴¹ apontam para uma utilização crescente de serviços privados pelos pobres quando a segmentação ocorre. Na América Latina, os 40% mais pobres gastam, em média, de seus bolsos, 6% de sua renda familiar com serviços de saúde. Nos Estados Unidos, os 10% mais pobres despendem 13% de suas rendas familiares com serviços de saúde e os 10% mais ricos, somente 2%⁴². No Brasil, o Sistema de Desembolso Direto cresceu 101% entre 1987 e 1996 e a iniquidade acentuou-se, tal como anunciava a experiência internacional. Em 1987, os gastos diretos das famílias com os serviços de saúde (incluídas as despesas com planos e seguros de saúde) foram em média de 5,31% de seus orçamentos; isso variou de 6,30% para família de renda até 2 salários mínimos a 5,04% para famílias com renda de mais de 30 salários mínimos. Ou seja, os pobres gastavam mais, relativamente, que os ricos naquele ano. Em 1996, a situação deteriorou-se. As famílias com renda de até 2 salários mínimos passaram a gastar 9,26% de seus orçamentos com serviços de saúde, enquanto as com renda de mais de 30 salários mínimos passaram a despende 5,73%. Isso significou um aumento da distância entre os dois percentuais que de 0,27% em 1987 chegou a 3,53% em 1996. Mas o que é pior é que, entre 1987 e 1997, o aumento dos gastos das famílias com renda até 2 salários mínimos foi de 47% contra uma variação de apenas 14% nas famílias com renda de mais de 30 salários mínimos⁴³.

Esses dados demonstram que os pobres gastaram relativamente mais que os ricos de seus orçamentos familiares com serviços de saúde e que essa diferença escandalosa vem aumentando com o tempo. É o que pode ser visualizado na Figura 5.

FIGURA 5

1. Gastos com Saúde como % da Renda Familiar



Fonte: Médiçi, A C.⁴⁴

⁴¹ LONDOÑO, J.L. & FRENK, J. - Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41:1-36, 1997

⁴² RASELL, E. et alii - The impact of health care financing on family budgets. *Economic Policy Institute Briefing Paper*, April, 1993.

⁴³ IBGE - POF's de 1987 e 1996.

⁴⁴ MÉDICIA, C. - O SUS e a política Hood Robin de saúde. Washington, mimeo, 1998.

O que acontece com o SDD pode repetir-se no SAMS, especialmente no médio e longo prazos. A evidência disponível nos Estados Unidos é de que o pagamento de prêmios nos seguros privados é extremamente regressiva. Os 10% mais pobres gastam com planos privados de serviços de saúde 17% de suas rendas familiares contra 3% dos 10% mais ricos⁴⁵.

A explicação é dada por Evans⁴⁶. Nos sistemas segmentados, com forte participação de gastos privados, há uma transferência de dinheiro dos menos saudáveis e dos mais pobres para os mais saudáveis e mais ricos, dado que há um vínculo de pagamentos muito próximo ao uso; inversamente, os sistemas públicos universais, fortemente financiados por recursos estatais provenientes de impostos, transferem dinheiro na direção oposta, com o modelo de transferência dependendo da progressividade ou regressividade dos impostos⁴⁷.

O pior, contudo, é que a segmentação, quando consolidada, como no caso brasileiro, é de difícil reversão. Tal como adverte Hsiao⁴⁸: “Reformar um sistema tão desigual será difícil. Além da oposição dos grupos privilegiados já segurados, as empresas de planos de saúde, uma vez estabelecidas, transformam-se em grupos de interesse bem financiados e ferozmente ativos que vão opor-se, de forma enérgica, a um seguro universal ou a uma regulação mais conseqüente do seguro privado. Qualquer país que considere a possibilidade de utilizar seguro privado para financiar a atenção médica básica deveria estudar as experiências de Estados Unidos, Chile e Filipinas. Suas conseqüências negativas de longo prazo, excederam, em muito, as vantagens de curto prazo, oferecidas pelo seguro privado”.

2. A descentralização⁴⁹ do sistema público de serviços de saúde no Brasil e os objetivos da equidade e da eficiência

Pretendo discutir não mais a iniquidade transversal, determinada pelo Modelo Segmentado, mas as relações entre a forma particular como vem se dando o processo de descentralização do sistema público em nosso país e os objetivos da equidade e da eficiência. Portanto, o foco de análise, aqui, será, exclusivamente, o sistema público brasileiro, o SUS.

A descentralização, quando aplicada aos serviços de saúde, apresenta algumas singularidades, derivadas, principalmente, da especificidade da organização dos serviços de saúde.

A forma de organizar os serviços de saúde também singulariza a descentralização nesse setor. Os serviços de saúde estruturam-se de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas. Os níveis de atenção constituem diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes naturezas.

É inerente à hierarquização um tipo de organização funilar e de conotação seletiva que tem raiz no perfil das necessidades, pelo qual, em determinado tempo e em determinado espaço, os problemas de saúde ocorrem com freqüências relativas diversas, variando em um intervalo teórico, de problemas mais raros até problemas mais comuns.

Acompanhando o gradiente de problemas está o conceito de densidade tecnológica, pelo qual aos problemas menos freqüentes correspondem composições tecnológicas mais densas e, portanto, mais

⁴⁵ RASELL,E. et alii – Op. Cit. Na Nota nº 42

⁴⁶ EVANS,R.G. - Marketing markets, regulating regulators: who gains? Who loses? What hopes? What scopes? In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Health care reform: the will to change. Head of Publications Services OECD, 1996.

⁴⁷ Mais escandaloso ainda é verificar, como fez o atual Ministro da Saúde, José Serra, em um clássico estudo sobre a regressividade do sistema fiscal brasileiro na década de 80, que os pobres gastaram 36% de seus rendimentos com pagamento de impostos, enquanto os que tinham renda superior a 100 salários mínimos só despenderam 14%.

⁴⁸ HSLAO,W.C. - Abnormal economics in the health sector. Health Pol., 32: 125-139, 1995.

⁴⁹ Trabalho, neste documento, com uma unidade dialética descentralização/centralização e com uma visão de que a descentralização, na prática social, admite quatro formas possíveis: desconcentração, devolução, delegação e privatização.

custosas. A par de organizar as unidades de saúde, de forma escalar, há que distribuí-las adequadamente no espaço, a fim de aumentar sua produtividade. Daí o embricamento entre territorialização e hierarquização. Por conseqüência, os serviços de saúde devem estar distribuídos otimamente no espaço, segundo os níveis primário, secundário e terciário. Se a atenção primária deve necessariamente ser prestada o mais descentralizadamente possível, os níveis secundário e terciário organizam-se obedecendo os princípios de disponibilidade de recursos e de economia de escala. É irracional descentralizar, no limite, serviços de maior densidade tecnológica como atenção hospitalar, atenção ambulatorial especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico etc.

As lógicas organizativas dos níveis de atenção dos sistemas de serviços de saúde são distintas. A atenção primária estrutura-se descentralizadamente; seu sujeito é hegemônicamente coletivo; seu instrumento básico é a epidemiologia; e sua oferta deve ser territorializada. Ao contrário, os níveis secundário e terciário devem ser, por razões de escala e de disponibilidade de recursos, relativamente centralizados; seu sujeito hegemônico é o indivíduo; seu instrumento básico, a clínica; e sua oferta não necessita de ser necessariamente territorializada.

Essas lógicas organizativas podem determinar **trade-offs** entre a descentralização dos serviços de saúde e os objetivos de equidade, eficiência e qualidade dos serviços. Uma descentralização radical dos serviços de saúde pode, por exemplo, vir acompanhada de diminuição de eficiência e de qualidade pela perda de escala. Apesar dessas singularidades há um movimento universal de descentralização dos serviços de saúde.

Uma avaliação da descentralização dos sistemas de serviços de saúde⁵⁰, baseada na experiência de dez países, permitiu verificar as seguintes vantagens: organização mais racional dos serviços em bases geográficas e administrativas; maior envolvimento das comunidades locais com sua própria saúde; redução da duplicação de serviços e possibilidades de contenção de custos; redução de iniquidades entre regiões e entre áreas urbana e rural; maior integração entre agências governamentais e não governamentais; fortalecimento dos organismos centrais em seus papéis regulatórios; maior controle social sobre os serviços; e melhoria nas atividades intersetoriais.

Por outro lado, o mesmo estudo demonstra que a descentralização dos serviços de saúde pode vir acompanhada de efeitos negativos dentre os quais incluem-se: fragmentação dos serviços, perda de escala, enfraquecimento das estruturas centrais, iniquidade, ineficiência, clientelismo local, privatização do Estado, aumento do emprego e do gasto público, aumento dos custos de transação etc.

Por conseqüência, a descentralização dos serviços de saúde, como qualquer processo social, apresenta fortalezas e debilidades que necessitam de ser analisadas em situações concretas. Para isso, é necessário afastar uma visão de senso comum, prevalecente no Brasil, entre políticos, técnicos da saúde, mídia e segmentos expressivos da população, que considera a descentralização como algo inerentemente bom e capaz de solucionar os graves problemas dos serviços de saúde brasileiros.

Num país tão grande, complexo e desigual como o Brasil, é inimaginável descartar a descentralização dos serviços de saúde. Mas é preciso verificar a forma singular como esse processo vem se conformando na prática social.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema oficial foi “A municipalização é o caminho”, significou a consolidação de uma doutrina municipalista que veio a influir, decisivamente, na Norma Operacional Básica SUS/01 de 1993, que levou a um processo descentralizatório dual, polarizado entre União e municípios. Através dela rompeu-se com o processo de descentralização intermediado pelas Secretarias Estaduais de Saúde que caracterizou as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

As NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96, aprofundaram esse modo de descentralização de tal forma que já existem, 4.228 municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e 436 municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal⁵¹. Isso significa que aproximadamente 85% dos municípios brasileiros encontram-se habilitados em alguma condição de gestão.

⁵⁰ MILLS, A et alii. - Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneve, WHO, 1990.

⁵¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE - Habilitação de municípios por condição de gestão. Brasília, 3 de agosto de 1998.

A ênfase na descentralização deu-se nos campos da atenção ambulatorial e hospitalar e sob a forma de devolução da União para os municípios. Há uma nítida polarização institucional entre o governo federal, que detém o poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária.

Entre esses dois pólos, sem recursos organizacionais e financeiros e em crise de identidade, postaram-se as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses entes federativos, que haviam sido estruturados segundo um modelo institucional horizontal-desconcentrado desenvolvido a partir do final dos anos 60, não conseguiram adaptar-se ao novo objeto colocado pelo SUS e, no geral, tornaram-se instituições muito frágeis em suas funções regulatórias e redistributivas.

O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e, propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos municípios.

Esse processo de descentralização do SUS, através da devolução municipalizada, com recentralização do financiamento na União, e sem a participação protagônica dos estados, em um país grande e desigual, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo. Tal como assinala Médici:⁵² “ O processo de descentralização do setor saúde no Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde em 1988, vem sendo caracterizado por uma supervalorização do papel do município como prestador de serviços de saúde, ao lado de uma subvalorização do papel dos estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Tal comportamento tem acarretado uma série de problemas, onde cabe destacar: a) falta de programação e desorganização no processo de localização espacial e operação da rede de serviços de saúde, uma vez que municípios próximos duplicam ou triplicam funções que poderiam ser integradas caso houvesse uma coordenação central da rede, trazendo economia de recursos de investimento e custeio; b) heterogeneidade da oferta assistencial, uma vez que os municípios com mais recursos institucionais são aqueles que conseguem cumprir os requisitos para captar mais recursos federais, aumentando o hiato assistencial em relação aos municípios que, por não terem recursos institucionais, são os que mais precisam fortalecer sua capacidade técnica e operacional para oferecer serviços para a população”.

A municipalização autárquica, conjugada com a fragilidade regulatória e redistributiva das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É, aí, nesse espaço regionalizado de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde eficientes e de qualidade. O legislador brasileiro soube captar esse fato social e expressá-lo, ainda que timidamente, no corpo da Lei 8.080/90, Art. 10, que diz que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde que lhes correspondem. Contudo, essa sabedoria dos legisladores não encontrou acolhida na normatização do Ministério da Saúde que, inebriado pela força do movimento municipalista, estimulou uma descentralização polarizada entre União e municípios.

Como consequência, acelerou-se no país, forçado pela necessidade de respostas microrregionais, a implantação de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Secretarias Estaduais de Saúde frágeis e ausência de normas reguladoras do Art. 10, da Lei 8.080/90, conduziram a um processo anárquico de criação desses consórcios que poderá apresentar, a médio prazo, resultados desastrosos, especialmente no que concerne à eficiência do SUS. E, até mesmo, como já acontece em algumas microrregiões, à insolvência dos consórcios.

Há muito pouca avaliação rigorosa da descentralização dos serviços de saúde no Brasil. O que mais se encontra são trabalhos que se fixam na avaliação da devolução municipal, sob a forma da municipalização⁵³, a partir de estudos de caso, especialmente em municípios enquadrados na gestão plena do sistema. Além de restringirem-se a uma única forma de descentralização, esses estudos tratam o município como um sistema fechado, o que limita o objeto da avaliação, já que a otimização no nível municipal não significa, necessariamente, uma melhoria do sistema de serviços de saúde como um todo. É, também, verdade, que os

⁵² MÉDICI, A. C. - Sistema de saúde brasileiro, aspectos econômicos. Porto Alegre, IAHCs, 1996.

⁵³ HEIMANN, L. S. et alii. - O município e a saúde. São Paulo, HUCITEC, 1992.

GOYA, N. - O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza, AMECE, 1992. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - Descentralização e governança do setor saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte, Escola de Governo/FJP, 1998.

estudos, de modo geral, tomam os aspectos positivos da descentralização pela devolução municipal e cuidam pouco de avaliar as conseqüências negativas desse processo, especialmente sobre a equidade e a sustentabilidade dessas experiências bem sucedidas.

A descentralização entendida como unidade dialética e como processo que se apresenta, em determinado tempo e em determinado espaço social, sob diferentes formas, não tem sido avaliada em toda sua extensão. Quase nada sobre a centralização de alguns serviços, muito pouco sobre a desconcentração federal e sobre a devolução estadualizada, quase nada atual sobre a delegação ao setor privado e sobre a privatização e nada sobre o impacto da municipalização nos custos de transação do sistema.

Se se toma a descentralização como um processo, são inegáveis os seus resultados positivos no sistema público, seja como reforma do aparelho do Estado, seja como espaço de criação de cidadania, seja em termos de seus produtos⁵⁴.

Em termos de reforma do aparelho do Estado, a devolução da União e dos estados para os municípios e a extinção do INAMPS, mega-instituição emblemática de centralismo, são êxitos importantes.

O SUS transferiu da União para estados e municípios e, dos estados para os municípios, atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de devolução intergovernamental. Como conseqüência, surgiram, pelo país afora, milhares de secretarias ou departamentos municipais de saúde, que colocaram, na arena sanitária, novos atores sociais, possuidores de poder político e de capacidade técnica para alavancar o sistema público de saúde.

Os resultados positivos da municipalização são indiscutíveis, especialmente naqueles municípios onde instalou-se a devolução completa através da gestão plena. A implantação da gestão plena do sistema consolidou o mando único municipal, reforçou a capacidade de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, viabilizou a negociação com os prestadores e a contratação de serviços e permitiu uma reorientação dos investimentos. Além disso, municipalizou o controle e a avaliação e a operação dos sistemas de informação, agilizando o processo de tratamento das informações, e propiciou a criação de sistemas informatizados de marcação de consultas médicas e de internação. Alguns resultados já aparecem como o incremento relativo dos gastos ambulatoriais frente aos hospitalares, o reforço do controle público, a melhoria gerencial, o aumento da oferta, a proibição de internações psiquiátricas de longa duração e a diminuição das AIH's⁵⁵.

A descentralização do SUS tem estimulado o controle público dos serviços de saúde mediante a criação e desenvolvimento de novas institucionalidades, materializadas nos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde. Dessa forma, surgiram, por todo o país, esses diferentes conselhos que, de modo mais ou menos consciente, começaram a controlar os sistemas de saúde respectivos. Há quem estime que haja, hoje, mais conselheiros municipais de saúde que vereadores no país. Ainda que em muitos lugares, esses conselhos sejam motivos de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador nos serviços de saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional. Além disso, em algumas secretarias estaduais e municipais criaram-se ouvidorias independentes e, cada vez mais, o Ministério Público vem atuando no sentido de resguardar, na prática, o mandamento constitucional da relevância pública das ações e serviços de saúde. Mesmo na privatização, os órgãos de defesa do consumidor têm se constituído nos grandes defensores dos usuários frente às falhas de mercado do Sistema de Atenção Médica Supletiva. Desse modo, a descentralização vem propiciando a construção da cidadania na saúde.

Como referi anteriormente, a descentralização do sistema público foi responsável, ainda que nos marcos da universalização excludente, pela incorporação, ao sistema público, de milhões de brasileiros, até então submetidos a programas de atenção primária seletiva ou atendidos como indigentes.

⁵⁴ MENDES, E.V. - Uma agenda para a saúde. São Paulo, HUCITEC, 1996.

⁵⁵ BARROS, E. - Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. Ciência & Saúde Coletiva, 1:5-17, 1996. INSTITUTO DE SAÚDE - A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas. São Paulo, mimeo, 1998.

Demais, é possível identificar alguns resultados da municipalização, tanto em termos da melhoria da produtividade, quanto na dos níveis de saúde. Pesquisa feita para a Organização Pan-Americana da Saúde, no estado do Ceará, mediante amostra de 83 municípios de diversos tipos e tamanhos, demonstrou que a produtividade média das consultas médicas nos municípios municipalizados foi 21% maior que nos não-municipalizados; constataram-se quedas nas taxas de mortalidade infantil nos municípios municipalizados em relação aos não-municipalizados, que variaram de 16% a 26%, conforme a situação sócio-sanitária dos municípios⁵⁶.

A par das fortalezas apresentadas na descentralização dos serviços de saúde, são nítidas, por outro lado, as debilidades desse processo. Por isso, há que se explorar as relações entre descentralização equidade e eficiência.

As iniquidades em saúde no Brasil são enormes; a morbidade concentra-se nos mais pobres e, estes, têm menor acesso aos serviços de saúde comparativamente aos mais ricos⁵⁷.

Um estudo sobre as taxas de utilização dos serviços de saúde nos anos 80, por níveis de renda familiar mensal **per capita**, mostrou que as famílias com renda superior a dois salários mínimos utilizaram os serviços de saúde numa proporção 60% maior do que as famílias com renda até ¼ do salário mínimo⁵⁸. Mas a iniquidade manifesta-se, também, na distribuição dos recursos, já que predomina, ainda, como forma de financiamento, o subsídio à oferta que tende a privilegiar quem tem maior capacidade instalada, ou seja, aquelas regiões que, historicamente concentraram poder político e econômico. Essa distribuição espacial da rede é definida, ademais, pelas (des)economias de aglomeração, vez que os serviços de saúde tendem a localizar-se em regiões onde existe complementaridade entre os diferentes níveis de atenção e concentração de renda familiar.

A equidade em serviços de saúde, no texto constitucional, expressa, inequivocamente, uma igualdade de oportunidade de acesso e uma condição necessária para isso, ainda que não suficiente, é a equidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros. O que implicaria a aplicação do princípio da igualdade de recursos para necessidades iguais.

Um estudo realizado sobre a equidade na distribuição geográfica dos recursos federais despendidos em serviços de saúde mostra resultados preocupantes⁵⁹. Em 1994, tomando-se a base populacional, as regiões mais pobres do Norte e Nordeste receberam valores a menos em, respectivamente, 25,6% e 14,5%, enquanto as regiões ricas do Sudeste e Sul receberam valores a mais de, respectivamente, 10,7% e 8,1%, o que reflete uma distribuição muito desigual. A situação torna-se mais precária quando introduzem-se diferentes **proxy** de necessidade que permitiriam medir a equidade na distribuição geográfica dos recursos federais. Estudos feitos com o método inglês RAWP⁶⁰, através de comparações entre a média das distribuições estimadas a partir de diferentes simulações efetuadas e os recursos alocados pelo Ministério da Saúde, em 1994, mostraram que seria necessário incrementar os recursos do Norte em 53,3% e os do Nordeste em 81,4% e diminuir os recursos do Sudeste em 35,8%, do Sul em 28,9% e do Centro-Oeste em 19,4%. Essas iniquidades interregionais refletem as brutais diferenças na distribuição interestadual. Além disso, constatou-se que no período de 1989/94 - portanto na vigência do SUS - não houve melhorias na distribuição interregional dos recursos financeiros.

Mas a iniquidade não se limita à distribuição interregional ou interestadual dos recursos federais de serviços de saúde.

⁵⁶ SOARES, S.M.S. et alii - Mortalidade infantil e municipalização da saúde no estado do Ceará. Fortaleza, mimeo, 1995.

⁵⁷ TRAVASSOS, C. et alii - Desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, ENSP, Série Estudos nº 4, 1995.

⁵⁸ MÉDICI, A. C. - História e políticas de saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização. São Paulo, Departamento de História Econômica da USP, Tese de Doutorado, 1999.

⁵⁹ PORTO, S.M. - Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, mimeo, 1997.

⁶⁰ Resource Allocation Working Party

Uma pesquisa sobre o gasto público assistencial federal, em Minas Gerais⁶¹, mostrou que os recursos estão extremamente concentrados em poucos municípios. Dos 756 municípios examinados, apenas 75 recebiam acima da média, sendo 681 (90% do total), municípios perdedores, por estarem abaixo da média estadual. Mesmo quando se limpou a polaridade intermunicipal, trabalhando-se com o gasto federal corrigido, a desigualdade intermunicipal e interregional permaneceu muito grande. É óbvio que as regiões e os municípios perdedores são os mais pobres. O índice do gasto federal corrigido, que teve um valor médio estadual, em 1995, de 0,821, variou de 0,948 na Região Central, uma das mais ricas, a 0,509 no Noroeste de Minas, uma das mais pobres.

A questão se agrava quando examina-se a distribuição dos recursos financeiros estaduais e municipais. Estudo em andamento na Secretaria de Saúde do Ceará⁶² indica que a distribuição intermunicipal dos recursos estaduais é mais regressiva que a dos recursos federais. Além disso, os gastos municipais estão extremamente concentrados em municípios maiores e mais ricos, exatamente aqueles que recebem as maiores transferências federal e estadual e que têm capacidade de gerar receitas tributárias próprias. Portanto, no conjunto, há uma perversa distribuição geográfica dos recursos do SUS, privilegiando regiões, estados e municípios mais ricos em detrimento dos mais pobres.

Pode-se argumentar que a introdução recente do Piso Assistencial Básico (PAB)⁶³ representa um esforço redistributivo importante. Contudo, é uma hipótese que deve ser testada empiricamente porque: i. o PAB incide sobre uma fração pequena do gasto público total; ii. O PAB mantém diferenças entre municípios; iii. O PAB põe com uma mão e tira com a outra, uma vez que não compensa a grande maioria de municípios onde é baixa ou inexpressiva a presença do Sistema de Atenção Médica Supletiva.

Tudo isso permite formular uma hipótese de que a descentralização com devolução municipalizada está se fazendo no interesse de municípios grandes e médios e que poderia estar havendo uma concentração dos gastos nesses municípios, em detrimento dos pequenos municípios. Algo semelhante ao que vem ocorrendo em outros setores sociais como saneamento e assistência social, o que fez com que Abrúcio⁶⁴ afirmasse que a descentralização é boa para os grandes e médios municípios e não tão boa para os pequenos.

Do ponto de vista das relações entre descentralização e eficiência, o processo de devolução municipalizada, com autarquização dos municípios e sem estruturar organicamente o espaço microrregional, está levando ao que, empiricamente, constatou-se na Região Metropolitana de Campinas, e que foi denominado de modelo de assistência municipalista⁶⁵. Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação microrregional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários, a perda de escala decorrente da autarquização municipal, e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes. A municipalização autárquica está reproduzindo o que se verificou na região de Campinas em escala nacional.

Na microrregião do Maciço do Baturité, constituída por oito municípios, onde a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará vem desenvolvendo um trabalho pioneiro de implantação de um Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, há oito hospitais que operam com uma taxa média de ocupação de 22%; além disso, 50% das internações desses hospitais são por condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que revela uma alta ineficiência alocativa dos recursos; mais ainda, 50% das hospitalizações daqueles municípios se dão fora da microrregião, especialmente na capital do estado, Fortaleza⁶⁶.

⁶¹ FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO - Gasto federal com assistência à saúde em Minas Gerais: um estudo sobre a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros. Belo Horizonte, CEES/FJP, 1997.

⁶² COELHO, V.C. - Comunicação pessoal, agosto de 1998.

⁶³ O PAB constitui uma transferência federal feita diretamente aos municípios, sob a forma de um valor **per capita**, para cobrir gastos com atenção primária à saúde, incluindo medicamentos essenciais.

⁶⁴ ABRÚCIO, F. - Descentralização e equidade. Comunicação no Seminário Internacional do CLAD, Rio de Janeiro, 1996.

⁶⁵ OLIVEIRA, A.M.F. de - Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas. Campinas, Instituto de Economia da Universidade de Campinas, Tese de doutorado, 1995.

⁶⁶ SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ - Sistema Microrregional de Serviços de Saúde do Maciço do Baturité. Fortaleza, mimeo, 1999.

A perda de escala, decorrente da municipalização autárquica, além de ineficiência, vem junto com baixa qualidade. Porque certos serviços, como os de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, para ter qualidade, necessitam de quantidade. A municipalização está levando à construção de um grande número de unidades hospitalares com pequeno número de leitos que não têm como ofertar serviços de qualidade, além de não serem resolutivas. Hipótese levantada na Bahia, que necessita de comprovação empírica, estima que um grande número das internações, realizadas nos pequenos hospitais são, apenas, tempo de espera para a internação no hospital regional resolutivo.

Uma avaliação dos hospitais estatais do estado da Bahia – que cresceram 286% após a implantação do SUS, em função do paradigma da municipalização autárquica – concluiu que eles apresentam baixas taxas de ocupação; longas taxas de permanência; baixas atividades ambulatoriais; ausência de integração entre atenção hospitalar e atenção ambulatorial; e os pacientes são internados sem, antes, terem sido avaliados em unidades ambulatoriais⁶⁷.

Da mesma forma, estudo em andamento sobre o sistema de apoio diagnóstico, realizado em algumas microrregiões brasileiras⁶⁸, permite levantar a hipótese de que a grande maioria dos exames de patologia clínica não têm confiabilidade porque não são submetidos a controles de qualidade. E isso ocorre, em parte, dada a proliferação de laboratórios, estatais e privados, que operam em escala sub-ótima.

Outra debilidade da descentralização dos serviços de saúde no Brasil é o incremento exagerado da força de trabalho estatal e, dentro dela, a municipal. Isso decorre de uma determinada interpretação do arcabouço jurídico dos serviços de saúde, onde a descentralização pela devolução deveria ampliar a prestação direta de serviços pelo Estado, segundo o modelo institucional do monopólio estatal e, ao mesmo tempo, constringer a delegação da prestação dos serviços, do Estado para entes privados. Como consequência, durante a vigência do SUS, o número de hospitais estatais cresceu 61% e os privados, apenas, 7%; os ambulatoriais estatais aumentaram 135% e os privados 93%; e o número de empregos em serviços de saúde cresceu a uma taxa mais elevada que a da população, e a taxa de crescimento dos empregos estatais foi quase o dobro da relativa ao crescimento dos empregos privados em saúde. Hoje, o setor estatal absorve mais da metade desses empregos⁶⁹.

V - PERSPECTIVAS DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO

Diante da situação atual do sistema de serviços de saúde no Brasil, há uma insatisfação, mais ou menos generalizada, entre políticos, prestadores de serviços e população, que estimula algumas propostas de alternativas para a superação da crise do modelo atual.

As alternativas principais configuram quatro cenários:

1. Cenário Lampeduza

Esse é um cenário conservador, cujo nome deriva do personagem do romance “O Leopardo” que se notabilizou ao cunhar a expressão “plus ça change, plus c’est la même chose”. Nesse cenário o SUS seria mantido como um grande sistema compensatório para os pobres⁷⁰ e se buscaria, com base na legislação aprovada e regulamentada, controlar o SAMS, sem constringer, demasiadamente, seu crescimento⁷¹. Se

⁶⁷ SPAGNOLO, T.E. – Fortalecimiento gerencial de los hospitales: sugerencias y recomendaciones. Proyecto de reforma del sector salud en Bahia, mimeo, 1999.

⁶⁸ MENDES, E.V. – Estudo sobre o sistema de apoio diagnóstico: dados preliminares. Belo Horizonte, mimeo, 1999.

⁶⁹ MÉDICI, A.C. – Op. Cit. na Nota nº 52

⁷⁰ Uma pesquisa nacional do Instituto Brasileiro de Opinião Pública – IBOPE – realizada em 1998, mostrou que 53% dos brasileiros com renda familiar mensal de até dois salários mínimos utilizam exclusivamente o SUS e que esta proporção cai para 13% para os de renda superior a dez salários mínimos mensais. Ver: IBOPE – Promoção da saúde: pesquisa de opinião pública. São Paulo, mimeo, 1998.

⁷¹ A Câmara dos Deputados acaba de aprovar a criação da Agência Nacional de Saúde Supletiva, destinada a regular o SAMS. Esta proposta tem duas consequências contraditórias: uma positiva, permitirá controlar a bárbarie dos planos e seguros privados; outra, negativa, institucionalizará a segmentação do sistema de serviços de saúde brasileiro, de forma definitiva.

deveria propor um sistema mais estável de financiamento, com algum tipo de vinculação de recursos federais, estaduais e municipais⁷² que garantisse uma certa estabilidade de financiamento. As mudanças do SUS continuariam a ser feitas através de pactos institucionais-corporativos expressos nas Normas Operacionais Básicas que tenderiam a reforçar a devolução municipalizada. O processo de descentralização pela via da municipalização autárquica, continuaria a prevalecer, o que significaria que as Secretarias Estaduais de Saúde permaneceriam fragilizadas. O sistema de financiamento público hegemônico continuaria sendo de subsídio à oferta, ainda que se pudesse esperar um aperfeiçoamento gradativo do PAB. O Sistema de Atenção Médica

Supletiva continuaria crescendo, até alcançar o seu limite de expansão sem subsídios adicionais aos já existentes, porque a qualidade do sistema público não iria melhorar significativamente. O Sistema de Desembolso Direto continuaria crescendo e gravando, relativamente, mais os pobres que os ricos. Esse seria um cenário muito próximo ao da execução de políticas inerciais, determinadas por um posicionamento político de corte liberal. Constitui a perspectiva mais provável no curto e médio prazos porque, de certa forma, acomoda os interesses dos grupos de centro-esquerda e de centro-direita. Nesse cenário a segmentação seria consolidada, o gasto público cresceria mas relativamente menos que o gasto privado, a iniquidade aumentaria e não haveria grandes ganhos de eficiência sistêmica.

2. Cenário Comandante Rolim

Esse cenário recebe esse nome em homenagem ao presidente da empresa aérea TAM que coordenou o grupo temático de saúde do Fórum de Líderes Empresariais de 1997⁷³, destinado a propor soluções para a assistência à saúde, considerada uma emergência nacional. Esse cenário teve uma construção corporativo-empresarial e, portanto, é o único que tem origem fora do aparelho de Estado. De certa forma, tenta retomar a proposta do Plano Básico de Assistência Médica (PBAM), formulada pelos empresários do Sistema de Atenção Médica Supletiva e com forte influência da medicina de grupo, e que veio a transformar-se no Projeto de Lei 3.931, de 1993, apresentado pelo Deputado Genésio Bernardino, e que está paralisado no Congresso Nacional. Retoma-o com qualidade distinta porque tem maior legitimidade no meio empresarial já que não é uma proposta de empresários de serviços de saúde mas da elite empresarial brasileira reunida pelo Jornal Gazeta Mercantil de São Paulo e porque seu núcleo ideológico desloca-se do segmento de medicina de grupo para a autogestão. Sua base conceitual está assentada numa redefinição dos papéis do Estado e da iniciativa privada, através da especialização do SUS e do SAMS, cabendo ao sistema público focalizar suas ações nas “classes menos favorecidas” e ao sistema privado atuar substituindo os serviços ofertados pelo SUS. A estratégia geral visa a incentivar a expansão do SAMS de forma que atinja a 80 milhões de brasileiros, metade da população, o que significaria liberar recursos para os pobres. Isso seria feito induzindo pequenas e médias empresas, organizadas em **pools**, a ofertarem planos supletivos de saúde a seus empregados, recompensando-as com uma redução de seus encargos, através de renúncias fiscais e contributivas como CPMF e seguro de acidentes de trabalho. O papel normatizador do Estado seria reforçado - o que incluiria a criação, em âmbito federal, de uma Agência Nacional de Administração da Saúde - mas a regulação do SAMS seria focalizada nos planos para pessoas físicas e flexibilizada para os planos coletivos (90% do total). O modelo de gestão seria o da autogestão com administração terceirizada com pós-pagamento para o pequeno risco, pré-pagamento para o grande risco, co-participação empresa/empregado e fundo mútuo para financiamento da participação do empregado no grande risco. É um plano concebido numa perspectiva neoliberal e por ser um sistema desenhado com a racionalidade empresarial e na defesa de seus interesses, deverá ter, como o PBAM, pequena adesão do mundo político, em suas diferentes facções. Em consequência, sua viabilidade política é muito baixa. É uma proposta que cristalizaria um sistema baseado no emprego; que segmentaria definitivamente o sistema de serviços de saúde, dividindo-o ao meio; que aumentaria significativamente o financiamento

⁷² A Câmara dos Deputados aprovou, recentemente, uma emenda constitucional que cria a vinculação de recursos federais, estaduais e municipais para serviços de saúde.

⁷³ FORUM DE LÍDERES EMPRESARIAIS - Saúde, uma emergência nacional. Belo Horizonte, Fundação Dom Cabral, mimeo, 1997.

privado; que, prioritariamente, subsidiaria a oferta e que aumentaria fortemente a iniquidade. Demais, encontraria seu limite ao assentar-se em renúncias fiscais e contributivas, algo que dificilmente seria compatível com as necessidades macroeconômicas de controle do déficit público, prioridade indiscutível da área econômica do governo federal.

3. Cenário Colômbia

Esse cenário leva esse nome pela analogia com a reforma colombiana e consistiria em aplicar no país o macromodelo institucional do pluralismo estruturado. Esse cenário implicaria uma reforma complexa em três níveis. Num primeiro, o governo funcionaria como regulador de todo o sistema e financiador de um pacote de serviços essenciais a ser ofertado universalmente, com a mesma qualidade, a todos os brasileiros. Fora desse conjunto, o financiamento seria privado, de responsabilidade de indivíduos, famílias ou empresas. O financiamento seria por capitação, ou seja, por subsídio à demanda. Isso significaria romper com a segmentação, através da integração do sistema de serviços essenciais, e que haveria um incremento relativo do gasto público. Num segundo, os prestadores públicos e privados, disputariam, entre si, em situação de mercado, os usuários, representados por organizações articuladoras do sistema. Essas organizações articuladoras, que poderiam ser estatais e privadas, também competindo entre si, agregariam a demanda dos indivíduos e famílias e iriam, com informação, ao mercado de prestadores, adquirir o pacote de serviços essenciais. Criar-se-ia, assim, um sistema de duplo mercado, entre prestadores de serviços e entre organizações articuladoras, o que, em tese, aumentaria a eficiência do sistema. Esse cenário exigiria uma reforma do Estado que o retirasse da prestação direta dos serviços, liberando essa sua fração para competir com entes privados, na articulação do sistema.

Além disso, as Secretarias Estaduais e Municipais seriam transformadas em organizações de articulação, atuando, também, em competição com os entes privados. Nesse cenário o SAMS seria contido em sua expansão e, mesmo, diminuído, porque boa parte dele entraria no sistema público como organizações de articulação e/ou de prestação de serviços. Sua função estaria restrita à prestação dos serviços não essenciais, que não seriam universalizados pelo sistema público. Esse cenário corresponderia a uma proposta de uma corrente social-liberal moderna, difícil de ser identificada no cenário político nacional atual. Dificulta-o a engenharia social complexa que exigiria e o fato de ser uma proposta global, de viabilidade questionável em regiões menos desenvolvidas, onde não há oferta abundante de serviços e cultura de competição. Por outro lado, poderia haver uma nítida melhoria da equidade no acesso aos serviços de saúde. Esse cenário admitiria uma outra versão, sustentada por uma visão liberal mais ortodoxa, onde o pacote de serviços não seria composto por serviços essenciais, mas por serviços básicos, definidos segundo critérios de custo/efetividade; nessa versão haveria mais uma focalização em grupos de menor renda com baixo impacto na equidade, rompendo-se com as propostas universalistas. Os problemas que, neste momento, vive o sistema de saúde colombiano, reformado pelo pluralismo estruturado, junto com a crescente consciência, especialmente nos países europeus, de que a competição não funciona adequadamente no campo dos sistemas de serviços de saúde, são fatores inibidores desse cenário.

4. Cenário Canadá Tropical

Esse cenário seria construído tendo como objetivo diminuir a segmentação, para o que seria necessário reforçar o sistema público e conter a expansão dos sistemas privados. Ou seja, instituir, no Brasil, um sistema público universal, com base numa cooperação gerenciada⁷⁴. Por essa razão e porque toma muitos componentes substantivos do sistema canadense, adaptando-os à realidade de um país dos trópicos, é que recebe o nome de “Canadá Tropical”. Ele exigiria uma profunda reforma do Estado que procuraria fazer uma reengenharia

⁷⁴ A cooperação gerenciada – que constitui uma alternativa à competição gerenciada na organização de sistemas de serviços de saúde – objetiva criar uma racionalidade aberta, estabelecida pelo consenso de diferentes atores sociais em situação e obtida pelo diálogo e pactuação permanentes que se dão através de um processo deliberadamente organizado, em um espaço regionalmente definido, com base em instrumentos de planejamento. Esta estratégia vem sendo introduzida, recentemente, na Noruega. Ver: CHRISTIE, W. – Keynote address. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Paris, Head of Services Publications Services, Health Policy Studies nº 8, 1996.

institucional nos três níveis de governo, de modo a especializar o Estado - através de instituições menores e mais ágeis - no papel de regulação e financiamento, retirando-o das funções de prestação direta de serviços.

Por reconhecer que o Brasil é um país grande, complexo e desigual, seria instituído novo pacto federativo na saúde, com base numa reforma fiscal que descentralizaria competências e recursos. Haveria um pacote essencial de serviços medicamente necessários, ofertado, a todos, pelo sistema público. Caberia a cada estado, nos marcos de um federalismo cooperativo, definir, com liberdade constrangida pelos grandes princípios nacionais, seu sistema singular. A reforma do Estado e o aumento dos gastos públicos liberariam recursos para subsidiar a demanda. Esse cenário permitiria a participação dos prestadores privados na oferta do pacote essencial, o que tenderia a reduzir o ritmo de crescimento do SAMS. Uma lei mais eficaz de regulação dos planos e seguros de saúde que atingisse, efetivamente, os objetivos de controlar as falhas de mercado e que exigisse o mesmo pacote de serviços essenciais do sistema público como mínimo para a estruturação de todos os planos ofertados no mercado, substituiria a atualmente vigente. Os gastos públicos deveriam ser estabilizados e incrementados, e deveriam ser definidos e implantados gradualmente, mecanismos equitativos de distribuição dos recursos federais e estaduais. Todos os subsídios dados aos sistemas privados seriam eliminados. Uma maior eficiência microeconômica seria obtida pela implantação conjugada de sistemas microrregionais e de sistemas integrados de serviços de saúde. Algumas políticas nacionais seriam implementadas como a de assistência farmacêutica e a de avaliação tecnológica em saúde. O sistema de serviços de saúde deveria reforçar seu papel como ordenador da formação de recursos humanos para o setor e o controle público seria aprimorado, em todos os âmbitos federativos do sistema. Nesse cenário a segmentação tenderia a diminuir devido à melhoria do sistema público, a abrangência da reforma seria plural, haveria um crescimento relativo do gasto público, a forma de financiamento seria o subsídio à demanda e a equidade melhoraria substancialmente. Esse cenário encontraria fortes resistências em grupos de centro-esquerda defensores do cenário lampeduziano, em grupos clientelísticos enrustados na arena federal, em grupos corporativos que resistem à reforma do Estado e na centro-direita. Seria um cenário compatível com uma social democracia moderna e desatrelada de mediações da micropolítica clientelista e corporativa. Por isso, talvez seja um cenário para o momento em que a agenda política nacional estiver menos congestionada pela temática macroeconômica, que o crescimento econômico tiver sido retomado de forma sustentada e que a precária situação dos serviços de saúde reemergir e tornar-se, novamente, um ponto central da agenda nacional.

VI - CONCLUSÕES

O sistema de serviços de saúde, no Brasil, neste século, transitou do Sanitarismo Campanhista para o Modelo Médico-assistencial Privatista até fixar-se, a partir do final dos anos 80, no Modelo Segmentado atualmente vigente.

O Modelo Segmentado tem suas origens na Constituição de 1988, onde deu-se uma solução de compromisso que permitiu conciliar uma proposta solidarista de sistema público com interesses liberais dos sistemas privados.

Demais, a conjugação de crise orgânica do Estado brasileiro com universalização dos direitos aos serviços de saúde, gerou um processo singular de universalização excludente que inclui por baixo e expulsa por cima, consolidando um processo de alta segmentação e composto por três sistemas com baixa integração horizontal: o sistema público, o Sistema Único de Saúde; e dois sistemas privados, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto.

Tal como na experiência universal, o Modelo Segmentado brasileiro é perverso e iníquo, gravando, fortemente, os mais pobres.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde estruturou-se com base no princípio da descentralização. Numa visão processual, a descentralização dos serviços de saúde, no país, apresenta fortalezas e debilidades. Uma visão ideológica da descentralização, bastante prevalecente, além de tratá-la como conceito unívoco e impreciso, concebe-a como inerentemente positiva. Isso é especialmente verdadeiro para a devolução municipalizada.

Sem questionar a imprescindibilidade da descentralização dos serviços de saúde no Brasil e o protagonismo da municipalização, há que se verificar suas fortalezas e suas debilidades. Houve, sem dúvidas, no processo de descentralização do SUS, aspectos muito positivos. Mas a forma de descentralização dual e polarizada,

representada pelo paradigma da municipalização autarquizada, vem apresentando, crescentemente, resultados negativos, em termos de equidade, de eficiência e de qualidade dos serviços.

E, assim, a generosa proposta da reforma sanitária, de inspiração solidarista vai, cada vez mais, reproduzindo o sistema americano de “inseguro saúde”⁷⁵ e transformando o sistema público, o SUS, num grande **Medicaid** à brasileira.

O processo de reforma brasileiro, após dez anos de implantação, confronta-se com dois grandes dilemas: no âmbito macroeconômico, deve decidir entre um sistema segmentado – caminho que vem trilhando – ou um sistema público universal, algo mais compatível com os sonhos de seus idealizadores; no plano microeconômico, deve optar entre sistemas fragmentados – que vêm sendo socialmente construídos – ou por sistemas integrados de serviços de saúde; para isso será fundamental abandonar o paradigma de municipalização autárquica vigente e instituir sistemas microrregionais de serviços de saúde.

Está na hora, pois, de decidir entre uma proposta conservadora, travestida de elementos retóricos de solidarismo mas hegemonizada por uma segmentação iníqua, representada pelo Cenário Lampedusa, e uma proposta realmente nova, que integre equidade, eficiência e qualidade dos serviços de saúde, significada pelo Cenário Canadá Tropical.

Minha posição é inequívoca: é preciso instituir uma nova agenda para os serviços de saúde no Brasil, abarcando os planos macro e microeconômico, que sirva de base para uma imprescindível **reforma da reforma sanitária** e que objetive recompor a coerência entre nosso sistema de serviços de saúde e os objetivos de equidade, eficiência, qualidade dos serviços e satisfação dos cidadãos. Urge, pois, implantar, no Brasil, um sistema público universal, baseado na cooperação gerenciada e expresso no Cenário “Canadá Tropical”.

BIBLIOGRAFIA

ABRÚCIO, F. – Descentralização e equidade. Comunicação no Seminário Internacional do CLAD, Rio de Janeiro, 1996.

ALMEIDA, C. – O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília, IPEA, Texto para Discussão nº 599, 1998.

BARROS, E. – Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1:5-17, 1996.

BERLINGUER, G. – Uma reforma para a saúde: por um serviço sanitário nacional, análise e proposta. In: BERLINGUER, G. et alii – Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, Ed. HUCITEC/CEBES, 1988.

CHRISTIE, W. – Keynote adress. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Paris, Head of Publications Service, Health Policy Studies nº 8, 1996.

COELHO, V.C. – Comunicação pessoal. Agosto, 1998.

COHN, A, MARSIGLIA, R.G. & BARATA, R.B. – O setor privado e as políticas de saúde na atual conjuntura brasileira (1978-1990). São Paulo, mimeo, 1991.

DOUGHERTY, C.J. – Back to reform: values, market and the health care system. New York, Oxford Univ. Press, 1996.

EVANS, R.G. – Marketing markets, regulating regulators: Who gains? Who loses? What hopes? What scopes? In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Head of Publications Service, Health Policy Studies nº 8, 1996.

FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P.J. de – A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IEI, 1989.

FIORI, J.L. – Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disfunções. Brasília, OPS/OMS, 1991.

FÓRUM DE LÍDERES EMPRESARIAIS – Saúde, uma emergência nacional. Belo Horizonte, Fundação

⁷⁵ Esta é uma expressão-síntese muito usada para caracterizar o sistema de serviços de saúde americano e que foi cunhada por Rashi Fein, economista da Universidade de Harvard, referido por: STARR, P. – Op. Cit. na Nota nº 9.

Dom Cabral, mimeo, 1997.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Gasto federal com assistência à saúde em Minas Gerais: um estudo sobre a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros. Belo Horizonte, CEES/FJP, 1997.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Descentralização e governança do setor saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte, Escola de Governo/FJP, 1998.

GLIED, S. – Chronic condition: why health reform fails. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1997.

GOYA, N. – O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza, AMECE, 1992.

HEIMANN, L.S. et alii – O município e a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1992.

HORTALE, V.A. – Subsídios ao aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro: a experiência italiana em discussão. In: COSTA, N.do R. & RIBEIRO, J.M. (Orgs.) – Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1996.

HSIAO, W.C. – Abnormal economics in the health sector. Health Pol., 32: 125-139, 1995.

IBOPE – Promoção da saúde: pesquisa de opinião pública. São Paulo, mimeo, 1998.

INSTITUTO DE SAÚDE – A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas. São Paulo, mimeo, 1995.

IPEA – O Brasil na virada do milênio: trajetória de crescimento e desafios do desenvolvimento. Brasília, IPEA, 1997.

LONDOÑO, J.L. & FRENK, J. – Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy, 41: 1-36, 1997.

LUZ, M.T. – As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

MÉDICI, A.C. – A medicina de grupo no Brasil. Brasília, OPAS/OMS, 1990.

MÉDICI, A.C. – Sistema de saúde brasileiro: aspectos econômicos. Porto Alegre, IAHCS, 1996.

MÉDICI, A.C. – O SUS e a política de Hood Robin de saúde. Washington, mimeo, 1998.

MÉDICI, A.C. – História e políticas de saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização. São Paulo, Departamento de História da USP, Tese de Doutorado, 1999.

MENDES, E.V. – As políticas de saúde no Brasil: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) – Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC, 3ª ed., 1995.

MENDES, E.V. – Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1996.

MENDES, E.V. – O sistema de desembolso direto no Brasil. Belo Horizonte, mimeo, 1999.

MENDES, E.V. – O sistema de apoio diagnóstico em municípios brasileiros: dados preliminares. Belo Horizonte, mimeo, 1999.

MILLS, A. et alii – Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva, WHO, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde no Brasil. Brasília, MS/ATG/UNICEF, 1997.

MUSGROVE, P. – Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington., World Bank Discussion Paper n° 339, 1996.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS/UNICAMP – Estratégias e mecanismos de ordenamento de acesso e gerenciamento dos serviços prestados aos usuários dos serviços de saúde. Campinas, mimeo, 1999.

OLIVEIRA, A.M.F. de – Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas. Campinas, Instituto de Economia da UNICAMP, Tese de Doutorado, 1995.

OLIVEIRA, J.A.A & TEIXEIRA, S.M.F. – (Im)Previdência social. Petrópolis, Ed. Vozes, 1986.

PINTO, V.G. & PIOLA, S.F. – Gasto com saúde no Brasil: um tema à procura de autor. Jornal do CONASEMS, 42:8-9-, 1998.

PORTO, S.M. – Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

RASELL, E. et alii – The impact of health care financing on family budgets. Economic Policy Institute, Briefing Paper, abril, 1993.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – Sistema microrregional de serviços de saúde do

Maciço do Baturité. Fortaleza, mimeo, 2000.

SILVA,P.L.B. – O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise das políticas de intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. Cadernos FUNDAP, 3: 27-50, 1983.

SPAGNOLO,T.E. – Fortalecimiento gerencial de los hospitales: sugerencias y recomendaciones. Proyecto de reforma del sector salud en Bahia, mimeo, 1999.

STARR,P. – The logic of health care reform. New York, Penguin Books, 1994.

TRAVASSOS,C. et alii – Desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, ENSP, Série Estudos n° 4, 1995.

VAN STRALEN,C. – The struggle over a national health care system: the movimento sanitário and health policy making in Brazil. Utrecht, Mediagroep, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – European health care reform: an analysis of current strategies. Copenhagen, WHO Regional Publications n° 72, 1997.

OFERTA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA: ESTUDIO BASADO EN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (GIS)¹

*Luis Rosero Bixby*²

RESUMEN

¿Cuán equitativo es el acceso a los servicios de salud en Costa Rica? ¿Hasta qué punto el actual proceso de reforma del sector salud ha alterado el entorno de oferta de servicios y su accesibilidad? El presente estudio ensambla un sistema de información geográfica (GIS) y usa técnicas de análisis espacial para relacionar la población (la demanda) con los servicios de salud (la oferta), con el fin de valorar la accesibilidad de los servicios y su equidad. Se utilizan medidas tradicionales de acceso, como densidad de servicios o distancia al establecimiento más cercano. Dadas las limitaciones de estos indicadores, se desarrolla además un índice de accesibilidad que agrega todos los establecimientos ponderándolos por su tamaño, su cercanía y características del individuo y el establecimiento. Los componentes del índice y sus ponderaciones se determinan con un análisis econométrico de la elección de establecimiento de salud en una muestra nacional de hogares.

El estudio muestra que la reforma se ha iniciado en lugares apartados y de menor condición socioeconómica. Las tendencias en la salud de estas poblaciones, medidas con la tasa de mortalidad infantil, no son diferentes que en las poblaciones que no están participando en la reforma. En lo referente al acceso a los servicios y su equidad, en cambio, la reforma sí ha tenido un impacto, pues ha mejorado el acceso en las poblaciones que se encontraban en situación menos favorable, reduciendo las inequidades. Este resultado se debe a que la reforma se inició en poblaciones menos privilegiadas y que se adoptaron medidas tales como la apertura de consultorios comunales o la conformación de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) para atender a dichas poblaciones. El estudio identifica las comunidades con acceso deficitario.

¹ **Reconocimiento:** Este estudio se efectuó en el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, con una subvención de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el estudio colaboró el geógrafo Douglas Güell.

² Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica; correo electrónico lrosero@populi.ucr.ac.cr; teléfono (+506) 224-3668; fax (+506) 207-5130.

INTRODUCCIÓN

Costa Rica, como otros países de la región, ha iniciado una reforma del sector salud, en respuesta a la escasez de recursos para atender la demanda, pobre calidad de los servicios, insatisfacción de los usuarios y evidencia de ineficiencias e inequidades en la asignación de recursos. La reforma es también respuesta a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país y a la reestructuración de la economía y del papel del Estado (MIDEPLAN & MS 1993). Para guiar y evaluar esta reforma se requiere un conocimiento adecuado de la oferta y la demanda de servicios. Los estudios de demanda y uso de servicios han recibido un considerable impulso en años recientes. Las encuestas del tipo demografía y salud (DHS) y las encuestas de uso de servicios son ejemplos de este desarrollo (Bitrán & McInnes 1993). Los estudios de la oferta, en contraste, han recibido poca atención bajo el supuesto equivocado de que la información administrativa existente basta y sobra para caracterizar la oferta.

A diferencia del sector privado donde predominan los criterios evaluativos de eficiencia y lucro, en la salud pública son importantes los criterios de efectividad (impacto) y equidad. Dentro de estos criterios, destacan la localización de los servicios y el acceso a ellos de las poblaciones a las que intentan servir. El concepto de accesibilidad es crucial para evaluar la disponibilidad de servicios médicos y estimar la necesidad de nuevos servicios. Es también crucial para evaluar y guiar decisiones administrativas de adscripción de poblaciones y segmentación de territorios. El impacto en la equidad de acceso es criterio fundamental en estas evaluaciones, así como el impacto sobre la salud de la población.

El propósito de este estudio es determinar la situación de la oferta de servicios de salud y la equidad en el acceso a estos servicios en las localidades de Costa Rica. También se propone determinar los cambios en la oferta ocurridos como parte del proceso de reforma del sector y el impacto de estos cambios en la equidad de acceso a los servicios y en la salud de la población. Dos elementos centrales del estudio son (1) el desarrollo de una metodología para medir la oferta de, y el acceso a, los servicios de salud; y (2) el desarrollo de un sistema de información geográfica (GIS) que facilite los análisis espaciales y la visualización de los resultados en mapas. El estudio también ilustra el uso en la salud pública de la nueva tecnología de los GIS (Scholten 1991; Longley & Clarke 1995).

Costa Rica ha logrado excelentes niveles de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida es de 78 años, es decir similar a la de los países más desarrollados del mundo (Population Reference Bureau, 2000). Los logros en salud del país y su sistema de salud han sido objeto de amplio escrutinio (Rosero-Bixby 1991; Mesa-Lago 1985). A partir de la reforma iniciada en 1995, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene a su cargo la prestación de todos los servicios públicos de salud. El seguro social cubre al 82% de la población, incluyendo un 8% de "asegurados por el estado" (indigentes). Prácticamente toda la población tiene acceso a los servicios de salud de la CCSS. Por ejemplo, el 96% de los partos ocurridos en 1999 tuvieron lugar en hospitales de la CCSS (2% ocurrieron en clínicas privadas y 2% en el hogar).

La accesibilidad a los servicios de salud es un concepto con al menos dos dimensiones: la geográfica y la social (Donabedian 1973). El presente estudio se ocupa de la accesibilidad física o geográfica, cuya medición presenta varios retos (Chayovan et al. 1984; Hermalin et al. 1988) que pueden enfrentarse mejor utilizando los GIS. Uno de estos problemas de medición es el de la validez interna de datos subjetivos acerca de la distancia (o tiempo de viaje) hasta los establecimientos proporcionados por entrevistados o informantes «expertos». Un estudio comparativo sobre la disponibilidad de servicios de planificación familiar anota varias limitaciones derivadas de la naturaleza subjetiva de este dato (Wilkinson et al. 1993). Los indicadores basados en medidas cartográficas objetivas de un GIS representan una mejora substancial en validez interna sobre las valoraciones subjetivas. Los indicadores basados en cartografía pueden servir también para validar los reportes sobre el tiempo de viaje a las clínicas y pueden dar luces sobre las ventajas y desventajas de usar indicadores de acceso reales frente a percibidos, así como en lo referente al dilema del uso de medidas de nivel individual frente a nivel agregado (Entwisle et al. 1984).

Las medidas tradicionales de acceso sobre la distancia al establecimiento más cercano o la presencia de establecimientos en la comunidad, no manejan adecuadamente aspectos como el uso de servicios en otras comunidades, el no uso del establecimiento más cercano, la superposición de áreas de cobertura, los servicios redundantes en una comunidad, la competencia entre usuarios potenciales y la variabilidad en la calidad del

servicio. La definición de “comunidad” también es problemática, especialmente cuando se efectúan comparaciones. El uso de GIS solventa la mayor parte de estos problemas. Se puede, por ejemplo, calcular la densidad de servicios de calidad estándar dentro de un radio estándar. Los indicadores de densidad no son nuevos (Davanzo et al. 1988). La novedad está en la flexibilidad para definir estos indicadores para áreas estándar de cualquier forma y tamaño y enfrentar el «problema de unidad de área modificable» (Wrigley 1995), así como para introducir efectos de fricción de distancia y de atractivo de los servicios (Rosero-Bixby 1993). El uso de GIS libera al análisis de las restricciones de usar unidades geográficas arbitrarias, definidas con fines político-administrativos (Makuk et al. 1991).

En la caracterización de la oferta, un problema frecuente es la discrepancia entre los datos administrativos y la realidad. Por ejemplo, los informes administrativos a veces incluyen establecimientos que no están en funcionamiento o dan un panorama demasiado optimista sobre la calidad y cantidad del servicio. Esto ha llevado a la realización de estudios ad-hoc para determinar la disponibilidad de servicios. Dos metodologías en boga son: (1) el módulo de disponibilidad de servicios incluido con las encuestas DHS (Wilkinson et al. 1993) y (2) los «análisis situacionales» (Fisher et al. 1992). Ambas metodologías, sin embargo, adolecen de problemas (Bertrand 1994) y no son ni sencillas ni baratas como para aplicarlas de manera rutinaria. Típicamente estas dos metodologías recolectan una gran cantidad de información para una muestra (a veces no representativa) de establecimientos. Un primer problema con estas metodologías es el de reducir a dimensiones manejables una inmensa masa de datos. Otro problema más grave es que no permiten estudiar el acceso de la población a todos los servicios pues se basan en solamente una muestra. El enfoque adoptado en el presente estudio consiste en el uso de unos pocos indicadores de la oferta pero para la totalidad de los servicios disponibles. Esta información “parsimoniosa” de la oferta se relaciona en el GIS con la población (la demanda) con base en la localización geográfica tanto de los servicios como de la población.

En Costa Rica se han efectuado encuestas de tipo DHS, encuestas de consulta externa y estudios de demanda y uso de servicios de salud como parte de la encuesta nacional de hogares, empleo y desempleo. Estos estudios han dado cierto grado de conocimiento sobre la demanda de servicios. El conocimiento sobre la oferta es, en cambio, limitado. Aunque los documentos oficiales suelen incluir un capítulo sobre la oferta de servicios, los datos que presentan suelen ser altamente agregados y, por ende, poco útiles para la toma de decisiones a nivel local. Es posible con esta información saber, por ejemplo, la disponibilidad de camas o de médicos por habitante en todo el país o grandes regiones, pero no es posible conocer qué comunidades tienen acceso apropiado a los servicios. Como antecedentes del presente estudio caben citar: (1) un estudio complementario a la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de 1981 que midió la disponibilidad de servicios de una manera similar a la adoptada más tarde por el proyecto DHS (Hermalin et al. 1988). (2) Un módulo de comunidad completado como parte del censo de 1984, el cual permitió medir tiempos de viaje a distintos servicios en toda Costa Rica (Rosero-Bixby 1987); esta información fue luego usada en análisis y mapas de pobreza y de áreas prioritarias del Ministerio de Planificación. (3) Un estudio demostrativo presentado en una reunión científica sobre los potenciales de los GIS para medir la accesibilidad de servicios de salud, basado en datos a nivel distrital (Rosero-Bixby 1993). (4) Un estudio del acceso a los servicios de Planificación familiar usando tecnología GIS y datos de una encuesta tipo DHS de 1993 (Rosero-Bixby 1997). Con esta experiencia acumulada el presente estudio busca una solución integral al problema de medir accesibilidad, basándose en datos de población censales, un inventario de establecimientos y sus características y una plataforma GIS para interrelacionar estos elementos en el espacio.

El estudio hace un inventario de los servicios públicos de salud en Costa Rica y sus características. En el proceso de recolectar esta información encuentra que un número considerable de centros y puestos de salud han dejado de prestar servicios a la población. El estudio analiza también la demanda de servicios y su localización espacial, en el contexto del proceso de reforma. Encuentra que la reforma ha tenido lugar primero en poblaciones más dispersas y de menor condición socioeconómica. Las tendencias en la salud de estas poblaciones, medidas con la tasa de mortalidad infantil, no han sido hasta la fecha diferentes que en las poblaciones que no están participando en la reforma. En lo referente al acceso a los servicios de salud y su equidad, en cambio, la reforma sí parece haber reducido las inequidades, pues ha mejorado la situación de poblaciones que se encontraban en situación menos favorable. Este resultado se debe al hecho ya anotado de

que la reforma del sector salud en Costa Rica se ha iniciado en poblaciones menos privilegiadas y a la adopción de medidas tales como la apertura de consultorios comunales o la conformación de los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS). El estudio incluye un análisis econométrico del patrón de uso de los servicios de salud en la población costarricense e identifica un modelo para medir el acceso a los servicios. Con este modelo se determina el nivel de acceso en todas las localidades del país, lo que permite identificar aquéllas con acceso deficitario y en las que intervenciones para mejorar el acceso tendrían mayor impacto.

DATOS Y MÉTODOS

El estudio combina datos sobre la oferta de servicios de salud, la demanda por estos servicios y la confluencia de oferta y demanda en el concepto de accesibilidad.

La *oferta* o disponibilidad de servicios se refiere al conjunto de establecimientos de salud en el país con su localización espacial y sus características, incluyendo la gama de servicios ofrecidos (cirugía, medicina general, atención primaria, etc.), tamaño (horas de consulta, número de camas, cantidad de personal) y calidad (congestión del servicio). Se efectuó un inventario o censo de los establecimientos públicos de salud en Costa Rica, a partir de informes estadísticos, informes administrativos y comunicación personal con funcionarios de las instituciones públicas de salud del país (Ministerio, CCSS e Instituto de Seguros). Se preparó inicialmente una lista exhaustiva de todos los establecimientos mencionados en los documentos consultados. Luego, cada establecimiento se marcó en mapas del Instituto Geográfico Nacional a escalas 1:10.000 y 1:50.000. Esto permitió dos cosas: (1) depurar la lista de repeticiones de establecimientos y (2) “geocodificar” la base de datos. Cada establecimiento se geocodificó mediante lectura en el mapa de sus coordenadas³. El sistema de coordenadas usado en la geocodificación fue la proyección Lambert Conformal Norte de Costa Rica (“Interamerican Geodetic Survey” 1950). Tener los establecimientos geocodificados permitió enlazarlos a otras características geográficas como la división administrativa, la cercanía a una carretera o la localidad a la que pertenece.

Al inventario de establecimientos se le agregó información sobre alrededor de 100 variables o características de éstos, proveniente de informes estadísticos y administrativos y de encuestas telefónicas a los establecimientos. En vista de que en pocas variables la información existe para todos o la mayoría de establecimientos, el estudio concentró esfuerzos para tener el dato completo y depurado en un número reducido de variables clave, a saber:

- coordenadas geográficas
- año de creación del establecimiento
- tipo de establecimiento e institución a que pertenece
- tamaño físico del establecimiento
- horas médico contratadas de consulta externa
- número anual de consultas atendidas 1992-97
- año de incorporación al proceso de reforma
- existencia de EBAIS en el establecimiento

Estos datos se validaron en el terreno en una muestra de 40 establecimientos seleccionados al azar. Se encontró que los datos no están libres de error, pero que son de razonable validez: el coeficiente de correlación entre el dato del inventario y el tomado en el terreno va de 0,75 para el área de construcción a 0,90 para el año de creación. Para la variable posiblemente más importante en el estudio –la horas médico– el coeficiente fue de 0,86. La diferencia mediana entre las coordenadas del mapa y las tomadas en el terreno con un aparato geoposicionador por satélite (GPS) fue de 500 metros. La discrepancia se debe principalmente a errores en el GPS: en la cuarta parte de las mediciones el GPS produjo errores de más de 1.000 metros. Los GPS comerciales, tienen un grado de imprecisión considerable (Hurn 1993).

El dato de las horas médico se estimó para 1994 (el año previo a la reforma) y 1998. En las clínicas del

³ Para tener una idea de la magnitud de los errores que pudieron ocurrir en esta lectura, debe notarse que un milímetro en los mapas usados representa entre 10 y 50 metros en la realidad.

seguro social y la mayoría de centros de salud se tomó el dato de las estadísticas oficiales. Para los hospitales y unas pocas clínicas con información faltante, el dato se estimó por regresión con el número de consultas atendidas y el tamaño físico del establecimiento ($R^2 = 0,96$ en 200 clínicas con información completa). Para los puestos de salud y consultorios comunales, el dato se estimó con base en información sobre el número de días y horas de consulta, la existencia de EBAIS y el volumen de consulta atendida.

En vista de que un número importante de centros y puestos de salud resultaron con cero horas, se efectuó una encuesta telefónica en todos estos establecimientos y se determinó que, en efecto, muchos de ellos no están ofreciendo consulta médica (están dedicados a tareas como vigilancia epidemiológica o control de malaria) o están cerrados.

Los datos de la oferta fueron complementados con información geográfica de los límites de las áreas y sectores de salud en el proyecto de reforma del sector salud, proporcionada por ese proyecto. Con base en esta información se categorizaron las áreas en tres grupos según su grado de participación en la reforma:

- Pioneras en la reforma (se incorporaron en 1995)
- Intermedias (se incorporaron en 1996-98)
- Tardías (no habían iniciado la reforma en junio de 1998)

La *demanda* de servicios de salud comprende las necesidades de estos servicios, las cuales en este estudio se consideran proporcionales al tamaño de la población y algunas características como la ruralidad. Para caracterizar la demanda conviene también conocer ciertos aspectos como su localización exacta, densidad, crecimiento, situación económica, nivel de salud y patrón de uso de los servicios.

Los datos de la demanda provienen principalmente de la cartografía censal de 1996 y de una encuesta nacional de hogares de 1997; complementados con información a nivel distrital de los nacimientos y defunciones. Costa Rica no efectuó el censo de población que estaba previsto en 1996/97. Sin embargo, la cartografía actualizada para ese censo permitió tener un estimado de las viviendas y población por segmento censal. Los segmentos son unidades de enumeración de aproximadamente 50 viviendas, es decir una o dos manzanas en las ciudades o de uno a diez kilómetros cuadrados en áreas rurales. Los centroides de los aproximadamente 15.000 segmentos en que está dividido el país se geocodificaron en los mapas siguiendo un procedimiento que se había utilizado y validado para geocodificar los censos de 1973 y 1984 (Rosero-Bixby 1997: 267-268). El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) facilitó el acceso a la cartografía censal.

Con el fin de facilitar los análisis espaciales y las comparaciones entre distintas fuentes de datos, se adoptó una división del territorio nacional en aproximadamente 100.000 celdas de 750 m de lado (56,25 ha). La población y viviendas de cada celda se estimaron a partir de los segmentos censales geocodificados, siguiendo el procedimiento de interpolación-desagregación espacial propuesto por Bracken (1989) y utilizando el algoritmo en FORTRAN desarrollado por este autor.

La información sobre patrones de uso de los servicios de salud, así como datos socioeconómicos actualizados, se obtuvo con una encuesta por muestreo en 3.400 hogares de todo el país. La encuesta consistió en un módulo de 8 preguntas agregado al cuestionario de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples efectuada por el INEC en julio de 1997. El módulo de uso de servicios se aplicó a la tercera parte de los hogares de esta encuesta. Con el módulo se identificó el lugar exacto donde los hogares acudieron por atención hospitalaria en los últimos dos años y por atención médica en los últimos 6 meses, las causas de la consulta/hospitalización y el tiempo de viaje a esos lugares. Los hogares y los establecimientos se geocodificaron relacionando las bases de datos de la encuesta con la del inventario de establecimientos y de los segmentos censales.

Los datos geocodificados se integraron en un sistema de información geográfica (GIS) que también contenía mapas digitales de la división político-administrativa del país⁴, las áreas y sectores de la reforma del sector salud, las carreteras, los ríos y las costas. El GIS se manejó con el paquete MapInfo.

La superposición en el GIS de las capas de la oferta y la demanda, permite visualizar la *accesibilidad* de

⁴ El mapa digital de la división político-administrativa a escala 1:50.000 fue proporcionado por el proyecto SISVAH de la Fundación Costa Rica Canadá para la Vivienda Rural.

la población a los servicios. Es necesario luego operacionalizar el concepto de accesibilidad en uno o varios indicadores cuantificables (Handy 1997). Indicadores tradicionales de acceso son la distancia al establecimiento más cercano, la existencia de servicios en la comunidad y la densidad de servicios en una área administrativa como el cantón o municipio. Este estudio define de una manera más general la accesibilidad a de un individuo i a un establecimiento j como una función f de: (1) la distancia d entre i y j ; y (2) la satisfacción o utilidad S que el individuo deriva del servicio j (la cual se estima con un vector de características del establecimiento, tales como tamaño, gama de servicios, congestión de clientes, horarios, precios y similares). La accesibilidad a cada establecimiento se combina luego en un índice resumen A de accesibilidad a todos los establecimientos. En símbolos:

$$a_{ji} = f(S_i, d_{ij}); A_j = \Theta a_{ji}$$

donde Θ es un operador genérico de agregación, incluyendo el operador sumatoria \sum y el operador MIN de distancia mínima.

La relación funcional f se calibró en una base de datos de 130.400 observaciones, derivada de combinar la información de 2.000 hogares con un promedio de 65 establecimientos de salud (cada observación es un par hogar-establecimiento). Los hogares son una muestra representativa nacional de los que utilizaron consulta médica en establecimientos públicos en el primer semestre de 1997 (información recolectada con el módulo de uso de servicios antes mencionado). Los establecimientos son todos los que ofrecen consulta médica en un radio de 10 km si son puestos de salud o consultorios comunales, un radio de 20 km si son clínicas o centros de salud y 200 km si son hospitales. Estos radios fueron los máximos encontrados en la encuesta de uso de servicios.

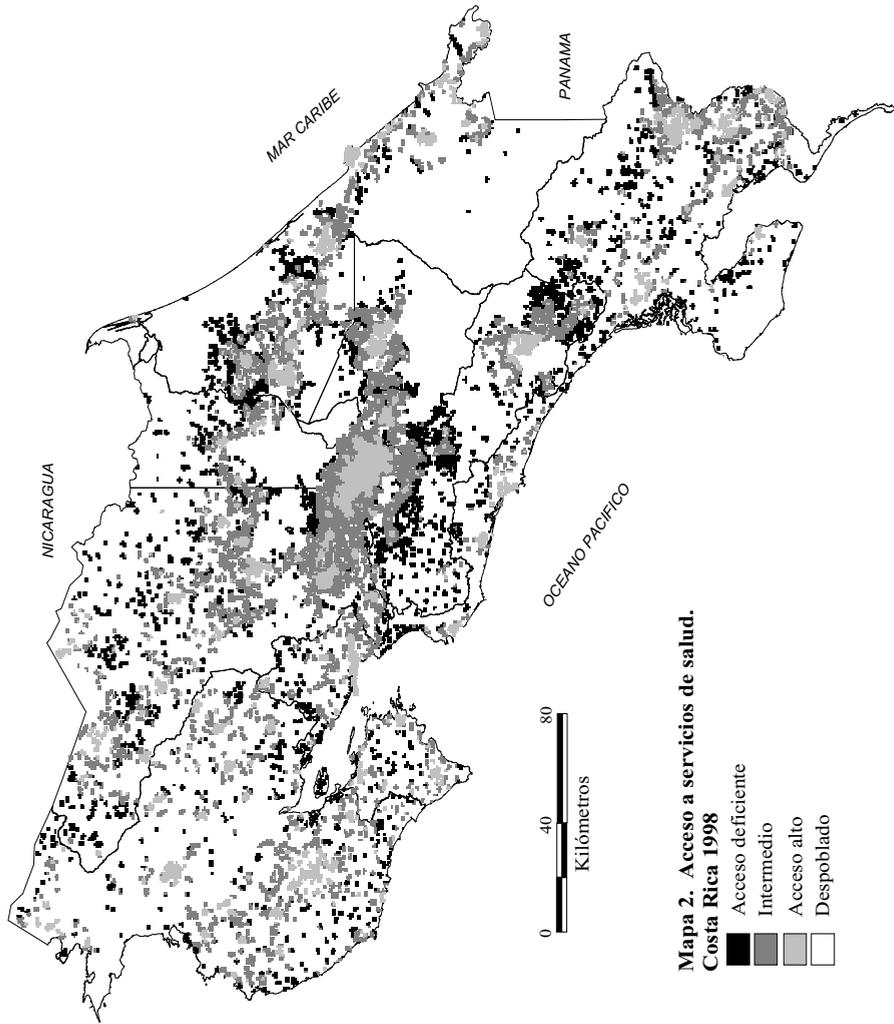
Con esta base de datos se modeló la probabilidad de elegir el establecimiento de salud con regresión logística condicional (Breslow & Day 1980; Greene 1990). Esta clase de modelos se conoce en econometría como de elección discreta y son análogos a los modelos epidemiológicos de caso-control pareados (el caso es el par hogar-establecimiento elegido; los controles pareados son todos los establecimientos no elegidos por ese hogar). El modelo asume que los hogares eligen un establecimiento luego de comparar la satisfacción o utilidad que derivan de las posibles elecciones. Las variables que explican la elección de establecimiento y su ponderación, dada por los coeficientes de regresión, se toman luego como los componentes del índice de accesibilidad a_{ji} . En otras palabras, el peso que se da a variables tales como distancia, tamaño y tipo de clínica, en el cálculo de la accesibilidad se supone proporcional al peso que los individuos implícitamente otorgan a estas variables cuando eligen una clínica y que se reflejan en el modelo de regresión.

El modelo de regresión logística condicional se estimó por máximo-verosimilitud, utilizando el paquete STATA (StataCorp 1997). Las variables explicativas distancia y horas médico se incluyeron en el modelo en sus logaritmos naturales, de modo que los coeficientes de la regresión logística estiman las elasticidades del chance ("odds" en inglés) de elegir el establecimiento.

El índice general de acceso para una localización o celda se computó por sumatoria del acceso a todo establecimiento j en un radio de 25 km. En razón de que los lugares más densamente poblados tienden también a tener muchos establecimientos en los alrededores, se computó la "densidad de acceso" como el cociente entre el índice de acceso y el potencial de población (suma de población en un radio de 25 km ponderada por el inverso de la distancia a la localización índice). También se calculó el indicador más simple de acceso: distancia al establecimiento de salud más próximo.

Dado que el propósito último del estudio era determinar el impacto de la reforma en la *equidad de acceso* a los servicios, fue necesario adoptar una definición de equidad (Rawls 1972). Para ello, se estableció un umbral de acceso, más allá del cual se asume que los individuos no satisfacen sus necesidades de servicios de salud. La proporción de individuos por debajo de este umbral se toma como un indicador de inequidad. Los valores umbral fueron 4 o más km de distancia al establecimiento más cercano y 100 o más personas por cada hora de consulta médica anual en un radio de 1 km.

Para valorar el impacto de la reforma en la salud de la población, se analizó la tasa de mortalidad infantil (único indicador disponible). Esta tasa se computó para cada área de salud (que equivale aproximadamente a



Mapa 2. Acceso a servicios de salud.

Costa Rica 1998

- Acceso deficiente
- Intermedio
- Acceso alto
- Despoblado

cada cantón de los 81 en que esta dividido el país), para un periodo anterior a la reforma (1990-94) y para cada año del periodo de reforma (1995-98). Las tasas se estimaron con los datos de nacimientos y defunciones infantiles de las estadísticas vitales. Estos datos se han comprobado que son de calidad aceptable (PCP 1998).

RESULTADOS

La oferta de servicios de salud

El inventario resultó en 777 establecimientos de salud en Costa Rica a junio de 1998 (Cuadro 1). Esta cifra, sin embargo, se reduce a 646 si se dejan fuera aquellos que no ofrecen consulta médica. Hay cinco tipos de establecimientos: hospitales, clínicas, centros y puestos de salud y consultorios comunales. Los tres últimos son establecimientos menores que ofrecen un limitado rango de servicios. Hasta hace pocos años los centros y puestos de salud dependían del Ministerio de Salud, pero en la actualidad dependen de la CCSS, junto con el resto de establecimientos.

De los 646 establecimientos con consulta médica, el 77% se encuentra en áreas que han iniciado el proceso de reforma (Cuadro 1). Poco más de la mitad de estos establecimientos se incorporaron a la reforma en el primer año: 1995. La mayoría de los hospitales están en áreas que aún no se han incorporado a la reforma.

Los “equipos básicos de atención integral de la salud” (EBAIS) son el pilar de la reforma para cubrir la atención primaria. A mediados de 1998 se habían establecido 425 EBAIS. Cada equipo consiste, como mínimo, de un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria. Este equipo mínimo es asignado a una población de 3.500 a 4.000 habitantes. Los EBAIS pueden tener el respaldo de “equipos de apoyo”, que cuentan con otros profesionales. Los EBAIS están físicamente localizados en cualquiera de los establecimientos de salud mencionados anteriormente. Puede asumirse que la existencia de un EBAIS significa una mejora en la calidad de la atención primaria de la salud, anteriormente ofrecida solo por asistentes y auxiliares, o no considerada como una entidad aparte de la consulta externa.

El Cuadro 1 muestra también las características promedio de los establecimientos: un local de 1.100 m², con dos médicos a tiempo completo (cerca de 80 horas por semana) y atención de cerca de 800 consultas por semana. Los hospitales son en promedio de 200 camas. Hay gran variabilidad en estas características según el tipo de establecimiento. También hay variabilidad según la participación en la reforma. Los establecimientos pioneros en la reforma son más pequeños. La primera ola de la reforma (1995) incluyó establecimientos que atienden 400 consultas semanales en promedio y la segunda ola (1996-98), los que atienden 600 consultas; aún no se han incorporado los de 1.200 consultas en promedio. El índice de congestión de los servicios (razón demanda/oferta potenciales) muestra que la reforma ocurrió primero en establecimientos relativamente más congestionados. Las áreas no reformadas a fines de 1998 se encuentran sobre todo en el centro del país, incluyendo el Area Metropolitana de San José.

La demanda de servicios de salud

Los aproximadamente 3,5 millones de habitantes del país en 1995 se encuentran muy desigualmente distribuidos en el territorio (mapa 1). La concentración es muy elevada en las regiones centrales de Costa Rica. Las áreas participantes en estos primeros años de la reforma comprenden poblaciones más dispersas y que solo pueden atenderse con establecimientos pequeños. El Cuadro 2 muestra esto con estadísticas: la reforma, que abarca el 80% del territorio nacional, comprende a poco menos de la mitad de la población, es decir, áreas con substancialmente menor densidad demográfica.

Las estadísticas también muestran que la reforma ha involucrado primero a poblaciones de menor nivel socioeconómico: el nivel de pobreza en las áreas reformadas es más del doble (más de 20%) que en las no reformadas (Cuadro 2).

Por su parte, el estado de salud, medido por la tasa de mortalidad infantil (TMI), en el periodo inmediatamente anterior a la reforma (1990-94) era algo inferior en las áreas de las primeras olas de la reforma (TMI de 15 por mil) que en las áreas no reformadas en 1998 (TMI de 13 por mil). Esta situación se modifica poco con la reforma, de manera que en 1998 las diferencias en la TMI son muy semejantes que en 1990-94. No hay, pues, evidencia de un impacto significativo de la reforma en este indicador de la salud de la población.

Indicadores tradicionales de acceso

El acceso a los servicios está dado por la confluencia de la oferta y la demanda. Una forma simple de caracterizar la accesibilidad es con indicadores per cápita de densidad de servicios, i.e. la razón entre indicadores de oferta y de demanda. El Cuadro 3 muestra este tipo de indicadores para el país dividido en tres estratos según la participación en la reforma. Se tiene, por ejemplo, que cada 100 costarricenses disponen de 67 horas médico por año como promedio nacional o, dicho de otro modo, cada costarricense tiene en promedio acceso a 40 minutos médico por año. Esta cifra es parecida en las áreas con o sin reforma. Sin embargo, las cifras estimadas para 1994 muestran que las áreas reformadas estaban en situación desventajosa, es decir que la reforma puede haber contribuido a cerrar una brecha en el acceso. La mejora en este indicador se debe fundamentalmente al establecimiento de los EBAIS, los que han contrarrestado las disminuciones causadas por el cierre de algunos centros y puestos de salud antiguamente administrados por el Ministerio. Estos cierres explican la ligera reducción (de 70 a 68 horas médico) en las áreas sin reforma.

El indicador de densidad de servicios es útil para caracterizar el acceso de agregados como el país, o una provincia, pero no sirve para caracterizar el acceso de individuos o para estudiar la variabilidad entre individuos y, por ende, medir la equidad en el acceso. Una alternativa simple es medir el acceso de los individuos con la distancia al establecimiento más cercano. Esta es una operación en dos etapas: primero debe identificarse el “más cercano” y, segundo, debe medirse la distancia o el tiempo de viaje. Este estudio efectuó ambas operaciones en el GIS, lo que resulta en una medición objetiva, en contraste con mediciones subjetivas basadas en lo que dicen informantes conocedores de la comunidad. El Cuadro 4 resume los resultados. El 50% de los costarricenses reside a menos de 1,2 km de un establecimiento de salud. Esta mediana de la distancia se computó con información de toda la población del país (no con una muestra). La distribución según la distancia al establecimiento más cercano está fuertemente concentrada en valores bajos a la izquierda de la curva (no se muestra), pero tiene también una larga cola a la derecha de acceso deficiente o muy deficiente. Así, el 75% de la población reside a menos de 2,2 km de una clínica, pero al mismo tiempo hay 35.000 personas (1% de la población) que están a 9 o más km (éstas son distancias en línea recta o a vuelo de pájaro, es decir menores que las distancias reales de viaje). Para identificar poblaciones con acceso deficiente o inequitativo se tomó como valor umbral los 4 km. El 8% de la población del país no dispone de servicios de salud a menos de 4 km de su hogar.

El acceso medido por este indicador es menor en las áreas participantes en la reforma. En aquéllas que adoptaron la reforma en 1995, el 15% de la población tiene acceso deficiente, frente a un 3,6% en las áreas que aún no entran a la reforma. Esta diferencia no es, desde luego, consecuencia del proceso, sino una manifestación de que éste ha ocurrido primero en áreas más remotas y con acceso deficiente. Así lo demuestra la estimación para 1994, el año previo al inicio de la reforma, cuando la diferencia anotada en el acceso era incluso algo mayor. Para ser más precisos, el Cuadro 4 muestra que solo en las áreas que participan de la reforma ha habido algún progreso en reducir la proporción con acceso deficiente.

Un problema con el indicador de distancia al establecimiento más cercano es que puede dar una impresión equivocada de la accesibilidad. Por ejemplo, una comunidad puede tener una clínica muy cerca, pero esto tendrá muy poco significado si los servicios que ésta presta son limitados, o si la población no usa sus servicios. La última línea del Cuadro 4 muestra que en las áreas reformadas el tamaño medio del establecimiento (alrededor de 80 horas por semana o dos médicos) es substancialmente menor que el de las áreas no reformadas (289 horas o siete médicos). Vale decir que la brecha en el acceso entre estos dos tipos de áreas es mayor de lo que sugiere el indicador de distancia al más cercano. Para mejorar la medición con indicadores que incluyan, además de la distancia, las características del establecimiento, es necesario primero determinar los patrones de uso de servicios en la población.

Patrón de uso de los servicios

En la muestra nacional de 3.400 hogares encuestados a mediados de 1997, el 72% utilizó servicios de consulta médica ambulatoria en el primer semestre del año. De los establecimientos usados, 11% fueron consultorios privados, 1% médicos de empresa o consultorios del Instituto de Seguros y 88% establecimientos públicos del sistema nacional de salud, que casi en su totalidad pertenecen a la CCSS. El sector privado es utilizado en mayor

medida (17%) en las áreas sin reforma.

La encuesta muestra que 72% de la consulta externa ocurre en los 29 hospitales y 147 clínicas de la CCSS (Cuadro 5). Los hospitales absorben un volumen semejante de consulta que las clínicas, a pesar de ser mucho menos numerosos. Esto sugiere la predilección por las salas de emergencia de los hospitales en sectores importantes de la población. La proporción que va a hospitales es especialmente elevada en las áreas que aún no han iniciado la reforma. En cambio, en las áreas reformadas una fracción importante acude a los puestos de salud y consultorios comunales (18% en las áreas de la primera ola de la reforma)

El tiempo mediano de viaje al establecimiento utilizado es de 20 minutos, según lo reportado por los entrevistados en la encuesta (Cuadro 5). Esta cifra prácticamente no difiere según la reforma. Los tiempos de viaje dependen de la distancia a recorrer y de la rapidez del medio de transporte. El GIS desarrollado para este estudio permitió medir la distancia cartográfica entre cada hogar y cada establecimiento visitado (penúltima línea del Cuadro 5). La distancia mediana entre el hogar y el establecimiento médico utilizado es 3,6 km. La correlación entre las distancias cartográficas y los tiempos de viaje reportados es alta ($R = 0,77$ en los logaritmos) aunque no perfecta. Por regresión de Poisson (McCullagh 1989) se estimó que el tiempo de viaje en minutos está dado por la siguiente relación matemática:

$$\text{Minutos} = 14.2 (\text{km})^{0.59}$$

Vale decir que el primer km de viaje requiere 14 minutos y un aumento de 100% en la distancia incrementa en 59% el tiempo de viaje (elasticidad de 0,59). Esta relación es notablemente similar a una encontrada en una base de datos independiente sobre uso de servicios de planificación familiar en Costa Rica (Rosero-Bixby 1997: 275).

Al comparar las distancias del establecimiento más cercano del Cuadro 4 con las del establecimiento utilizado (Cuadro 5), se nota que aquéllas son substancialmente menores (1,2 km vs. 3,6 km en todo el país), lo que es un indicador de que con frecuencia la gente pasa por alto el establecimiento más cercano y va al que mejor se ajusta a sus necesidades. De hecho, solamente el 31% de los usuarios usa el establecimiento identificado como más cercano en el GIS (Cuadro 5). Esta proporción es un poco mayor en las áreas de la primera ola de la reforma (38%).

Si la población no usa automáticamente el establecimiento más cercano ¿qué factores influyen en la elección de establecimiento? Los resultados del análisis de regresión de la probabilidad de elección de clínica se muestran en el Cuadro 6. El tamaño del establecimiento medido en horas MD de consulta, es un factor importante: aumentos de 1% en el tamaño elevan los chances (“odds”) de elegirlo en 0,9%. La distancia también es muy importante, y su efecto está condicionado según la residencia urbano/rural y la cercanía a una carretera. Para las personas que residen en ciudades y a menos de 2 km de una carretera, un aumento de 1% en la distancia reduce los chances de elegir un establecimiento en 1,6%. En contraste, los chances se reducen en 2,5% si las personas residen en el área rural y lejos de una carretera nacional. Este efecto, que los geógrafos conocen como “fricción de distancia”, es, por tanto, mayor en las poblaciones más dispersas.

Los efectos del tamaño del establecimiento y de la distancia conforman un típico modelo de gravedad de física newtoniana (la atracción de dos cuerpos depende de sus masas y la distancia que los separa). Estos, sin embargo, no son los únicos factores que influyen significativamente en la fuerza de atracción de una clínica. Tomando como referencia las clínicas de la CCSS, los hospitales tienen 30% más chances de ser elegidos, en tanto que los centros, puestos y consultorios comunales tienen 31% menos chances. Los establecimientos relativamente nuevos (inaugurados en los 90s) tienen algo menos de la mitad del chance de ser elegidos en comparación con los más antiguos. Los que tienen EBAIS son 28% más atractivos (Cuadro 6).

Índice refinado de acceso a los servicios

Los resultados del modelo de elección discreta de establecimiento sirvieron para definir las características del establecimiento, y su ponderación, en la fórmula del índice de accesibilidad. A manera de ejemplo el pie del Cuadro 6 muestra la fórmula para calcular el índice de acceso a una clínica j desde un hogar i situado en una ciudad y a menos de 2 km de la carretera. El acceso que disfruta ese hogar a todos los servicios de salud sería la suma de las cantidades calculadas con esa fórmula para todo j . Aunque este índice no tiene un significado

obvio, sus unidades de medida pueden interpretarse aproximadamente como las horas médico que el individuo *i* comparte con 1.000 personas en un año y en un radio de 1 km.

El Cuadro 7 muestra que la mediana de este índice —que tiene una altísima concentración en los valores más pequeños y una larga cola para valores altos— es 126 y que el 8% de la población está por debajo del umbral de acceso equitativo de 10 horas MD. El acceso es substancialmente menor (59 horas MD) y la inequidad de acceso es mayor (15%) en las áreas de la primera ola de la reforma. Un lector desprevenido podría malinterpretar esta asociación de corte transversal como si la reforma fuese causa de un menor acceso. La realidad es que esta asociación no muestra causalidad sino que refleja la selectividad de la reforma que primero se ha llevado a cabo en áreas con menor acceso a servicios. Así lo demuestra la estimación para 1994, el año previo al inicio de la reforma: ya en ese año las áreas de la primera ola de la reforma exhibían un menor acceso a los servicios. Para tener una idea del efecto de la reforma, deben observarse los cambios de 1994 a 1998. Al respecto, las mejoras más importantes en acceso han ocurrido en las áreas de la primera ola de la reforma. Por ejemplo el porcentaje con acceso deficiente o inequitativo en estas áreas ha caído de 20% a 15% en los 4 años, en tanto que prácticamente ha permanecido constante en las áreas que aún no inician la reforma.

El índice de acceso se calculó para toda localidad del país y se incorporó al GIS. El mapa 2 resume los niveles de acceso de las poblaciones del país. En el Area Metropolitana de San José y en la ciudades intermedias el acceso a los servicios tiende a ser alto. El acceso bajo o deficiente (áreas en rojo) tiende a ocurrir en la periferia y en poblaciones dispersas. También se observa un acceso deficiente hacia el sur y oeste de San José, áreas que merecen especial atención pues contienen poblaciones de cierta importancia.

DISCUSIÓN

Conocer la oferta y la demanda de servicios de salud y la confluencia de estos dos elementos en la accesibilidad de la población a los servicios es imprescindible para diseñar, dar seguimiento y evaluar el impacto de la reforma del sector salud actualmente en marcha. La mejora de la equidad en el acceso a los servicios es un objetivo central de la reforma, cuyo seguimiento y evaluación requiere una medición y análisis rigurosos. El presente estudio hace uso de la nueva tecnología de los sistemas de información geográfica (GIS) para efectuar estas mediciones, evaluar el impacto de la reforma en la equidad de acceso y dar directrices para mejorarla.

La recolección de datos sobre la oferta de servicios demostró que en el país existen severas deficiencias en el disponibilidad de esta información. En justicia, debe decirse que la información sobre las clínicas y hospitales de la CCSS es bastante completa y de buena calidad, aunque no fácilmente accesible. Esto es importante dado que el 85% de la consulta médica tiene lugar en este tipo de establecimientos. La situación, en cambio, es caótica en lo referente a la información de los establecimientos menores: centros y puestos de salud y consultorios comunales. A nivel central, ni siquiera existe una lista actualizada de estos establecimientos o el conocimiento de cuáles están funcionando, menos se conoce detalles sobre los insumos físicos y humanos en cada uno de ellos. Aunque estas unidades atienden una fracción pequeña (15%) de la consulta en todo el país, su importancia se acrecienta en ciertas áreas, como en aquéllas que fueron de la primera ola de la reforma, en las que el 25% de la consulta acude a estas unidades. En una lista depurada de establecimientos que se logró construir luego de un difícil proceso de consultas y chequeos, se determinó que el 32% de los centros de salud y el 20% de los puestos de salud no estaban brindando servicios médicos directos a la población.

La reforma del sector salud en Costa Rica se ha iniciado en áreas periféricas, de menor nivel socioeconómico, con una población más dispersa y con menor acceso a servicios y en las cuales los establecimientos de salud son de menor tamaño y menor complejidad. Sin embargo, gracias fundamentalmente al establecimiento de los EBAIS, la reforma ha reducido la brecha en la equidad de acceso. La proporción de población con acceso deficiente o inequitativo a los servicios de salud pasó de 20% a 15% en las áreas pioneras que iniciaron la reforma en 1995. En cambio, en las áreas que no se ha producido la reforma, la proporción con acceso deficiente se ha mantenido en alrededor de 3,5%. El progreso en las áreas de la primera ola de la reforma fue, sin embargo, mínimo en la equidad de acceso medida por la distancia al establecimiento más cercano. Esto sugiere que las ganancias se han debido, no tanto a la apertura de nuevos establecimientos, sino a la mejora de los existentes, especialmente con la creación de los EBAIS.

El análisis de información sobre uso de los servicios de salud recolectada en una muestra representativa de 3.400 hogares de todo el país permitió definir un índice de acceso a los servicios en el que cada establecimiento recibe una ponderación según su cercanía y tamaño. El efecto de “fricción de distancia” es más fuerte en las áreas rurales. Además, los hospitales reciben una mayor ponderación, en tanto que los centros, puestos y consultorios comunales reciben una menor ponderación que las clínicas. El índice también da una mayor ponderación a los que tienen EBAIS y una menor a los inaugurados en épocas recientes. Estas ponderaciones fueron calibradas con un modelo de regresión logística condicional de las probabilidades de elección de establecimiento por los hogares en la encuesta y, por tanto, reflejan las preferencias de la población. Este índice de acceso es un avance sobre medidas más tradicionales de acceso como la distancia o el tiempo de viaje al establecimiento más cercano o la densidad de servicios en una área administrativa.

El análisis de uso de los servicios mostró que apenas una tercera parte de la población va al establecimiento más cercano. Hay, por ejemplo, una fuerte preferencia por el servicio que brindan los hospitales aunque éstos se encuentren más lejos (en las áreas aún no reformadas, casi la mitad de las consultas ocurren en hospitales). También la población prefiere los establecimientos con EBAIS. Estos hallazgos demuestran las deficiencias de indicadores tradicionales de acceso, que se centran en el establecimiento más cercano, y justifican el índice desarrollado en el presente estudio.

El mapeo de los niveles de acceso en todas las localidades del país mostró que las deficiencias e inequidades del acceso a los servicios tienden a localizarse en áreas periféricas. Además existe un alta concentración de población con acceso deficiente hacia el sudoeste del Valle Central en las regiones de los Santos y Acosta.

En la toma de decisiones para corregir las inequidades de acceso, debe optimizarse el uso de recursos escasos. Una forma de hacerlo es identificando las áreas donde el impacto será mayor. Para ello no basta identificar las áreas con acceso deficiente, sino también debe considerarse el volumen de la población que se beneficiará. Ello puede hacerse sin mayor dificultad combinando en el GIS la capa de población (mapa 1) con la capa de acceso (mapa 2). La combinación de estos dos mapas sugiere que el impacto mayo se lograría mejorando el acceso en las en la periferia del Valle Central, especialmente hacia el sur en las regiones de los Santos y Acosta, pues allí se dan las mayores concentraciones poblacionales con acceso deficiente. La mejora en el acceso en áreas de baja densidad demográfica tendría un menor impacto y requeriría estrategias diferentes como unidades móviles, establecimientos pequeños y, quizás, la participación de voluntarios y personal comunitario. En todo caso, debe subrayarse que la disponibilidad de información en un GIS permite responder con facilidad a preguntas de el impacto que tendrían medidas alternativas para alterar la oferta de servicios.

El estudio ha mostrado la necesidad de que Costa Rica organice un sistema mínimo de información de la oferta de servicios de salud que permita conocer por lo menos los establecimientos que están en funcionamiento. Ha mostrado también la factibilidad y utilidad de usar los GIS para dar seguimiento y evaluar el proceso de reforma y la equidad en el acceso a los servicios. Este GIS permite evaluar distintos escenarios de modificaciones en la oferta y, de este modo, dar directrices para optimizar la toma de decisiones respecto a la localización de nuevos establecimientos y de medidas alternativas para mejorar la equidad de acceso.

REFERENCIAS

- Bertrand, J. T. (1994) *Data on Services: Experience in the Population Field*. National Academy of Sciences.
- Bitrán, R., y McInnes, K. (1993) *The Demand for Health Care in Latin America. Lessons from the Dominican Republic and El Salvador* (EDI Seminar Paper No. 46). Economic Development Institute of The World Bank.
- Bracken, I. (1989) *The Generation of Socioeconomic Surfaces for Public Policy Making*. *Environment and Planning B*, 16 (4): 307-316.
- Breslow, N. E., y Day, N. E. (1980) *Statistical Methods in Cancer Research, Vol. 1*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Chayovan, N., Hermalin, A., y Knodel, J. (1984) *Measuring Accessibility to Family Planning Services in Rural Thailand*. *Studies in Family Planning*, 15 (5): 201-211.
- Davanzo, J., Peterson, C., Peterson, J., Reboussin, D., y Starbird, E. (1988) *What Accounts for the Increase in Contraceptive Use in Peninsular Malaysia, 1956–75? Development vs. Family Planning Effort*. En:

- Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans.*
- Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Entwisle, B., Hermalin, A., Kamnuansilpa, P., y Chamrathirong, A. (1984) A Multilevel Model of Family Planning Availability and Contraceptive Use in Rural Thailand. *Demography*, 21 (4): 559-574.
- Fisher, A., Mensch, B., Miller, R. A., Askew, I., Jain, A. K., Ndeti, C., Ndhlovu, L., y Tapsoba, P. (1992) *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*. New York: The Population Council.
- Greene, W. H. (1990) *Econometric Analysis*. New York: Macmillan.
- Handy, S. y Niemeier, D.A. (1997) Measuring Accessibility: An Exploration of Issues and Alternatives. *Environment and Planning A* 29 (7): 175-94.
- Hermalin, A. I., Riley, A. P., y Rosero Bixby, L. (1988) A Multi-level Analysis of Contraceptive Use and Method Choice in Costa Rica. En: A. I., Hermalin, y J. Casterline (Principal Investigators.), *Effects of Contextual Factors on Fertility Regulation in Costa Rica and Egypt*. (NICHD Contract N01 HD-62902). Ann Arbor, MI: Population Studies Center of the University of Michigan.
- Hurn, J. (1993) *Differential GPS Explained, An Exposé of the Surprisingly Simple Principles behind Today's Most Advanced Technology*. California: Trimble Navigation Limited.
- Longley, P., y Clarke, G. (1995) *GIS for Business and Service Planning*. Glasgow, U.K.: John Wiley and Sons.
- Makuk, D. M., Haglund, B., Ingram, D. D., Kleinman, J. C., y Feldman, J. J. (1991) The Use of Health Service Areas for Measuring Provider Availability. *The Journal of Rural Health*, 7 (4): 347-356.
- McCullagh, P., y Nedler, J. A. (1989) *Generalized Linear Models*. London: Chapman and Hall.
- Mesa-Lago, C. (1985). Health care in Costa Rica: Boom and crisis. *Social Science and Medicine*, 21(1), 13-21
- MIDEPLAN, and MS (1993) *Plan Nacional de Reforma del Sector Salud*. San José, Costa Rica: Presidencia de la República, Programa Reforma del estado.
- PCP (1998) *Estimaciones y Proyecciones de Población Actualizadas a 1996. Costa Rica 1975-1996*. San José, Costa Rica: Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.
- Population Reference Bureau (2000) *2000 World Population Data Sheet*. Washington D.C.: Population Reference Bureau
- Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rosero-Bixby, L. (1987) Disponibilidad y accesibilidad de los servicios públicos en las comunidades de Costa Rica. Asociación demográfica Costarricense.
- Rosero-Bixby, L. (1991). Socioeconomic development, health interventions, and mortality decline in Costa Rica. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement N. 46*, 33-42.
- Rosero-Bixby, L. (1993) Physical Accesibility to Health Facilities in Costa Rica. [*International Population Conference*]. Montreal: IUSSP.
- Rosero-Bixby, L. (1997) Dimensiones espaciales de la planificación familiar en Costa Rica: La importancia de geocodificar las encuestas demográficas. En: L. Rosero-Bixby, A. Pebley y A. Bermúdez (Editores), *De los Mayas a la Planificación Familiar: Demografía del Istmo*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica (265-286)
- Scholten, H. J., y de Lepper, M. J. C. (1991) The Benefits of the Application of Geographic Information Systems in Public and Environmental Health. *World Health Statistics Quarterly*, 44(3), 160-170.
- StataCorp (1997) *Stata Statistical Software: Release 5.0*. College Station, Texas: Stata Corporation.
- Wilkinson, M. I., Njogu, W., y Abderrahim, N. (1993) The Availability of Family Planning and Maternal and Child Health Services. *Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No. 7*. Columbia, Maryland: Macro International Inc.
- Wrigley, N. (1995) Revisiting the Modifiable Areal Unit Problem and the Ecological Fallacy. En: A. D. Cliff, P. R. Gould, A. G. Hoare, y N. J. Thrift (Editors.), *Diffusing Geography Essays for Peter Haggett*. Oxford UK: Blackwell.

Cuadro 1. La oferta: establecimientos de salud y sus características promedio. Costa Rica, 1998

Tipo de establecimiento	Total	Sin Reforma a Junio/98	Reforma 1996	Reforma en 1995
Total	777 (646)	185(150)	256 (222)	327 (274)
Hospitales	29	16	6	7
Clínicas	147	36	51	60
Centros de Salud	90 (62)	39 (26)	19 (7)	32 (16)
Puestos salud rural	428 (342)	93 (70)	147 (123)	188 (149)
Consult. comunales	83 (79)	3 (2)	37 (35)	43 (42)
EBAIS*	425	3	195	227
<u>Establecimiento promedio</u>				
Area construcción (m2)	1 096	2 250	850	521
Camas/hospital	208	299	133	65
Horas MD Semanales	73	171	45	41
Consultas Semanales	761	1249	625	397
Presión sobre servicios**	1.34	1.23	1.56	1.60

En paréntesis el número de establecimientos activos

* Equipos básicos de atención integral de la salud

** Razón demanda/oferta potenciales en área seleccionada

Cuadro 2. Indicadores de la demanda por servicios de salud

Indicadores de demanda	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
Población millones 1995	3,50	1,86	0,81	0,84
Distribución territorial (%)	100	20	33	47
Distribución poblacional (%)	100	53	23	24
Densidad población (km2)	67	177	47	34
Crecimiento poblacional (%)	2,8	2,8	3,4	2,5
Tasa Natalidad (1,000s)	20,4	19,6	20,9	21,5
Mortalidad Infantil (por 1,000)				
1990-94	14,0	12,9	15,6	14,8
1995-96	12,5	11,9	13,2	13,2
1997-98	13,6	12,8	14,8	14,3
<u>Encuesta Hogares de 1997</u>				
(N)	(3 393)	(1 270)	(1 162)	(960)
Nivel de educación (años)	6,9	7,9	5,7	5,5
Hogares pobres (%)	15%	10%	21%	22%
Ingreso familiar mensual US\$	495	584	413	379

Cuadro 3. Acceso: densidad de servicios por habitante

Servicios de Salud	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
Camas por 10.000 hab.	16	24	9	5
Horas MD por 100 hab., 1998	67	68	62	68
Habitantes por EBAS	—	—	4.396	3.879
Horas MD por 100 hab., 1994	65	70	57	62

Cuadro 4. Acceso al establecimiento de salud más cercano 1994 y 1998

Establecimiento de Salud más cercano	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
Situación en 1998				
Distancia mediana (Km)	1,16	1,10	1,28	1,35
A 4 km o más (%)	8,3	3,6	12,9	14,9
Situación en 1994				
Distancia mediana (Km)	1,20	1,10	1,51	1,53
A 4 km o más (%)	8,9	3,4	14,3	16,3
Variación 1994-98				
Distancia mediana (Km)	-0,04	0,00	-0,23	-0,18
A 4 km o más (%)	-0,6	0,2	-1,4	-1,4
Tamaño establecimiento más cercano (horas MD/semana)	198	289	79	96

Cuadro 5. Uso de los servicios de consulta externa en una muestra nacional de hogares 1997

Uso de servicios de salud	Total	Si reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
(N)	(3.393)	(1.289)	(1.049)	(1.055)
Consultaron en 1997*				
(N)	(2.156)	(771)	(666)	(719)
Porcentaje	72	72	70	75
Establecimiento consultado (%)				
Total	100	100	100	100
Hospital	35	37	34	33
Clínica	37	35	40	37
Centro de Salud	3	4	3	4
Puesto de Salud	11	7	12	13
Consultorio Comunal	2	0	1	5
Sector privado o mixto	12	17	10	9

Es el más cercano (%)	34	28	35	38
Mediana de:				
Viaje en minutos (reporte)	20	20	25	20
Distancia Km (GIS)	3,6	3,1	4,7	4,1

* La encuesta se efectuó en julio de 1997

Cuadro 6. Regresión logística condicional de la elección de establecimiento de salud, encuesta de hogares 1997

Variable explicativa	Elasticidad	OR	valor z	P> z
Horas MD (<i>hMD</i>)	0,93	–	21,37	0,00
Distancia en km, (<i>dkm</i>):	-1,56	–	-37,05	0,00
Interacción con rural	-0,47	–	-8,84	0,00
Interacción reside				
2+ km de carretera	-0,50	–	-6,08	0,00
Inaugurado en 1990s (<i>nue</i>)	–	0,44	-6,41	0,00
Hay EBAIS (<i>eba</i>)	–	1,28	3,02	0,00
Tipo establecimiento				
Clínica SS	Referencia	1,00	–	–
Hospital	–	1,30	2,92	0,00
Centro, puesto, cons, comunal	–	0,69	-2,81	0,01

OR = "Odds ratio" o razón de chances

N = 130.375 pares. Pseudo R2 = 0.56.

Diseño caso-control pareados (64 controles por caso en promedio)

Ecuación para clínicas de residentes en ciudades a menos de 2 km de carretera:

$$a_{ji} = \frac{hMD_j^{0,93}}{dkm_{ji}^{1,56}} (0,44)^{nue_j} (1,28)^{eba_j}$$

Cuadro 7. Índice de acceso a servicios médicos 1994 y 1998

Índice de Acceso	Total	Sin reforma a Junio/98	Reforma 1996-98	Reforma 1995
<u>Situación en 1998</u>				
Mediana índice de acceso*	126	153	83	59
Inequidad en acceso (%)**	8,2	3,4	12,9	14,6
<u>Situación en 1994</u>				
Mediana índice de acceso*	114	144	69	42
Inequidad en acceso (%)**	10,7	3,6	17,4	20,3
<u>Variación 1994-98</u>				
Mediana índice de acceso*	12	9	14	17
Inequidad en acceso (%)**	-2,5	-0,3	-4,4	-5,7

*Unidades: horas médico anuales en radio de 1 km por 1.000 personas

**Porcentaje bajo el umbral de 10 horas MD

LA REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA

Juan Eduardo Céspedes Londoño

INTRODUCCIÓN

Durante la década pasada, y dentro de un ambiente general de intenso cambio y transformación institucional, Colombia inició una profunda reforma de su sistema de salud con una misión ambiciosa: ***“Garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad, con el fin de mantener y preservar la salud de las personas”***.

Este proceso responde a principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, consagrados en la Carta Magna de 1991 y posteriormente desarrollados por las leyes 60 y 100 de 1993 y 715 de 2001. De otro lado, también responde a tendencias de globalización de la economía, reconfiguración, modernización y privatización de algunas funciones del Estado, que actualmente están siendo incorporadas a nuevas estrategias para mejorar la eficiencia del gasto público y la calidad de los servicios públicos en toda América Latina. Como resultado, el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS), modelado originalmente al estilo de otros sistemas de salud en la Región, se está transformando aceleradamente en un sistema moderno de seguridad social en salud, concebido con el doble propósito de mejorar las condiciones de salud en la población y contribuir al desarrollo social y económico del país, en general.

Dentro del contexto mundial, el caso de Colombia se destaca porque representa una de las más trascendentales reformas en salud, jamás emprendida por país alguno, que afectó radicalmente la organización y funcionamiento de todo el Sector, valiéndose de novedosos paradigmas. Por ello, resulta aleccionante para otros países del mundo que han emprendido procesos similares.

A continuación inicialmente presentaré un marco teórico y conceptual que nos permitirá analizar el proceso de Reforma en Salud Colombiano. Luego, los principales hechos históricos que la antecedieron. Más adelante, describiré el diseño resultante adoptado por el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los principales resultados obtenidos por el mismo. Y, finalmente, presentaré las conclusiones, desafíos y recomendaciones principales que se derivan de este interesante caso.

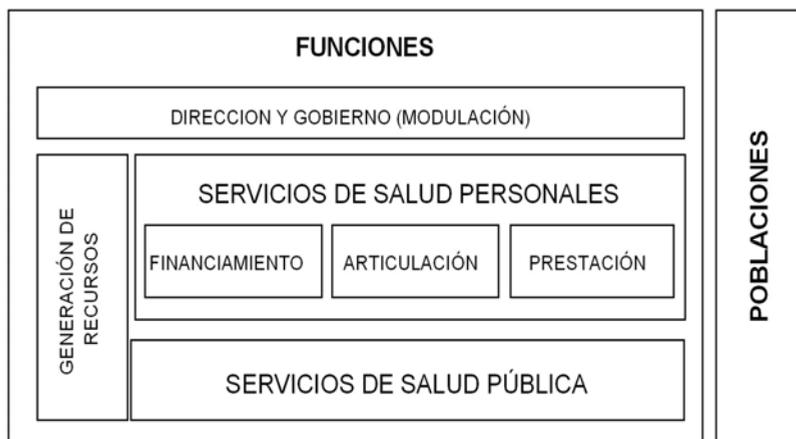
MARCO CONCEPTUAL

Luego de un intenso debate académico, el último Estudio Sectorial de Salud realizado en Colombia durante 1989, bajo la dirección de Francisco Yepes, definió la Misión del Sector, como: *“Mantener y preservar la salud de la población”* (Yepes, 1989). Hoy día, ésta definición sigue siendo válida en su esencia. Sin embargo, la nueva Constitución de 1990 incorporó nuevos principios que la amplían así: *“Cubrir las necesidades y demandas de salud de la población en condiciones de equidad, eficiencia y calidad”*.

La misión planteada arriba representa el objeto material del Sistema de Salud Colombiano. Sin embargo, el gran desafío consiste en cómo alcanzarla, lo cual representa su objeto formal.

Para examinar las profundas transformaciones que ha experimentado el Sistema durante las últimas décadas y, seguidamente, evaluar sus respectivos componentes, emplearemos el marco conceptual propuesto por Juan Luis Londoño y Julio Frenk (1997). Las distinciones propuestas fueron compatibilizadas con los conceptos de la teoría económica de la regulación. Como se aprecia en la Figura 1, Londoño y Frenk distinguen, además de la *Generación de Recursos*, cuatro funciones que desarrollan todos los sistemas de salud, en general: *Financiamiento*, *Articulación*, *Prestación* y *Modulación*. Estos autores proponen que, idealmente, deben existir instituciones especializadas para desarrollar cada una de tales funciones para toda la población (esto es, integración de la población en el sistema de salud y segregación institucional). Sin embargo, en la mayoría de los sistemas reales las instituciones desarrollan algo desordenadamente estas funciones, lo que genera diversos problemas.

Figura 1 Componentes de un Sistema de Salud

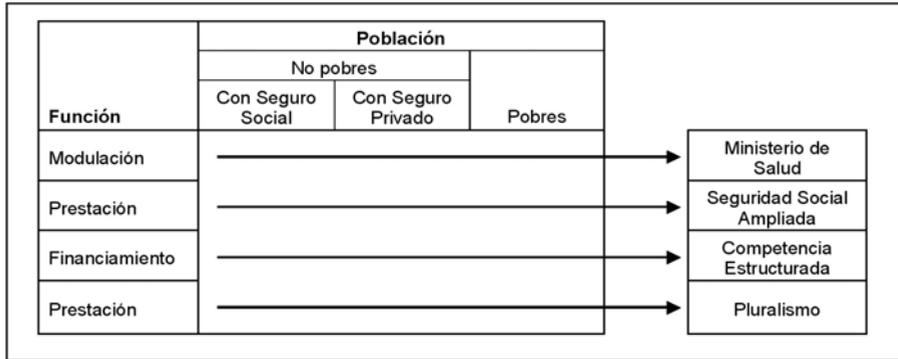


Este marco conceptual, además, es pertinente porque inspiró la reforma del sector salud en Colombia y es la base conceptual de la Ley 100. Como lo muestra la Figura 2, en el modelo teórico que inspira el sistema de salud colombiano (llamado *Modelo de Pluralismo Estructurado* por Londoño y Frenk), la población está integrada y la asignación de funciones es segmentada en instituciones especializadas. El sistema de salud resultante no está organizado por grupos sociales, sino por funciones (Frenk *et al.* 1994).

Un rasgo clave de este modelo es su capacidad de identificar de manera explícita cada una de las funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud y las diferentes funciones que cumple el Sistema se vuelven explícitas y se fortalecen. Por ejemplo, el carácter público del *financiamiento* constituye un rasgo central del *Modelo de Pluralismo Estructurado*. En el grupo más pobre, éste adopta la forma de subsidios; en grupos no pobres, adopta la forma de contribuciones obligatorias

que anticipan episodios de enfermedad. En este esquema, **la modulación** se convierte en la misión principal de los Ministerio de Salud (MS). En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil, el MS aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Al establecer reglas del juego transparentes y justas, los MS podrán delegar cada vez más la operación de muchas de las funciones supervisión y control a organizaciones participantes gubernamentales y de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

Figura 2 Modelo de Pluralismo Estructurado



El financiamiento se convertiría en la responsabilidad central de la Seguridad Social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. Los subsidios en este modelo están orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de presupuestos históricos independientes del desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial para el prestador, dependiente de la elección del consumidor. El manejo de ese pago se convertiría en un elemento clave de **la función de articulación**, que ahora sí se volvería explícita y sería responsabilidad de instituciones especializadas.

Por último, **la prestación** directa de los servicios personales quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas. En las áreas urbanas existiría competencia entre los proveedores. Sin embargo, en el caso de los servicios de salud pública, dirigidos a la población y el medio ambiente, es responsabilidad del Estado.

En el caso concreto de Colombia, la misión definida arriba no difiere, en lo fundamental, del objeto de cualquier otro sistema de salud. Sin embargo, lograr los ideales explícitos de **“cubrir las necesidades y demandas de salud de la población en condiciones de equidad, eficiencia y calidad”**, representa un verdadero desafío en la práctica. Ello se debe a dos razones fundamentales (Tokman, 2000; Abbot, 1995):

1. Los mercados libres de intervención y regulación estatal fallan en satisfacer las expectativas sociales de cobertura universal con eficiencia, calidad y equidad, porque se violan los siguientes supuestos para que un mercado sea perfecto: (1) Información perfecta entre los diferentes agentes del mercado sobre disponibilidad, precio y calidad de los bienes (o servicios) ofrecidos, (2) hay competencia perfecta, (3) el bien es privado, y (4) el mercado es completo.
2. Por estas razones, pero principalmente con base en argumentos de equidad, los mercados de salud son objeto de intervención estatal, en mayor o menor grado, en todas las sociedades del mundo (Roemer, 1989). En Colombia, concretamente, esta intervención se da por medio de la Función de Dirección Gobierno del SGSSS, responsable de modular el comportamiento del Sector. No obstante, aunque los fallos de mercado justifican plenamente la intervención y regulación estatal, paradójicamente, ésta puede fallar también, especialmente cuando se presenta: (1) captura de las agencias gubernamentales

reguladoras y fiscalizadora por parte de intereses políticos o privados, lo cual puede comprometer la imparcialidad, autoridad, legitimidad y, en general, la eficacia para velar y garantizar el bienestar general; (2) autorregulación defectuosa, lo cual puede generar comportamientos monopolísticos;¹ (3) falencias en la capacidad técnica para diseñar las regulaciones, debido principalmente a limitaciones de conocimiento, lo cual puede dar origen a regulaciones que resulten imposibles de cumplir por los altos costos de transacción implicados o que agraven los fallos de mercado que pretenden corregir; (4) falta de capacidad técnica suficiente para supervisar y controlar la implementación de las regulaciones existentes, debido a limitaciones de recursos técnicos (e.j., Sistemas de Información, tecnología de Informática, procesos y procedimientos) financieros y humanos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Para alcanzar su misión, el Sistema de Salud de Colombia ha venido experimentando profundas transformaciones desde 1886. Esta evolución reconoce al menos cuatro etapas: 1) Sistema de beneficencia pública, 2) surgimiento de la seguridad social, 3) desarrollo y consolidación del antiguo Sistema Nacional de Salud, y 4) construcción del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sistema de Beneficencia Pública

Aunque la Constitución de 1886 le otorgó responsabilidades al Estado, hasta la primera mitad del siglo pasado hubo muy poca intervención estatal, excepto en la prestación de algunos servicios de salud pública (ej., campañas para el control de la malaria, Viruela, TBC). La mayor parte de los servicios de salud se financiaban y entregaban en función de la capacidad de compra de la población a través de los sistemas privados y de beneficencia pública (Quevedo, 1989).

Surgimiento de la Seguridad Social

A partir de 1945, fueron creadas las primeras instituciones de seguridad social en Colombia, modeladas en el Sistema de Seguridad Social de la Alemania Bismarckiana. Así surgieron las dos primeras instituciones de seguridad social en Colombia: La Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS), creadas para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de los segmentos de la población con empleo formal, en el sector público y privado, respectivamente. Al finalizar la década de 1980, había en Colombia más 1,000 instituciones de este tipo, denominadas cajas de previsión social, de orden nacional, departamental y municipal; sin embargo, este conjunto de instituciones, *a pesar de demandar la mitad de todos los recursos del sector salud solo atendían al 20% de la población*. De esta forma, se inicia una etapa de intervención estatal cada vez mayor; los demás segmentos de la población accedían a los servicios de salud principalmente a través de los sistemas privados y de beneficencia pública.

Sistema Nacional de Salud

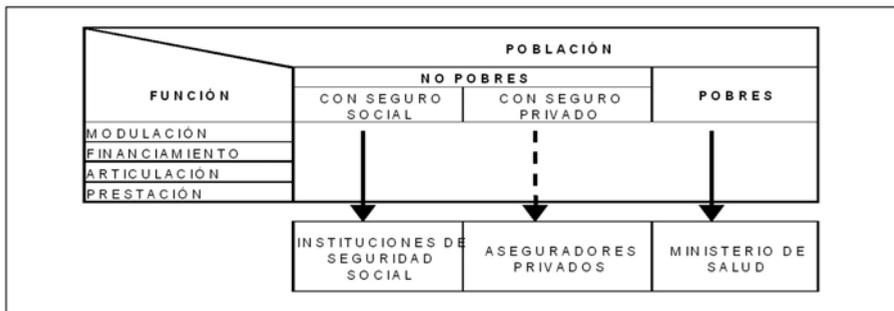
Durante el período 1975-1990 se creó y consolidó el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Yepes, 1999; Céspedes, 1999). Este sistema, reemplazó en buena parte (aunque no totalmente) el antiguo sistema de beneficencia pública, a través del cual se cubrían los segmentos de población sin capacidad de compra. Para ello, adoptó un modelo de intervención estatal directa sobre la planeación, financiamiento, producción y entrega de servicios de salud (hasta el punto de nacionalizar muchos hospitales de origen privado); en

¹ Por ejemplo, cuando el Estado en vez de regular ciertas profesiones en forma directa, opta por delegar la autoridad en una asociación gremial para que se autorregulen (ej., asociación o colegio médico); algo similar puede ocurrir en relación con las instituciones prestadoras de servicios de salud. La ausencia de un nivel mínimo de reglas, transparencia y rendición de cuentas ante la sociedad por parte de grupo autorregulado puede resultar en prácticas monopolísticas en pos de su propio beneficio en vez del proteger el bien común.

efecto, éste enfoque ha sido adoptado por muchos otros gobiernos con el fin de garantizar la cobertura universal, a pesar de sus consecuencias conocidas sobre la eficiencia y la calidad.

El antiguo SNS, correspondía en realidad a un modelo fragmentado, similar a los de la mayor parte de los países latinoamericanos. Lo integraban tres subsistemas de prestación de servicios, cada uno dirigido a segmentos distintos de la población y con mecanismos de modulación, financiamiento y prestación de servicios diferentes (Figura 3):

Figura 3. Modelo Segmentado



1. **Subsistema de salud pública (SSP).** Este primer subsistema, incorporaba todas las tres funciones, antes mencionadas, en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud (MS); para mejorar su eficiencia, había una fuerte desconcentración operativa en los Servicios Seccionales de Salud (SSS). Los organismos e instituciones que conformaban el SSP (incluida toda la red pública de instituciones prestadoras de servicios, que estaba adscrita), se financiaban vía subsidios a la oferta, originados en los ingresos corrientes de la nación y en otras fuentes públicas de destinación específica. De esta forma, el SSP cubría al 75% de la población de más bajos ingresos, con un paquete de servicios de baja calidad, que le demandaba el 40% del gasto total del Sector, aunque, en el mejor de los casos, alcanzaba sólo al 40%.
2. **Subsistema de Seguros Sociales (SSS).** Este segundo subsistema lo conformaban el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión. Estas instituciones eran moduladas por el Ministerio del Trabajo, ya que además de los riesgos generales de salud también administran los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez. Se financiaba a través de impuestos parafiscales que pagaban las empresas afiliadas y entregaban en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo cautivo que representaba al 20% de la población, correspondiente al segmento formal de la economía. Pero no obstante su baja cobertura, el SSS demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del Sector.
3. **Subsistema Privado de Servicios (SPS).** Este último subsistema era el menos regulado de los tres. Se financiaba a través de pólizas privadas de seguros y de pagos directos de bolsillo. Ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos y demandaba el 10% ciento total del Sector.

Nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud

La organización fragmentada que caracterizaba al antiguo Sistema Nacional de Salud, rápidamente hizo crisis porque resultó inadecuada frente a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad y, además, por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población.

Este hecho, sumado al nuevo modelo de desarrollo económico y social consagrado por la nueva Constitución de 1991, dieron origen a un nuevo proceso de reforma en salud. Concretamente, el nuevo modelo de seguridad social en salud adoptado en Colombia fue el resultado de cuatro macro tendencias de política social y económica: (1) menor intervención estatal directa en la prestación de servicios (excepto los servicios de salud pública); (2) mayor descentralización de la administración pública; y (3) mayor participación de los diferentes agentes, especialmente los consumidores, en la operación del mercado; pero, (4) de acuerdo con reglas de juego (incentivos y regulaciones) diseñadas, supervisadas y controladas por el Estado.

El nuevo SGSSS fue adoptado formalmente a través de varios instrumentos claves. Primero, la Constitución de 1991 –creada por la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), conformada en 1990–, donde se consagraron los principios de eficiencia, calidad y equidad que enmarcaron el nuevo modelo de desarrollo económico y social, en general, y de seguridad social, en particular. Y segundo, la Ley 100 de 1993, promulgada por el Congreso de la República. Esta Ley, desarrolló estos principios constitucionales, y definió formalmente la organización y funcionamiento del nuevo SGSSS. Para ello, se apoyó en una Comisión Accidental de Seguridad Social, creada durante 1992, con el propósito de recoger y analizar evidencias teóricas y empíricas, y desarrollar un modelo concertado que incorporara las posiciones planteadas inicialmente desde la ANC. La Ley, cuyos dos ponentes fueron Alvaro Uribe Vélez y Jaime Arias Ramírez, en la parte de salud, dio origen a otros dos sistemas adicionales al SGSSS: Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) y Sistema General de Pensiones (SGP). En particular, el SGSSS fue diseñado como un modelo de competencia regulada por el Estado. Adicionalmente, reconoció la intervención de la comunidad (a través de los beneficiarios del Sistema), sobre la “organización, control, gestión, fiscalización de las instituciones que integran el Sistema en su conjunto”, en desarrollo del principio de “participación” (Isaacs, 2000). Este último principio corrobora el hecho de que el éxito del SGSSS depende de su comportamiento potencial como sistema auto-referente, es decir bajo el control directo de sus beneficiarios y usuarios, y no exclusivamente por el Estado.

Hay otras normas, que también afectan la organización el funcionamiento del SGSSS. Las principales, son las leyes las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 y, más, recientemente la ley 715 de 2001, a través de las cuales fortaleció y consolidó el proceso de descentralización de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud; y, de otro lado, las leyes 608 y 489 de 1999, que reformaron toda la administración pública.

DISEÑO DEL SGSS

El nuevo SGSSS fue diseñado siguiendo un modelo de competencia regulada el cual se asemeja conceptualmente al modelo de Pluralismo Estructurado descrito. Su característica fundamental es que las funciones principales del Sistema están separadas e integradas horizontalmente. Algunas, son responsabilidad directa del Estado (ej., dirección y gobierno, financiamiento, provisión de servicios de promoción y prevención, otorgamiento de subsidios). Otras, son desarrolladas por agentes públicos y privados (ej., aseguramiento y prestación de servicios de salud). Este nuevo arreglo, también se encuentra en otras reformas que están siendo introducidas por otras democracias pluralistas de la Región (Almeida, 1999; BID, 1995), y contrasta con el antiguo SNS, en donde coexistían varios sistemas independientes que integraban verticalmente las funciones de modulación, financiamiento y prestación de servicios; adicionalmente, representa la respuesta por parte de las autoridades de planeación económica y social (Jaramillo, 1999;), a la ineficiencia, mala calidad e inequidad que caracterizaban al antiguo Sistema Nacional de Salud (Yepes, 1990).

En general, la reforma de salud colombiana resulta atractiva porque las políticas e instrumentos que la enmarcaron, se consideran bien enfocadas frente a las necesidades y demandas prioritarias de salud de la población; y, además, es relevante e innovadora en relación con los demás objetivos centrales de eficiencia y calidad que orientan la respuesta organizada en salud y están consagrados en la Constitución. Este argumento es ampliamente aceptado, inclusive por parte de los más vigoroso contradictores (Patiño, 1999), y se apoya en tres hechos concretos. Primero, la Reforma colombiana responde a las nuevas realidades y

retos impuestos por la transición en salud que experimenta el país: la evolución acelerada hacia un perfil de necesidades dominado por una carga creciente de enfermedades crónicas y traumas, que ejerce una presión, cada vez mayor, sobre la demanda y utilización de tecnologías sofisticadas y costosas (Céspedes, 1995 y 1999; Murray, 1996; Jamison, 1993). Segundo, el diseño adoptado esta acorde con las teorías, experiencias y tendencias modernas sobre reforma de los sistemas de salud (Harvard, 1993; Marset-Campos, 1998; Frenk, 1998; Hsiao, 1998; WB, 1993, 1997, 2001; Jack, 1999). Tercero, es coherente con las opiniones y recomendaciones de muchos expertos en regulación y reforma de sistemas de salud (Harvard, 1996; Preker, 1999).

Además, retó paradigmas tradicionales en salud pública (Chernichovsky, 1995). Esto, generó una intensa controversia y debate sobre su validez y viabilidad. Los grupos que, de alguna manera, han visto afectados sus intereses especiales, como los profesionales de la salud, los hospitales y los sindicatos, han sido particularmente críticos y reticentes al cambio. Es más, en la práctica, la Reforma tuvo consecuencias iniciales muy traumáticas sobre la base institucional del Sector, debido a la forma abrupta y radical como se dio el proceso de cambio, sumado a la poca asistencia técnica por parte del Gobierno para apoyarlo. Estos traumatismos (aunque en cierta medida inevitables, principalmente por lo radical del cambio), acrecentaron aún más la controversia en torno a la validez del SGSSS como instrumento fundamental de la política de salud colombiana.

Por estas razones, la evolución del SGSSS no corresponde con precisión a un modelo teórico “puro”, sino más bien a la historia de adaptaciones que debió atravesar para nacer y sobrevivir (Bitran, 2001; Yepes, 2000). Los inevitables avatares de los procesos políticos, lo obligaron a adaptarse desde su concepción a las diversas corrientes de pensamiento, fuerzas e intereses en juego.

A continuación se describen las funciones fundamentales, que cumple el nuevo SGSSS, cada una de las cuales comprende procesos de producción propios y excluyentes, altamente diferenciados entre sí, a saber: (1) financiar la demanda de atención en salud; (2) prestar los servicios de salud; (3) articular las dos funciones anteriores, a través de dos regímenes de aseguramiento, contributivo (RC) y subsidiado (RS), que administran las Entidades Promotoras de Salud (EPS); y, (4) modular el comportamiento de todo el SGSSS (Londoño, 1997; Céspedes, 1999).

Financiamiento

El modelo de financiamiento adoptado por el SGSSS está orientado a movilizar recursos, en su mayoría de origen público, hacia la demanda. De acuerdo con estimaciones recientes hechas por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), Colombia destina más del 8% del PIB al financiamiento del Sector Salud, esfuerzo que se considera razonable para un país de mediano nivel de desarrollo como Colombia.

La mayor parte de estos recursos, son administrados a través de un fondo central, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y de los Fondos Territoriales de Salud (FTS), respectivamente. Los recursos provienen de múltiples fuentes parafiscales y fiscales, siendo las más importantes las siguientes: 1) situado fiscal (SF); 2) ingresos corrientes de la Nación (ICN); 3) recursos de solidaridad manejados a través del FOSYGA; 4) recursos de prevención y promoción también manejados a través del FOSYGA; 5) recursos destinados a eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) también manejados a través del FOSYGA; 6) contribuciones obrero-patronales al RC del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); 7) compensación al FOSYGA por parte del RC; 8) “pari passu” y regalías del Gobierno Nacional; 9) aportes obligatorios de las Cajas de Compensación Familiar; 10) aportes de las loterías; 11) aportes de las licoreras; 12) impuestos a la cerveza; 13) esfuerzo del presupuesto nacional; 14) esfuerzo propio de las entidades territoriales; 14) aportes de ECOSALUD; y, 15) aportes de solidaridad provenientes de los regímenes excluidos.

Con estos recursos, el FOSYGA y los FTS, le pagan a las EPS una prima fija (diseñada con base en el método de tasación comunitaria y ajustada por riesgo), la Unidad de Pago Capitado (UPC), por la administración del POS. La afiliación al SGSSS depende del nivel socioeconómico y capacidad de compra

de las personas. Las personas formalmente empleadas y los trabajadores independientes, con capacidad suficiente, se afilian al Régimen Contributivo (RC) y aportan el 12% de su salario al SGSSS. Estos aportes, son recaudados a través de las EPS por delegación del Sistema; las EPS, a su vez, mediante un proceso de cruce de cuentas, compensan con el FOSYGA la diferencia entre el monto recaudado y la UPC que el SGSSS les reconoce por cada individuo afiliado. Los individuos más pobres de la población, sin suficiente capacidad de compra, se afilian al Régimen Subsidiado (RS), luego de un proceso de focalización individual, administrado por los gobiernos locales, a través de un proceso conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN); una vez focalizados y afiliados al RS, el Estado le subsidia a estas personas el valor de la UPC.

La multiplicidad de fuentes de financiamiento y complejidad que caracterizan la forma como se financia el SGSSS tiene dos lecturas. Para algunos es el origen de la confusión, falta de sincronía y ocasión para malos manejos; para otros, es el resultado del gran crecimiento reciente en las disponibilidades (especialmente en el período 1993 a 1997), de la relativa estabilidad financiera del sector en un entorno de crisis económica y, sobre todo, de la equidad contributiva y distributiva destacada en un reciente estudio de la OMS. De hecho, en los últimos años las fuentes de origen nacional, manejadas más discrecionalmente por el gobierno nacional, han ido disminuyendo en su importancia relativa (tales como son los recursos del FOSYGA especialmente los aportes del presupuesto nacional conocidos como el “pari passu” y del petróleo); y a cambio, en sustitución, han ido aumentando su participación las fuentes a cargo de las entidades territoriales que se han convertido en sus defensoras ante las pretensiones de gobierno nacional de recortar su crecimiento.

Prestación de Servicios de Salud

Los servicios de salud que el SGSSS de Colombia ofrece a la población están comprendidos dentro de dos grandes modalidades de productos: Servicios personales y de salud pública.

Servicios personales

Esta primera modalidad comprende los servicios de tipo asistencial. Desde el punto de vista económico, tienden a comportarse como bienes privados por las pocas externalidades y la alta competitividad que los caracterizan; y, desde el epidemiológico, están orientados a *recuperar, rehabilitar y mantener la salud de los individuos*, lo que se conoce como prevención secundaria y terciaria de enfermedades (e.j., tamizaje y atención precoz, curación, rehabilitación).

El SGSSS de Colombia, ofrece dos tipos de planes de beneficios de este tipo: ***El Plan Obligatorio de Salud (POS)*** y ***los Planes Adicionales de Salud (PAS)***. El POS, en particular, fue diseñado para cubrir un grupo definido de patologías con los siguientes tipos de servicios:

- Hospitalización.
- Consulta ambulatoria.
- Cirugía.
- Medicamentos esenciales (genéricos).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio.
- Odontología básica.

No obstante, el POS también incluye algunos servicios de prevención y promoción primaria que están dirigidos a los individuos (e.j., vacunación y educación).

Hoy día, por razones netamente coyunturales de orden financiero, el POS del RS, comprende menos servicios, en comparación con el POS de RC. Pero, eventualmente, el POS deberá ser homogéneo en beneficios, calidad y condiciones de acceso, independientemente de las características sociales y económicas de los usuarios, en desarrollo del principio de equidad.

Los beneficios de tipo asistenciales que contempla el SGSSS colombiano fueron concebidos con la intención de maximizar el impacto de los recursos limitados del sector sobre el estado de salud de la población, tal como se refleja en la carga de enfermedad, medida a través de los Años de Vida Sana Perdidos (AVISA) (Ver Figura 4). El POS, particularmente, representa un poderoso instrumento para restringir el acceso a aquellas tecnologías de más alta prioridad, porque son las más costo-efectivas frente a las principales causas responsables de la carga de enfermedad que soporta la población (ej., atención de las mujeres gestantes). Para acceder a servicios igualmente costo-efectivos, pero dirigidos a otras patologías no amparadas por el POS, porque son menos frecuentes (ej., algunos cánceres), las EPS pueden ofrecer planes de atención complementaria en salud (PAS), los cuales pueden complementar el POS de tres formas: 1) Servicios adicionales a los especificados en el POS, 2) iguales servicios pero ofrecidos con mejores condiciones de hotelería, y) una combinación de ambos aspectos. En cambio, aquellas otras tecnologías en salud que son muy costosas y poco efectivas deben quedar excluidas de los planes de beneficios del SGSSS, por considerarse de baja prioridad (ej., trasplantes de órganos y algunos tratamientos de cáncer); sin embargo, aquellas dirigidas a problemas de salud que son causas importantes de carga de enfermedad, se consideran como prioritarias para la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud, que permitan una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Figura 4. Criterios de Priorización y Racionamiento Explícito Empleados para Definir los Planes de Beneficios

		COSTO EFECTIVIDAD	
		Alta	Baja
CARGA DE ENFERMEDAD	Alta	<p>POS</p> <p><u>Servicios de Alta Prioridad:</u> Prestación obligatoria a través del Plan Obligatorio de Salud.</p>	<p>EXCLUSIONES</p> <p><u>Servicios de Baja Prioridad:</u> Prioridad baja para la prestación de servicios pero alta para la investigación.</p>
	Baja	<p>PAS</p> <p><u>Servicios de Prioridad Intermedia:</u> Prestación discrecional a través de los Planes Adicionales de Salud.</p>	<p>EXCLUSIONES</p> <p><u>Servicios de No Prioritarios:</u> Tanto para la prestación de servicios como la investigación.</p>

Desde el punto de vista operativo, los servicios de salud personal contenidos en el POS son producidos y prestados a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas instituciones, son de naturaleza pública o privada y compiten entre sí. Las IPS públicas, en particular, se están transformando en Empresas Sociales del Estado (ESE), con autonomía jurídica, administrativa y financiera, como parte del proceso de descentralización .

Durante la última década en Colombia, las IPS iniciaron una etapa de profunda transformación para adaptarse a nuevos paradigmas y reglas de juego, especialmente en relación con la calidad y el financiamiento de los servicios de salud. Esta transformación se esta dando dentro de un ambiente cada vez menos protegido y, por el contrario, más competitivo, pero a la vez modulado por el Gobierno. Por consiguiente, la gran autonomía que ha caracterizado tradicionalmente tanto a las IPS como a los demás prestadores de servicios de salud, está cada vez más limitada y condicionada por tres fuerzas externas: (1) La intervención Gubernamental a través de incentivos y regulaciones, que buscan modular su comportamiento con criterios de equidad, eficiencia y calidad; (2) la intervención de las EPS en su condición de articuladores, en general,

y de gerentes del POS, en particular; y, (3) un mercado caracterizado por clientelas abiertas, cada vez mejor informadas y con libertad para elegir libremente entre diferentes opciones.

Como resultado, hoy día, el doliente principal del estado de salud en grupos poblacionales específicos (los afiliados a una empresa aseguradora) y, por consiguiente, el “*dueño del paciente*” es la EPS, más que la IPS, concepto que es central a la gestión del proceso de atención en salud (*managed care*). Esta intervención sobre la prestación de los servicios de salud por parte del Gobierno y las EPS ha generado, naturalmente, resistencia por parte de los gremios que representan los intereses de las IPS y de los profesionales de la salud, quienes interpretan las nuevas reglas de juego como una amenaza a sus intereses e intromisión dentro del ejercicio de la medicina por parte de otras profesiones y disciplinas. Un factor adicional que dificulta el proceso de transformación y adaptación, es el hecho de que con anterioridad a 1990 la mayoría de las IPS públicas eran administradas por el MS, a través de los antiguos SSS y, por tanto, se financiaban a través de presupuestos globales que eran ajustados anualmente en función de la inflación, sin tener en cuenta ni la productividad ni la calidad de los servicios prestados (Financiamiento a la oferta). De modo similar, muchas IPS privadas se financiaban a través de auxilios del Gobierno y de donaciones del público, y muy pocas IPS lo hacían en función de la productividad y calidad de los servicios. Las reformas introducidas a partir de 1990, cambiaron radicalmente estas reglas de juego y obligaron a las IPS a comportarse como verdaderas empresas, para poder sobrevivir así dentro de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud, con todo lo que ello implica (sistemas complejos de contabilidad, análisis de costos, mercadeo de servicios, contratación, facturación, administración de recursos humanos y soportes de tecnología de informática, entre otros). En efecto, algunas IPS de origen público y privado, que por su gran tamaño y complejidad tecnológica manejaban estructuras de costos fijos muy altos y resultaban ineficientes, no pudieron responder al cambio y salieron del Sistema o están a punto de hacerlo (Fundación Lorencita Villegas de Santos, Clínica Fray Bartolomé de Casas, Hospital San Juan de Dios).

Servicios de salud pública.

Esta segunda modalidad de servicios que ofrece el SGSSS comprende una amplia variedad de intervenciones sobre la población y el medio ambiente. Desde el punto de vista económico, se trata de servicios altamente costo-efectivos, que se diferencian de la primera modalidad (los servicios personales contenidos en el POS), porque tienden a comportarse como bienes públicos. Esto se explica por la presencia de externalidades positivas (una vez producidos y entregados a un individuo se benefician muchos más que no pagan por el servicio) y por su poca competitividad; de otro lado, en el caso del medio ambiente, algunas de las intervenciones van dirigidas a vigilar y controlar empresas que se caracterizan por producir bienes y servicios que pueden producir externalidades negativas sobre la población (ej., empresas que contaminan el aire y las fuentes de agua). Desde el punto de vista epidemiológico, los servicios de salud pública comprenden acciones de prevención primaria que están incluidas en el *Plan de Atención Básica (PAB)*, cuyos lineamientos generales define el MS (MINSALUD, 2000). Los objetivos generales del PAB son los siguientes:

- ***Proteger*** a la población de la hostilidad del medio ambiente a través de acciones de saneamiento ambiental (e.j. control de vectores, zoonosis, roedores y de otras plagas, alimentos, bebidas, medicamentos, sustancia tóxicas, residuos sólidos y líquidos, edificaciones y espacios públicos, calidad del aire y niveles de ruido, etc.).
- ***Prevenir*** la ocurrencia de enfermedades específicas a través de la vacunación e inmunización (e.j., Sarampión, TBC), búsqueda activa de contactos y del tamizaje y tratamiento precoz de enfermedades (e.j., Hipertensión, Diabetes, etc.), entre otras acciones.
- ***Promover*** conocimiento, actitudes, hábitos y destrezas (CAHP) de vida saludables en la población (e.j., programas de educación comunitaria e individual dirigidos a promover una sexualidad sana).

La mayoría de estos servicios, son financiados, planeados y entregados a la población a través de una diversidad de instituciones de salud pública incluidas el Instituto Nacional de Salud (INS), en el nivel

nacional, y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS); aunque, como se mencionó, algunos servicios de prevención y promoción dirigidos a los individuos están incluidos en el POS.

Desafortunadamente, en la práctica, la salud pública resultó seriamente damnificada por el proceso de reforma en salud. En el pasado, el MS administraba directamente la red de IPS públicas del país, a través de la cual producía tanto servicios personales como de salud pública, incluyendo acciones sobre las personas y el medio ambiente. Esta operación, estaba desconcentrada en los antiguos Servicios Seccionales de Salud (SSS), los predecesores de las actuales DTS y DLS, y organizada alrededor de dos grandes componentes: atención a las personas y atención al medio ambiente. Cada uno de estos dos componentes de la operación, contaba con planes y programas de servicios, recursos, manuales, objetivos y metas preestablecidos, indicadores para su seguimiento, y promotores de salud y de saneamiento ambiental que ejercían funciones especializadas.

Este modelo de salud pública, que caracterizaba al antiguo SNS, comenzó a ser desmontado a partir de 1994, lo cual originó traumatismos en todos los tres niveles del Sistema de Dirección y Gobierno de la Salud Pública. Hoy día, por ejemplo, en el ámbito de formulación de políticas y producción de regulaciones, que determinan los dos productos principales del subsistema de salud pública (las intervenciones sobre la población y el medio ambiente), se evidencia una gran dispersión y fragmentación del proceso.

Esta situación produjo al menos dos grandes consecuencias. Primero, el Código Sanitario vigente se tornó obsoleto. Este código fue diseñado hace más de una década e incluye una extensa regulación, orientada principalmente al control de factores biológicos, con el objeto de responder a las necesidades derivadas de un perfil epidemiológico pretransicional, dominado por enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas asociados con la gestación. Por esta razón, hoy día hay vacíos importantes que afectan la capacidad de las agencias de salud pública, como el INS y el INVIMA, para ejercer un monitoreo y control efectivos sobre factores de orden físico (ej., ruido, radiación, vehículos) y químico que han sido introducidos recientemente a ambiente. Con el propósito de corregir estos vacíos, el Gobierno presentó al Congreso, durante el 2000, un Proyecto de Ley de Salud Pública que está revisado y ajustado por la Comisión 7ª del Congreso.

Segundo, falta de coherencia vertical con las políticas de Estado y de Gobierno, que buscan promover las acciones de salud pública, con el propósito de prevenir enfermedades, promover hábitos y estilos de vida saludables y proteger a la población contra la hostilidad del medio ambiente (biológico, físico y químico). Hacia este fin, como nunca antes, el Gobierno ha destinado cuantiosos recursos. Sin embargo, estos recursos se han dispersado y atomizado, restándole efectividad a las acciones de salud pública, como resultado de un complejo e ineficiente proceso para su administración introducido por la Ley 60 de 1993. Para corregir esta situación, recientemente el Congreso aprobó la nueva Ley 715 de 2001.

Articulación

La articulación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios, a través de las EPS, representa una de las innovaciones más importante y crítica para el éxito del SGSSS. Por esto, contrariamente a la opinión de muchos, las EPS son más que simples aseguradoras, de naturaleza pública o privada, que compiten entre sí por los afiliados, y se limitan a diseñar una póliza, cobrar una prima y a administrarlas a través de planes de indemnización o de servicios (Bitran & Céspedes.). En realidad, las EPS son organizaciones muy complejas que desarrollan dos operaciones fundamentales: 1) Administrar los riesgos de salud, y 2) gestionar (*managed care*) los planes de salud.

Administración de riesgos en salud.

Esta primera operación comprende los procesos clásicos de aseguramiento de la población, relacionados con el manejo de manejo de riesgos, dirigidos al logro de tres objetivos fundamentales: (1) Asumir los costos directos asociados con la demanda de servicios cubiertos a través del POS; (2) diluir los costos asociados con el riesgo de siniestralidad en la población, a través de un volumen de afiliados suficientemente grande (las evidencias en Colombia sugieren que esto se obtiene alrededor de 500.000); y (3) minimizar el riesgo de

siniestralidad entre la población afiliada, a través de acciones orientadas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención específica de enfermedades.

En Colombia las EPS desarrollan la operación de aseguramiento a través de varios procesos claves, delegados por el SGSSS:

1. Diseñar los planes de servicios de acuerdo con las normas vigentes.
2. Promover los productos de servicios contenidos en los Planes Obligatorios (POS) y Adicionales de Salud (PAS).
3. Afiliar la población al SGSSS por delegación de éste.
4. Registrar los afiliados al sistema de información del SGSSS y actualizar los datos correspondientes con las novedades correspondientes;
5. “Carnetizar” las personas afiliadas.
6. Cobrar la prima, es decir, la UPC, a través de un complejo mecanismo de recaudo de cotizaciones y compensación con el FOSYGA, en el caso del RC, y de contratación con las DTS, en el caso del RS.

Gestión (managed care) de los planes de beneficios incluidos los POS y PAS.

Sin lugar a dudas, la atención gestionada de los planes de beneficios que ofrece el SGSSS, representa una de las innovaciones recientes más importantes en seguridad social. Se trata de una operación altamente compleja y, a la vez, crítica para el éxito de un modelo de competencia regulada como el de Colombia. Las mejores pruebas de esto son los estudios de contrarreferenciación comparativo (*benchmarking*), realizados tanto en los HMO (Health Maintenance Organizations) de los E.U (DeMuro, 1995), como en las EPS más exitosas en Colombia (Bitran & Céspedes, 2001).

El objetivo material de la atención gestionada consiste en garantizar la cobertura de las necesidades de atención y cuidado en salud de una población afiliada con la biotecnología más costo-efectiva y la mejor calidad posibles. Para ello, en el sentido formal, se vale de teorías, conceptos y herramientas administrativas, aplicadas a la producción y gestión de servicios de salud, lo cual finalmente se traduce en varios procesos claves:

1. Monitorear y evaluar las necesidades de atención en salud de la población y diseñar productos de servicios que las satisfagan con eficiencia y calidad.
2. Planear la respuesta organizada: Definir la visión, misión, objetivos, metas y estrategias que orientan la producción de servicios.
3. Diseñar los productos de servicios necesarios para satisfacer las necesidades de atención y cuidado en salud de la población.
4. Organizar la entrega de productos de servicios por niveles de atención, a través de una red prestadora de servicios propia o contratada.
5. Promover y vender los productos y servicios de atención y cuidado en salud que ofrece la organización.
6. Coordinar los procesos de atención en salud incluido el acceso a la Red, la referencia, contrarreferencia y alta de pacientes.
7. Supervisar y controlar del proceso de atención en salud con el fin de garantizar la eficiencia y la calidad.
8. Evaluar el impacto de los productos de servicios entregados y mejorarlos, diseñar nuevos productos y ajustar los planes estratégicos.

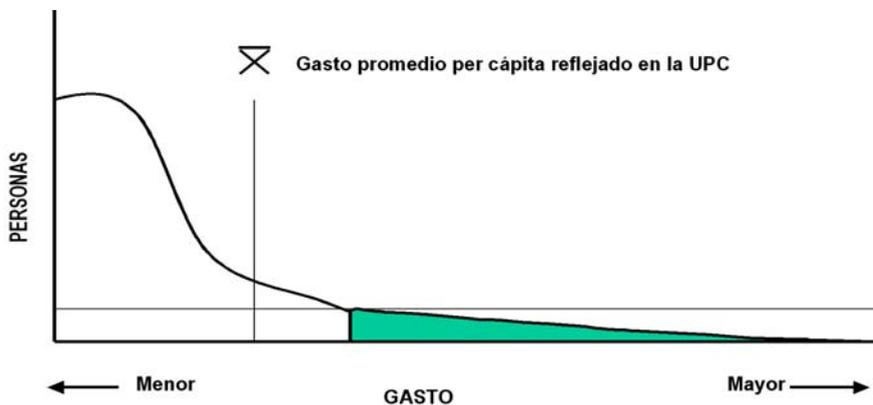
En el contexto colombiano, el principal aporte de la atención gestionada (*managed care*), consiste en intervenir en la relación medico-paciente, en su condición de “tercero”, a través de las EPS que administran el aseguramiento y pagan la cuenta médica, pero además, actúan como agentes del paciente o “principal”, con el objeto de controlar el gasto y garantizar la calidad del servicio, para lo cual se valen de principios, estrategias y herramientas administradas aplicados a la atención y cuidado en salud de una población humana.

A la luz de la novedad que representa el concepto de atención gestionada, sumada a la intensa controversia que su aplicación ha generado entre el gremio médico, surge el siguiente interrogante. ¿Cuál es la razón por la cual un sistema de aseguramiento en salud, en contraste con otros sistemas de seguros (e.j., autos, terremotos, incendios), requieren tanta intervención sobre la prestación de servicios por parte del asegurador? En general, porque el aseguramiento genera dos tipos de incentivos perversos —especialmente en un ambiente de pago por evento, o facturación retrospectiva, a los prestadores de servicios—, la “*selección sesgada de riesgos*” y el “*riesgo moral*”, los cuales originan un consumo, y gasto, excesivo de servicios e ineficiencia (Cutler, 1999; Castaño, 1999; Holland, 1993; Feinstein, 1998; Fein, 1989; Fuchs, 1998).

La “*selección sesgada de riesgos*”, particularmente, genera una excesiva concentración de la siniestralidad en la población asegurada con respecto al resto que no lo está, lo cual invalida las proyecciones actuariales. En Colombia, por ejemplo, la siniestralidad que experimenta el SGSSS es el doble con respecto a la población no cubierta. Esto se explica, en primer lugar, por la “*selección adversa*”, debida a la presencia de información asimétrica entre aseguradores y asegurados; como consecuencia, éstos últimos, poseen información más completa sobre su estado de salud y riesgos, lo cual induce una mayor demanda de seguros, constituyéndose así en un *fallo grave de los mercados privados de seguros*, que solo se puede evitar garantizando la cobertura universal del aseguramiento. Para protegerse, las aseguradoras, particularmente cuando operan en ambiente de competencia y, además, reciben una prima que refleja el gasto promedio per cápita (e.j. UPC), descreman la población afiliada de pacientes con enfermedades de alto costo, con el fin de corregir los desequilibrios actuariales y mejorar la rentabilidad, práctica que se conoce como “*selección de riesgos*”. En la Figura 5, se muestra con mayor detalle como opera la selección de riesgos. En una población asegurada, el consumo, y por consiguiente el gasto de servicios de salud, se concentra en un pequeño porcentaje de la población: Menos del 5% de la población es responsable de la mitad del gasto en salud.

Típicamente, se trata de personas con enfermedades crónicas o terminales, que demandan tecnologías altamente sofisticadas y costosas. En Colombia, por ejemplo, se estiman que hay aproximadamente 8,000 personas que padecen de Enfermedad Renal Crónica (ERC), de las cuales 5,000 se concentran en el ISS, como resultado de la selección sesgada de riesgos. Aunque estos pacientes representan únicamente el 0.01% de la población afiliada, la atención y cuidado integral de cada uno le cuesta al ISS por lo menos \$50,000.000, en promedio, lo cual representa por lo menos el 12.5% de su presupuesto en salud. Por consiguiente, para muchas EPS, que reciben una UPC de aproximadamente \$300,000 al año, resulta mucho más eficiente deshacerse de este tipo de pacientes, que diseñar y gestionar complejos y costosos sistemas de atención y cuidado en salud para enfermos renales crónicos.

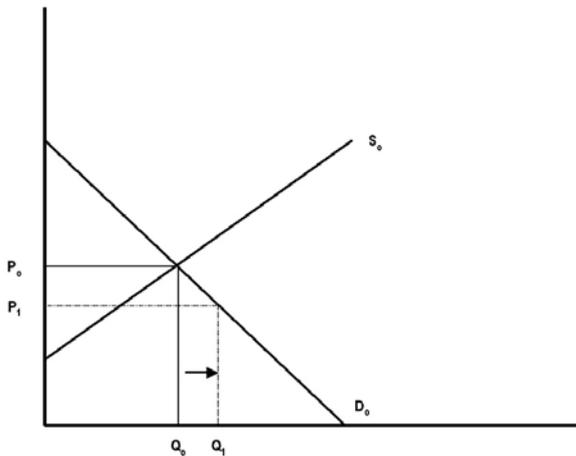
Figura 5. Distribución del Gasto en Salud en una Población Asegurada.



El otro fenómeno, que plaga a los sistemas de seguros es el “*riesgo moral*.” Induce un consumo excesivo de servicios de salud porque distorsiona el efecto regulador de los precios sobre la demanda. Esto se explica porque la presencia de un tercero (el asegurador), que paga la factura al prestador de servicios,

disminuye el costo directo para el asegurado, es decir, su gasto de bolsillo y el precio que paga para acceder a los servicios de salud, lo cual se traduce en un aumento en la cantidad demandada de servicios (Ver Figura 6). En Colombia, por ejemplo, la tasa ajustada de utilización de servicios observada entre la población afiliada al SGSSS, es entre 2.7 veces mayor con respecto a la que no lo está.

Figura 6. Cambios en la Cantidad Consumida de Servicios de Salud (Q), Ofrecida (S) y Demandada (D), como Consecuencia de la Distorsión de Precios (P) Generada por el Aseguramiento.



Es importante aclarar que dentro de la evolución que experimenta el Sector Salud, las EPS representan las instituciones de más reciente aparición (a partir de 1994). La mayoría, tuvieron su origen a partir de tres tipos de instituciones: (1) Entidades de Previsión Social (CPS), incluidas el ISS y Cajanal, (2) Cajas de Compensación Familiar (CCF), y Empresas de Medicina Prepagada (EMP). De hecho, la primera EPS que tuvo el SGSSS fue el ISS, creada por la propia Ley 100 de 1993.

Hoy día en Colombia, el conjunto de EPS -incluidas cerca de 30 que administran el RC y más de 50 que administran el RS (denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS)- se distribuyen básicamente en tres grandes categorías organizacionales, definidas en función de la estrategia empleada para gestionar (*managed care*) el POS:

1. **EPS puras que no poseen redes propias.** En un extremo, se encuentran las EPS que contratan con proveedores externos toda la atención en salud (e.j., Susalud), utilizando para ello modelos de pago retrospectivo y prospectivo, dependiendo del caso. Pero, además de procesos para el manejo de riesgos en salud, cuentan con una compleja operación de gestión del POS soportada en sofisticados sistemas de información..
2. **EPS mixtas.** En un lugar intermedio (e.j., Humana, Cafesalud), se encuentran las EPS que ofrecen algunos servicios a través de su red propia, generalmente los servicios ambulatorios, y contratan el resto de los servicios con la red externa, generalmente los que requieren la más alta tecnología.
3. **EPS puras que poseen redes propias** En el otro extremo (e.j., Colsanita, Saludcoop, y el ISS), se encuentran las EPS que poseen redes propias de prestación de servicios. Aunque esta última estrategia de atención gestionada es muy exigente en términos de organización y logística, permite el máximo grado de control sobre los procesos de atención en salud.

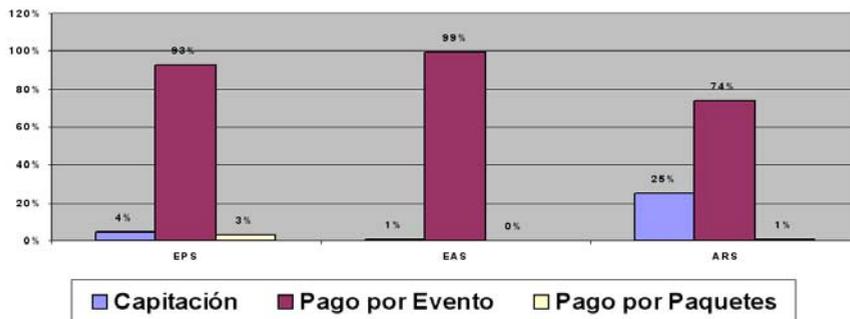
Como se aprecia en la Figura 7, relacionada con la implementación y uso de alguna herramientas de atención gestionada por parte de las EPS, los resultados obtenidos son alentadores (Bitran, & Céspedes, 2001). Por ejemplo, la mayoría de las EPS que administran el RC, especialmente las privadas, y en un menor porcentaje las que administran el RS, cuentan con manuales para procesos críticos como contratación con IPS, cobro de Cuotas Moderadoras (CM), cobro de Copagos (CP), autorización de servicios de salud y auditoría médica. De modo similar la mayoría de las EPS, cuentan con sistemas de garantía de calidad, procesos para atención al usuario, y planes de mejoramiento de servicios. En el siguiente cuadro se observan algunas de las actividades de garantía de calidad que las EPS y ARS utilizaron durante el último año.

Figura 7. Actividades de Garantía de Calidad Realizadas por as EPS

ACTIVIDADES	EPS	ARS
Verificación del cumplimiento de requisitos por los prestadores de servicios	20	154
Evaluación y mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia	21	152
Evaluación y mejoramiento de la red de servicios	21	151
Desarrollo de subsistemas de información	20	147
Procesos de auditoría médica por niveles de Complejidad	22	143
Procesos de auditoría de cuentas	22	154
Procesos de auditoría de servicios de apoyo al proceso de la atención	21	127
Mecanismos de garantía para el pago oportuno de cuentas a prestadores de servicios	19	115
TOTAL ENTIDADES ASEGURADORAS	22	176

Además de la calidad, la contención de costos es otro proceso crítico para el desempeño de las EPS, porque de ello depende que se logren neutralizar los incentivos perversos que origina el fenómeno de riesgo moral. No obstante, como se aprecia en la Figura 7, la mayoría de las EPS dependen del pago por evento como mecanismo principal de reembolso a las IPS. De hecho, muy pocas EPS utilizan los métodos de pago prospectivo, tales como la capitación y los pagos por paquetes, entre otros, a pesar de haber IPS (como la Fundación Valle de Lili) que están en capacidad de facturarle a las EPS en forma prospectiva. –Este comportamiento se explica porque muchos gerentes y administradores de las EPS no están familiarizados con los métodos modernos de pago prospectivo–. Las EPS que administran el RS, en particular, son las que más utilizan la capitación, lo cual se explica porque la mayoría de los servicios cubiertos a través del POS se ofrecen en la práctica a través de los niveles básicos de atención del Sistema Colombiano de Prestación de Servicios. Pero algunas EPS, como Cajanal, capitán en forma perversa los tres niveles de atención, con lo cual le trasladan completamente el riesgo a las IPS, y terminan por comportarse como simples intermediadores financieros, desvirtuándose así su función articuladora dentro del SGSSS.

Figura 8. Distribución de los Contratos Suscritos Con IPS Según Modalidad



De otro lado, la mayoría de las EPS, especialmente las privadas, cuentan con procesos para administrar el acceso al SGSSS (mercadeo, afiliación, recaudo, compensación y giro al FOSYGA, pago a las IPS), manuales y soportes de informática. Sin embargo, los procesos no son homogéneos lo cual dificulta el control y presentan diferentes grados de desarrollo. Adicionalmente, hay falencias conocidas dentro del SGSSS, originadas tanto en el control de impuestos, en general, por parte de la DIAN, como en el diseño de los incentivos. Esta situación, promueven dos tipos de comportamiento perversos en las EPS que administran el RC:

1. Registrar y reportar ingresos bases para la cotización (IBC), por debajo de lo real con el fin de captar más afiliados, lo cual afecta el monto de recursos disponibles para financiar el Sector; y
2. Realizar afiliaciones múltiples de una misma persona al SGSSS, lo cual le genera a las EPS, durante la compensación, pagos múltiples por una misma persona, y afecta simultáneamente tanto la cobertura como la eficiencia de los recursos disponibles. A este problema contribuyen, adicionalmente, las falencias conocidas en la TI de informática disponible para soportar los registros de afiliados, validar la información y actualizar en forma periódica las novedades ocurridas en el tiempo. Las EPS públicas, en particular, como el ISS, Cajanal y Caprecom, son las que más problemas presentan en este sentido.

En relación con el último de los dos problemas señalados, cabe agregar que hay un factor externo que limita la capacidad de las EPS para controlar las afiliaciones múltiples al SGSSS: el cruce de las bases de datos de afiliados a los regímenes contributivo (RC), subsidiado (RS), de vinculados (RV), y excluidos (RE). Con el fin de corregir esta situación, la SNS diseñó un comprador de derechos al cual pueden acceder a través de internet todas las EPS que administran el RC; como resultado, se han disminuido las afiliaciones múltiples dentro del SGSSS.

Dirección y Gobierno

En las secciones anteriores, vimos como, en el sentido formal, para cumplir con su Misión, el Sistema de Salud de Colombia desarrolla tres funciones básicas, a saber:

1. **Financiamiento**, incluidas la generación, movilización de recursos suficientes y su orientación hacia la demanda, concepto que está reflejado en el diseño de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
2. **Articulación** de la respuesta de salud frente a las necesidades y demandas de salud de la población, a través de dos operaciones básicas: (1) administración de los riesgos en salud, y (2) gerenciamiento los Planes de Beneficios (*managed care*), incluidos los POS y los PAS.
3. **Prestación** de dos tipos de servicios de salud: (1) Servicios personales, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); y (2) servicios de salud pública, a través de una diversidad de agencias gubernamentales.

Dados los fallos que plagan los mercados de salud antes mencionados, en un mercado de competencia regulada como el colombiano estas tres funciones son moduladas a través del Sistema de Dirección y Gobierno, por medio de dos operaciones críticas: 1) Diseño del SGSS, a través de normas que rigen e intervienen sobre el comportamiento del mercado; y, 2) supervisión y control de su correcta aplicación por parte de los agentes regulados.

Diseño del SGSS.

Esta primera función es fundamental para el éxito del SGSS. Comprende la definición de las reglas de juego que rigen su organización y funcionamiento, algo así como el conjunto de planos y cartas de navegación necesarias para alcanzar los objetivos materiales y formales propuestos por el Sector. En general, el comportamiento del Sistema se modula de dos formas:

1. Vía incentivos de precios (e.j., impuestos, subsidios), que promuevan comportamientos de las organizaciones de salud en la dirección esperada por la sociedad (e.j., eficiencia, calidad, equidad).
2. Diseño de regulaciones que limitan el comportamiento discrecional de los agentes del mercado y son de acatamiento obligatorio.

El diseño, a su vez, es el resultado de un complejo proceso de construcción de políticas sectoriales. En Colombia, las agencias principales responsables son el Ministerio de Salud (MS), con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), y el Ministerio de Hacienda (MH). Estas instituciones, conjuntamente, han producido más de 1000 regulaciones que norman en detalle la organización y funcionamiento del Sistema (Fernández, 1996). La evaluación de los resultados de la política, o control estratégico del SGSS, también le corresponde al MS (por delegación del Presidente de la República), conjuntamente con el Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES), y con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DANE).

Sin embargo, el proceso diseño no ha concluido aún, y hay falencias en algunas regulaciones, especialmente las relacionadas con el financiamiento y el aseguramiento (Frenk, 1988; Hsiao, 1998; Reyes, 1999). Por ejemplo, en algunos dominios de política regulatoria, tales como la prestación de servicios de salud, existen demasiadas regulaciones y normas frente a procesos críticos que podrían ser abordados con mayor eficacia a través de mecanismos de control intrínseco o privados (ej., acreditación y control de la calidad, a través de asociaciones y empresas especializadas); en cambio, hay enormes vacíos frente a otros procesos que requieren controles estatales más estrictos (ej., licenciamiento). En el aseguramiento, las reglas de juego para administradoras del régimen subsidiado son insuficientes frente a procesos críticos tales como la contratación y las protecciones contra la insolvencia (ej., márgenes de solvencia, reservas técnicas, etc), orientados a crear condiciones de credibilidad y confianza en el Sistema. En otros dominios, tales como el financiamiento, las normas no están contenidas en un solo estatuto y, están dispersas en varias regulaciones, lo cual dificulta su comprensión e, inclusive, genera conflictos y colisiones. Mas grave aún, no hay estabilidad suficientes en las normas que son modificadas continuamente; ni imparcialidad (ej., en muchos casos, la reglas de juego

son unas para empresas públicas y otras para las privadas), lo cual limita la credibilidad de las agencias reguladoras, de un lado, y la confianza de los agentes del mercado, del otro

Adicionalmente el MS, teóricamente responsable de la *Modulación*, desarrolla también parte de la función *Prestación*, especialmente en relación con los servicios de salud pública (resultado: una institución con dos funciones) y, por otra parte, la misma función de *Modulación* la comparte el MS con la SNS y con el CNSSS (esto es, tres instituciones para una misma función). Al ser analizados de esta manera, algunos de los problemas detectados en el sistema de IVC colombiano muestran que su origen está en problemas de diseño institucional.

Supervisión y Control.

De lo expuesto arriba, resulta evidente que un buen diseño resulta crítico para el éxito de un sistema de salud, concebido sobre la base de un mercado de competencia regulada por el Estado, como es el caso de Colombia. Por tanto, supone la existencia de un marco conformado por normas claras, imparciales, sencillas, no ambiguas, estables, fáciles de entender, ampliamente conocidas por todos y, sobre todo, factibles de ser aplicadas y cumplidas. Supone algo así como una especie de credo que debe ser ampliamente aceptado y acatado con el fin de garantizar la convivencia armónica de todos, como sucede en las organizaciones más estables que ha conocido la humanidad.

No obstante lo necesario, un buen diseño no es suficiente para el desempeño exitoso de un sistema de salud, el cual depende eventualmente de un aspecto todavía más fundamental: que los diferentes actores, objeto de regulación por parte del Estado, conozcan, interpreten, apliquen, cumplan correctamente y, en última instancia, se comporten de acuerdo con el marco normativo vigente.

Este ideal, además de un diseño de buena calidad, *supone un sistema de supervisión y control eficaz por parte de agencias gubernamentales especializadas*. En el sentido formal, esto comprende la fiscalización (o inspección, vigilancia y control, IVC), del comportamiento de toda la base institucional del Sistema, especialmente los agentes financiadores, articuladores y prestadores, de acuerdo con el marco de regulaciones y normas vigentes. En Colombia, aunque también intervienen otros organismos de control, como la Contraloría y la Defensoría, esta responsabilidad recae principalmente en la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), y está orientada al logro de dos objetivos específicos:

1. Promover el cumplimiento de la normativa (divulgación, capacitación, asistencia técnica).
2. Fiscalizar el cumplimiento a través del (i) automonitoreo, (ii) monitoreo externo (vigilancia, inspección), (iii) monitoreo de quejas y reclamos, y (iv) sanción.

Por lo anterior, hoy día, la efectiva supervisión y control de la aplicación de las regulaciones y normas existentes, *representa el aspecto más crítico de todos* para alcanzar los objetivos propuestos por el modelo de competencia regulada, inmerso en el diseño del SGSSS adoptado por Colombia. Para ello, el Sistema requiere de agencias gubernamentales altamente especializadas, diferentes al MS, que reúnan las siguientes características:

1. ***Altos niveles de autonomía e independencia.*** Este primera condición resulta esencial para proteger a la agencias de control del riesgo de captura por parte de intereses políticos y particulares. La elección de superintendentes (de un alto perfil técnico y ético, remunerados competitivamente), para un período fijo a mitad de un período gubernamental, ó, inclusive, por elección popular (lo cual le brinda más legitimidad), representan estrategias probadas nacional e internacionalmente.
2. ***Alta especialización y capacidad técnica.*** Implica contar con la capacidad suficiente para poder monitorear el comportamiento de los agentes regulados; para recolectar, procesar y reportar grandes volúmenes de datos e información en forma rápida, oportuna y periódica. Esta información, en última instancia, debe alimentar los tableros de control necesarios para poder modular el comportamiento de los agentes regulados, es decir: Prevenir y corregir oportunamente desviaciones con respecto a parámetros y estándares técnicos de deseabilidad. En la práctica, no se trata de una operación fácil.

Todo lo contrario, requiere sistemas de información eficientes, que incorporen procesos y herramientas modernas para la vigilancia, inspección y auditoría en salud, soportados en sofisticadas tecnologías de informática. La descentralización operativa es fundamental para abarcar con eficiencia a un gran universo de entes objeto de supervisión y control, más de 500,000 en el caso de Colombia. Sin embargo, una opción potencialmente más eficiente consiste en delegar algunas funciones, relacionadas con el procesamiento de información, en las áreas responsables del control de las organizaciones (e.j., revisorías fiscales, control interno) e, inclusive, en agencias no gubernamentales (ONG), como los colegios médicos y otras asociaciones.

3. **Rendición de cuentas directamente al público e información.** Partiendo del monitoreo sistemático de indicadores sobre el desempeño de los agentes productores de servicios (e.j., EPS e IPS), la principal estrategia de supervisión y control debe ser la *producción, comunicación y divulgación periódica de información a todos los actores del SGSSS*, especialmente a sus clientes. La presencia de clientes bien informados con opciones para elegir es el control más efectivo jamás conocido; por esto, más que “policías” en la puerta de cada punto de servicios, lo que se necesita para lograr una efectiva supervisión y control de un sistema de salud, tan complejo como el colombiano, es *empoderar a las personas con conocimiento*. Esto es necesario para que las personas puedan decidir y escoger racionalmente la mejor opción a la hora de elegir. Infortunadamente, la realidad no siempre se ajusta a esta teoría. En los mercados de salud, la mayoría de los clientes no pueden ejercer su soberanía a la hora de elegir, debido principalmente a las asimetrías de información originadas en la complejidad de la tecnología biomédica –La presencia de información simétrica en un mercado de salud supone un hecho poco probable: Los clientes poseen tanta información como la que poseen los médicos–. Esto explica por qué los mercados de salud pueden fallar en satisfacer las expectativas sociales de eficiencia y calidad, lo cual pone de relieve la gran responsabilidad del Gobierno como gestor de cocimiento e información.

Infortunadamente, el comportamiento exhibido por las agencias responsables de supervisar y controlar el comportamiento del SGSSS colombiano, dista mucho de este ideal planteado. Como se vio, las instituciones principales que desempeñan las funciones de diseño y de supervisión y control, el MS y la SNS, no están lo suficientemente diferenciadas aún, desde el punto de vista legal y operativo. Esta situación, es preocupante porque *amenaza con convertir la Ley en letra muerta y, por ende, la supervivencia misma del nuevo SGSSS*.

RESULTADOS

El diseño adoptado por el SGSSS colombiano, determinado por el proceso de reforma de salud, resulta atractivo en su concepción teórica. Sin embargo, su implementación ha enfrentado enormes desafíos para trascender de la letra contenida en el papel de la Ley a resultados concretos.

Pero finalmente lo está logrando. Los efectos concretos de la Reforma se sintieron en forma inmediata en toda la base institucional del Sector (Restrepo, 1997), aunque en forma traumática, como cabe esperar de un proceso de cambio tan profundo como el que está experimentando el sistema de salud colombiano. Por ejemplo, fue necesario liquidar la mayoría de las más de 1000 cajas de previsión social que antes administraban la seguridad social; muchas EPS ineficientes, especialmente en el RS, quebraron o fueron liquidadas; algunos de los hospitales más grandes y tradicionales del país, de origen público o solidario, también quebraron debido a problemas de eficiencia y calidad; y, una fracción importante del gasto social, en general, se fugó como consecuencia de la corrupción rampante que la descentralización generó en muchos gobiernos locales, de acuerdo con la Contraloría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo (Málaga, 2000).

Esta situación, se explica porque la implementación del nuevo SGSSS modificó en forma radical el antiguo SNS, sin una adecuada asistencia técnica por parte del Gobierno, y produjo dos reacciones importantes. Primero, insatisfacción e intensa oposición por parte de algunos actores, especialmente los profesionales de la salud, quienes critican las consecuencias adversas del modelo de atención gerenciada que

subyace al POS, sobre sus ingresos y la calidad técnica de los servicios de salud. (Patiño, 1999). Segundo, un acalorado debate y controversia en relación con su validez y viabilidad a largo plazo, en un ambiente politizado y cargado ideológicamente (Ahumada, 1999; Alames, 2000; Hernández, 2000; Franco, 2000).

De otro lado, el impacto de la Reforma sobre la población fue aún más significativo. Durante 1993 y 1997, por ejemplo, la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 por ciento de la población. Este resultado se debió a dos hechos fundamentales: (1) extensión de la cobertura a los dependientes de los individuos que cotizaban a una de más de 1000 instituciones de seguridad que existían con anterioridad a 1993; y, (2) el otorgamiento de subsidios a cerca de 7.0 millones de colombianos que posibilitó su afiliación al SGSSS (Hernández, 1999; Reyes, 1998). Adicionalmente, cerca del 85 por ciento de la población está satisfecha con los servicios de salud que recibe (Reyes, 1998), y la calificación promedio que los colombianos hacen de los servicios de salud es superior a 4.0 en una escala de 1 a 5 (Giraldo, 2000).

Es más, un estudio reciente realizado por el autor (Céspedes, 2002), mostró que la reforma tuvo un impacto adicional importante sobre la equidad en la prestación de servicios de salud: Entre 1993 y 1997, el Índice de Concentración (IC), correspondiente correspondientes a la distribución del aseguramiento se redujo a la mitad, del 0.34 al 0.17; simultáneamente, la cobertura del SGSSS se incrementó del 23% al 57, sobretodo entre los segmentos más pobres de la población, donde pasó del 3.1% al 43.7%, como resultado de los subsidios otorgados por los gobiernos locales. En cambio, los IC en la utilización de servicios variaron muy poco. Adicionalmente, se detectó una mayor prevalencia de enfermedad y utilización de servicios entre los asegurados, debido a selección sesgadas de riesgos y riesgo moral

En cambio, los resultados observados en relación con la eficiencia son cuestionables, porque el desempeño del aseguramiento debería haber sido mayor frente a un gasto total en salud que pasó del 7 al 10 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) durante el mismo período (Ruiz, 1999; Morales, 1997; Céspedes, 1998).

CONCLUSIONES, DESAFIOS Y RECOMENDACIONES FINALES

El SGSSS fue concebido como un *modelo de competencia regulada*, con base en teorías económicas sobre regulación de bienes y servicios que han demostrado su validez en otros sectores de la economía. Esto no significa, como muchos afirman en forma despectiva, que la “*salud fue privatizada en Colombia*”. Significa todo lo contrario: Aunque el Sistema, en su esencia, es de carácter público, algunas de sus funciones, y procesos, son desarrolladas por organizaciones públicas o privadas que compiten entre sí, (para garantizar la eficiencia y la calidad de los productos y servicios que ofrecen), de acuerdo con *reglas de juego, es decir, con un marco de regulaciones que son impuestas y, por tanto, su aplicación debe ser supervisada y controlada por el Estado*. La aplicación de este concepto se tradujo en una política de salud y seguridad social, cuya instrumentación posterior, a partir de 1994, se concretó en más de 1000 regulaciones (entre leyes, decretos, resoluciones y otros tipos de normas), que enmarcaron el diseño adoptado por el nuevo SGSSS.

En su estado actual de desarrollo, ocho años después de promulgada la Ley 100 de 1993, el Sector Salud Colombiano corresponde a un Sistema mixto que está evolucionando hacia un modelo de pluralismo estructurado. Sin embargo, en la coyuntura actual, conviven, un modelo público (régimen de vinculados y parcialmente los regímenes de excepción que atienden clientelas públicas segmentadas), con un modelo de contratación pública (parcialmente asociado con el RS, cuyo cliente es el Sector Público –DTS-).

Queda, pues, un largo camino por recorrer, como es de esperar, a la luz de la mayoría de los procesos de reforma emprendidos en otros lugares del mundo. Concretamente, hoy día, el principal desafío que enfrenta la Reforma de Salud en Colombia consiste en: ***¿Cómo mejorar la calidad de los instrumentos de política que afectan el diseño del SGSSS y la capacidad por parte del Estado para supervisar y controlar, o fiscalizar, su cumplimiento?***

Para enfrentar este desafío, caben al menos dos opciones, ambas válidas, siempre y cuando las decisiones sean completas y coherentes con el modelo adoptado, las cuales serán consideradas a continuación. Uno, estatizar todas las funciones del sistema de salud colombiano, incluidas las funciones de financiamiento,

prestación de servicios y articulación (lo que muchos denominan “socializar la medicina”), como sucede en muchas otros países del mundo (e.j., Cuba, Reino Unido); esta primera opción supone un sistema de administración pública altamente eficiente. Dos, mejorar la efectividad del modelo de competencia regulada, especialmente la eficacia de algunas funciones en las cuales participa el sector privado (e.j., articulación, a través de las EPS y prestación de servicios, a través de las IPS); esta segunda opción supone normas de buena calidad y mecanismos efectivos para supervisar y controlar su cumplimiento.

Reemplazar el Actual SGSSS por un Sistema Nacional de Seguridad Social Completamente Público

Claramente, el actual modelo de desarrollo económico y social vigente en Colombia, regido por la “*religión del mercado*” –que funciona muy bien en algunos mercados de características muy diferentes a los de salud, digamos, como el de botones–, no admite fácilmente, en la coyuntura actual, la primera de las dos opciones planteadas. Para construir un sistema nacional de aseguramiento totalmente público, o socializado, Colombia tendría que reemplazar el modelo actual por un estado benefactor similar al adoptado por muchos estados europeos.

Cabe agregar que, aunque Cuba y el Reino Unido son modelos ante el mundo de medicina socializada, eficientes y, sobretodo, equitativos, hay sacrificios importantes en materia de calidad. Esto se explica porque en “*toda sociedad, por más rica que sea, inclusive en los E.U., los recursos disponibles siempre serán limitados para cubrir las necesidades ilimitadas de salud.*” Por esta razón, siempre será necesario racionar los recursos de salud a través de algún mecanismo. La industria privada de seguros racional en forma *explícita* a través de dos estrategias: 1) compartiendo el riesgo financiero con los asegurados a través de la aplicación de deducibles, exclusiones, periodos de carencia, coaseguros y techos; y, 2) gestionando planes de servicios que restringen el acceso a la biotecnología (*managed care*). En Europa, en general, aunque el racionamiento no se hace en forma explícita, y mucho menos a través del mercado, como lo hacen otros sectores de la economía, se hace en forma *implícita* a través de colas: manejo de listas y tiempos de espera para acceder a los servicios. En el Reino Unido, por ejemplo, el promedio de espera para una cirugía programada supera las seis semanas. En Colombia, algunas EPS que no cuentan con mecanismos explícitos de racionamiento, también lo hacen en forma explícita a través de las colas.

De cualquier modo, la verdad es que (a pesar de la intensa carga ideológica que caracteriza el debate sobre reforma de salud, en general), no existe un modelo perfecto que deje satisfechos a todos, especialmente al gobierno, a los prestadores de servicios de salud y, por encima de todos, a los clientes. Por esto, hoy día, muchas sociedades del mundo, inclusive en Europa, están insatisfechas con sus sistemas de salud y andan al acecho de soluciones creativas.

Consolidar el Actual SGSSS

Pero, también es cierto que la segunda opción planteada represente un desafío igualmente formidable. La efectividad de un mercado de salud regulado por el Estado, como el de Colombia, presupone dos hechos. Primero, un marco normativo de buena calidad compuesto por normas claras, imparciales, estables, coherentes y, sobretodo, fáciles de cumplir. Segundo, la presencia de agencias gubernamentales con la suficiente capacidad para supervisar y controlar el cumplimiento de las normas, es decir, con la suficiente autoridad, legitimidad, imparcialidad, independencia y autonomía frente a intereses privados y políticos, y, sobretodo soportes de información.

Infelizmente, ninguno de los dos presupuestos planteados arriba, para que un mercado de competencia regulada funcione adecuadamente, se da en Colombia. *Esto representa un motivo suficiente para encender todas las alarmas: Un marco normativo tan extenso y complejo como el que caracteriza al SGSSS, sin un sistema adecuado que supervise y controle su cumplimiento, puede acabar por convertirse en letra muerta.* En estas circunstancias, el Sistema podría terminar quedándose con la competencia y sin la regulación (debido a los fallos que plagan los mercados de salud), y convirtiéndose en un “*tiburón*” con un apetito

incontrolable por hacer dinero, de espaldas a su objetivo fundamental que es mantener y preservar la salud de la población.

Es más, en el mundo, aunque se están realizando ensayos y pruebas que resultan muy aleccionantes, como es el caso de Colombia, no existe un modelo empírico de competencia regulada que garantice el acceso de todos a la salud con eficiencia, calidad y, a la vez, equidad. Sin embargo, en teoría, este modelo podría funcionar, y de hecho funciona en otros sectores de la economía, si contáramos con un sistema de dirección y gobierno más efectivo, es decir, construido sobre la base de un marco normativo de buena calidad y acompañado de un efectivo sistema de supervisión y control que garantice su cumplimiento. Las siguientes son algunas propuestas concretas para lograrlo:

1. Mejorar la Capacidad de Diseño del Sector. Para alcanzar los objetivos materiales y formales del SGSSS, en primer lugar, es preciso crear mecanismos institucionales que garanticen un marco normativo de buena calidad. Esto requiere fortalecer los procesos de construcción de políticas que determinan el comportamiento del todo el Sector, lo cual se podría lograr así:

- **Dotar al CNSSS con más y mejores soportes técnicos.** Para ello se recomienda brindarle mayor estabilidad a los consejeros con el fin de compensar la alta rotación de ministros y altos funcionarios que experimenta el MS. Adicionalmente, se recomienda crear al menos siete comisiones permanentes de trabajo: 1) financiamiento, 2) planes de salud incluidos POS y PAS, 3) prestadores de servicios, 4) garantía de calidad, 5) tecnología biomédica, 6) medicamentos y fármacos, 7) recursos humanos; su secretaría ejecutiva debe estar a cargo de las direcciones correspondientes del MS. Otra opción, más osada a considerar, consiste en reemplazar el Consejo Nacional de Seguridad en Salud (CNSSS) por una Comisión Nacional Reguladora del Sistema Integral de Seguridad Social (CONARESISS), que además de salud, norme la organización y funcionamiento de los otros dos sistemas: Riesgos profesionales y pensiones.
- **Revisar y ajustar la propuesta en la nueva Ley de Salud Pública de crear un Consejo Nacional de Salud Pública.** La salud pública, como su nombre lo indica, representa un bien que es responsabilidad directa del Estado. Por ello, en este consejo deben estar representados los principales actores gubernamentales y no gubernamentales que intervienen en la construcción de políticas y regulaciones y son afectados por las mismas; debe contar también con comisiones especializadas en prevención, promoción y protección.
- **Ajustar el marco normativo y organizarlo en códigos especializados.** Muchas de las normas que rigen la organización y funcionamiento del SGSSS, se encuentran dispersas, carecen de objetivos claros, son incompletas, incoherentes, ambiguas o no consultan la realidad del país, porque fueron diseñadas con base en argumentos teóricos y no empíricos. Por consiguiente, aunque existieran mecanismos efectivos de supervisión y control, serían imposibles de cumplir. Para corregir esta situación, se necesitan estatutos especializados, diseñados en forma acorde con las funciones que desempeña el Sistema: Financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios y salud pública.
- **Ministerio de Seguridad Social.** En las sociedades modernas, la seguridad social ocupa un lugar prioritario en la agenda política, por la cantidad de recursos que usualmente moviliza (e.j., hasta la mitad del PIB) y, sobretodo, porque representa la respuesta fundamental para garantizar la equidad y, eventualmente, la productividad de una nación. Desafortunadamente, en Colombia el proceso de diseño, construcción e instrumentación de las políticas de seguridad social se caracteriza por una alta fragmentación y dispersión. Una opción a considerar, para darle mayor coherencia al proceso consiste en fusionar los Ministerios de Salud y de Trabajo en un solo Ministerio de Seguridad Social, con la capacidad suficiente para construir la política integral de la seguridad social, incluidas las políticas de salud, riesgos profesionales y pensiones. La función de manejo de conflictos laborales se debería trasladar al Ministerio del Interior, como lo hacen otras sociedades modernas.

2. **Mejorar la Efectividad de la Supervisión y Control.** Ningún sistema de competencia regulada funciona sin mecanismos efectivos de inspección, vigilancia y control. Algunas opciones para lograrlo son las siguientes.
- **Superintendencia Nacional de Seguridad Social.** Transformar a la actual Superintendencia Nacional de Salud en una Superintendencia de Seguridad Social. Adicionalmente, elegir un superintendente, de las más altas calidades técnicas y humanas, con un nivel salarial competitivo, para un período de cuatro años, a mitad del período presidencial, idealmente por voto popular. Es la única forma probada que permitiría proteger a la superintendencia de la eventual captura por parte de intereses políticos y privados y garantizar un sistema efectivo de rendición de cuentas ante el público.
 - **Delegar Algunas Funciones Relacionadas con el Procesamiento de Información y Retener el Control.** Las funciones de inspección y vigilancia, requieren recursos humanos altamente calificados, y sofisticados soportes de información, para ser desempeñadas con efectividad. Algunas de estas funciones, como la auditoría, se podrían delegar en organismos no gubernamentales, tales como los colegios médicos y otros tipos de agremiaciones y asociaciones.
 - **Fortalecer Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional par la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).** Durante los últimos años el MS ha venido trasladándole al INS y al INVIMA, funciones operativas en materia de salud pública. Este proceso debe continuar y fortalecerse.

Las propuestas anteriores han sido formuladas con el ánimo de alimentar el intenso debate que actualmente se está dando en Colombia en torno a la reforma del sistema de salud. Y, en general, en torno a la búsqueda de opciones que permitan construir un nuevo modelo de Estado que verdaderamente cumpla con su Misión esencial: “*generar riqueza y garantizar el máximo nivel de bienestar posible para todos*”. En la actualidad, soplan nuevos vientos de reforma, lo cual no sorprende, dada la crisis de gobernabilidad que experimenta el sistema de salud y el país, en general. Estos vientos, conducirán inevitablemente a una nueva reconfiguración del Estado Colombiano.

Me refiero al Estado, no como a una mera abstracción, si no como a esa gran empresa social, de hecho la más compleja de todas, con cerca de 43,000.000 de socios. Por tanto, como cualquier otra, debe y puede producir y entregar a la población bienes y servicios con eficiencia, calidad y equidad, siempre y cuando cuente con el equipo suficiente que la dirija y la gobierne hacia su misión.

Para terminar, espero que las ideas expresadas aquí contribuyan a este gran propósito y, a la vez, dejen lecciones útiles para otros países de la Región que también están emprendiendo procesos similares de reforma en salud.

REFERENCIAS

- ABBOT, T.A., 1995. *Health Care Policy and Regulation*. U.S.A: Kluwer Academic Publishers.
- AHUMADA, C., 1999. *Reforma del Estado y políticas de salud en Colombia: Un enfoque de salud internacional*. In: MALLARINO C.U., edr. 1999. *Políticas y Servicios Sociales Para el Siglo XXI*. Memorias del II Foro Internacional de Política Social, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 25 al 27 de agosto de 1999.
- ALAMES, 2000. *Declaración Política Final del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y del XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud*. Manuscrito. La Habana – Cuba: 3 al 7 de Julio de 2000.
- ALMEIDA, C., 1999. Reforma do estado e reforma dos sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciencia & Saúde coletiva*, Vol. 4, No 2:263-286.

- BITRAN, R. & CESPEDES, J.E., 2001. *Resumen Ejecutivo*. In: CESPEDES, J.E., director. *Proyecto Análisis de los problemas y soluciones relacionados con el sistema de vigilancia y control del sector salud*. Documento Técnico, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud/ Unión Temporal Bitran y Asociados-Econometría S.A.-ESAP.
- CASTAÑO, R.A., 1999. *Medicina, Etica y Reformas a la Salud: Hacia Un Nuevo Contrato Social con la Profesión Médica*; Colombia: Fundación Crecer.
- CESPEDES, J.E., 2002. El impacto de la reforma en salud sobre la equidad en la prestación de servicios de salud. *Cuadernos de Salud Pública* (En prensa).
- , 2001. *Atención Gerenciada de las Enfermedades de Alto Costo en el ISS: Problema, Causas y Opciones*. Documento Técnico, Colombia:ISS-Unidad de Investigaciones en Salud.
- , 1999. *Lo que Todos debemos Saber de Seguridad Social*. Guía laboral y de la Seguridad Social, 1999 - 2000. Seguridad Social al Día.
- , 1999. A Seis Años de la Reforma de Salud: El Tratamiento Va para Largo. *Seguridad Social al Día*, No. 7, Marzo.
- , 1998. Cómo Contener los Costos en las EPS. *Gerencia y Salud*, No. 2, Septiembre.
- , 1.998. Cómo Consolidar la Reforma de Salud. *Seguridad Social al Día*, No. 1, Julio.
- ,1.998. Consideraciones Sobre la Viabilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. *Gerencia y Salud*, No. 16, Julio.
- CESPEDES J. E., LONDOÑO, J.L, ESCOBAR, M.L. & et al., 1.995. Colombia: *La Carga de Enfermedad en Colombia*: Ministerio de Salud.
- CHERNICHOVSKY, D., 1995. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, Fall.
- CUTLER, D. & ZECKHAUSER, 1999. *The Anatomy of Health Insurance*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- DeMURO, P.R., 1.995. *The Financial Manager's Guide to Managed Care & Integrated Delivery Systems*. HFMA, Healthcare Financial Management Association, Educational Foundation McGraw-Hill.
- HOLLAND, S., GOODMAN, A. & STANO, M., 1993. *The economics of health and health care*. New York, MackMillan Publishing Company
- FELDSTEIN P.J., 1998. *Health Care Economics (Fifth Edition)*. New York: Delmar Publishers.
- FEIN, R., 1989. *Medical Care-Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*; U.S.A: Harvard University Press.
- FUCHS, V., 1998. *Who shall live? Health Economics and Social Choice*. London: World Scientific Publishing Co., pp. 160.
- FRENK, J., LOZANO, R. y GONZÁLEZ-BLOCK, M.A., et al. 1994. *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- FRENK, J., 1988. Financing as an instrument of public policy. *PAHO Bulletin*, 22 (4): 440 - 446.
- FRANCO, A., 2000. *La reforma de la salud en Colombia*. Manuscrito.

- GIRALDO, J.C., 2000. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo.
- GWATKIN, R.D, 2001. The need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of Epidemiology*, August - 2001;30:720-723
- HARVARD UNIVERSITY, 1993. *International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries: Issues for the 1990's*. Durham, NH, September 10-13. Harvard School of Public Health.
- HARVARD UNIVERSITY, 1996. *La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación (Informe de consultoría)*. Harvard School of Public Health.
- HERNANDEZ , P.O., ZAPATA. & AL., 1991. Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud Pública Mex*, 33 (1): 9 - 17.
- HERNANDEZ, A., VEGA, R. & CARDONA, J., 1995. *Criterios metodológicos para la medición de inequidades en salud y en la prestación de los servicios de salud en Colombia*. Tesis de Grado, Bogotá: Universidad Javeriana, Postgrados en Administración de Salud y Seguridad Social.
- HERNÁNDEZ, M., 2000. *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en américa latina*. Ponencia presentada al VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud, La Habana, 3 al 7 de julio de 2000.
- HSIAO, W.C., 1994. Marketization — the illusory magic pill. *Health Economics*, 3 : 351 – 357.
- HSIAO, W.C. & LIU, Y., 1996. Economic reform and health- lessons from China. *The New England Journal of Medicine*, 335:430 - 32.
- HSIAO, WC., 1998. *Financing health care in developing countries*. Technical Documento. Washington: The World Bank
- ISAACS, F., 2000. *Aproximación al análisis del sistema general de seguridad social en salud desde la teoría de sistemas auto-referentes*. In: CESPEDES, J.E., director. *Proyecto Análisis de los problemas y soluciones relacionados con el sistema de vigilancia y control del sector salud*. Documento Técnico, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud/ Unión Temporal Bitran y Asociados-Econometría S.A.-ESAP.
- JACK, W., 1999. *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington, D.C: The World Bank.
- JAMISON, D., MOSLEY, M., MEASHAM, A., BOBADILLA, J.L., 1993. *Disease control priorities in developing countries*. Oxford University Press.
- JARAMILLO, I., 1999. *El Futuro de la Salud en Colombia*. Ley 100 de 1993. Cinco años después. 4ª Edición. Bogotá: Fundación Corona. FESCOL, FES, FRB.
- KAKWANI, NC., 1977. Measurement of tax progressivity: An international comparison. *Economic Journal*, 87:71-80.
- LONDOÑO, J. L. & FRENK, J., 1997. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41:1 - 36.
- MÁLAGA, H., LATORRE, M.C., CÁRDENAS, J. et al. , 2000. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, Volumen 2, November 2000, Number 3.
- MARSET-CAMPOS, J.M., y cols, 1998. *Análisis comparativo de los sistemas de salud*. In: MARTINEZ- NAVARRO, F.: *Salud pública*. McGraw Hill-Interamericana.

- MINSALUD, 2000. *Lineamiento para el Desarrollo del Plan de Atención Básica 2000*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud.
- MOLINA, C.G.; RUEDA, M.C. et al., 1993. *Gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia*. Documento Técnico, Bogotá: Departamento Nacional de Planeación-Banco mundial.
- MORALES, L.G., 1997. El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEPAL 55 Serie Financiamiento del Desarrollo.
- MURRAY, C. J.L., 1996. *Rethinking DALYs. The Global Burden of Disease*. C.J.L. Murray and A. D. López. Cambridge Mass. Harvard University, Press. 1 : 1 - 98.
- MURRAY, C. L. & LOPEZ, A.D., 1996. *The incremental effect of age-weighting on YLDs and DALYs: a response*. Bulletin of the World Health Organization, 74 (4): 445 - 446.
- NEUFELD, V. & JOHNSON, N., edr., 2000. *Forging Links for Health Research*. Ottawa: International Development Research Centre.
- NIETO-LÓPEZ, E. & LONDOÑO, J.L., 2000. *Factores socioeconómicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia*. Tesis de Maestría en Epidemiología, Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
- PAHO/WHO, 2001. *Equity & Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Paper, Washington, D.C.: Health and Human Development Division-Pan American Health Organization.
- PATÍÑO, J.F., edr., 1999. *Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- PLATA, M.B., 2000. *Evaluación de las IPS*. In: CESPEDES, J.E., director. *Proyecto Análisis de los problemas y soluciones relacionados con el sistema de vigilancia y control del sector salud*. Documento Técnico, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud/ Unión Temporal Bitran y Asociados-Econometría S.A.-ESAP.
- QUEVEDO, E., 1999. Análisis Sociohistórico. In: YEPES, F.J., edr. *La Salud en Colombia*. Documento General. Colombia: Ministerio de Salud- Departamento Nacional de Planeación.
- RAMALINGASWAMI, V., 1993. Health research, a key to equity in health development. *Soc Sci Med*, 36 (2): 103 - 108.
- RESTREPO, M., 1997. *La Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada*. CEPAL 47 Serie Financiamiento del Desarrollo.
- REYES, A., CESPEDES, J. E., & RAMIREZ, M., 1998. *Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Santafé de Bogotá, D. C., Colombia: Econometría / DNP (contrato 25).
- REYES, A. & CESPEDES J. E., 1999. *Evasión y Elusión de Aportes a la Seguridad Social en Salud en Santafé de Bogotá, D.C., Colombia: Econometría/SDS*.
- RUIZ, F. & O'MEARA, G.S., 1999. *La eficiencia en el mercado regulado de servicios de salud*. In: MALLARINO C.U., edr. 1999. *Políticas y Servicios Sociales Para el Siglo XXI*. Memorias del II Foro Internacional de Política Social, Bogota: Pontificia Universidad Javeriana, 25 al 27 de agosto de 1999.
- PREKER, A., HARDING, A., & GIRISHANKAR N., 1999. *The Economics of Private Participation in Health Care: New Insights from Institutional Economics*. Technical Document Submitted to the International Social Security Association, Washington, D.C.: The World Bank.

- ROEMER, M, 1989. *National Health Systems of the World*. Volume 1. New York: Oxford University Press.
- TOKMAN, M. 2000. *Elemento Teóricos Para la Regulación de los Mercados de Salud (Documento Técnico)*. In: CESPEDS, J.E., director. *Proyecto Análisis de los problemas y soluciones relacionados con el sistema de vigilancia y control del sector salud*. Documento Técnico, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud/ Unión Temporal Bitran y Asociados-Econometría S.A.-ESAP.
- WORLD BANK, 1993. *World Development Report: Investing in Health*. Washington. D.C: The World Bank.
- , 1997. *World Development Report 1997: The State in a Changing World*. Washington. D.C: The World Bank.
- , 2001. *The Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing*. Washington, D.C.: The The World Bank Institute.
- YEPES, F.J., 1999 *La Salud en Colombia*. Documento General. Colombia: Ministerio de Salud- Departamento Nacional de Planeación.
- YEPES, F.J., 2000. Se Desarrolla en Colombia una Cultura de Aseguramiento. *Boletín Trimestral de NADIIR*, No. 2: 3-4.

ANEXO1: ABREVIATURAS EMPLEADAS EN EL TRABAJO

AVISA	Años de Vida Sana
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAC	Enfermedades de alto costo
EPS	Entidad Promotora de Salud
GRD	Grupos Relacionados Diagnósticamente
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FTS	Fondos Territoriales de Salud
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SGRP	Sistema General de Riesgos Profesionales
SGP	Sistema General de Pensiones
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
RV	Régimen de Vinculados
PIDAS	Paquetes Integrales de Atención en Salud
SIDA	Síndrome de Inmundeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSS	Servicios Seccionales de Salud
UPC	Unidad de Pago Capitado
VIIH	Virus de la Inmundeficiencia Humana

SITUACION, SISTEMA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL DESARROLLO EN CUBA*

Francisco Rojas Ochoa

Introducción

Esta presentación se basa en parte de lo publicado en los informes Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996(1) e Investigaciones sobre desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999.(2) Se examina aquí la situación de salud, el sistema de salud, su estrategia de recursos humanos y las características del desarrollo en Cuba, en los finales del siglo XX.

Situación de salud

En las últimas décadas los indicadores de salud de la población cubana han mostrado una mejoría gradual y constante, hasta alcanzar los niveles actuales. En los primeros años de la década de los noventa este progreso fue interrumpido por la crisis económica que afectó al país, la más grave en su historia, acentuada por el bloqueo económico que nos impone el Gobierno de los Estados Unidos de América y la desaparición del grupo de países de economía centralmente dirigida, con la que sosteníamos la casi totalidad de nuestras relaciones económicas. De esta situación nos hemos recuperado en gran medida.

El alto nivel de institucionalización del sector, el amplio grado de cobertura de los servicios, los índices alcanzados en atención preventiva, la calificación del personal de salud, la mística en su entrega al trabajo cotidiano y el esfuerzo colectivo nacional, han hecho posible que en importantes indicadores de salud Cuba se mantenga entre los países de mejor situación entre los del Tercer Mundo e, incluso, que pueda comparar sus resultados con los de más alto nivel de desarrollo económico y tecnológico (Cuadro 1).

Este trabajo fue publicado originalmente en la Revista Cubana de Salud Pública y aparece en este libro por cortesía del autor y la Revista.

Cuadro 1. Evolución de los indicadores de salud. Cuba. Años seleccionados

Indicadores seleccionados	1960	1980	1990	1995	2000
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	42,0	19,6	10,7	9,4	7,2
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	42,4 ^a	24,3	13,2	12,5	9,1
Índice de niños con bajo peso al nacer (en %)	...	9,7	7,6	7,9	6,1
Tasa de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	120,1	52,6	31,6	32,6	34,1
Partos atendidos en instituciones hospitalarias (%)	63,0	98,5	99,8	99,8	99,9
Habitantes por médico	...	635	275	193	169
Habitantes por estomatólogo	...	2 677	1 528	1200	1128

a: Datos de 1965.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas y Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Los principales esfuerzos han estado encaminados hacia varias direcciones en función de las prioridades y a través de programas específicos, entre los que se destacan la atención a la mujer, a los niños y niñas y a la población mayor de 60 años.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad resume lo alcanzado de manera sostenida en materia de cuidados a la niñez. Según El estado mundial de la infancia 2000, publicado por la UNICEF, Cuba ocupaba la posición 32 en cuanto a la más baja tasa mencionada, entre 192 países, en 1998.(1) Esta fue en el año 2000 de 9,1 por 1 000 nacidos vivos.(2) La mortalidad de menores de un año fue entonces de 7,2 por 1 000 nacidos vivos.(3)

Todas las embarazadas reciben atención calificada prenatal y en sus partos. Cuba es un país de bajo riesgo reproductivo, según el Population Action International 1995.(3) Aún se observa una alta tendencia a la interrupción de embarazo como medio para evitar los hijos no deseados. La tasa de interrupciones por 100 partos fue de 52,7 en el 2000 (había sido de 96,6 en 1986).(4) La tasa de mortalidad materna directa (complicaciones de embarazo, parto y puerperio) en el 2000 fue de 34,1 por 100 000 nacidos vivos.

El programa nacional de inmunizaciones protege contra 11 enfermedades. En el 2000, el 92,1% de los niños menores de 2 años de edad quedó protegido.(4) Se mantienen erradicadas: la poliomielitis y el paludismo (1962), la meningitis tuberculosa (1971), el tétanos neonatal (1972), la difteria (1979), el síndrome de rubéola congénita y la meningoencefalitis por parotiditis (ambas en 1989) y el sarampión (1993). Las tasas de incidencia por tosferina, rubéola, tétanos y parotiditis son muy bajas, y no se registraron casos en 1999 ni 2000.(4)

La contracción económica ha tenido reflejo en las condiciones de vida y, también en la incidencia de las enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad por estas enfermedades aumentó entre 1990 y 1996, y descendió a un mínimo entre 1998 y 2000. Año este último en que la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas se redujo a 2,3 por 100 000 habitantes (4) (Cuadro 2).

CUADRO 2. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuba 1989-2001

Año	Tasa por 100 000 habitantes	% del total de defunciones
1989	8,3	1,3
1990	9,4	1,4
1991	9,9	1,5
1992	10,4	1,5
1993	13,8	1,9
1994	13,5	1,9
1995	12,8	1,8
1996	10,6	1,5
1997	9,6	1,4
1998	8,0	1,1
1999	7,7	1,1
2000	5,5	0,8

Fuente: MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. Palcograf. La Habana, 2001.

La morbilidad también registró aumento en algunas tasas, como en la hepatitis, la tuberculosis, las infecciones diarreicas y respiratorias agudas, la leptospirosis y las enfermedades de transmisión sexual.

Entre los problemas de salud dependientes del comportamiento y estilos de vida, las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema relevante. La sífilis, por ejemplo, muestra una tendencia ascendente. Su tasa por 100 000 habitantes que era de 44,7 en 1980, fue de 86,1 en 1990 y de 110,3 en 1999, y descendió a 82,2 en el 2000.(4) La tasa por millón de habitantes por SIDA que fue de 2,6 en 1990, ascendió a 15,1 en el 2000; ésta es muy baja y prueba la eficacia de nuestro programa de prevención.(4)

El envejecimiento de la población es un hecho notable que se ha acentuado en la última década. En el 2000 el 13 % de la población cumplió 60 años o más.(2) En esto han influido los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad, el aumento de la cobertura inmunológica, las bajas tasas de mortalidad infantil y, sobre todo, la baja fecundidad: en 1985 la tasa de fecundidad por 1 000 mujeres en edad reproductiva era de 66,1 y en el 2000 fue de 47,3.(4) La tasa bruta de reproducción ha estado por debajo del nivel de reemplazo durante la pasada década (0,72 hijas por mujer a mitad del período mencionado). Como cifra preliminar, en el 2000 se registra una tasa global de fecundidad de 1,64 hijos por mujer.(5,6,7)

Al envejecimiento de la población se asocia la principal carga de morbilidad y mortalidad que afecta a la población. Para tres enfermedades existen programas de atención dispensarizada, por lo frecuente de éstas y la necesidad de un control adecuado que asegure un mínimo de complicaciones y una calidad de vida satisfactoria. Estas y sus prevalencias respectivas, calculadas sobre el número de pacientes dispensarizados, son la diabetes mellitus (23,6 por 1 000 habitantes), la hipertensión arterial (155,6 por 1 000 habitantes) y el asma bronquial (77,1 por 1 000 habitantes).(4)

Las 3 principales causas de muerte en el 2000 fueron las enfermedades del corazón (180,3 por 100 000 habitantes), los tumores malignos (146,5 por 100 000 habitantes) y la enfermedad cerebro vascular (72,9 por 100 000 habitantes).(4) Los accidentes registraron una tasa de un 44,5 y el suicidio del 16,4 por 100 000 habitantes.(4)

Desde los años 60 se logró eliminar la desnutrición como fenómeno social. Hasta 1989 se produjo un aumento sostenido del suministro energético, como parte de un consumo balanceado de alimentos. Pero a partir de ese año la alimentación ha sido uno de los aspectos de las condiciones de vida más afectados por la crisis y el bloqueo económico. En 1990 el consumo calórico diario reportado era de 3 130 calorías; en 1993 fue de 1 863, que representa el 78 % de las necesidades medias.

Entre 13 nutrientes considerados, el déficit mayor fue de grasas (35 % de las necesidades). El bajo peso al nacer constituye otro claro ejemplo de los efectos de la alimentación insuficiente. Es además un índice de alta sensibilidad. Este índice mostraba una tendencia al descenso desde la década de los 70, pero comenzó

a ascender en 1991 y dos años después alcanzó un nivel superior al de la década precedente. Esta nueva situación comenzó a revertirse en 1994 y continúa descendiendo, lo que evidencia la recuperación de los niveles nutricionales, aunque aún no estén a la altura de 1990 (6) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Índice de bajo peso al nacer. Cuba 1990–2000

Año	Índice ¹
1990	7,6
1991	7,8
1992	8,6
1993	9,0
1994	8,9
1995	7,9
1996	7,3
1997	6,9
1998	6,7
1999	6,5
2000	6,1

¹ Porcentaje sobre el total de nacimientos vivos.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud 2000.

Que la población disponga de viviendas adecuadas y saneamiento básico es factor determinante de una buena situación de salud. El intenso proceso de urbanización (75,2 % de la población del país es urbana), impulsado por la emigración del campo a las ciudades y el crecimiento de la población en edad matrimonial, ha presionado sobre las carencias habitacionales.(7)

Durante muchos años y con el propósito de reducir las grandes diferencias entre la capital y el resto del país, los mayores esfuerzos constructivos se aplicaron a las ciudades del interior y zonas rurales. La Habana, en consecuencia, sufrió un deterioro progresivo y su situación se ha tornado particularmente difícil. El estado de más de la mitad de las viviendas es regular o malo; uno de cada 10 es irreparable.(8) Para corregir esta situación fue necesario introducir una mayor descentralización en la formulación y manejo de la política de vivienda y urbanización. El traspaso de los programas habitacionales a las autoridades locales, aún con las dificultades asociadas a los arreglos institucionales, el traslado de los recursos y la creación de capacidad de manejo a nivel subnacional, han permitido desarrollar la base de producción local e incrementar gradualmente la construcción de nuevas viviendas y asentamientos. A finales del pasado decenio ya se había recuperado el promedio anual de construcciones del quinquenio 1990-1995.(9)

Un programa audaz y novedoso se efectúa en el núcleo histórico de la ciudad de La Habana, donde se rescata el patrimonio cultural de esa parte de la capital, que ostenta la categoría de Patrimonio Cultural de la Humanidad. El Gobierno del municipio, la Oficina del Historiador de La Habana y el programa de desarrollo humano local han conseguido movilizar recursos nacionales y externos para una acelerada restauración urbanística, habitacional y social del lugar.(10)

En materia de saneamiento se ha logrado extender a una parte importante de los hogares cubanos el acceso a aguas limpias y sistemas de evacuación de desechos, garantizando un mínimo de salubridad del entorno, tanto rural como urbano. En 1999 la cobertura era para la población urbana del 84,9 % y para la rural del 40,4 % en cuanto al servicio de agua por conexión domiciliaria.(7) La cobertura con medios sanitarios de eliminación de excretas, según el estudio Multiple Indicators Survey, del MINSAP/UNICEF(11), fue en el 2000 de 99,1% para la población urbana y de 95,1 % para la población rural.

Sin embargo, al identificarse los principales problemas ambientales del país, junto a la degradación de los suelos, la contaminación de las aguas terrestres y marinas, la deforestación y la pérdida de la diversidad biológica, se encuentra el deterioro del saneamiento y las condiciones ambientales en los asentamientos humanos. Este deterioro acentuado en la pasada década se explica, entre otros factores, por las afectaciones del servicio de agua potable (cantidad y calidad), las limitaciones para la recolección y disposición de

desechos sólidos, el inadecuado manejo de los desechos peligrosos y, en ciertos lugares, los problemas de la calidad del aire.

El programa de desarrollo hidráulico permitió entre 1960 y 1990 aumentar la capacidad de los embalses de 48 millones de metros cúbicos a 9 600 millones, lo que aseguró aumentar la cobertura del suministro de agua. Sin embargo, la cantidad y la calidad se vio afectada en años recientes debido al déficit de productos necesarios para su tratamiento, el deterioro de las instalaciones, redes de acueductos e irregularidad en las tareas de mantenimiento.(6) También se han afectado la recolección y disposición de desechos sólidos por falta de transporte automotor y de depósitos. En algunos asentamientos se han producido afectaciones en la calidad del aire, debido a incorrectas ubicaciones de algunos de estos, y de centros industriales.

La situación descrita ha entrado en franco período de restauración. El perfeccionamiento de la organización y gestión ambiental, la potenciación de la participación comunitaria y la asignación de recursos financieros (todavía insuficientes) han logrado detener el deterioro e iniciar la mejoría de la situación.

La aprobación de la estrategia nacional ambiental y la promulgación de la Ley del Medio Ambiente, ambas ocurridas en 1997, son acciones de gran valor en materia de mejoramiento del ambiente físico y de la calidad de los asentamientos humanos en el país. Son las bases para lograr los objetivos en materia de medio ambiente y desarrollo, que recoge la Agenda 21 para el mundo subdesarrollado.

Hasta aquí se ha presentado la información que habitualmente conocemos como situación de salud. Pero el 11 de septiembre de 2001, en Nueva York, se produjo el atentado criminal más repulsivo de nuestro tiempo, torpe, injustificado. Este hecho nos lleva cotidianamente a reflexionar sobre terrorismo y guerra. Pero esos temas no son de esta presentación. Me limitaré a reiterar mi opinión, que es la de mis compatriotas todos; estamos contra el terrorismo y contra la guerra. Pero sí quiero referirme al aspecto relativo a la salud humana que en las últimas semanas están llevando al pánico a la población estadounidense y de algunos otros países: el uso de un agente infeccioso como arma de terror.

Frente a lo que ocurre con el ántrax o carbunco se ha generado pánico en la población de un enorme y poderoso país, que ha permeado también a algunos más. Esta situación ha conducido al agotamiento de las existencias de ciertos medicamentos, al uso que se ha clasificado de preventivo de algunos antibióticos, con el riesgo que implica su uso incontrolado, incluido el de nuevas resistencias a estos. Se compran por la población medios de protección variados. En resumen, se hacen cosas innecesarias, costosas y extravagantes, capaces de hacer más daño que beneficio.

La estrategia del sistema de salud cubano es muy diferente: informar adecuadamente y advertir, con argumento científico, de qué se trata, qué se conoce y qué se ignora, y educar sobre lo que procede hacer para prevenir, diagnosticar o curar la enfermedad o problema que nos afecte. Hemos visto situaciones similares, epidemias que han afectado a personas, animales o plantas, algunas introducidas intencionalmente en el país. Pero un verdadero ejército de profesionales y técnicos en materia de sanidad humana, animal o vegetal ha sabido qué hacer, sin provocar pánico. Ellos toman las acciones técnicas que proceden y educan a la población en lo que debe hacer de inmediato y con posterioridad a la emergencia. Tener educada a la población es la alternativa primera para el éxito y la única para contener el pánico, tan peligroso como cualquier epidemia.(12) Estas consideraciones, frente a un fenómeno de actualidad, tipifican un rasgo de la situación de salud y del sistema de salud cubano.

El sistema de salud

La situación de salud antes expuesta es el resultado de las condiciones políticas, económicas y sociales que concurren en el país. El sistema de salud es un componente de la sociedad en que se inserta y con la que guarda relación de dependencia. A una formación económica social concreta corresponderá un determinado sistema de salud. La construcción consciente de un nuevo sistema de salud en Cuba se hace a partir de la ruptura abrupta y radical con una situación caracterizada por

- La dependencia política y económica de una potencia extranjera que controlaba la principal industria del país, incluido el 25 % de las mejores tierras agrícolas; la producción y comercialización de la energía eléctrica, los servicios telefónicos, la importación, transportación y distribución de combustibles, el transporte marítimo, la minería y la parte más importante de la banca.

- La estructura económica dependiente de la producción agrícola, monoprodutora de caña de azúcar, de tipo extensivo, latifundio.
- El desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta un 25 % de la fuerza de trabajo, en el período entre zafras azucareras.
- La economía abierta. De 25 a 28 centavos de peso correspondían a importaciones obligadas, y a una concentración geográfica de exportaciones (60 %) e importaciones (75 %), en el mercado de Estados Unidos de América.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola, monoexportador y, por tanto, dependiente.(13)

En este contexto se caracterizó la reforma del sistema por la adopción de la concepción ideológica marxista, en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública. Por esto existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial. En consecuencia, se adoptaron los principios de la salud pública socialista, como eran conocidos en la literatura científica del este de Europa, pero añadiendo Cuba el del internacionalismo, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos.(14)

Así, la reforma de los servicios de salud estuvo presidida, desde su inicio, por la voluntad política de transformar la situación determinante de una salud colectiva afectada por graves problemas, y la de orientarla a un modelo que liquidara todo lo que atentara contra la salud de la población. Esta voluntad tuvo y tiene su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno dio y mantiene al sector salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentales en este campo. Son transformaciones introducidas por la reforma (que hoy caracterizan nuestro modelo de sistema de salud):

- La erradicación de la corrupción.
- La prioridad en el desarrollo de los recursos humanos: su capital humano.
- La planificación y programación de las acciones de salud.
- El desarrollo de la estadística sanitaria.
- El carácter intersectorial y multidisciplinario en la concepción del sistema.
- La búsqueda de la equidad.
- La lucha por la calidad.
- La participación social y popular en el sistema.
- La sostenibilidad del sistema.

En relación con este último aspecto, la sostenibilidad de la reforma y del sistema que generó, se expresa en la aceptación plena y la defensa consecuente que de ella hace la población. El respaldo popular ha sido total y sostenido, continúa décadas después de los primeros hechos de la reforma, que mantiene hoy los principios, características y proyección que le dieron origen.

El modelo de sistema

En Cuba, el programa de salud es parte esencial de la política social y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad. Se fundamenta en conceptos y proposiciones que gozan de amplio consenso internacional. Entre sus componentes se destacan una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana y el acceso universal a adecuados servicios de salud.(15) El modelo se basa en los siguientes principios:

- La salud es un derecho humano.
- Se reconoce el carácter estatal y social de la medicina.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado: accesibilidad y gratuidad aseguran la equidad en los servicios para toda la población.

- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica aplicando consecuentemente los adelantos de la ciencia y la técnica.
- Las acciones de salud tendrán orientación principal hacia la promoción y prevención.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- La solidaridad internacional es práctica de los servicios de salud.

La aplicación de estos principios, sobre todo la accesibilidad y gratuidad, ha hecho posible el logro de la equidad en salud, tanto en lo que se refiere a accesibilidad geográfica como a los distintos niveles de complejidad del sistema de salud (Cuadro 4).

La salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones por raza, sexo, edad, religión, posición política o condición económica. Su aseguramiento es responsabilidad del Estado, que actúa a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como organismo rector del sistema. Esto se ampara en los artículos 47 al 50 de la Constitución de la República, los cuales se cumplen.(16)

**Cuadro 4. Cinco indicadores de equidad territorial en salud en las 14 provincias del país.
Cuba, 2000**

Indicadores	Máximo	Mínimo
% de partos con asistencia calificada	100,0	99,7
Menores de 2 años con esquema de inmunización completo	98,7	89,9
% de población cubierta con médico/enfermera de familia	100,0	96,0
Consultas de odontólogo x habitantes	2,6	2,1
Donaciones voluntarias de sangre por 100 habitantes	5,3	4,7

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2000.

El MINSAP dirige y controla centralmente el plan de salud, pero, paralelamente, se apoya en una gestión territorial descentralizada para elevar la eficiencia y agilidad del servicio. La estrategia de trabajo se cumple a partir de prioridades, establecidas en función de las circunstancias y que permiten la ejecución de los programas específicos.(17)

La labor en esta esfera se complementa con un amplio trabajo multisectorial (el sistema de salud no es sinónimo de ministerio de salud o servicios de salud), y una intensa acción comunitaria a través de organizaciones de masa, que trabajan por el mejoramiento de la salud en su más alta concepción.(18)

El primer y decisivo paso en el desarrollo de los servicios de salud fue la integración de todas las instituciones de servicios médicos existentes al sistema, con lo cual estas pasaron a ser financiadas por el Estado y regidas por el MINSAP. En correspondencia con la concepción de desarrollo, se imbricó desde el principio, con las transformaciones económicas. Así, tras la aplicación de la Ley de Reforma Agraria, fue organizado el servicio rural, que extendía la atención médica a todas las zonas del país, lo que motivó un ambicioso programa de formación de recursos humanos.(19)

El establecimiento del servicio rural fue uno de los primeros pasos en la búsqueda de la equidad en salud, seguido de la nacionalización de servicios privados de salud, incluida la industria farmacéutica y farmacias, la gradual reducción del ejercicio privado de la medicina, la creación de las instituciones estatales con diferente grado de complejidad en el servicio, la formación del personal necesario para la expansión de las acciones en esta esfera y la creación de centros de investigación y desarrollo.

Desde las primeras etapas en la formación del sistema podemos hablar de reforma, una reforma revolucionaria por su extensión y profundidad, pero la reforma ha sido un proceso continuo, ya que se ha hecho necesario introducir modificaciones al modelo de sistema por hechos como los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la dinámica de la economía del país, en especial la crisis de los primeros años de la década del noventa, que llamamos período especial en tiempo de paz, y de la que hoy nos hemos recuperado en buena medida, y las contradicciones que genera el propio desarrollo, incluido el impacto de

las nuevas tecnologías. Por eso se puede afirmar que en el caso de Cuba, la reforma sectorial -más que un hecho eventual o puntual- ha sido un proceso permanente en los últimos 40 años.(15)

Veamos algunos hitos importantes en el devenir de este proceso permanente de reformas en salud:

- El establecimiento desde 1960; de la gratuidad de los servicios médicos estatales, que luego alcanzarían a todos los servicios del país.(20)
- La nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados en 1960.(21,22)
- La creación del servicio médico social rural en 1960.(23)
- El otorgamiento de alta prioridad al desarrollo de la atención primaria de salud.(24)
- La descentralización administrativa del sistema, dotando a cada unidad de presupuesto propio.
- El inicio (1963) de la práctica de la solidaridad internacional, que llamamos internacionalismo en salud, y su posterior desarrollo.
- La creación de un subsistema que comprenda la importación/exportación, producción y distribución nacional de medicamentos, equipos y otros medios de trabajo del sector bajo la dirección y administración del MINSAP.
- La inclusión, como parte de las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, de la formación de recursos humanos para el sector.
- El desarrollo de la participación social, en especial en su forma comunitaria, como pilar del desarrollo y manejo de los servicios.

Para una mejor comprensión del modelo y de su evolución, es necesario referir con más detalle algunas acciones o medidas de la reforma, que hoy son objeto de ajustes.

Desde la concepción del nuevo sistema se inscribió la atención primaria de salud como la primera prioridad en cuanto a reforma y como estrategia principal para el desarrollo del sistema. Fue la creación del servicio médico social rural y la consiguiente extensión de cobertura, al llevarse hasta áreas rurales antes carentes de servicio un número significativo de médicos primero, seguido de enfermeras y odontólogos un año después. Para esta extensión no se recurrió a paramédicos, como los llamados “feltcher”, muy utilizados en Europa del Este, u “obstetrices” (comadronas). Fue una temprana decisión lograr una total cobertura de las necesidades de atención primaria con médicos, no obstante la aguda escasez de ellos que provocó un movimiento migratorio, estimulado desde el exterior por fuerzas políticas hostiles al país y su programa político.(25)

En la ciudad se inició la transformación de las expresiones de atención primaria existentes hasta 1960: las casas de socorro, para la atención de ciertas urgencias, los dispensarios infantiles (programa paralelo a los del Ministerio de Salubridad) y las unidades sanitarias, definidas para realizar el control epidemiológico y de la higiene del ambiente físico. Estas instituciones fueron integradas en un centro de salud que denominamos policlínico. Estos evolucionaron y fueron objeto de acciones de reforma, como las que dieron origen a las denominaciones sucesivas de policlínico integral (al fortalecer sus acciones promotoras y preventivas) y policlínico comunitario (al dar fuerza mayor a la atención de las familias y a la concertación estrecha de los programas con las comunidades).(26-31)

“La descentralización en salud formó parte de la descentralización político administrativa al interior de los gobiernos provinciales y municipales en el marco del fortalecimiento del papel de la sociedad y no de una simple reforma estatal. Buscamos modernizar y crear un nuevo tipo de modelo sanitario a través del fortalecimiento de la salud dentro de la sociedad, desarrollando los niveles operativos del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto, a fin de hacerlos más eficaces y eficientes, además ello conlleva que sean equitativos frente a los daños e igualitarios en el consumo y distribución de sus servicios. Defendemos que los servicios deben tener acceso universal tanto en el consumo como en la distribución. Para ello el modelo tiene tres componentes que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas apariciones no borran el antiguo concepto que sigue teniendo vigencia en determinadas circunstancias, siendo esta forma, los nuevos modelos son respetuosos de la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores”.(17)

Un primer componente introducido en el modelo, siempre con enfoque principal en atención primaria, es el basado en el daño con cobertura universal. Aquí el sujeto de programación es la enfermedad y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de aquella. Este modelo fue dominante largo tiempo en la planificación de salud, y base de numerosos programas verticales contra enfermedades (malaria, tuberculosis, cáncer...).(17)

Un segundo componente está basado en el concepto de riesgo. Así la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos. Los riesgos deben seleccionarse en función de su vulnerabilidad, para definir una estrategia de atenuación o erradicación de estos. Entre otros grupos se ha trabajado con embarazadas, grupos específicos de edad (incluido el de la llamada tercera edad) y grupos de riesgo ocupacional.(17)

La programación por daño es un concepto de intervención biológico asistencial. El de riesgo admite posibilidades diversas ya sean en el plano sectorial (acciones asistenciales), como promocionales y preventivas o multisectoriales con un contenido epidemiológico y social. Este modelo es esencialmente descentralizado, pues el riesgo obliga a la planificación en el escenario local, que es donde se tipifica y caracteriza en sí mismo. La aplicación de este concepto es una de las bases de la actual planificación en el país. De ahí los programas vigentes importantes, para grupos como los antes mencionados.(17)

Un tercer componente está basado en el concepto de protección familiar y cobertura integral. Más avanzado que los anteriores ha emergido con gran fuerza en la década de los 80. Ha madurado, pero continúa siendo objeto de ajustes para su perfeccionamiento. Se fundamenta en el concepto de universalidad e igualdad de cobertura a toda la población sin ninguna categoría de exclusión. Busca no sólo la individualización y los grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia, basado en un aumento continuo de la calidad de vida y en la promoción de salud. Este marco conceptual asume que la salud no es un problema sanitario solamente, sino la expresión de vida de la estructura social concreta y para resolverlo es necesario el desarrollo de acciones sectoriales y fundamentalmente de acciones intersectoriales. En este concepto se basa el desarrollo del programa del médico y enfermera de la familia, respuesta cubana a las proyecciones y proposiciones de la Carta de Ottawa, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social y las cumbres iberoamericanas, entre otras importantes reuniones internacionales.(17)

Los aspectos que sustentaron la concepción y desarrollo de este programa fueron:

- La creciente tendencia a la fragmentación y super-especialización de la práctica médica.
- Los cambios en el perfil epidemiológico: control eficaz de enfermedades transmisibles, aumento de las crónicas no transmisibles.
- La necesidad de actuar sobre el individuo, la familia y la comunidad, modificando actitudes, conductas y estilos de vida.

Son características del programa a que se hace referencia la instalación de un consultorio enclavado en la comunidad a la que darán servicio un médico y una enfermera. La población a su cargo la forman los miembros de 120-160 familias, alrededor de 600 a 800 personas. Cuentan con el respaldo de personal especializado en el policlínico del que dependen y el médico tiene categoría de especialista en Medicina General Integral (tres años de estudios como “residente” para alcanzar el título de especialista). Su responsabilidad incluye la ejecución de los programas de salud en marcha, y en especial las acciones promotoras y preventivas de estos. Los médicos de familia en el 2000 eran 17 105, lo que daba cobertura al 99,1 % de la población del país.(4)

Es también relevante en este sistema de salud el alcance y profundidad de la participación social, que le otorga al sistema un amplio carácter democrático, con práctica directa y efectiva de la democracia.

En un inicio la participación social fue del tipo que llamamos pasiva, o sea, inducida por el sector salud y dirigida a procurar el apoyo de los programas del Ministerio de Salud Pública. En etapas posteriores se avanzó a una participación activa, que se manifiesta por las iniciativas propias de la comunidad y por su participación en el control y decisiones sobre acciones de salud.

Su más alta expresión se concreta en las asambleas de rendición de cuentas de los delegados a las asambleas municipales del Poder Popular (ediles o concejales), donde estos rinden cuenta de su gestión ante sus electores, quienes los eligieron mediante voto secreto y directo, en candidaturas sin candidatos únicos. En estas asambleas semestrales, entre otros asuntos de la comunidad, se tratan los temas de salud y se discute y se adoptan decisiones que son mandatos de estas asambleas abiertas de los electores para su delegado. En cada período, los participantes en las asambleas de cada circunscripción cuando eligen a un delegado suelen alcanzar alrededor del 80 % de electores participantes. Esta es una de las bases más importantes del respaldo popular al sistema de salud y al sistema político y social que lo sostiene.

Podemos identificar resultados del sistema de salud cubano derivados de la participación social:

- La formación y organización de personal voluntario para el desarrollo de acciones de salud en el seno de la comunidad, como las que forman las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas y los que iniciaron este tipo de participación: colaboradores voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicación del paludismo.
- El entrenamiento y asignación de funciones como “responsables de salud” a miembros de los sindicatos y de comités de defensa de la revolución, que los eligen.
- Son tareas destacadas de estos colaboradores el apoyo a campañas y programas de vacunación, de saneamiento ambiental, y de diagnóstico precoz en el programa de la lucha contra el cáncer.
- La educación y concientización de la población en la solución de problemas de alta incidencia como enfermedades diarreicas agudas, parasitismo intestinal y protección a la embarazada.
- Promoción y participación en el programa de donaciones voluntarias de sangre (5,3 por 100 habitantes en el 2000).(4)

Uno de los aspectos del sistema y de la reforma que le dio origen y que hoy suscita discusión es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano, que incluyó como parte del sector y subordinadas al MINSAP a la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. Entre estas la producción y distribución de fármacos, equipos y otros insumos del sector.

Cuando esto ocurrió (1961-1962), existió amplio consenso al respecto, pero al evaluar los hechos en fecha reciente, ratificamos la decisión de aquel momento en que se subordinaron a un mando único estos importantes aspectos relativos a los servicios de salud, sobre todo por ser época de convulsión política y económica, lo que permitió avanzar a soluciones estratégicas y prácticas para el momento y años posteriores. Pero esto ocurriría hace 40 años. Recientemente se decidió subordinar la industria farmacéutica al Ministerio de la Industria Básica. Esto, entre otras ventajas, permitirá rectificar la dimensión de la esfera del MINSAP, que en el 2000 alcanzó la cifra de 359 653 trabajadores, o sea, el 5,5% de la población en edad laboral. A su vez contribuirá a un mejor ejercicio por parte de la autoridad sanitaria en la fiscalización o control de la producción de esta industria.

Otro rasgo distintivo del sistema de salud cubano es la práctica del internacionalismo en salud. Esta comenzó en fecha tan temprana como 1963, cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que The New York Times llamó “quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo.” Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS.(32) El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma en que se realiza, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a este tipo de ayuda se ha trabajado también en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo pacientes para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, socorriendo frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y otras variadas formas de cooperación bilateral o multilateral. Todo lo referido ha sido un aporte gratuito de Cuba, excluyendo la actual forma de cooperación que llamamos compensada, añadida y no sustitutiva de la anterior, en lo que el país receptor paga parcial o totalmente por lo que recibe. La cooperación internacional en el campo de la salud es un rasgo trascendente de nuestro sistema, que la

categoriza como principio, y es el más importante impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el extranjero.(32)

Más recientemente estas acciones se han fortalecido y crecido al calor del Programa Internacional de Salud (PIS) realizado por el Gobierno cubano y concebido a raíz de los desastres causados por ciclones tropicales que azotaron a América Central, Haití y República Dominicana. Este programa comprende dos acciones principales: la cooperación con personal médico y sanitario en las zonas más desprotegidas de los países afectados y el otorgamiento de becas a estudiantes de las mismas zonas para cursar estudios de medicina en Cuba. El programa posteriormente se ha extendido a países de África.

A finales del 2000 los países que participaban del programa eran, 7 de América Latina, 7 de África y 1 de Asia. El número de cooperantes involucrados era de 2 446. El total de países receptores de colaboración era de 58 y con un monto de 3 853 colaboradores.

Los alumnos de otros países en facultades cubanas de medicina al inicio del curso 2000-2001 sumaban una cifra de 1 760. Además, en la Escuela Latinoamericana de Medicina están actualmente matriculados 4 857 alumnos.

Esta política internacional de colaboración en salud parte de una más amplia que incluye otras esferas que desarrolla el Gobierno cubano, es una hermosa obra de solidaridad y un trabajo relevante como contribución al mejor entendimiento entre los pueblos y a la paz.

Los recursos humanos

En la estrategia cubana para la creación y consolidación de su sistema de salud, la política de desarrollo de recursos humanos ha sido factor de máxima relevancia. El capital humano con que hoy cuenta el país, en todas las esferas, es notable, pero se aprecia mejor y alcanza más peso en el sector salud.

Al examinar el alcance actual de esta política y sus resultados no puede olvidarse que hace poco más de 40 años se realizó en el país una campaña de alfabetización, que en un año, con la generosa contribución de 270 000 jóvenes voluntarios, se alfabetizaron alrededor de 700 000 personas iletradas, y se redujo el índice de analfabetismo de 23,1 % a sólo 3,9 %.(32) Así se erradicó el analfabetismo como fenómeno social.

Si la hazaña realizada entonces no se hubiera reorientado con un seguimiento nacional para elevar la instrucción de los recién alfabetizados hasta el 6to. grado de escolaridad, estos habrían regresado a su condición inicial. Pero no se detuvo el movimiento masivo para elevar la instrucción de los cubanos. Hoy la escolaridad media de nuestra población es de 9 grados de enseñanza. Por otra parte, la escolarización de niños entre 6 y 14 años rebasa desde la pasada década y de modo sostenido el 97 % cada año, lo que asegura el progresivo aumento de la escolaridad media del país. Esto se puede afirmar ya que el índice de retención escolar en cada curso para cada uno de los niveles de enseñanza, desde la misma década, es superior al 95 %.(6)

El control del Estado sobre la totalidad de las instituciones escolares excluye la privatización de la enseñanza tanto como la injerencia de los mecanismos de mercado y garantiza condiciones similares para todos los estudiantes. La educación en Cuba es universalmente gratuita; como la salud, es un derecho humano, que se adjudica sin distinción de raza, sexo, credo o nivel social.

El acceso a la educación ofrece al individuo no sólo conocimientos y la posibilidad de acceder a su propia visión del mundo, sino que lo capacita para una vida plena, rica intelectual y moralmente. Por ello, la educación en Cuba no es, en sentido estricto, una inversión social, sino que forma parte de una concepción más amplia, en la cual el bienestar del ser humano es el objetivo fundamental. Una sociedad de personas educadas avanza y se desarrolla armónicamente. Este es uno de los fundamentos del desarrollo humano.

Según una comparación internacional respecto al índice de la educación fundamental (IEF), Cuba ocupa el primer lugar del tercer mundo con el 96,9 %, por encima de muchas naciones de mayor desarrollo económico relativo.(33)

Los logros relativos de Cuba en el campo de la educación, con respecto a los observados en el mundo industrializado y en desarrollo, según aparece en el Informe sobre Desarrollo Humano 1995, editado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), son los siguientes: de cuatro indicadores considerados, en tres el logro relativo de Cuba es alto y en uno es medio.(34)

Estos resultados encuentran expresión en la educación universitaria. Entre los cursos 1959-1960 y 1970-1971 la matrícula en nuestras universidades creció en 10 000 estudiantes, y en los diez años siguientes creció en 155 000.(4)

A fines de la pasada década, de cada 100 ocupados, 7 poseían títulos universitarios y 13 eran técnicos medios.(35)

En este contexto se ha desarrollado un riguroso programa de formación de profesionales y técnicos para el sector salud. Las instituciones formadoras, tanto universitarias como técnicas, se encuentran adscritas directamente al MINSAP, bajo la rectoría metodológica de los ministerios de Educación Superior y Educación. El crecimiento del número de unidades de enseñanza ha alcanzado de 1 a 21 facultades de medicina y de 1 a 57 politécnicos de la salud.

El programa iniciado en 1960 egresó de sus escuelas hasta el 2000, la cifra de 208 248 técnicos.(4) De las facultades universitarias 76 488 médicos, 11 485 odontólogos y 21 957 licenciadas en enfermería. Estas últimas tuvieron acceso al nivel universitario en 1980.(4)

Este esfuerzo ha contado con el respaldo que significa la gratuidad total de los estudios cursados. El acceso a la enseñanza universitaria pasa por un proceso de selección que incluye valoración de su rendimiento acumulado en los años de nivel preuniversitario, con un mínimo de 90 % para ser aceptado, examen adicional de suficiencia de ciertas materias, pruebas psicopedagógicas, examen médico diseñado para esta selección y aprobación del colectivo de estudiantes de donde procede.

Durante la carrera no se admite repetir cursos por deficiencias académicas.

Tanto los profesionales como los técnicos tienen acceso a numerosas vías de superación o perfeccionamiento profesional. Para los universitarios tres sucesivos niveles pueden ser alcanzados: especialista, maestría y doctorado en ciencias. En cada caso el último acto de cada nivel es un examen estatal o defensa de tesis.

En todos los tipos o niveles de enseñanza se aplica el principio de educación en el trabajo que se desarrolla en el marco de la integración docente, asistencial e investigativa, el cual privilegia cada vez más la atención primaria de salud y el trabajo grupal tutorial, que potencia el desarrollo de la creatividad y capacidad resolutoria individual y colectiva de forma multiprofesional e interdisciplinaria.(36)

La formación acelerada de recursos humanos a que se ha hecho referencia fue estimulada por la salida del país de personas que no aceptaban las circunstancias de consumo, austeridad, movilización y disciplina que derivan de un movimiento social transformador de raíz popular y del bloqueo externo. La importancia mayor para el sistema de salud la tuvo la emigración de médicos que entre enero de 1959 y marzo de 1965 alcanzó la cifra de 1 975 (poco más del 30 % de los médicos de 1958) con la consiguiente afectación de los servicios, la enseñanza y la investigación. La solución estuvo en los planes de formación desarrollados, sin concesiones en cuanto a calidad, hasta alcanzar la situación actual, en que se cubren todas las necesidades y es posible contribuir con otros países facilitándole personal calificado y de conducta laboral altamente satisfactoria.

El desarrollo de estos recursos ha sido a su vez el capital esencial para el impulso a la investigación científica y la búsqueda de la independencia tecnológica en todo lo que esté a nuestro alcance, según las posibilidades de cada momento. No es aceptable para nuestra economía depender de cada conquista tecnológica que se origine en el primer mundo, sobre todo si nuestro sistema de salud es universal en su cobertura, lo que implica aplicar las conquistas científicas a todo el que lo requiera, tanto en el campo de la promoción y prevención, como en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Este concepto ha determinado la creación de numerosos centros de investigación y desarrollo tecnológico, como los 13 institutos de especialidades médico-sanitarias del MINSAP, los dos cardiocentros, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, el Instituto Finlay (vacunas), el Centro de Inmunoensayo, el Centro Nacional de Producción de Animales de Laboratorios, el Centro Nacional de Salud Animal y el Centro de Inmunología Molecular que, entre otros resultados, hoy ha alcanzado la producción de las vacunas contra la meningitis meningocócica y la hepatitis B, equipos y técnicas para diagnóstico, restauración neurológica y cirugía estereotáxica, equipos de resonancia magnética nuclear, factor de crecimiento epidérmico, anticuerpos monoclonales, interferones y surfactantes.

El desarrollo

Aunque el crecimiento económico es una condición indispensable para el desarrollo, no todo crecimiento conduce a este objetivo. Para que resulte efectivo, el crecimiento debe darse en ramas económicamente estratégicas o sectores dinámicos, que aseguren niveles de actividad económica constantes y equilibrados. Simultáneamente, se necesita la aplicación de estrategias adecuadas para garantizar una distribución racional de los ingresos en función de programas sociales de desarrollo, lo que demanda una intervención estatal consecuente. (6) La inversión social, considerada por algunos un gasto improductivo, es en realidad el capital de reproducción natural capaz de impulsar el desarrollo.

Desde sus orígenes, el proyecto cubano de nuevo sistema social previó la estrecha relación entre la economía y los efectos sociales, con la finalidad de dar una solución integral a este dilema. Se concibió el proceso de desarrollo a partir del tratamiento simultáneo de los problemas económicos y sociales. La atención a los aspectos sociales se correspondía plenamente con el hecho de que todo movimiento social renovador, revolucionario, alcanza su realización, precisamente, a través de las soluciones que ofrezca a los problemas sociales existentes.

Sin dudas, la erradicación de problemas seculares del subdesarrollo como la pobreza, el monocultivo y el latifundio, el alto nivel de desempleo y el atraso industrial, demandaban, a su vez, la solución de fenómenos estructurales, tales como la existencia de un sector económico deformado y de relaciones de dependencia.

En el proceso de desarrollo en Cuba, las transformaciones en la economía y en la estructura social se rigen por el principio de lograr el desarrollo a partir de la distribución equitativa de los ingresos, manteniendo la justicia social. Esto se reflejó en medidas encaminadas a lograr la redistribución inmediata de los ingresos a favor de los trabajadores y de los grupos marginados, la eliminación del desempleo y la elevación del nivel de vida.

La concepción del desarrollo integral, económico y social, constituye el primer rasgo del desarrollo en Cuba. Otro rasgo esencial es la aplicación de una política social única, dirigida por el Estado, lo que permitió la concentración y distribución de los recursos disponibles en función de esta política. Este enfoque ha demostrado ser acertado, especialmente en tiempos en que la estrechez económica ha provocado fuertes contracciones en la disponibilidad de los recursos.

Por otra parte, la acción del Estado no habría reportado resultados tan destacados si no hubiese contado el gobierno con respaldo popular, además de promoverse una universal participación social en los programas de desarrollo: en educación, salud, viviendas, abastecimientos de bienes de consumo, y las deportivas y culturales.

Esta política de desarrollo social ha elevado el nivel de vida de la población, combinando el incremento del consumo individual con las prestaciones de servicios sociales básicos. Simultáneamente las políticas aplicadas comprenden un tratamiento preferencial a determinados segmentos poblacionales: mujeres, niños, niñas, ancianos, población rural. Es precisamente en estos sectores vulnerables en los que los problemas estructurales del subdesarrollo se agudizan. La solución exige no solo profundos cambios en el sistema socioeconómico, sino también de un proceso de asimilación gradual y constante de cambios.

La historia del proceso de desarrollo que exponemos revela que, aún cuando desde el inicio la percepción acerca de un desarrollo integral estuvo presente, ello no aseguró automáticamente la relación adecuada entre todos los factores que tal desarrollo demandaba. La política económica conoció avances, deficiencias, errores propios de todo proceso de desarrollo, pero que en este caso, se ven acrecentados por las condiciones derivadas del bloqueo a que estamos sometidos desde hace cuatro décadas.

En este contexto, ha resultado vital la capacidad de adaptación a las circunstancias, manteniendo una posición flexible y de autocrítica en la revalorización de las políticas adoptadas.

La política social está cambiando y debe su capacidad de adaptación, en parte, a la propia concepción que le dio origen:

- La centralización en manos del Estado, que ha permitido un mayor grado de integralidad, la igualdad de condiciones en el acceso a los servicios sociales, la estabilidad y la posibilidad de priorizar la atención a los sectores más vulnerables.
- El logro de un alto nivel de participación social en la adopción de decisiones, que han garantizado la comprensión y el apoyo por parte de la población a las medidas para sortear las crisis.

Es necesario destacar que el mayor éxito de este proceso reside precisamente en mantener y perfeccionar la estrategia elegida.

La evolución de las políticas de desarrollo se convierte así, de objetivo esencial en motor impulsor y garantía de supervivencia del proyecto cubano.

En un modelo de desarrollo donde lo económico y lo social son simultáneamente tratados e impulsados como componentes obligados de un desarrollo que no debe ser sólo crecimiento económico, es comprensible el papel protagónico que en lo social adquieren los sectores salud y educación. Esto explica lo referido respecto a estos sectores. En salud se han dado evidencias de un sostenido desarrollo multilateral, que ha modificado sustancialmente la situación de salud, y donde el desarrollo de los recursos humanos ha desempeñado un rol trascendental. El modelo ha buscado y conseguido equidad en salud, entre otras formas.

Hoy puede resultar de interés como se prevé la sostenibilidad del modelo de salud, en términos de sostén económico.

El sistema de salud de Cuba se financia por el presupuesto estatal cuya elaboración pretende garantizar, por una parte, los objetivos de desarrollo previstos del sector salud, y por otra, una mayor eficiencia en la provisión de los recursos presupuestarios. Este financiamiento se encuentra altamente descentralizado. A partir de los presupuestos municipales se financian la casi totalidad de los gastos de salud pública (92,6 %). También de la educación (82,0 %) y de la asistencia social (92,4 %).⁽³⁷⁾

No obstante la difícil situación económica por la que ha atravesado el país en los últimos años, los gastos en salud pública se han incrementado sostenidamente, como reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados en esta esfera. En los años más graves de la crisis, 1990 a 1993, la tasa de variación del PIB fue siempre negativo, llegando a -14,4 en 1993. Entre estos años mencionados este indicador acumuló una caída del 30 %. No obstante, los gastos corrientes en salud aumentaron un 17 % entre 1989 y 1994. Este aumento absoluto fue acompañado de un aumento relativo del gasto en salud como parte del PIB, 4,6 % en 1989 a 7,8 % en 1994 (Cuadro 5).

Cuadro 5. Gastos en la rama Salud Pública e indicadores derivados. Cuba 1989-1994

Años	Gastos en salud Pública*	Gastos como % del PIB	Gasto como % del gasto total	Gasto como % del gasto público
1989	904,5	4,6	5,8	12,1
1990	925,3	4,7	6,0	13,0
1991	924,9	5,7	6,3	14,5
1992	938,3	6,3	6,6	15,2
1993	1076,6	8,0	7,4	16,9
1994	1061,1	7,8	7,5	14,6

*Incluye los gastos en salud de todos los organismos del país en millones de pesos.

Fuente: Informes de liquidación del presupuesto 1989-1994. Ministerio de Finanzas y Precios. Oficina Nacional de Estadísticas. Ministerio de Economía y Planificación.

En estos años se ha registrado una considerable reducción de la disponibilidad de divisas para el sector, con notable afectación de ciertos servicios y escasez de varios insumos.⁽³⁷⁾ Pero se ha podido rebasar la gran crisis y hoy la economía da signos de vitalidad. El modelo socialista ha resistido. El Estado ha intervenido y sostenido la estabilidad social y política, a la vez que conjurado la crisis económica.

Por esta razón, con el fin de asegurar a cada cubano iguales derechos a la atención de salud, se ratifican los principios de que el sistema de salud continúe siendo totalmente financiado por el presupuesto del Estado y manteniendo la cobertura y la accesibilidad total mediante la gratuidad de los servicios. No están previstos nuevos gastos para ser financiados por las familias, ni ninguna forma de privatización; tampoco se prevén sistemas de seguro, ni medidas de copago.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado. Esto es consecuencia de las tres razones principales que lo sustentan:

- La voluntad política, expresada reiteradamente a nivel más alto del gobierno, en cuanto a la prioridad del modelo.
- La elección de tecnologías adecuadas, en sentido amplio, incluyendo la organización y gestión, y la elección de la atención primaria como base del sistema.
- La participación social, que acepta y apoya el sistema en su concepción y aplicación, lo que a la vez se torna en apoyo popular al gobierno que creó y mantiene el sistema.

Todo esto nos enseña una lección: cuando se reúnen voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se pueden alcanzar resultados como los mostrados. Son estas también las condiciones que generan la sostenibilidad del modelo, que además se afianza en resultados de alta equidad, mejoras en la situación de salud y confianza de la población. Por esto defendemos apasionadamente el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética de nuestro sistema político, económico y social, sostén del modelo de salud.(19)

Referencias bibliográficas

1. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996. La Habana: Caguayo; 1997. p. 131.
2. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigaciones sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Caguayo; 2000. p. 216.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2000. UNICEF. New York, 2000, p 83.
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. Palcograf. La Habana, 2001.
5. Population Action International 1995. Riesgo reproductivo: evolución mundial de la salud sexual y materna de la mujer. PAI. Washington 1995.
6. Martínez, O.; Márquez, M.; Rojas Ochoa, F. y cols. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Caguayo S.A. La Habana, 2000. p 196.
7. MINSAP. Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos 2000. MINSAP. La Habana 2001. Tabla. Indicadores generales del País.
8. CEPAL. La economía cubana. Reformas estructurales y desempeños en los 90. Fondo de Cultura Económica; México DF, 1997. p 290-3.
9. Cuba. Informe nacional de Cuba a la Conferencia Mundial de Naciones Unidas para los asentamientos humanos "Habitat II". Comité Nacional Preparatorio. La Habana, 1996.
10. Programa para el Desarrollo Humano a Nivel local. Fachadas de las Plazas de La Habana. PNUD, Cuba. La Habana. p 12-18.
11. MINSAP/UNICEF. Multiple Indicators Survey. (para el seguimiento de las metas de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia) Inédito. p 38.
12. Castro, F. El pensamiento y la conciencia pueden más que el terror y la muerte. Tabloide No. 16. Ed. Juventud Rebelde. La Habana, 2001. p 8.
13. Rodríguez, JL. y Carrizo Moreno, G. La erradicación de la pobreza en Cuba. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1987. p 33-4.
14. Serenko, AF y Ermakov, V V. Higiene social y organización de la salud pública. Ed. Mir. Moscú, 1986. p 31-50.
15. MINSAP. Análisis del Sector Salud en Cuba. Edit. MINSAP. La Habana, 1996. p 14-9.
16. Cuba. Constitución de la República. Gaceta Oficial, 1992. Art: 47-50.
17. Capote, R. y Haddad, J. Evolución y concepciones en políticas de salud. Rev. del Instituto Juan C. García. Vol. 8 Nos. 1 y 2. Enero-diciembre, 1998. p 29-36.
18. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. OMS. Ginebra 2000. p XIII y 6-8.
19. Rojas Ochoa, F. y López Serrano, E. Revolución Social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Investigaciones en Salud Pública. Documento Técnico, No. 30. OPS. Washington, 2000. p 9.

20. MINSAP. Decreto Ministerial No. 4 del 13 de mayo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 30 de mayo de 1960.
21. Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial No. 709 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 23 de marzo de 1959.
22. López Serrano, E. Efemérides médicas cubanas. En Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 69. La Habana, 1985. p 195.
23. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 1 de febrero de 1960.
24. Mehrotra, S. Human Development with a human factor. Santosh Mehrotra y Richard Joly (edit). Claredon Press. Oxford. 1988.
25. Araujo, L. y Rodríguez Gavaldá, R. Emigración Médica. CNICM. La Habana, 1968. p 1-21.
26. Antología de autores cubanos. Saúde e Revolucao: Cuba. Achiamé/Cebes. Rio de Janeiro, 1984. p 23-343.
27. Rojas Ochoa, F. El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. Rev. Cub. Med. Int. 10:2; 1971. p 84-96.
28. Rojas Ochoa, F. El policlínico. Serie de Informes Técnicos. No. 3. CNICM. La Habana, 1973. p 7+82+6.
29. Rojas Ochoa, F. El desarrollo de la salud pública socialista en Cuba 1959-1973. Editor Ya Chikin. Ed. Meditzina. Moscú, 1981. (en ruso).
30. Navarro, V. Health Services and Health Planning in Cuba. Int. Jour. Health. Ser. 2 (3) 1972, pp 407-13 y 419-30.
31. Capote R. La evolución de los servicios de salud y la estructura socio económica en Cuba. IDS. La Habana, 1979. p 33-34.
32. Feinsilver, J M. Healing the Masses. Cuban health Politics at Home and Abroad. University of California Press. Berkeley/Los Angeles, 1993. p 157[STANDARDIZEDENDPARAG]
33. UNESCO. Education pour tous: situation et tendances. UNESCO. París, 1993. pp 23-26.
34. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 1995. PNUD, 1995. Anexo Estadístico.
35. MES. Catálogo 1997: MES, La Habana, 1997.
36. Ilizástegui, F. Educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. En: Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud. ISCM-H. La Habana, 1993. Folleto.
37. Rojas Ochoa, F. y López Pardo, C. Economics, politics and health status in Cuba. Inter. Jour. Health. Ser. 1997;27(4):800.

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO CHILENO

Dr. Víctor Eduardo Ilabaca Plaza M. S. P.

ANTECEDENTES REMOTOS

El modelo Chileno de Salud, no escapa del modelo traído por los conquistadores con hospitales para las tropas en combate, generalmente en lo conocido como la frontera, al sur del país.

En la parte ya conquistada, se establecen los hospitales, manejados por los sacerdotes de ordenes hospitalarias y atendido por médicos inicialmente peninsulares y posteriormente se agregan los criollos, formados en España.

Pasado el tiempo, durante la colonia y luego en la independencia y república, persisten los hospitales o servicios de campaña, los religiosos y se agregan algunos de la Beneficencia Pública, otros que atienden a grupos específicos como la gota de leche a menores, los leprosos y los asilos para pacientes psiquiátricos.

Durante la segunda mitad del siglo XIX y primer cuarto del siglo XX, como resultado de las luchas sociales, aparecen como conquistas entre otras, la Ley del Seguro Social que establece una cierta forma de Previsión Social con aportaciones patronales, del empleado y estado.

Con la aparición de gobiernos progresistas en los años 30's y 40's en los que participa activamente primero como Diputado y luego como Ministro de Salud, el Dr. Salvador Allende Gossens, y el Presidente Pedro Aguirre Cerda, dentro del frente de acción popular (FRAP), se logran avances importantes en la fusión de organismos, y la legislación correspondiente, así como el agrupamiento de médicos y odontólogos en la ley 15076 (vigente hasta la fecha), que pavimentan el camino que lleva en el año 1952 a la integración de los servicios existentes y su correspondiente infraestructura, en el Servicio Nacional de Salud (SNS), que apoyándose en la Ley del Seguro Social, generan la capacidad suficiente para la atención a la población trabajadora y también de alguna forma a aquella sin seguridad social.

Sin embargo gremios poderosos, de la industria extractiva (cobre, salitre, carbón) integran los servicios de medicina del Trabajo, que convenían con el SNS.

Un tercer grupo lo constituyen los trabajadores de “cuello blanco” integrado por los organismos públicos y privados que no pertenecen a los anteriores, y que con financiamiento propio, pero sin infraestructura, deben integrarse en el SERMENA, (Servicio Médico Nacional del Empleado), y aprovechan diversos

mecanismos de prestaciones y contraprestaciones. Así, el SNS cubre a un 62% de la población y el 38% restante el SERMENA.

ANTECEDENTES PRÓXIMOS

Desde 1952 a 1973, se desarrolla toda una concepción filosófica de la atención a la salud, propia e inspirada en modelos propuestos por la OMS-OPS y se aprovechan su apoyo técnico y financiero en el reforzamiento de la Red Hospitalaria, con esbozos muy primitivos de la Atención Primaria de la Salud.

Paralelamente a estos cambios, las Universidades de Chile y Católica, especialmente la primera, desarrollan programas de formación acelerado de recursos humanos, que se encuentren capacitados para insertarse en los sistemas imperantes garantizando una atención apropiada a la población demandante, generándose la creación de hospitales Universitarios de alto nivel que atienden la formación de becarios extranjeros de Centro y Sudamérica.

Toda esta actividad constitutiva y formativa, va de la mano con una febril actividad de la Planeación y Organización Nacional de los Servicios de Salud, para lo cual el país se divide en 12 Zonas de Salud y una Sub-Zona, que corresponden de alguna manera a características regionales geográficas y económicas similares, aunque en términos poblacionales muy disímolas por la gran centralización en el área metropolitana, centro y algunas regiones altamente industrializadas.

En ese momento se sufre además de problemas de cobertura, determinados por la longitud del territorio y su geografía aunque lo vertebraba la Carretera Panamericana.

El modelo que surge es básicamente hospitalario, con hospitales de referencia en la zona metropolitana y una atención primaria, otorgada a través de Postas (centros de salud o casas de salud) que son visitados periódicamente (cada 7 o cada 15 días) por equipos multi e interdisciplinarios apoyándose en una figura médica, que es el médico general de zona.

Esta zonificación, constaba de una dirección Zonal que concentraba las acciones administrativas, estadísticas, recursos humanos y materiales de la zona (o región), así como funciones de asesoría y de regulación sanitaria. En ella se ubicaban los encargados de los programas básicos como: Inmunización, Salud Pública, Salud Materno Infantil, Odontología, Inspección Sanitaria, Control de Vectores, Promoción y Difusión, así como un Laboratorio Zonal (o Regional) de Salud Pública y Epidemiología.

A su vez, la zona estaba dividida en áreas hospitalarias, que variaban en número dependiendo de la extensión de la zona. El área radicaba generalmente en un hospital que, dentro de este modelo hospitalario, tenía cierto grado de complejidad y podía catalogarse como de segundo nivel, con las especialidades troncales y alguna sub especialidad además de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento; tenía entre 50 y 80 camas y eran generalmente herencia de la antigua beneficencia. Estas áreas a su vez contaban con dos, tres o más hospitales de menor capacidad resolutive, con 15 a 25 camas, pero con la infraestructura equipamiento y recursos humanos básicos para resolver fundamentalmente la atención gineco-obstétrica o pediátrica y de urgencias, lo que podría corresponder a lo que actualmente se denomina de primer contacto, ya que además se atendían acciones del primer nivel de atención. No contaban con especialistas, salvo 1 a 2 médicos generales de zona, con tendencias toco quirúrgicas y de medicina interna.

Estos referían los pacientes que no podían atender, al Hospital de Área y este a su vez al Hospital de Zona o de tercer nivel, que contaba con especialistas, mayor equipamiento y capacidad resolutive y con 250 a 400 camas. En este último nivel se atendía también lo relativo a Medicina del Trabajo (incapacidades, invalidez y pensiones), por convenio con la seguridad social, especialmente esto se daba en las zonas mineras, industrializadas y portuarias. Igual situación se daba con derechohabientes, empleados públicos, dependientes de Cajas de Previsión en los cuales se les atendía por convenio.

Al no existir casi medicina privada, un 5% de la capacidad instalada se reservaba para la población sin ningún tipo de previsión pero que estaban en condiciones de pagar la atención otorgada.

Un hecho interesante que se daba era una regionalización con la capital, básicamente con los Hospitales escuela, que atendían las referencias de 2 – 3 zonas cada uno, cuando así era estimado o necesario por la zona. Esta regionalización también se aplicaba a la actualización permanente del personal médico, ya sea con becas de corta estancia, o con equipos de especialistas que visitaban por 7 días o más las áreas o las zonas donde

se reunían pacientes quirúrgicos o médicos, algo parecido a lo que posteriormente se ha denominado el “Cirujano te visita”, “Médico Amigo” etc., puesto en práctica en algunos países como es el caso de México, por ejemplo.

Esto permitía una calidad en la atención así como una capacitación continua, todo en beneficio tanto del demandante de la atención como del profesional de la salud.

El primer nivel, dentro de este modelo se encontraba poco desarrollado y estaba básicamente dado por Puestos de Socorro, Postas (Centros de Salud) construidos por la comunidad, generalmente, atendidos por un auxiliar de enfermería del SNS o de la comunidad, y que eran visitados cada semana o 15 días por el médico, odontólogo, enfermera obstetra y trabajadora social, con vehículos, equipo e instrumental proporcionados por UNICEF, los que resolverían la problemática en el lugar o lo referirían al Hospital de Primer Contacto, o a los otros niveles resolutivos.

De esta manera los Servicios de salud, otorgaban una cobertura de casi el 95% de la población, quedando descubiertos sólo aquella que presentaban dificultades geográficas, y los privados.

ANTECEDENTES RECIENTES

En 1970, al asumir el gobierno la Unidad Popular, encabezada por el Presidente Salvador Allende Gossens, se implementan 20 medidas de gobierno que retoman, incrementan o introducen nuevas acciones a las ya vigentes en los Planes y Programas de Salud, básicamente orientados hacia la salud materno infantil, inmunizaciones, alimentación complementaria, planificación familiar y cuidado del medio ambiente, así como salud mental, atención del anciano y el minusválido.

También se produce una importante renovación de la infraestructura física, transporte, equipamiento y se crea la industria farmacéutica Nacional, sobre la base de cuadros básicos de medicamentos y material de curación, con la consiguiente reducción de costos de operación.

Paralelamente a estos progresos en la planeación y programación, infraestructura y capacitación y cobertura se da -dentro del contexto sociopolítico y el proyecto del gobierno- la democratización de los servicios de salud, o sea la participación activa de la comunidad, que se inserta propositivamente en el interior de la estructura de los servicios, formándose Comités paritarios, que junto a los trabajadores de salud participan en la toma de decisiones, planteamiento de programas, resolución de problemas y ejecución de acciones, que consiguen una multiplicación increíble de los esfuerzos y logros en salud, especialmente en el abatimiento de los indicadores de morbi-mortalidad y la solución de rezagos, así como la lucha contra las acciones derivadas del bloqueo económico de la reacción, tanto interna como externa.

Todo esto sigue su curso durante los años del 70 al 73, a mediados del cual, y pese a las violentas acciones desestabilizadoras, se logra firmar un convenio para constituir el SUS (Sistema Único de Salud), que incorporaría en su interior al SNS, SERMENA y otros Sistemas Previsionales alcanzando bajo una misma rectoría, normatividad y programación al 95% de la población.

El golpe militar del 11 de septiembre de 1973, cierra y cancela este proyecto; sin embargo y por razones de la necesidad de incursionar primero el campo económico, se mantiene el SNS y los otros servicios hasta 1981, época en la cual las fuentes de financiamiento van siendo reducidos y las aportaciones estatales minimizadas.

POLÍTICA DESARROLLADA POR LA DICTADURA

En pleno modelo de la Escuela de Chicago y Milton Friedman, con la teoría del shock económico y la desestabilización, además de la política del autofinanciamiento, se desmantela lo construido, creándose una nueva estructura donde se constituye a nivel Central el Minsalud, con sus réplicas regionales, con una función normativa y la reserva de algunos programas sustantivos, como materno infantil, inmunizaciones, planificación familiar, algunas crónicas degenerativas y regulación sanitaria.

Se privatiza la red hospitalaria, básicamente la redituable, más nueva y con un sistema de libre competencia y autofinanciamiento; otra parte (la menos redituables y los servicios de emergencia) permanece bajo la tutela del Minsalud, en absoluto grado de obsolescencia e inequidad, y el Primer Nivel se municipaliza, con las consiguientes diferencias atribuibles al desarrollo e ingresos de cada municipio.

El acceso a los Servicios de Salud, de cualesquiera de los niveles, se da a través de fuentes de financiamiento

muy peculiares, una, los ISAPRES (Institutos de Salud y Previsión Social) en los cuales la seguridad y los fondos son generados por el propio usuario, a través de aportaciones que varían en porcentaje de acuerdo a la capacidad y el poder económico de cada individuo, y que maneja la libre elección médica y paquetes de atención prepagados, tanto en consulta externa, como hospitalización. En los primeros años, varios ISAPRES van a la quiebra por fraude o situaciones de crisis económica entre el 82 y 83.

Otra es el FONASA (Fondo Nacional de la Salud), con participación individual más baja (hasta un 5%) y un aporte estatal que garantiza un mínimo de beneficios y servicios en los Hospitales Públicos o Servicios Municipales. Con esto se produce una gran brecha en la calidad y equidad de la atención a la población, que aún subsiste, pese al retorno a la democracia en 1990, brecha que incluso los gobiernos progresistas consideran casi insalvable de resolver en la actualidad.

Desde 1990 a la fecha, ante el paulatino deterioro y retroceso de muchos indicadores de salud y las previsibles fallas de las fuentes de financiamiento por cualesquiera de las vías, al incrementarse la población que pasa a pensionarse, y que debe el Estado subvencionar económicamente a los ISAPRES y al FONASA, así como la disminución de la cobertura, inconformidad laboral, y altos costos de las acciones médicas, se establecen grupos de trabajo que pretenden optimizar los servicios de salud actuales a través de lo que se ha llamado la Red Asistencial de Salud, que da un giro total a la práctica médica y al modelo, reconociendo sin embargo las dificultades que afrontan financieramente, actitudes del equipo médico, reconceptualización de la práctica médica, así como la presencia, a pesar de los años, de la inercia estructural del SNS.

Un enfoque de ello lo hacen el Dr. Giogio Solimano y Susana Pepper, a través de CORSAPS (Corporación de Salud y Políticas Sociales), que han contado con el apoyo de OMS – OPS.

Así en los estudios actuales, se analizan los últimos 20 años. Uno de los aspectos más relevantes, actualmente en etapas iniciales de implementación se relaciona con el cambio en los modelos de cuidados de la salud, especialmente en su dimensión asistencial que siguiendo las tendencias mundiales promueve una organización sanitaria que otorga una alta resolutivez a la medicina ambulatoria, promueve hospitalizaciones cada vez más breves y amplía el espectro de enfermedades que son atendidas en el domicilio del paciente, entre otros. Todo esto, enmarcado en objetivos de mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios, logran la mayor satisfacción de los usuarios, estimular la participación de la comunidad y profundizar la descentralización del Estado considerando elementos de costo eficiencia y costo beneficio.

Es así como en Chile se observa el surgimiento de nuevos establecimientos de salud en la red asistencial pública; los Centros de Referencia en Salud y los Centros Diagnósticos Terapéuticos, como elementos claves de este modelo asistencial.

Su puesta en marcha, no ha estado exenta de dificultades y ha generado una serie de diseños de gestión para hacerse cargo del gran desafío que este modelo representa para el subsistema público de salud.

Por otro lado esta forma de atención ambulatoria especializada, influye y tiene repercusiones en la atención primaria y hospitalaria, tensionando toda la red asistencial, que ha de responder efectiva y eficientemente a los objetivos para los cuales fué creado el modelo.

Los grandes problemas que enfrentan los sistemas de salud tanto en las sociedades desarrolladas como en las en desarrollo, se enmarcan en cambios sociales más profundos todavía, que van mucho más allá de la realidad de salud en su sentido estricto, uno de ellos es la tendencia al incremento de la participación social en todas las ramas de la actividad pública y privada, por otro el imperativo de la satisfacción usuaria y finalmente la preferencia por estilos participativos de gestión, esto se refleja en la intensidad de participación que las personas esperan y pretenden en las democracias en proceso de consolidación como es el caso de Chile y de otros países latinoamericanos.

Quizás la principal característica de la realidad de salud en la actualidad, en particular en Chile es, su cambio rápido e intenso. Algunos ejes según los cuales se manifiestan son:

1.- La transición demográfica. Incremento de la edad media de la población-

2.- La transición epidemiológica. Cambio del perfil nosológico, de enfermedades infecciosas de prevención específica, hacia otro de predominio crónico degenerativo, accidentes, violencias y enfermedades mentales. Esta transición como resultado de medidas altamente efectivas de control de alcance colectivo.

3.- Los nuevos problemas de salud pública. Violencia urbana, VIH-SIDA, y acumulación epidemiológica. La respuesta social exige planteamientos más participativos e intersectoriales.

4.- El acentuado incremento de costos. A partir de los 80's, se produce una explosión de costos desde un 6%, del producto geográfico bruto, al 9%, 10% y hasta el 14%, que repercuten en la inadecuación al modelo Hospital Unidad Básica de Salud, para dar cuenta de los nuevos problemas de salud.

5.- Nuevos modelos de Gestión. Los nuevos modelos de gestión, interpretados y consolidados dentro de un modelo conceptual que Brian Joiner ha denominado, gestión de cuarta generación, que según el autor se caracteriza por “énfasis en el trabajo en equipo, consideración de la calidad de procesos y productos y finalmente la gestión científica, que es la administración por hechos, siempre que sea posible cuantificarlos, “para Chile se ha centrado en la gestión estratégica y la gestión de calidad”.

6.- La Transición de Servicios. En Chile, los Servicios Regionales de Salud, están diseñados como sistemas de unidades básicas y ambulatorias de salud, en referencia a los establecimientos hospitalarios. Recientemente, se introducen los Centros Diagnósticos y Terapéuticos y Centros de Referencia de Salud, que son unidades ambulatorias resolutivas. Faltan unidades como cirugía ambulatoria autónoma, casas de cuidado de enfermería, y formas más completas de atención domiciliaria.

Las condiciones vigentes en el componente público del sistema, donde progresivamente los financiadores especialmente MINSAL/FONASA, abandonan los mecanismos tradicionales por formas más avanzadas como el pago capitado y el compromiso de gestión, constituyen modalidades estimuladoras para la mejora de procesos, ya que en las últimas, al contrario de las primeras las ganancias resultantes de los incrementos de productividad, pueden ser apropiadas por el servicio o establecimiento permitiendo la ampliación de actividades que todavía no se ejercen y que pueden ser originadoras de nuevas eficiencias.

Dentro de esto además, el gran vuelco en los modelos de gestión de servicios de salud que se observa a partir de los años 80's, es el cambio de énfasis, desde la administración por departamentos hacia la administración de procesos. En ello se ha observado la influencia de la gestión de calidad cuyos rasgos básicos corresponden, a que se involucre a todos los participantes de los procesos de producción, en la determinación, evaluación y garantía de la calidad de lo que se produce. La mejora continua se relaciona con el hecho de que -aún cuando existan estándares establecidos para evaluar procesos y productos- estos deberá ser móviles (en el sentido de cada vez más exigentes), con la orientación “defecto cero”.

Otra herramienta de cambio en Chile, es el empleo de conceptos y prácticas de la filosofía del lenguaje a las técnicas de gestión. Eso implica considerar las organizaciones como espacios de conversaciones, acuerdos y compromisos. En otros términos las técnicas de Flores y Winograd progresivamente emplean más los compromisos de gestión, inicialmente entre los niveles centrales (MINSAL y FONASA) con los servicios (regionales) pero progresivamente entre estos y sus establecimientos y dentro de los establecimientos, entre las direcciones y sus unidades de producción.

En Chile se han realizado estudios que se han preocupado de identificar la razón de por qué los servicios de salud tienen dificultad en mejorar su costo efectividad y su capacidad de respuesta a la expectativa de los usuarios, y estos concluyen en que algunos de los principales son:

a) La cultura centrada en el trabajo médico, que hace que todas las actividades de los establecimientos de salud sean diseñados para responder a las expectativas de ese grupo profesional sin preocuparse primariamente por el costo efectividad o la satisfacción del usuario.

b) Derivado de lo anterior, el comportamiento maximalista justifica en principio cualquier gasto adicional propuesto frente a un caso concreto.

c) Relacionado con los ítems anteriores se observa una baja conciencia de costos. Los mecanismos de financiamiento (participación del empleador o del seguro social) desarrollados en las primeras décadas del siglo XX, no estimulaban esfuerzos en el sentido de moderar costos (conciencia costo efectividad).

Para modificar esto, se señalan acciones orientadas dentro de las organizaciones de salud hacia la efectividad en una realidad en cambio:

1.- Creación de una cultura orientada hacia el usuario.

- 2.- Diversificación del modelo de atención, ampliando el abanico de opciones de atención.
- 3.- Creación de la cultura costo-efectividad, a través de la implantación de sistemas de análisis de costos y de retorno de servicios por centro de actividad (transformación de centros de costo en centros de rentabilidad).
- 4.- Estímulo a la estandarización diagnóstica terapéutica, a través de guías clínicas, protocolos de atención, caminos críticos o clínicos.
- 5.- La disponibilidad de recursos se pretende relacionar cada vez más con los niveles de producción, generándose esquemas de financiamiento más directos, tipo “pago por prestaciones complejas”, “programas de adulto mayor”, “per cápita” entre otros. Se tiende por lo tanto a la eliminación de los llamados “presupuestos históricos”, para sustituirlos principalmente por fórmulas que se hagan cargo de los costos de prestaciones individuales, donde su buen uso y gestión tiene impacto sobre los equilibrios financieros y la disponibilidad de recursos de los establecimientos.

EL MODELO DE ATENCIÓN DESPUÉS DE LA DICTADURA.

El nuevo modelo de atención, parte luego de un análisis del desarrollo del Sistema de Salud durante la dictadura y se inicia en 1990 con el retorno a la democracia, en el cual se detectaron enormes deficiencias en diferentes ámbitos:

ÁREAS PROBLEMAS 1990

- Aspectos Epidemiológicos.
- Capacidad de gestión insuficiente.
- Prolongada restricción presupuestaria.
- Desarrollo inorgánico y descoordinado de los Subsectores Públicos y Privados.

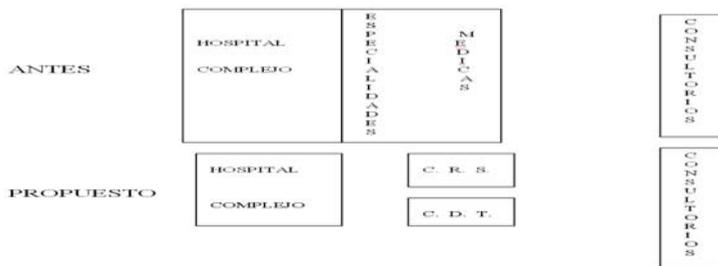
Estos aspectos cruzaban todo el sistema de salud, desde lo programático hasta los niveles operativos. Estas áreas problemas determinaban elementos más específicos sobre los cuales se diseñaron actividades y programas de intervención.

Entre ellos se encontraban a modo de ejemplo, una gestión inadecuada,; insuficiencia de las acciones preventivas; centralización; falta de acceso; mala calificación del recurso humano; pérdida de las capacidades normativas, supervisoras y de control; incapacidad resolutoria del sistema; insuficiencia en el sistema de seguro público; deterioro de la infraestructura y equipamiento, entre otros.

En vista de ello, se pensó entonces en invertir en la construcción de centros ambulatorios de alta (CDT) y mediana (CRS) resolutoria que resolvieran el problema de acceso; que realizaran una gestión moderna con sistemas de información adecuados, con personal calificado, todo orientado a dar respuesta oportuna y resolutoria a las demandas y necesidades de la población.

MODELO ESQUEMÁTICO DE RED

NUEVA RED ASISTENCIAL



Este proyecto con una inversión de 250 millones de dólares, financiado por el gobierno de Chile y un crédito del Banco Mundial, lleva a la construcción de establecimientos prototipo. Los CDT, anexos a los hospitales grandes, con inversión elevada en obra y equipamiento, incorporan pabellones quirúrgicos orientados a cirugías ambulatorias. Entre 1995 al 98 se incorporan varias regiones, aunque aún no existía claramente definido un modelo de gestión; así como no se han alcanzado otros propósitos, como calificación del personal.

Otro aspecto importante fue el de la política arancelaria, históricamente vinculada al “día cama” y que no daba cuenta de la consulta y procedimientos de especialidades, los que en un 30% no tenían un arancel. También se reflejó en el incremento de los gastos fijos de los establecimientos, por la infraestructura y equipamiento, además se han dado situaciones legales y desconfianzas políticas hacia estas iniciativas. Esto ha llevado a que por inercia se derive a Consultorios de Especialidades con mejor equipamiento e infraestructura, lo que si bien representa un avance, está lejos de lo proyectado.

MODELO DE GESTION

Como paliativo, se ha propuesto un equipo de dirección reducido, que establezca las políticas de gestión sin replicar otros niveles gerenciales y como política, mejorar los estándares de calidad, ampliar la cobertura y maximizar la capacidad ociosa, tanto en infraestructura como en la plataforma tecnológica.

REDEFINICION DE LA RED ASISTENCIAL

El Sistema actual de organización de Salud, con Direcciones de Atención primaria, no son concebidas en una estructura en Red, en la cual desde la unidad básica, hasta el Hospital no tienen un sentido en sí mismas sino que lo cobran en la medida que se relacionan con las necesidades de los usuarios y constituyen parte de un todo.

Por ello el sistema actual tiende a redefinirse y adaptarse estructuralmente superando organismos tradicionales, incorporándolos a una nueva concepción.

En lo administrativo los CDT y CRS obligan a reestructuraciones, ya que no es sustentable, mantener aparatos administrativos independientes, por lo tanto se ha propuesto la creación para los CDT y CRS de una “Dirección de Atención Ambulatoria”, con criterios de referencia y contrarreferencia únicos que integre el quehacer clínico y alta resolutivez, permitirá responder a más del 90% de la demanda actual de una manera coherente. La única limitación sería cuantitativa y no cualitativa, ya que por su naturaleza, permitirá una atención continua reemplazando la concepción de atención primaria y secundaria por la “atención de múltiples niveles”.

Así los hospitales relacionados con la red ambulatoria se orientarían a la medicina de mayor complejidad (UCI, UTI, cirugías complejas, medicina intervencionista también compleja) asegurando rápida derivación a instancias ambulatorias cuando corresponda, extendiendo el rol de los especialistas más allá de las áreas de competencia tradicionales.

LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

Al establecerse que en la Red no existen niveles de mayor o menor complejidad, entendida esta como la tecnología aplicada en los diferentes niveles, sino que esta se encuentra dada por una gran variedad como son, tecnologías medicas, sociales, administrativas, informáticas y comunicacionales, precisamos que cada componente de la red, debe aportar su especialidad, la cual cobra sentido sólo en la medida que está relacionada con otro componente de ella que la complementa. Si bien cada uno posee individualidad y autonomía, la programación y evaluación de cada uno debe responder a las necesidades de toda la red. Así es impensable que los servicios de imagenología y especialidades, no consideren en su programación las necesidades de la atención primaria. El aprovechamiento de los recursos más escasos debe responder a las prioridades que establezcan todos los integrantes de la red y particularmente aquellos con demanda masiva.

LA REFORMULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

La flexibilización de los programas se ha constituido en una tarea urgente, agrupando intervenciones cada vez más prioritarias en tomo a grupos etéreos. También es importante la generación de respuestas a riesgos

específicos en las distintas situaciones epidemiológicas a lo largo del país.

Ello significa que el MINSAL se responsabilice de actividades de carácter universal a lo largo de Chile, sin embargo, es fundamental que en cada localidad se ideen estrategias para alcanzar coberturas requeridas según las circunstancias epidemiológicas y culturales existentes a nivel local.

Esto conlleva ampliar la vigilancia hacia todos los problemas relevantes en cada región e introducir la variable geográfica mediante software de mapeo regional o territorial. Para este cambio enumeramos las condiciones necesarias:

- Modernización de la gestión pública.
- Aumento del financiamiento del Sistema Público de Salud.
- Liderazgo y capacidad de gestión.
- Un marco legal, administrativo y financiero acorde con el cambio.
- Desarrollo de los recursos humanos.
- Formación del equipo de salud, incluyendo al personal auxiliar y voluntariado.

RESULTADOS ESPERADOS, DESAFÍOS Y LECCIONES

Los resultados constituyen la base para planificar el sistema para el quinquenio 2000-2004, asegurar la adecuación del sistema de producción de prestaciones a las diferentes demandas planteadas de la población.

Los desafíos a desarrollar a partir del 2000 son:

- a) Cerrar la fase de “estudio” del proceso.
- b) Sistematización de resultados para evaluar el impacto a nivel país.
- c) Desarrollo de la Red de Alta Complejidad Nacional, ya que se podrán establecer y desarrollar redes de prestaciones entre regiones, que en gran medida corresponden a las de alta complejidad.
- d) Desarrollo de modelos emergentes:
 - Salud mental.
 - Sistema de atención médica de urgencias (SAMU)
 - Centralización de bancos de Sangre.

Por otra parte se debe avanzar en la conceptualización y desarrollo práctico de los siguientes tópicos:

1º El Sistema de Salud es un aparato productivo de alto costo, con diferentes niveles de eficiencia, cuya demanda obliga a reducir la oferta de prestaciones y a desarrollar propuestas que resuelvan la demanda no satisfecha. Esto será importante para la evaluación de restricciones presupuestales.

2º La gestión en Red propone:

- En los establecimientos (hospitales y consultorios) se desarrolle una gestión integrada de los recursos disponibles.
- En los servicios de salud, fortalecen la gestión de la Red Local, potenciando la interrelación entre los establecimientos de su territorio, tanto del Servicio como Municipal.
- En la Región una evaluación y seguimiento permanente de la Red Regional.
- A nivel país, incorporar las tareas del Nivel Central, el seguimiento integrador que vele por el desarrollo de la Red Nacional.

Con estos propósitos y proyectos, algunos ya en vías avanzadas de ejecución, se pretende rescatar gran parte de las innovaciones que Chile tuvo en el pasado, incorporar dentro del contexto actual político económico y social las prácticas y experiencias nacionales e internacionales y restituir al pueblo de Chile las garantías del derecho al bienestar y la salud, que se vieron interrumpidas durante la dictadura, rescatando mucho del liderazgo que se tuvo en el pasado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Casanova, J. P. Análisis del Modelo Asistencial de Chile Centro Estudios Económicos. Universidad Católica de Chile 1993.
- 2.- Solimano C. Giorgio, Pepper B; Susana. Perspectivas de la red Asistencial de Salud en Chile. Corsaps, OMS, OPS, Stgo. Chile ST60 Chile. 1999.
- 3.- Estévez V., Rafael. Cambio Organizacional. Top Consultores, S. A. Stgo. Chile ST60 Chile. 1999.
- 4.- Luco, Lorna C.; Visión desde la experiencia. Boletín Hospital Sotero del Río. Minsalud. 1998.
- 5.- Azevedo, A. C. Informe, Chile en desarrollo de Servicios de Salud. OMS-OPS. 1999.
- 6.- Ramírez L, M. Centro Diagnóstico Programático. Minsalud Stgo. Chile. 1997.
- 7.- Vergara I, M; Informe División de Planificación Estratégica. Minsalud. Stgo. Chile. 1999.
- 8.- Astorga J, I. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial Ministerio de Salud. Santiago. Chile. 1999.
- 9.- Gómez B. P. Informe Programa de Salud y Atención Primaria. Visa Integra. S. A. 1998.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA

René Crocker Sagastume
Carlos Enrique Cabrera Pivaral

INTRODUCCION

La salud es un concepto difícil de definir; la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en el Kurdistán Soviético en 1978 (OMS-UNICEF, 1978) ha señalado que la salud es “el estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; es considerada como un derecho fundamental de todos los pueblos, lo cual fue aceptado por todos los países del planeta.

Sin embargo, esta propuesta presenta algunos problemas de orden epistemológico, al no considerar los aspectos histórico-sociales. Esta dificultad conceptual y operativa, conduce con frecuencia a realizar análisis únicamente de la enfermedad, la incapacidad y la muerte.

Tanto el concepto de salud como de enfermedad, definidos aisladamente, son conceptos imprecisos, por lo que no existen posibilidades de realizar análisis estáticos de tipo fenoménico sin vincularlos al proceso dialéctico, histórico y social en general en que se encuentran determinados.

El proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes histórico-sociales; por un lado, el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y por el otro, el tipo de relaciones sociales que se establecen entre sus miembros. Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, los que a su vez, son el factor de la incidencia de salud, enfermedad y de muerte.

Las sociedades en su conjunto, han mostrado históricamente logros en su capacidad productiva de servicios de salud, pero la forma de su distribución ha sido desigual, por tanto, sólo ha beneficiado algunos sectores. Solo cuando la oferta de servicios de salud llega a capas amplias de población, se obtienen con su participación plena y ésta se acompaña de profundas transformaciones en sus condiciones materiales de vida, es cuando se pueden dar cambios profundos en la situación de salud de los pueblos.

Por la nueva situación global, los servicios de salud en todo el mundo se hallan en un proceso de redefinición, principalmente en aquellos aspectos relacionados con las leyes del mercado de los servicios, vinculados a la oferta y la demanda. Ello obliga a realizar un proceso continuo de evaluación de los

servicios, para analizar su pertinencia en relación con los avances científico-tecnológicos, con los cambios socioeconómicos y políticos, sin dejar de pensar en las necesidades de salud de la población.

En este contexto, es útil el análisis de las variables socioeconómicas, políticas, culturales y demográficas como elementos que sirven para definir políticas que permitan lograr ajustes significativos en los servicios básicos.

El análisis del perfil epidemiológico de la población, con tendencia a polarizarse actualmente, requiere la redefinición de la oferta y demanda de los servicios que permitan dar respuesta a los problemas de la pobreza y del desarrollo.

La redefinición de la oferta de los servicios de salud ha convocado a la sociedad a través de los sectores público, social y privado a organizar servicios que den respuesta a las demandas sociales, desde una perspectiva que debiera ser de una justa y equilibrada distribución de la riqueza, que se materialice en infraestructura sanitaria, organización de servicios por niveles de atención médica, dirigidos a programas de atención primaria básica, con la participación plena y decidida de las comunidades, como sujetos sociales que permitan hacer válido el derecho a la salud para todos sus miembros.

Lógicamente este proceso de oferta y demanda de servicios, no puede estar completo sin considerar la formación de cuadros para la salud, en el ámbito primario, técnico y profesional, que tendrán que dar respuesta a las necesidades de salud desde una perspectiva histórico-social y no solamente a las demandas de los mercados laborales.

Estos elementos en su conjunto y bajo una perspectiva holística, aportan información útil para el análisis de la congruencia entre las necesidades sociales y la oferta de servicios que la sociedad a través del Estado y organismos no gubernamentales, pretenden organizar para resolver los problemas de enfermedad y desarrollo de la salud de un pueblo en su vida cotidiana.

El análisis que se intenta realizar de la situación de los servicios de salud en Guatemala, está reflexionada desde la perspectiva histórico social sustentada en párrafos previos; se pretende realizar un juicio crítico, que permita clarificar los aspectos de fondo del proceso salud-enfermedad del país, con énfasis en los servicios, ello con la intencionalidad de aportar una perspectiva transformadora de la política de salud del país.

En el mismo, se retoman desde una óptica crítica la información publicada por instancias oficiales, tanto nacionales como internacionales, que buscan en los casos más atrasados de análisis, legitimar la situación actual de salud del país y en los casos modernizantes, refuncionalizar los servicios de salud del país para incorporarlos al mercado transnacional globalizado dominado por el complejo médico-industrial norteamericano.

Una fuente de información importante, está constituida por las fuentes de producción de conocimiento alternativo vinculadas con el movimiento social en salud nacional e internacional que a lo largo de la crisis nacional, regional y mundial ha iniciado la construcción de organizaciones alternativas de salud.

I. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE GUATEMALA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Guatemala es un país ubicado en el istmo centroamericano, con una superficie territorial de 109,900 Kms²; limita al Norte y Oeste con los Estados Unidos Mexicanos; al Sur, con el Océano Pacífico y al Este con Belice, el Mar Caribe y las Repúblicas de El Salvador y Honduras.

Su territorio está subdividido en 22 departamentos, que son las unidades de gobierno regional. Los municipios constituyen las unidades de gobierno local y las aldeas y caseríos constituyen las unidades de gobierno comunitario.

B. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Desde una perspectiva sociocultural, Guatemala se encuentra ubicada en Mesoamérica –territorio que se extiende desde el Río Pánuco en el Norte de México hasta el Río San Juan, en los límites de Nicaragua y Costa Rica- espacio antropológico-social en donde coexisten culturas precolombinas autóctonas, descendientes de culturas afroamericanas y españolas.

Este elemento sociohistórico convierte a Guatemala en un país pluricultural, multiétnico y multilingüe, en donde conviven 4 pueblos con orígenes y culturas diferentes. El pueblo Maya el más antiguo, numeroso y marginado del país, integrado por 23 etnias; el pueblo ladino, que incluye a los criollos –descendientes de españoles- un grupo étnico reducido, pero que mantiene el poder económico y político desde la colonia a la fecha y a los mestizos –mezcla de la población maya con los criollos principalmente- que constituye el segundo pueblo en importancia; el pueblo Garífuna, mezcla de población de origen afroamericano con pueblos indígenas del Caribe y el pueblo Xinca, descendientes de la cultura Olmeca, son reducidos en número.

C. ALGUNOS ELEMENTOS HISTORICO-SOCIALES, ECONOMICOS Y POLITICOS

La historia de Guatemala está llena de contrastes. Un país con una enorme potencialidad de recursos naturales, económicos y socioculturales –producto de su riqueza minera, forestal, agropecuaria y turística; de su variedad climática, que permite la existencia de una de las biodiversidades más importantes del planeta y de tener una identidad cultural importante, basada en las etnias mayas, rica en vida comunitaria, cultura ecológica y de gran tradición artística- está ubicado entre los países más pobres y subdesarrollados del continente americano, únicamente superado por Haití y Bolivia.

Estimaciones (Menjivar R, 1992) sobre la incidencia de pobreza por país en América Central, ubican a Guatemala con un porcentaje de 83 % de familias en situación de pobreza, de las cuales 65 % corresponden a pobreza extrema.

La situación de pobreza tiene una mayor expansión en zonas urbanas, sin embargo, la pobreza extrema tiene una situación mayor en áreas rurales y se expresa con mayor incidencia en mujeres, ancianos y niños de los grupos indígenas (Menjivar R, 1993).

La causa fundamental de que la mayoría de la población en Guatemala esté ubicada entre la pobreza y la pobreza extrema, está relacionada con una historia de colonización y neocolonización del país, por diversas potencias mundiales a lo largo de los últimos 500 años –España, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos- quienes en alianza con un sector pequeño de la población, descendientes de los españoles –criollos- han marginado y explotado a la mayoría de la población indígena y mestiza, y han sometido al país a una sobreexplotación de su riqueza natural y humana. Guatemala, a pesar de que declaró su independencia formal de España el 15 de Septiembre de 1821, ha sido gobernada de manera intermitente por dictadores al servicio de intereses externos.

Esta situación estructural de desigualdad e intervención histórica, ha originado procesos de resistencia pacífica o violenta de la mayoría de la población, agudizados en los últimos 45 años por la intervención armada de Estados Unidos de América en 1954, y la puesta en marcha de una política económica al servicio de sus intereses, ubicando al Ejército de Guatemala como eje de la vida económica y política del país al servicio del capital transnacional norteamericano y de sus aliados internos.

Esta situación provocó que se profundizaran los conflictos de clase, étnicos y de género sustentados en las raíces históricas descritas¹, generando una situación de guerra interna que se extendió desde 1961 a 1996, lo cual provocó la muerte violenta de 150,000 habitantes, la destrucción de 400 pueblos indígenas, la migración forzada interna y externa de más de 1 millón de habitantes, principalmente de las poblaciones indígenas y mestizas pobres. No existen estudios sobre el impacto en la situación de salud que el conflicto

¹ Los sectores dominantes internos y externos analizan como causa fundamental del conflicto armado interno al enfrentamiento Este-Oeste, principalmente entre Estados Unidos de América y la Unión Soviética, obviando las causas estructurales y étnicas de la sublevación en el país.

armado interno ha producido en la población guatemalteca, pero no dudamos que son profundos y de largo plazo.

El 28 de diciembre de 1996 se firmaron los Acuerdos de Paz, en donde, los sectores dominantes modernizantes² del país y la comunidad internacional, reconocen que, la situación de desigualdad, discriminación y marginación estructural sociohistórica a que ha sido sometida la mayoría de la población guatemalteca, principalmente los indígenas y mestizos pobres y las mujeres es la causa principal del conflicto armado interno.

En los acuerdos, se sientan las bases para la modernización del Estado y la sociedad guatemalteca, la redefinición del papel del Ejército en una sociedad democrática y el reconocimiento de los derechos históricos de los pueblos indígenas y de las mujeres del país (CERIGUA, 1997).

Sin embargo, hay sectores atrasados –tal como la Oligarquía Agroexportadora- que han visto afectado sus intereses, lo que permite pronosticar una situación todavía conflictiva para los próximos años, que seguirá afectado la situación de salud de los guatemaltecos.

En resumen, la estructura social de los últimos diez años, marcados por la crisis se caracteriza por “un desgaste de las viejas oligarquías o en proceso de descomposición; las elites económicas ligadas al capital modernizante se han recompuesto; las capas medias se deterioran y recomponen, mientras los sectores populares, buscan nuevas identidades, cambian la pantanosa sociedad civil. Sin embargo, la pobreza no ha dejado de estar presente en esta nueva estructura y si ha cambiado lo ha hecho en sus grados de intensidad como consecuencia de la guerra, la crisis económica, de los desplazamientos de población y de las políticas macroeconómicas (Menjívar R, 1997) impulsadas por la Globalización Neoliberal...”

La estructura económica actual de Guatemala se caracteriza por su tamaño reducido, el predominio de actividades primarias, bajo peso del aparato estatal, gran apertura externa y reducida capacidad de consumo de su población.

II. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

A. INDICADORES DE POBLACIÓN

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, INE, 1996), en 1996 la población total de Guatemala era de 10,243,109 habitantes, de los cuales 5,169,719 son hombres que constituyen el 50.5 %, y 5,073,390 son mujeres, 49.5 % de la población total.

En 1994 la distribución geográfica de la población guatemalteca era de la siguiente forma: En el área rural vivían 5,417,187 habitantes –65 %- dispersas en comunidades menores de 3,000 habitantes, principalmente indígenas mayas, lo que constituye un problema de atención a la salud, si ésta se realiza desde una óptica tradicional. Solamente 2,914,687 –35 %- vivían en el área urbana, la mayoría población mestiza; de ellos, 1,285,828 vivían en la ciudad capital.

En 1994, se analizó la distribución de la población por grupo étnico, encontrando que el 41.7 % son indígenas, 55.7 % son mestizos o criollos y 2.6 % era ignorado. Sin embargo, esta información tiene un sesgo importante, ya que por el conflicto armado, cerca de un millón de habitantes, principalmente indígenas mayas, se encontraban desplazados interna o externamente. Además, en Guatemala debido a las condiciones de discriminación que sufren las poblaciones indígenas, muchos de ellos se asimilan mestizos, con sólo el hecho de cambiar de vestido y no hablar su lengua materna.

La pirámide de población en Guatemala es de base ancha; 51 % son niños, adolescentes y jóvenes. Las mujeres en edad fértil constituyen el 22 % de la población total y únicamente el 5.8 % son mayores de 60 años. Si sumamos los datos anteriores el 78.5 % de los habitantes del país constituyen población de alto

²Entendemos como sectores modernizantes del capital endógeno, a los sectores de la Burguesía Comercial, Financiera e Industrial, ligadas al capitalismo neoliberal norteamericano y mexicano.

riesgo de salud-enfermedad, si cruzamos esta información con los datos de pobreza y pobreza extrema, analizados previamente.

B. INDICADORES DE NATALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es un indicador demográfico útil para establecer algunas comparaciones básicas entre poblaciones, además permite realizar un análisis sobre las condiciones materiales de vida y es útil para definir políticas sociodemográficas. En Guatemala, se contaba en 1960 con una esperanza de vida al nacimiento de 46 años, la cual se proyecta para 1988 con un promedio de 62 y para 1995 se reporta de 67.2, una cifra equiparable a la de los países industrializados hace décadas.

La desagregación por género muestra un saldo favorable para las mujeres con 68.8 contra 64.7 para los hombres. Con respecto al fenómeno que sucede en los departamentos que integran la república de Guatemala, se observa que el departamento de Totonicapán ocupa el último lugar con 61 años. En el departamento de San Marcos los hombres encuentran la esperanza de vida mas baja con 53.2 años y las mujeres la encuentran en Totonicapán con 62.9 años.

Con respecto a la natalidad se encuentra que para 1960 esta mostraba un indicador de 49 nacidos anuales por 1000 habitantes reduciéndose ligeramente para 1988, cuando alcanzó un valor de 41 nacidos vivos por cada 1000 habitantes

Para 1983, la Tasa de Fecundidad General era de 206; la Tasa Global de Fecundidad 5.8 y la Tasa Bruta de Natalidad era de 43.8. (Asociación pro bienestar de la familia de Guatemala, APROFAM, 1984).

Para 1995, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil (INE, 1996) la Tasa Global de Fecundidad en mujeres de 15 a 49 años, había descendido a 5.1.

Un elemento importante que ha posibilitado la disminución de la natalidad en Guatemala, es la utilización cada vez mayor de medios de control natal, como se ejemplifica en dos estudios realizados en 1983 y 1995, respectivamente.

Al respecto, la APROFAM, reportaba los siguientes hallazgos en 1983:

“ Un 25% de las mujeres en unión declararon estar usando un método anticonceptivo. De estas un 10.2% dijo estar esterilizada y un 4.7% se encontraba usando anticonceptivos orales. Mientras en el departamento de Guatemala un 49% dijo estar usando algún método anticonceptivo, solo un 4.6% de las mujeres indígenas del interior declararon usar algún método...”

La Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil, (INE, 1997), muestra como en 1995 se había masificado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, como se expresa en los datos siguientes:

“Entre las mujeres unidas, un 82% conocía algún método anticonceptivo y un 81% algún método moderno. El conocimiento era mucho más alto en áreas urbanas (92%) que en áreas rurales (74%), entre las mujeres ladinas (92%) que entre las mujeres indígenas (61%) y entre las mujeres con educación superior (100%) que entre las mujeres sin educación (65%). Tan solo un 38% de las mujeres había usado algún método moderno. Al momento de la encuesta, solo un 27% de las mujeres en unión se encontraban usando algún método moderno. El método más común era la esterilización femenina (14%)...”

II. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LOS GUATEMALTECOS

Uno de los elementos que puede dar cuenta parcialmente de la situación de salud-enfermedad de los guatemaltecos, es el análisis de los problemas de enfermedad y de muerte.

Para analizar el perfil epidemiológico se utiliza la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS). El sistema de información básica en salud del país, no es ajeno a los problemas de subregistro, mal registro y manipulación de la información, que son propios de buena parte de los países de América Latina, por lo que la información oficial deberá tomarse con ciertas reservas o cruzarla con fuentes alternas. Esta información es trabajada con criterios epidemiológicos tradicionales,

basándose en medias nacionales, sin considerar elementos como zonas geográficas, grupos étnicos, género y situación de clase social.

De acuerdo a estadísticas del MSPAS de 1997, las diez principales causas de morbilidad en Guatemala, son en orden de prevalencia: el Parasitismo Intestinal, con más de 25,000 casos; el Resfriado Común y la Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores, con cerca de 15,000 casos, respectivamente; le siguen en orden, la Diarrea, la Bronconeumonía, la Amebiasis, la Anemia, Amigdalitis, Enfermedad Péptica y la Infección Urinaria.

Este patrón de morbilidad de tipo infectocontagioso, que en nuestros países está asociado con problemas de Desnutrición Proteico Calórica, no ha cambiado en forma sustancial en la última década, a pesar de que la mayoría de estas enfermedades pueden ser prevenidas sin grandes erogaciones, con acciones sencillas de promoción y prevención en los programas de atención primaria en salud, en donde la comunidad sea el eje de los servicios, lo que ahorraría los costos atención médica de tipo curativo (Sistema Nacional de Naciones Unidas ONU, 1998).

En lo referido a causas de mortalidad general, (MSPAS, 1997) la tasa más alta es la Bronconeumonía y la Neumonía (Tasa de 10.5 por 10,000 habitantes) en orden de frecuencia siguen: Enfermedad Diarreica Aguda (Tasa 4.2); Homicidios (Tasa 2.0); Infarto Agudo del Miocardio (Tasa 1.8); Prematurez (Tasa 1.8); Desnutrición (Tasa 1.6); Cáncer (Tasa 1.5); Accidentes (Tasa 0.8); Accidente Cerebro Vascular (Tasa 0.7) y Cirrosis (Tasa 0.5).

Si se hace el análisis de la información anterior, se puede caracterizar el perfil epidemiológico de los guatemaltecos con una tendencia a la polaridad; ya que sin haber resuelto los problemas relacionados con la pobreza, tal como, la Bronconeumonía y Enfermedad Diarreica Aguda, asociados con Desnutrición y relacionados con causas vinculadas a problemas de vivienda, mal saneamiento básico y problemas de hambre crónica; aparecen recientemente otros problemas como el Infarto Agudo de Miocardio, los Accidentes Cerebro Vasculares y el Cáncer, asociados con el consumo excesivo y distorsionado, propio de las clases media y alta.

A la problemática anterior, se agregan problemas de violencia, relacionadas con la cultura de guerra, aún no superada y problemas de alcoholismo, propias de sociedades afectadas en su salud mental, con sus secuelas de accidentes de tráfico y cirrosis hepática.

Si se realiza el análisis utilizando Epidemiología Diferencial encontraremos que los grupos poblacionales en donde el deterioro de la salud es mayor, es en el grupo infantil, las mujeres y las poblaciones indígenas, aún a pesar de que las estadísticas de salud reportan una mejoría en los últimos años.

De acuerdo al Informe Mundial de la Salud 1997 de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1997) en Guatemala la Tasa de Mortalidad de la Niñez (niños menores de 5 años) para 1996, es de 67 por mil nacidos vivos, únicamente superada por Bolivia, Brasil y Perú.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ONU, 1997) las causas de las elevadas tasas de mortalidad de la niñez están asociadas principalmente a las Bronconeumonías, Neumonías y Diarreas. Detrás de estas causas está la Desnutrición Proteico-Calórica, en donde el 49.7 % de los niños la padecen crónicamente.

Sin embargo, esta media estadística no tiene una distribución uniforme en la población infantil, ya que departamentos como Sololá y Totonicapán, densamente poblados por grupos indígenas, la tasa de mortalidad de la niñez llega a 98.9 y 128.9 por mil nacidos vivos respectivamente y la tasa de desnutrición es 64.6 y 60.9 por ciento; caso contrario sucede con los departamentos de Zacapa y Jutiapa, habitados por población mestiza, en donde la Tasa de mortalidad de la niñez es de 49.5 y 46.9 por mil y la Tasa de Desnutrición es de 24.1 y 24.8 por ciento, respectivamente (INE, 1997).

A las condiciones de vida de los niños, principalmente los niños indígenas, se agrega la asociación existente entre altas tasas de mortalidad infantil (en menores de 1 año) y la mala calidad de atención prenatal y del parto. De acuerdo con Finkelman et al 1997, La tasa de mortalidad materna para 1995, era de 190 muertes por 100,000 partos, debida principalmente a infecciones y hemorragias, asociada a desnutrición proteico-calórica crónica del adulto y anemia nutricional.

Un problema que está tomando características alarmantes en la población materna, es el SIDA. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil, para 1995, 22% de las mujeres que manifestaron conocer el SIDA dijo tener alguna posibilidad de contraerlo. De éstas, un 9% dijo tener una probabilidad

alta. Los porcentajes más elevados de mujeres que dijeron tener grandes posibilidades de contraer la enfermedad se encuentran en Alta Verapaz (21%), entre las mujeres mayores de 30 años (11%), entre las mujeres solteras sexualmente activas (13%), y entre las mujeres unidas al momento de la encuesta (11%).

IV. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A. LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las formas de atención estatal y de respuesta social a la salud de los guatemaltecos están organizadas en 4 grandes sectores que funcionan desvinculados entre sí: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) - ambas instituciones surgieron en la década de 1944-1954 en que gobernaron presidentes electos democráticamente producto de la Revolución de Octubre-. Además existen las Instituciones de Atención Médica y Asistencia Privadas y los Organismos no Gubernamentales en Salud. Estos 4 sectores se encuentran integrados a las 27 regiones de salud en que está dividido el país, como parte del Sistema de Salud Regional para Centro América. (MSPAS, 1999).

El más numeroso de los subsistemas de atención, es el coordinado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) dirigido a población abierta y financiado por el Estado guatemalteco, aunque hay tendencia a capitalizar algunas áreas para pasarlas a manos privadas, recientemente. En teoría, este sector de servicios de salud funciona por niveles de atención interconectados, entre sí: de los puestos de salud de tipo C y B - atendidos por personal primario de salud y por estudiantes de medicina en Ejercicio Profesional Supervisado, respectivamente - (primer nivel) hacia los centros de salud tipo A, que generalmente es atendido por un equipo de salud, integrado por 1 médico, enfermera y técnico de saneamiento ambiental; cuenta con hospitalización (segundo nivel) luego a los hospitales de departamento y de área (tercer nivel).

El IGSS, que atiende a los trabajadores del Estado y de un sector de trabajadores de la iniciativa privada, ligada a la incipiente industria y al sector agroexportador, (atiende a una cuarta parte del sector laboral del país) tiene un desarrollo menor, pero cuenta con el mismo tipo de organización que el MSPAS. Es decir, una red de hospitales interconectados con consultorios y puestos de salud.

La red de hospitales y consultorios privados, atiende principalmente a la pequeña capa media y a los sectores de la burguesía, está concentrada principalmente en la ciudad capital.

Por último, la red de puestos y casas de salud de los Organismos no Gubernamentales, relacionados con el movimiento social en salud, ubicados principalmente en áreas rurales y zonas suburbanas marginales, que atiende a población pobre y en extrema pobreza. Este sector se comenzó a organizarse en la década de los setenta con el auge de las organizaciones sociales de base ligadas al movimiento popular, cuyo objetivo central era la lucha por el derecho a la salud, desde la perspectiva del poder popular local, como actor central. Un elemento fundamental ha sido la formación de recursos primarios en salud, como promotores y promotoras de salud, comadronas, promotores de tecnología apropiada y de desarrollo comunitario que trabajan como voluntarios en sus propias comunidades. Su base geográfica principal persiste en las zonas del altiplano occidental, la región de las Verapaces y la zona selvática del Petén, al Norte del país. (Cabrera M, 1996).

B. INFRAESTRUCTURA Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De acuerdo a datos del Banco Mundial, 1993, en el sector público - integrado por el MSPAS y el IGSS - existen 61 hospitales (35 del MSPAS y 26 del IGSS). El MSPAS tiene a escala nacional 32 puestos de salud tipo A; 188 puestos de salud tipo B y 785 puestos de salud de tipo C. El IGSS, tiene 56 consultorios y 18 puestos de salud.

Esta infraestructura del sector público, cuenta con 10,963 camas, de las cuales 5,438 se ubican en la capital (50 % del total de camas a escala nacional). De toda la infraestructura en los 3 niveles de atención, el 53 % está en la ciudad capital y atiende únicamente al 22.32 % de la población total del país.

El promedio nacional de camas por cada 800 habitantes es de 4.9, pero no es una medida adecuada para realizar análisis, ya que la mayoría de camas por habitante están en la ciudad capital. El déficit promedio de camas a escala nacional es de 28.1 %, siendo más agudo en la zona Noroccidental del país, principalmente en Totonicapán, Petén y Huehuetenango, donde éste llega al 50 %, respectivamente.

A los problemas de concentración, se agrega la problemática relacionada con el equipamiento en el sector público; el equipo hospitalario con que se cuenta, 60 % funciona satisfactoriamente, 25 % lo hace en forma irregular y 15 % no funciona del todo. En los centros de salud, 37 % muestra deterioro en su infraestructura y 28 % no se encuentra en operación (Finkelman, 1996).

El sector privado, cuenta con 82 hospitales y 2,275 consultorios privados, pero el 76 y 74 % de los recursos mencionados se encuentran concentrados en la ciudad capital.

Una experiencia digna de destacarse es el Movimiento Social en Salud, ligado a los Organismos no Gubernamentales en Salud, quienes cuentan con una red de servicios primarios, de los cuales el 55 % están ubicados en el área rural. Este sector funciona muy ligado a las comunidades y trabaja principalmente con promotores y comadronas en salud.

En lo referido a coberturas específicas, interesan las coberturas por vacunaciones y de control prenatal de embarazadas. Al respecto, según reportes del MSPAS/OPS, 1996, los niños susceptibles no cubiertos con vacunas Antipoliomélfica, Triple (DPT), Antisarampionosa y Antituberculosa (BCG) es de 20.0, 20.7, 20.6 y 22.1, respectivamente, lo que ubica al país como epiendémico para la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacuna.

En lo relacionado con la cobertura de mujeres en edad fértil embarazadas, este es de 80 %, sin embargo no se señala, quien atiende el embarazo y la calidad de atención del parto.

C. LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD

Los recursos financieros del MSPAS, como cabeza de sector de los servicios de salud, con relación al PIB son escasos, corresponden a menos del 1 % (Guatemala, 1998) (0.9 % del PIB en 1995, 1.0 % en 1997 y 0.8 % en 1998). Si se suman los del IGSS, estos no llegan al 2 % del PIB.

Al problema de la escasez de recursos financieros se agrega una política inadecuada de distribución de los mismos. En 1996, 4 % se asigna a la administración, 63 % a la atención curativa, 4 % a servicios de salud y 28 % a atención primaria. (Ministerio de Finanzas, 1998) Esta distribución de recursos financieros es contradictoria, ya que el 85 % de la morbilidad del país se resuelve con acciones de atención primaria.

D. LOS SERVICIOS DE SALUD DESPUES DE LA FIRMA DE LA PAZ.

Un acontecimiento trascendente en la vida de los guatemaltecos en el umbral del Siglo XXI, son los Acuerdos de Paz firmados por la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, el gobierno y el Ejército de Guatemala, en diciembre de 1996. En el Acuerdo “Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria”, se reconocen los Artículos 93 y 94 de la Constitución de la República, en donde se señala: “Sobre el Derecho a la salud: El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano...” y “Sobre la obligación del Estado sobre la Salud y Asistencia Social: El Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes, desarrollará a través de sus instancias acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física, mental y social...” (CERIGUA, 1997).

Según los mismos acuerdos de paz, los ciudadanos tienen el derecho de participar en la toma de decisiones para resolver sus necesidades y organizarse para tal fin, habrá un aumento importante en el presupuesto para salud con el objetivo de disminuir las causas de morbilidad de la población y mejorar el acceso a servicios de salud para todos con mejor calidad. (CERIGUA, 1997; Coordinación de Programas Petén, 1999).

Posteriormente a la firma de los acuerdos, ha habido discrepancias con respecto a su instrumentación, principalmente entre los proyectos del gobierno y las instancias internacionales que lo apoyan, tales como el Banco Mundial, El Banco Interamericano de Desarrollo y las instancias del movimiento social en salud aglutinadas en la Instancia Nacional de Salud y el Movimiento Nacional de Promotores.

Con el objetivo de dar claridad a ambos proyectos se presentan sus aspectos esenciales:

1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD DESDE LA VISIÓN GUBERNAMENTAL Y ASESORES EXTERNOS.

La Reforma del Sector Salud, desde la visión gubernamental y de los organismos internacionales que la apoyan (BM, BID, OPS), se fundamenta en los siguientes elementos:

a. Políticas de Salud

El desarrollo de la salud en Guatemala en los últimos años ha estado matizado por la coyuntura política, económica y social. A partir de 1996 se efectúa un proceso de análisis de la situación de salud y la formulación de 8 políticas que se describen a continuación (Organización Panamericana de la salud, OPS, 1999)

- 1.- Reordenamiento del sector Salud.
- 2.- Aumento de Cobertura y mejoría de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud.
- 3.- Mejoramiento de la gestión hospitalaria.
- 4.- Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud.
- 5.- Promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- 6.- Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de agua de consumo humano y ampliación de cobertura del saneamiento básico.
- 7.- Participación y fiscalización social de la gestión pública de los servicios de salud.
- 8.- Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica.

Estas políticas buscan la reforma del Sector Salud y se traducen en programas y proyectos que se describen a continuación (OPS, 1999).

a.- Control de Enfermedades transmisibles:

El propósito es fortalecer el MSPAS, en acciones estratégicas de prevención y control para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad de cólera, infección respiratoria aguda, enfermedades transmitida por vectores, tuberculosis, rabia, zoonosis emergente, enfermedad transmitida por alimentos, intoxicación por plaguicidas, enfermedades prevenibles por vacunación. Sistema de vigilancia, prevención y control de Cáncer cérvico uterino y enfermedades de transmisión sexual.

b. Saneamiento básico y ambiente:

Tiene el propósito de mejorar el medio ambiente, estableciendo una política que considere estrategias centrales de atención a la calidad del mismo y el reordenamiento de subsector agua y saneamiento. Fortaleciendo el proceso de transformación de la salud al abordar el manejo de riesgos.

c. Modernización y Mejoramiento de la eficiencia institucional.

4. Extensión de la cobertura y atención a grupos especiales

Busca garantizar la provisión de un paquete de servicios esenciales a comunidades que no cuentan a la fecha con acceso a ningún tipo de servicio de salud. La cobertura será provista de forma desconcentrada, con participación comunitaria, vinculando proveedores privados al modelo de atención. Esta propuesta se respalda por programas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, El Ministerio de Salud; apoyados por agencias internacionales como: La Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional.

Uno de los elementos centrales de la estrategia y las políticas de salud impulsadas por el Gobierno como parte de los Acuerdos de Paz en Guatemala, es la organización del Sistema Integral de Atención a la Salud (SIAS); tiene entre sus características las siguientes (MSPAS, 1999).

- a. Incorporar a grupos prestadores de servicios no gubernamentales.
- b. Estimular la participación de la comunidad.
- c. Mejorar la relación efectividad-coste de las acciones de salud.
- d. Generar un sistema de referencia y contrareferencia entre el 1ero. 2o. y 3er. nivel de atención a la salud.
- e. Implementar un sistema básico de información que facilite la toma de decisiones y la prestación de servicios de salud.

En el nivel primario el SIAS tiene como objetivo específico, establecer un sistema de servicios básicos de salud para el 100 % de la población de comunidades dispersas y alejadas que carecen de atención; tiene como meta reducir en el 50 % la mortalidad materno-infantil antes del año 2,000, utilizando como base los datos de 1995.

Los componentes del SIAS son los siguientes: (MSPAS, 1999).

1. Atención básica y ampliada de salud, que incluye:
 - a. Atención a la mujer: Control prenatal, atención del parto, puerperio y orientación para la detección precoz de cáncer y planificación familiar.
 - b. Atención infantil y preescolar: Vacunación de niños, control de infecciones respiratorias y diarreas y atención nutricional.
 - c. Atención de la demanda por emergencias y morbilidad frecuente en la zona.
 - d. Atención del medio con énfasis en el control de vectores, basuras, excretas y aguas.
2. Referencia y contrareferencia de casos entre los niveles de atención.
3. El componente de recursos humanos, conformado por:
 - a. Un equipo básico de salud (EBS) de la comunidad que está integrado por el siguiente personal voluntario: promotor de salud, colaborador voluntario de malaria, comadrona tradicional capacitada y facilitador comunitario.
 - b. El recurso básico institucional, integrado por: Facilitador institucional, auxiliar de enfermería, técnico en salud rural, médico ambulatorio, coordinador municipal y el coordinador departamental.

Existe un reconocimiento nacional e internacional, de que la propuesta constituye un avance en la organización de los servicios de salud en Guatemala, que permita superar algunos de los atrasos del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, hay sectores del movimiento social en salud en Guatemala aglutinadas en la Instancia Nacional en Salud, (Instancia nacional de Salud, 1999) que se contraponen en algunos aspectos al SIAS. Entre las críticas que se le formulan están: (Coordinadora de programas del Peten, 1999).

- a. El gobierno de Guatemala está dejando en manos de instituciones privadas y en el trabajo voluntario comunitario la atención básica de salud que por ley y por los Acuerdos de Paz, le corresponde. El gobierno de Guatemala ha disminuido sus gastos en salud a 0.67 % con relación al PIB en 1997 y 1998.
- b. Es un programa vertical, construido sin la participación de las organizaciones sociales en salud de base y mucho menos de las comunidades.
- c. Es un programa de atención primaria selectiva, que no contempla la salud de los adultos, la salud mental y oral de la población, que tiene más bien fines de ampliación de cobertura, que resolver la problemática de fondo en salud en Guatemala.

- d. El Sistema de Referencia y contrarreferencia de casos no funciona adecuadamente, por las deficiencias acumuladas históricamente y por la escasa inversión del gobierno y alta concentración del 2o. y 3er. nivel de atención en la ciudad capital.

2. LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA VISION ALTERNATIVA.

Desde la década de los setenta, como se señala en párrafos anteriores, se ha venido consolidando en Guatemala una serie de organizaciones con arraigo en el poder local de barrios marginales, comunidades dispersas, comunidades en resistencia en las selvas de la región noroccidental del país y comunidades de refugiados en el Sur de México.

El movimiento social en salud, surgido como producto del salto cualitativo que se produce en el movimiento popular y revolucionario en Guatemala, encuentra expresiones organizativas de demandas propias en torno al derecho a la salud del pueblo guatemalteco a escala nacional en la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) y en la Asociación Nacional de Promotores de Salud, como organizaciones que funcionan legalmente en el país a pesar de ser un blanco de las acciones contrainsurgentes que realiza el ejército de Guatemala antes de la firma de la paz; en el Equipo de Coordinación Unitaria en Salud (ECUS) en la clandestinidad y en la Asociación Guatemalteca de Promotores de Salud en el Sur de México, que funcionó en los campos de refugiados en el Sur de México, hasta la firma de la paz.

Posteriormente a la firma de los Acuerdos de Paz, estas organizaciones se aglutinan en la Instancia Nacional de Consenso en Salud. Entre sus objetivos implícitos están los siguientes:

- a. Aglutinar al movimiento social en salud a escala nacional en torno a la lucha por el derecho a la salud del pueblo de Guatemala.
- b. Consolidar las organizaciones de promotores y promotoras, comadronas y organizaciones de base en salud a escala nacional.
- c. Lograr la implementación y profundización de los Acuerdos de Paz, relacionados con la salud.
- d. Negociar, desde una posición de poder basada en las organizaciones de base, la implementación de las políticas neoliberales en salud, que desarrolla el Gobierno de Guatemala con asesoría de instancias internacionales, como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud.

Las acciones que desarrolla el movimiento social alternativo en salud actualmente, que son continuación del trabajo previo a la firma de la paz, se caracterizan por lo siguiente:

1. Realiza atención primaria en salud integral de bajo costo y con los recursos propios de las comunidades o con apoyo de organismos no gubernamentales.
2. Incorpora una terapéutica integrada por medicinas esenciales químicas, con medicinas alternativas -herbolaria, acupuntura, homeopatía, etc. - en la solución de los problemas de morbilidad comunes en cada región del país.
3. Toma en cuenta la participación plena de la comunidad como sujeto social en la lucha por el derecho a la salud, desde el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud y no sólo en la ejecución de los mismos.
4. Incorpora la metodología de educación popular en salud en las acciones de promoción, prevención y preservación de la salud en las comunidades.
5. Incorpora los recursos primarios en salud, (promotores y promotoras, comadronas, promotores de tecnología apropiada, etc.) como personal técnico de las propias comunidades que responde a su visión e intereses, el cual se forma y capacita de manera continua utilizando la figura del multiplicador o reproductor, que son los mismos recursos primarios en salud desarrollados de las propias comunidades, formados para ser educadores de promotores, comadronas y promotores de tecnología apropiada.

6. Los técnicos y profesionales en salud son asesores y apoyo a los multiplicadores en los procesos formativos y de educación continua y a los promotores, comadronas, promotores en tecnología apropiada, en la implementación de los programas en salud de sus propias comunidades.

La perspectiva de futuro de los programas de salud alternativos en Guatemala, está relacionada con la solución de la problemática económica, no sólo para mantener la infraestructura y la compra de insumos, sino que para dar respuesta a las necesidades de los recursos primarios en salud, ya que su trabajo es voluntario. Cabrera ML, señala atinadamente la problemática (Cabrera M, 1995):

“La trayectoria de trabajo (de los promotores y comadronas) está cruzada por una crisis profunda de la economía de subsistencia (de las comunidades)...la evolución de este fenómeno deja entrever la incompatibilidad en la coyuntura actual de ejercer como personal voluntario, porque el empeoramiento de las condiciones de vida obliga a la búsqueda de ingresos y a la movilidad de su condición de campesinos. En este momento la permanencia de estos agentes en la comunidad está amenazada por la búsqueda de recursos externos mediante la migración y la asalarización. Y esta realidad, enturbia los proyectos de vida personal y laboral, mediatizando el presente y el futuro de los programas de salud comunitaria...en estas circunstancias, no sólo se cuestiona la permanencia del voluntariado local, sino la misma esencia de los proyectos de autogestión en salud...”

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La globalización neoliberal y los avances de la Tercera Revolución Científico-tecnológica están produciendo la redefinición de los servicios de salud a escala mundial, principalmente, a través de estimular a los países para que la atención a la salud se proporcione con base a las leyes del mercado y para que reproduzcan los intereses del capital transnacional ligado al complejo médico-industrial, principalmente norteamericano.

La visión, las políticas y los programas impulsados en Guatemala relacionadas servicios de salud para la población, no son ajenas a las presiones externas de las agencias financieras relacionadas al gran capital, como el FMI, el BID y en menor medida de la OPS, para que respondan a la visión y los intereses mencionados.

Sin embargo, el impulso de las políticas neoliberales en salud en Guatemala tropiezan con una situación de polarización socioeconómica y política y de discriminación históricas, que han producido un perfil epidemiológico actual del país, en donde la mayoría carece de niveles mínimos de satisfactores que se traducen en alta morbilidad y mortalidad de desnutrición y enfermedades infecciosas, que contrasta con una minoría que se enferma y muere por problemas relacionados con el consumo excesivo y distorsionado.

Esta situación histórico-estructural también ha generado la desigual distribución de los servicios de salud, los que se encuentran concentrados principalmente en la ciudad capital y en las zonas mestizas, en detrimento de la población indígena, a lo que se agregan las erróneas políticas de salud, en donde la mayor inversión de recursos se distribuye para acciones curativas para atender los problemas de enfermedad y muerte y en menor proporción a las acciones de promoción, preservación y prevención de la salud.

También es importante considerar la situación de guerra interna que se ha producido en las últimas cuatro décadas, que ha afectado el tejido social, la salud mental y los valores ético-morales de los guatemaltecos, con el consiguiente aumento de los niveles de violencia social y política.

El gobierno y el ejército con apoyo del gobierno y el capital norteamericano, priorizaron la guerra contrainsurgente en las últimas décadas, aumentando la inversión en seguridad interna en detrimento de los servicios sociales -incluidos los de educación y salud-, situación que no ha cambiado de forma sustancial, al dificultarse la implementación de los acuerdos de paz relacionados con la disminución del aparato contrainsurgente, lo que no ha permitido que se incremente el presupuesto para salud.

Paralelamente a las acciones del gobierno, como una situación inédita y producto del auge de las luchas populares, se genera en Guatemala desde la década de los setenta, una serie de organizaciones alternativas

en salud, que han impulsado políticas y programas, ligados a la cultura y a los intereses de las comunidades y con su participación plena, que en la práctica se han transformado en servicios de salud paralelos al gobierno. Sin embargo, estos programas tropiezan con problemas de financiamiento a mediano plazo, que hacen peligrar su existencia.

Con la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, se producen algunos cambios en la política y los programas de salud, principalmente con el impulso de la modernización de los servicios de salud y la planificación del Sistema Integral de Atención a la Salud, con objetivos de ampliar la cobertura y dotar de servicios básicos a la población dispersa, principalmente indígena. Sin embargo, éstos se han planificado e implementado verticalmente, con escasa participación comunitaria y sin tomar en cuenta a las organizaciones del movimiento social en salud, lo que ha generado resistencias al proyecto del gobierno y a los organismos internacionales que lo apoyan.

En conclusión, los esfuerzos realizados hasta la fecha en materia de salud, han sido insuficientes y poco efectivos. La población guatemalteca aún no cuenta con los servicios y condiciones adecuadas para lograr un mejor estado de salud en el Siglo XXI.

En perspectiva, la mejoría de los servicios de salud dependerá de aumentar el presupuesto en salud por parte del gobierno y los organismos internacionales, reduciendo el aparato contrainsurgente y modernizando el aparato fiscal para aumentar las inversiones sociales; profundizar la reforma del Sistema Nacional de Salud, priorizando las políticas y programas hacia la atención primaria integral de todos los guatemaltecos y a la modernización y descentralización de los servicios hospitalarios, así como, buscar que el Sistema Integral de Atención a la Salud, se negocie con el movimiento social de salud alternativo y con las comunidades, evitando la duplicidad de esfuerzos y de políticas en salud.

Para lograr un cambio efectivo en las condiciones de salud de Guatemala se debe modificar radicalmente la forma cómo se administran los recursos en el sector salud. Los recursos públicos deberán de estar focalizados principalmente hacia los servicios de salud preventiva y el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las poblaciones más pobres y a mejorar los hospitales de referencia regionales de segundo nivel. Las comunidades deberán jugar un papel preponderante en las decisiones sobre la prestación de los servicios básicos de salud, procurando crear un modelo de atención participativo y descentralizado.

En suma, si los beneficios de una buena salud se extienden a todos los individuos, familias y comunidades guatemaltecas entonces se logrará mayor productividad y mayores ingresos para todos, con el consiguiente desarrollo integral y la consolidación de la paz.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asociación Pro-bienestar de la Familia de Guatemala. "Family planning and maternal child health survey: Guatemala 1983." Atlanta Georgia. 1984
2. Banco Mundial. "Estudio del sector salud en Guatemala". 1993. Consulta a Internet, mayo de 1999.
3. Cabrera, María Luisa. "Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala". Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Guatemala, 1995.
4. Centro de Reportes Informativos de Guatemala. (CERIGUA). "Los Acuerdos de Paz en Guatemala". Guatemala, 1997.
5. Coordinadora de Programas de Salud del Petén. "En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud. (SIAS)". Petén, Guatemala, mayo de 1999. Pp. 4-7.
6. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. "X Censo Nacional de Población y V de habitación". Guatemala, 1996.
7. Instituto Nacional de Estadística. (INE) Guatemala. DHS/MACRO (x). "Encuesta Nacional de Salud MaternoInfantil 1995." 1996
8. Instituto Nacional de Estadística (1995) e INCAP (1987). "Mortalidad en la niñez y desnutrición 1990, 1995, 1996". En: Sistema de Naciones Unidas. Op cit. Pp. 223.

9. Instancia Nacional de Salud. “El desarrollo de la reforma del sector salud y las respuestas de la sociedad civil en Guatemala”. Documento de trabajo. Guatemala, mayo de 1999.
10. Finkelman, J.; E. Barillas; T. Rivera y D. Victoria “El proceso de transformación de la salud en Guatemala”. OPS/OMS. Guatemala, 1996.
11. Gobierno de la República de Guatemala, Ministerio de Finanzas. “Gasto en salud, asistencia social y saneamiento ambiental”. Guatemala, 1995, 1997, 1998.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Estadísticas de Morbilidad por causa”. Guatemala, 1997.
13. Menjivar, Rafael y Trejos, Juan Diego. “La pobreza en América Central”. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) 2ª. Edición, San José, Costa Rica, junio de 1992. Pp. 59-64.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). “Mortalidad General. Tasa de Mortalidad y Proporcional por Causa 1997”. Sala del Proceso del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). Guatemala, C.A. 1997.
15. MSPAS/OPS. “Acceso a servicios básicos de salud por departamento 1994-1995”. Guatemala, 1996.
16. Ministerio de Salud de Guatemala. “Divisiones estratégicas de Salud en Guatemala”. Consulta a Internet: URL : WWW.OPS.org.ni.gt/regiones.htm.
17. Ministerio de Finanzas del Gobierno de Guatemala. “Ejecuciones presupuestarias. Salud Pública y asistencia social. Gasto total ejecutado clasificado por programa 1986-1996.” Guatemala, 1997.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Sistema Integral de Atención a la Salud. Servicios Básicos de Salud. (SIAS)” Guatemala, mayo de 1997.
19. OMS/UNICEF. “La salud para todos en el año 2,000”. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma Ata, Kurdistán, Unión Soviética. 1978
20. OMS. The world health reporte 1997. En: “Sistema de Naciones Unidas en Guatemala “Los contrastes del desarrollo humano” Op Cit. Pp. 45.
21. Organización Panamericana de la Salud. “Cooperación para la salud en tiempos de paz. Políticas de Salud para Guatemala 1996-2000”. Consulta a Internet, mayo de 1999.
22. Organización Panamericana de la Salud. “Cooperación para la Salud en tiempos de paz. Programas y Proyectos”. Consulta a Internet, mayo de 1999.
23. Sistema de Naciones Unidas para Guatemala. “Los contrastes del desarrollo humano”. Guatemala, Edición 1998, pp. 49.
24. Sistema de Naciones Unidas para Guatemala. El Sistema Integral de Atención a la Salud. En: “Guatemala: los contrastes del desarrollo humano”. Guatemala, 1998. pp. 53

SERVICIOS DE SALUD EN EL URUGUAY

*JOSE PORTILLO
MARISA BUGLIOLI
LUIS LAZAROV*

INTRODUCCIÓN

Uruguay ha sido desde su independencia un país relativamente privilegiado en el contexto latinoamericano.

Si bien su territorio es demasiado pequeño en relación a los restantes países sudamericanos y su autonomía surge más como negociación política de argentinos y brasileños con los imperios inglés, francés y portugués que como reivindicación de una identidad cultural propia, los avatares históricos posteriores le darán una cierta supremacía en el contexto latinoamericano.

El proyecto modernizador proveniente de Europa, alcanza tempranamente al Uruguay. Luego de su independencia en los comienzos del siglo XIX, del Imperio y la Corona Española, se suceden una serie de enfrentamientos políticos y militares, en los que diferentes divisas reciben apoyos extranjeros. Estos enfrentamientos sangrientos en guerras civiles más o menos declaradas y una sucesión de gobiernos militares mantiene al país en un sistema de producción precapitalista de materias primas ganaderas. Pero aproximadamente entre las décadas del 60 y el 70, como consecuencia de la importación de ganado de raza y de modernas técnicas de pastoreo y el cercado de los campos, por decisión del sector más visionario de la oligarquía criolla, se inicia el proceso modernizador en el Uruguay. Se multiplica la cantidad y se mejora la calidad de cueros y carnes aumentando notoriamente las exportaciones. Esto permite la importación de bienes de consumo y de capital, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de la burguesía y el inicio de una industrialización incipiente. El Uruguay “bárbaro” se ha “civilizado” (Barrán, 1989).

Los cambios producidos en el inicio del siglo XX son económicos y culturales, pero también políticos. A imagen y semejanza de países de Europa Occidental en particular Suiza, se consolidan reformas constitucionales y legales, que no sólo producen una estabilidad política que durará más de 80 años, sino que también le asignan al Estado un rol significativo en la protección social y justicia distributiva. De un país semisalvaje se pasa a un “laboratorio social” (Morás, 2000) que será modelo de Estado Benefactor en toda la región durante la primera mitad del siglo XX.

Nota aclaratoria: parte de este trabajo se basa en un estudio realizado en el marco del Centro de Investigaciones Económicas (CINVE) junto al Dr. Gustavo Mieres y el Ec. Carlos Grau.

Un fuerte sistema de seguridad social, unido a las asociaciones de ayuda mutua, sobretodo a partir de nacionalidades de inmigrantes y no tanto por gremios, permiten una protección social relativamente comparable a los países europeos.

La importancia del Imperio Británico será en los primeros años del siglo muy importante, fundamentalmente por los empréstitos y por inversiones (sobre todo en servicios públicos) directamente administradas (Farone, 1968).

También en los aspectos culturales, tanto científicos como artísticos, Uruguay logra un cierto destaque. Por un lado se universaliza la educación primaria, logrando tasas de alfabetismo superiores a toda la región. Por otra parte los profesores universitarios, escritores, pintores, se forman en Europa, en general en Francia, siendo directos importadores de las ideas positivistas y liberales, aunque también socialistas que se producían en el centro europeo, motor del pensamiento occidental en el siglo XIX.

Fuertes corrientes migratorias desde Europa, sobretodo España e Italia, pero no exclusivamente, aportaban mano de obra para consolidar el nacimiento de la industria con el inicio del siglo XX.

Uruguay tenía un sostenido crecimiento económico, iniciaba su proceso de industrialización y gozaba de una bien merecida fama cultural e intelectual, por sus logros en la extensión de la educación escolar y la producción reconocida de científicos y artistas.

La atención a la salud no es un proceso autónomo. La participación del Estado en la misma y el desarrollo histórico de la nación están estrechamente vinculados. La práctica médica está directamente articulada con la transformación histórica del proceso de producción. Es en el modo de producción capitalista, donde la medicina, que se desplaza del espacio mágico y religioso, adquiere mayor vínculo con el proceso económico y político, al transformarse en indirectamente productiva, conservando la mano de obra. A fines del siglo XIX el rol de Estado en la atención a la salud es normativizador, pero con el inicio del siglo XX, el Estado asume la prestación directa de servicios y se compromete con la educación y la investigación médicas. Por otra parte las agrupaciones de ayuda mutua van asumiendo tareas de atención médica además de la protección por desempleo.

Se va conformando así un doble conjunto de servicios que perdurará hasta el presente. El desarrollo de estos servicios unido a las condiciones económicas y sanitarias más generales permitirán lograr los mejores indicadores de salud, hasta promediar el siglo XX. Pero incluso la sociedad uruguaya, también como consecuencia de un conjunto de factores complejos, se transformará en una sociedad profunda y extensamente medicalizada.

A partir de 1950 se produce, coincidiendo con propuestas económicas como el desarrollismo y el modelo por sustitución de importaciones y luego de la post-guerra, una detención del crecimiento del Uruguay en todos sus aspectos. Esto incluye un retroceso relativo en el contexto americano en materia de indicadores de salud. Aunque el país mantiene un liderazgo en los indicadores económicos y sociales, se produce un retroceso en indicadores de salud, en especial mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, siendo superado entre otros por Cuba, Costa Rica, Chile y muchos países del Caribe anglo – parlante.

Lejos de tender a una sistematización de los servicios de salud (como sucediera en los países americanos que hoy tienen mejores indicadores de salud), se mantuvo un conjunto de servicios, públicos y privados de características muy diferentes. Algunos factores similares a los estudiados por P. Starr 1982 (acciones corporativas y el interés de lucro) podrían ser explicativos.

La influencia de los modelos económicos neo-liberales en todo el continente, han tenido efectos relativos en el Uruguay. El gasto actual en salud, es porcentualmente muy alto con aproximadamente un 10 % del PBI, aunque en valores absolutos sea muy inferior a los países europeos, EEUU, Canadá y Australia. Además el mayor porcentaje de ese gasto es privado (7.2 %) mientras que el Estado solo aporta 2.8 %. Por lo tanto parece difícil lograr un efecto privatizador aún mayor. No se descarta en cambio que dentro del sector privado se pueda transformar de empresas solidarias

sin fines de lucro a empresas nacionales o extranjeras que buscan distribución de utilidades, como ha sucedido en otros países de la sub-región.

Contexto socioeconómico

El Uruguay es un país que ocupa una superficie de 176.215 kilómetros cuadrados, y donde habitan 3.163.763 personas de acuerdo a los datos del último censo realizado en el año 1996. El 90,8 % de la población reside en áreas urbanas, y 42,5 % se concentra en Montevideo, la capital del país. La densidad promedio es de 18 habitantes por km², y el índice de masculinidad para la totalidad del país es de 0,94.

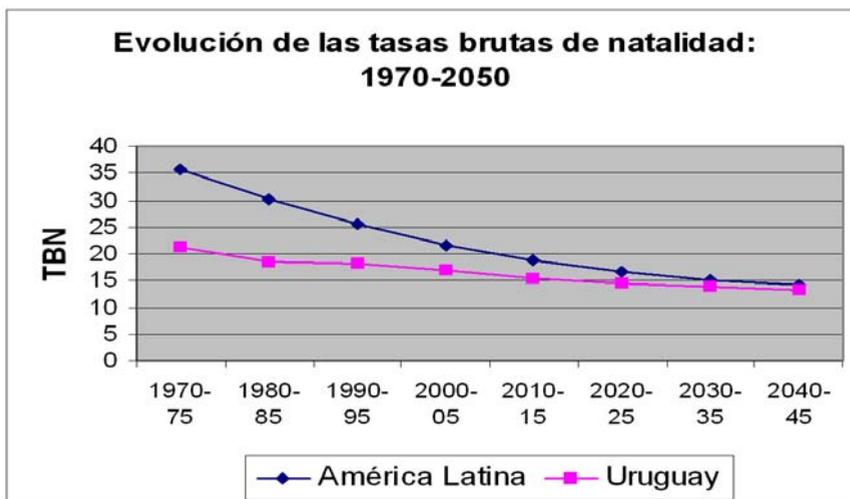
Desde el punto de vista socioeconómico, se encuentra dentro de los países en desarrollo, con ingresos que pueden definirse como medios. El PBI (producto bruto interno) por habitante fue en 1997 de 6333 dólares (Banco Central). En 1995 representó U\$S 5170, siendo el promedio para América Latina y el Caribe de 3300 dólares, y el promedio mundial de 4800 para el mismo año.

Históricamente la economía del país se ha sustentado en el sector agropecuario de producción, en especial la ganadería, y con una industria basada en la elaboración de productos agrícolas y ganaderos. En los últimos años se ha incentivado el desarrollo del sector terciario de servicios, el que ha comenzado a ganar importancia desde la creación de Mercado Común del Sur.

En el año 1995 la población con necesidades básicas insatisfechas representaba para todo el país en promedio el 27,6%, siendo mayor la cifra para la población residente fuera de la capital con relación a los habitantes de Montevideo. El porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza pasó del 16% en 1986, a 12% en 1990 y un 6% en el año 1997, y los hogares bajo la línea de indigencia o extrema pobreza representa el 1% del total de hogares en la actualidad considerando solamente las zonas urbanas.

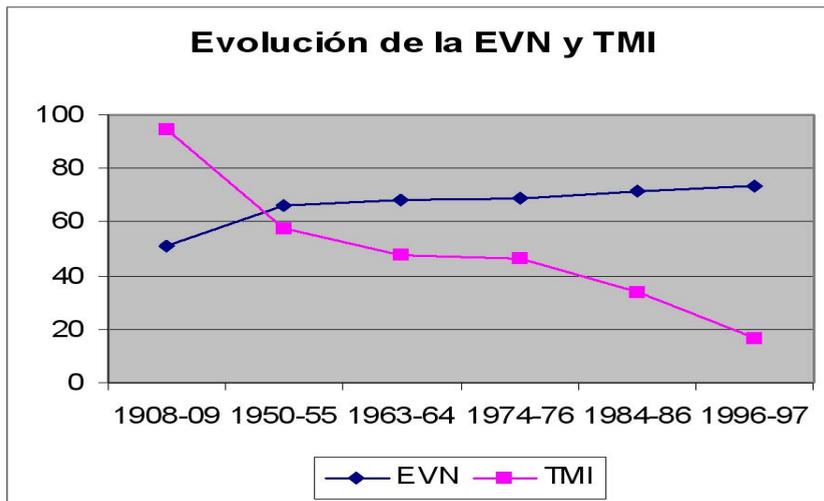
Situación epidemiológica

Puede observarse que los cambios en la natalidad, mortalidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer, se producen en forma precoz si se compara con el resto de la región. En la década de los '20 la tasa de natalidad era de alrededor de 25 nacimientos cada mil habitantes, alcanzando cifras de 20 por mil en los '30. Se mantiene este valor hasta la década de los '80 donde se produce un nuevo descenso hasta llegar a cifras de alrededor de 17 por mil.



La mortalidad general alcanza una tasa de alrededor de 10,5 por mil desde mediados de los años '30, y se mantiene alrededor del 10 por mil desde entonces, con pequeñas oscilaciones primero a la baja y en el último período al alta debido al peso relativo cada vez mayor que tiene la población anciana.

Puede observarse un comportamiento similar en la evolución de la EVN y la TMI, en cuanto a la precocidad de sus variaciones con relación a la región.



En cuanto a la migración, las tasas negativas más elevadas sucedieron en la década de los setenta coincidiendo con una coyuntura política y económica especial, con cifras de -9,7 por mil, presentando en la actualidad un saldo neto de alrededor de -1,0 por mil.

Como consecuencia del comportamiento en la natalidad, mortalidad y migración, el crecimiento poblacional es muy bajo. La tasa anual media de crecimiento intercensal¹ es de 6,4 por mil habitantes para todo el país, presentando un comportamiento diferente para la población urbana (crece a una tasa anual promedio de 10 por mil) y en las áreas rurales (donde decrece a una tasa anual de 21 por mil). La tasa de crecimiento de Uruguay es la más baja de las Américas con la excepción de algunas islas del Caribe inglés.

Otras de las consecuencias de la evolución de las variables demo-epidemiológicas es la variación sustancial que se ha producido en la estructura de la pirámide poblacional con notorio envejecimiento de la misma. El grupo de mayores de 65 años que representaban menos del 3 % a principios de siglo, actualmente tienen un peso relativo del 13%. La tasa de crecimiento de este último grupo es tres veces mayor que la del promedio del país. Este progresivo envejecimiento es más acentuado al considerar el sexo femenino como consecuencia de las diferencias en mortalidad entre sexos. El Uruguay es el país con el porcentaje más alto de adultos mayores de toda América Latina.

La esperanza de vida al nacer es en la actualidad para los hombres de 69,9 años y para las mujeres 77,7, siendo el promedio global 73,8 años. La tasa de mortalidad infantil fue de 14,2 por mil nacidos vivos para 1999.

Con respecto a la mortalidad por causa, se destacan las enfermedades no transmisibles como es característico de los países en etapas avanzadas de la transición demográfica. Las enfermedades cardiovasculares para el año 1997 representaron el 36,2 de las defunciones por causas definidas (10.592

¹ Se refiere al período entre los dos últimos censos: 1985 y 1996.

fallecidos), siendo las afecciones isquémicas y las cerebrovasculares las más frecuentes. El 25,9 % de las defunciones fueron producidas por los tumores malignos en el año 1997 (7.391 fallecidos). Si se consideran las tasas por 100.000 habitantes ajustadas por edad, el Uruguay ocupa el tercer lugar en el mundo en mortalidad por cáncer en los hombres y el noveno en el caso de las mujeres.

Un indicador de reciente uso en nuestro medio es el de los años de vida saludables ajustados según la discapacidad (AVISA)², que surge como resultado de un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública en colaboración con el Banco Mundial. Del mismo surge que las enfermedades no transmisibles son las que producen la mayor pérdida de AVISA para el conjunto de la población.

Para todo el país la tasa de AVISA por cada mil habitantes es de 154,22, con una pequeña diferencia a favor de las muertes prematuras en relación a la discapacidad (79,12 frente a 75,10 respectivamente) como la dimensión que explica la mayor parte de las pérdidas.

Tasas de AVISA por mil habitantes según sexo.

Dimensión	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad	86,16	64,61	75,10
Muerte prematura	94,22	64,77	79,12
Total	180,38	129,38	154,22

Fuente: Estudio del Peso de la enfermedad. Proyecto FISS-MSP/BIRF.

Síntesis de los principales hallazgos en cuanto a aspectos demo-epidemiológicos:

Envejecimiento de la población, más marcado en la población de la capital.

Mayores problemas de salud en los hombres generando brechas importantes entre ambos sexos en EVN.

Presencia de desigualdades en la situación de salud

Causas no transmisibles como la principal causa de muerte y de pérdida de AVISA

Si se mide la discapacidad se agregan nuevas afecciones como problemas de salud como es el caso de las enfermedades neuropsiquiátricas

Persistencia de problemas no relacionados con la no transmisibles en ciertos sectores de población: 18% de nacimientos en madres adolescentes.

El peso de enfermedad es mayor en los hombres y en los residentes en Montevideo

La evolución de los indicadores de salud muestra el desplazamiento de Uruguay de las mejores posiciones en cuanto a los resultados obtenidos: se considera que Uruguay evolucionó muy favorablemente en sus indicadores epidemiológicos en la primera mitad del siglo XX asistiendo posteriormente a un estancamiento o muy escasa mejora de sus condiciones de salud con relación a otros países con similares posibilidades.

SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

La estructura de la atención médica presenta una organización muy fragmentada, integrada por una compleja red de instituciones públicas y privadas, que dan cobertura formal a alrededor del 95% de la población, con una importante disponibilidad de recursos asignados al sector: 10 % del producto bruto (565 dólares per cápita), 3,7 médicos por mil habitantes.

² AVISA: en este indicador se combinan la pérdida de vida por muerte prematura y la pérdida de vida saludable resultante de una enfermedad no mortal pero que ocasiona discapacidad en el colectivo.

Conviven en el sistema dos sub-sectores claramente diferenciados: uno público, con predominio del Ministerio de Salud Pública y otro privado, con un mayor peso relativo de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), principal componente del subsector. Esta fragmentación, unida a la fuerte diferenciación Capital – Resto del país, otorgan al sector salud uruguayo una gran complejidad, superposición de cobertura y una intrincada red de efectores que brindan prestación asistencial.

SECTOR PÚBLICO

Ministerio de Salud Pública

En el área pública, el componente principal es el Ministerio de Salud Pública. Las competencias del Ministerio de Salud Pública así como su rol en el sector se expresan en diversas normas jurídicas de las cuales se resumirá el alcance de algunas de ellas. En ese sentido debe tenerse presente que la Constitución de la República establece en su artículo 44 que:

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”

Puede afirmarse entonces que al Estado le competen dos funciones principales: legislar en materia de salud e higiene públicas y proporcionar los medios para la asistencia de las personas indigentes o carentes de medios suficientes. Los cometidos definidos para esta entidad en el cumplimiento de estas funciones pueden desagregarse de la siguiente manera:

- Mantener y mejorar la salud colectiva de la población a través de la vigilancia epidemiológica y de la instrumentación de planes y programas destinados al control de enfermedades y a la promoción y prevención de la salud de la población.
- Planificar el sistema de servicios de salud, tanto en lo que hace a la regulación y el control de la oferta como a los aspectos vinculados a la demanda, así como a los mecanismos de financiamiento y a la estructura organizativa del mismo.
- Garantizar la calidad de los servicios de salud públicos y privados y de los productos farmacéuticos comercializados en el país, y controlar el ejercicio de las profesiones del personal de la salud.
- Administrar los servicios de salud del Estado

En relación a este último cometido, la ley N° 15.903 de rendición de cuentas de 1986, crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública. La sanción de esta ley se fundamentó en la necesidad de crear ámbitos organizativos claramente diferenciados entre los servicios asistenciales y aquellos destinados a las restantes funciones del MSP. Por otra parte, la creación de ASSE significó un primer paso en el proceso que algunos años más tarde fuera fuertemente debatido, acerca de la descentralización de los servicios de salud del Ministerio.

Debe destacarse que en todos los casos, los cometidos esenciales del Ministerio son compartidos con otras dependencias estatales. En relación a la regulación del sistema, cabe consignar que las políticas referidas al financiamiento del sector escapan a su competencia y se encuentran en la órbita del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social. Por otra parte, la administración de los servicios públicos de salud o su coordinación también escapan a las competencias del Ministerio por cuanto existen múltiples efectores dependientes de otros organismos estatales, cuya gestión no se encuentran sujeta al contralor del MSP. Tal es el caso de la Dirección General de Sanidad de la Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, la Dirección de Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, el Área de la Salud del Banco de Previsión Social, la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y los servicios de salud de los Entes Autónomos.

En cuanto a la función asistencial del MSP, se realiza a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, la cual posee una extensa red de servicios distribuidos en todo el país: 48 hospitales

generales, 11 hospitales especializados, 170 policlínicas, 27 centros de salud, a través de los cuales brinda servicios de internación, atención ambulatoria y prevención. En los últimos años ha venido registrando una tendencia decreciente en el número de camas (11% entre 1991-1998), con una disponibilidad actual de 7342 camas para pacientes agudos y crónicos.

En cuanto a la producción de los servicios se constata un incremento en las prestaciones, fundamentalmente en la consulta ambulatoria (43% entre 1991-1998), y los egresos (6,5% para igual período), manteniéndose casi igual la actividad quirúrgica. El importante aumento en el número de consultas se explica por mayor disponibilidad de horas médicas en el primer nivel (medicina familiar y algunas especialidades) y el desarrollo del programa de salud mental. Para 1998 las consultas para el conjunto del país fueron de 4736951, los egresos 120542 y las cirugías 32378.

Las medidas de desempeño hospitalario, fundamentalmente en lo relativo al uso del recurso cama muestran variaciones de acuerdo al tipo de paciente pero también a la región considerada. El porcentaje ocupacional en los hospitales del interior del país son realmente bajos (50%), con cifras de alrededor del 80% para Montevideo. El promedio de estadía, si bien muestra una mejoría en la última década, aun se mantiene lejos de los estándares para un hospital de agudos (10 días para los hospitales de Montevideo). En los hospitales de agudos del interior la variabilidad de este último indicador es importante, con un valor mínimo de 4,6 días y uno máximo de 11 días.

Otros efectores públicos

Para la descripción de este grupo de instituciones pueden tomarse en cuenta varios elementos.

En primer lugar el paquete de prestaciones brindadas. En ese sentido pueden identificarse dos tipos diferentes de instituciones:

- * Las que brindan asistencia integral, considerando como tal un paquete de prestaciones comparable con las otorgadas por el MSP a través de ASSE, dentro de las cuales pueden incluirse:
 - Hospital de Clínicas
 - Sanidad Militar
 - Sanidad Policial
 - Servicios de atención médica de algunas Empresas Públicas.

- * Otro grupo que integra dependencias que atienden riesgos específicos o brindan un paquete de prestaciones que puede definirse como parcial:
 - Banco de Previsión Social
 - Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado
 - Servicios de Salud de las Intendencias Municipales
 - Servicios de atención médica de algunas Empresas Públicas

En segundo lugar, se considera la población potencialmente adscrita a la institución, fundamentalmente si se trata de población compartida con los servicios del MSP, o si se trata de población cerrada o específica del componente descrito.

- * En el primer grupo se deben incluir:
 - Hospital de Clínicas
 - Servicios de Salud de las Intendencias Municipales

Esta distinción no se puede realizar en forma rígida, debido a la presencia de grupos de población que cruzan varios de estos efectores. Siguiendo una definición más amplia se debería sumar a este grupo los servicios de salud en el área materno-infantil del Banco de Previsión Social.

SECTOR PRIVADO

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Surgidas a partir de las “sociedades de socorros mutuos” instrumentadas en el siglo XIX por los grupos de inmigrantes llegados al país, - como forma de protección social ante un medio totalmente ajeno para ellos, las IAMC tienen en la actualidad como función principal la asistencia médica, dando cobertura a casi el 50% de la población del país, constituyendo a su vez el esquema asegurador privado de mayor importancia a nivel nacional.

La normativa vigente identifica tres tipos de IAMC: *asociaciones asistenciales* (mutualistas) las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos, otorgan a sus asociados asistencia médica, y cuyo patrimonio está afectado exclusivamente a ese fin; *cooperativas de profesionales*, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social ha sido aportado por los profesionales que trabajan en ellas; los *servicios de asistencia*, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y, eventualmente a los familiares de aquél.

Cualquiera sea la modalidad legal adoptada, las IAMC presentan algunas características comunes. Se trata de entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral con algunas limitaciones como por ejemplo en alta tecnología y atención odontológica, que no persiguen fines de lucro y que actúan como entidad aseguradora y prestadora de servicios a la vez. Vale subrayar que existe en ellas una integración vertical de estas dos actividades aunque se evidencia una enorme variabilidad en cuanto a las prestaciones que se realizan a través de servicios propios o contratados a terceras instituciones. En lo que hace a su función aseguradora existen peculiaridades que las diferencian de lo que sucede en general con las instituciones que ofrecen servicios en los mercados de seguros.

Desde el año 1991 se observa un déficit persistente en el sistema, con un fuerte endeudamiento financiero del sector. Si se toma como indicador de la situación actual el número de afiliados en instituciones en situación de crisis para el año 1999, se aprecia que 36,6% de los usuarios están afiliados a instituciones con un déficit mayor al 8% de los ingresos y que 52% lo están a instituciones con déficit mayor a 4 %.

Como forma de describir y analizar la situación de tan complejo sistema de organización, se abordará la regulación que se ejerce sobre el sector en algunas variables seleccionadas relativas tanto al comportamiento de la oferta como de la demanda, que pudieran estar explicando, al menos en parte, la situación en la que se encuentra hoy el sector. Dada la importancia que adquiere dicha regulación, se entiende que este abordaje del tema permite profundizar en su descripción al tiempo que da pie para enfocar el análisis de su evolución actual y las posibles perspectivas futuras.

Regulación de las IAMC.

Se hace referencia en particular a la normativa relativa a precios y tipo de prestaciones que las IAMC están obligadas a brindar. Las IAMC deben prestar cobertura integral con algunas excepciones. Se entiende por cobertura integral, un paquete de prestaciones definido legalmente en forma taxativa³, y que incluye acciones que abarcan desde la atención ambulatoria (en policlínica y a domicilio) hasta la atención hospitalaria en todos los niveles de complejidad, incluyendo cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y provisión de medicamentos. A su vez, la normativa permite a las IAMC ofrecer esquemas de atención con cobertura parcial, siempre que este tipo de cobertura no supere el diez por ciento del total de sus afiliados.

En cuanto a la política de precios, tradicionalmente las instituciones fijaban un valor de cuota único para el paquete integral de prestaciones, sin considerar las diferencias de riesgo de la población usuaria. Hoy se observa, en instituciones de gran tamaño, una práctica de diferenciación del valor de la cuota en función principalmente de la edad de sus afiliados.

Los asegurados de las IAMC pueden ser de carácter voluntario u obligatorio. Los primeros son aquellos que eligen de forma individual o colectiva una institución y abonan directamente la cuota a la IAMC. Se trata principalmente de jubilados, informales, empleados de la Administración Central, sectores de mayor nivel de ingreso. Los segundos -que alcanzan un número cercano a los 600.000-, son los trabajadores del sector

privado que a través de la seguridad social deben elegir para su cobertura de salud una de entre las IAMC disponibles en el mercado.

Existe un proceso histórico de regulación y desregulación en el sector tanto sobre las cuotas particulares y colectivas, sobre las tasas moderadoras (órdenes de atención médica, exámenes diagnósticos y tickets de medicamentos del área ambulatoria) que fijan las IAMC, así como sobre las cuotas que abona la seguridad social por la población que cubre.

Evolución de la regulación en los principales precios del sector

Período	Cuota Particular.	Tasas Moderadoras	Cuota seguridad social
1968-1982	Regulación directa a c/IAMC en función de costos		
1983	Topes máximos únicos para todo el sector	Topes máximos únicos para todo el sector	
1984	Liberalización con control entre categorías de c/IAMC	Topes máximos únicos para todo el sector	
1985	Fijación de cuota en base a la cuota promedio del sector	Topes máximos únicos para todo el sector	
1989	Se reglamenta la denominada "sobrecuota para inversiones hasta un 7,5% sobre la cuota promedio de los afiliados particulares de c/IAMC	Uniformización de topes máximos, independientes de la cuota promedio de c/IAMC. Ajuste automático.	
1990	Topes máximos fijados administrativamente, ajustados según paramétrica	Topes máximos fijados administrativamente, ajustados según paramétrica	Depende del incremento real de la cuota individual de c/IAMC s/ (entre 97.5 y 92.5% cuota promedio) por región.
1991			Depende del incremento real de la cuota promedio individual de c/IAMC (entre 85 y 80% s/ dicha cuota) por región.
1992	Liberalización de la cuota particulares	Liberalización	Monto fijo, con ajustes periódicos de acuerdo a paramétrica. En los hechos, se congela.
1993	Control administrativo del MEF con autorización de	Permanecen liberalizadas el 90 o el 85% del valor base a paramétrica	Con potestad de abonar ajustes periódicos en promedio de la cuota de particulares de c/IAMC. En los hechos, se paga 85%
1998			Autorización a aumentar hasta el 10% la sobrecuota para inversiones, previa autorización del MEF.

1999	Evolución en función de la cuota promedio de afiliados particulares de c/IAMC. Ajustes periódicos autorizados por el MEF en base a paramétrica.	Semi-control, con fijación de topes máximos. Ajustes periódicos autorizados por el MEF en base a paramétrica.	Con potestad de abonar el 90 o el 85% del valor promedio de la cuota de particulares de c/IAMC. En los hechos, se paga 85% (excepto pasivos cubiertos por Reforma Seg. Social 1996)
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En el marco de la política de estabilización, el Gobierno ha tendido a frenar la evolución creciente de las cuotas IAMC, de modo tal de impactar directamente en el Índice de Precios al Consumo (dado el peso relativo que tiene la cuota en la canasta de dicho índice), y simultáneamente alcanzar un equilibrio financiero en el subsistema de la seguridad social. Pero estas medidas afectan negativamente los ingresos del sistema IAMC. Con el objetivo de compensar financieramente dicho efecto, se liberan los precios de las tasas moderadoras de la demanda, de modo tal que éstas se transforman en fuentes de financiamiento del sistema (11% de los ingresos operativos en 1998).

IMPACTO DE LA REGULACIÓN.

Estructura del mercado: concentración y cuotas de mercado.

En la actualidad existen en Uruguay 53 IAMC, de las cuales 19 se encuentran en Montevideo y las restantes 34 en el Interior del país (resto del país exceptuando Montevideo). El tamaño promedio de las IAMC medido en número de afiliados era en el año 1996 de 29.050. Si se considera en forma separada Montevideo e Interior, se observa que las instituciones de Montevideo son significativamente más grandes que las del Interior, con 53.904 y 15.893 afiliados promedio respectivamente.

En la siguiente tabla se clasifican las IAMC en tramos de distinto tamaño, en función de la cantidad de afiliados que poseen, para el año 1996, lo cual permite visualizar el grado de concentración existente por región.

Tamaño de las IAMC según número de afiliados, 1996.

Tamaño IAMC (tramos afiliados)	Montevideo		Interior		Total	
	N°	Afiliados	N°	Afiliados	N°	Afiliados
0 a 999			3	2.224	3	2.224
1.000 a 4.999			6	14.299	6	14.299
5.000 a 9.999			5	33.586	5	33.586
10.000 a 19.999	5	73.681	6	94.244	11	167.925
20.000 a 49.000	9	267.814	14	396.001	23	663.815
Más 50.000	4	628.774			4	628.774
Total	18	970.269	34	540.354	52	1.510.623
Tamaño Promedio	53.904		15.893		29.050	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

³ Establecido en el Decreto Ley 15.181 del año 1981 (cabe acotar que en ese año regía en el país un gobierno militar dictatorial) y en algunas normas posteriores.

Para el Interior, la dispersión en el tamaño de las instituciones es mucho mayor que en Montevideo, no existiendo ninguna Institución que en el año 1996 superara los 45.000 afiliados. Las IAMC de mayor tamaño de Montevideo sostienen un proceso lento pero constante de crecimiento, lo que se traduce en una tendencia a la concentración. La fuente de crecimiento de afiliados de estas últimas está dada fundamentalmente por las IAMC de menor tamaño de la capital.

Participación de las cuatro empresas más grandes en el número de afiliados de Montevideo.

Años	Participación en porcentaje
1985	55,4
1987	57,5
1989	57,9
1991	58,8
1993	61,3
1995	64,4
1997	64,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

Existen evidencias por demás claras de que las empresas con un escaso padrón de afiliados muestran una alta probabilidad de inviabilidad en el mediano y largo plazo. También existen sobradas muestras de las dificultades experimentadas para consolidar procesos de fusión o absorción voluntarias entre empresas. En el caso de la capital, debería pensarse en la necesidad de un nuevo equilibrio, con un número de empresas menor y más adecuado para este tipo de mercado. El rol regulador del Estado será determinante para poder anticipar respuestas para una crisis que puede operar como “efecto dominó” si no se toman las medidas correspondientes.

Afiliación: selección adversa y de riesgos.

La estructura de población en las IAMC es más envejecida con relación al promedio del país. Por ejemplo para el caso de los niños, que no tienen derecho a asistirse en el sector público, es frecuente la suscripción a seguros parciales que a través de una prima más baja ofrecen las prestaciones que con mayor probabilidad pueden requerir de acuerdo a su nivel de riesgo. En la siguiente tabla se compara el perfil etéreo de las IAMC con el de la población nacional según el último censo. El envejecimiento relativo de la población del sistema IAMC también queda de manifiesto de acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares: mientras el porcentaje de población beneficiaria del sistema IAMC representa 51,4% del total de la población, en el caso de los mayores de 60 años los afiliados al sistema IAMC representan el 62,3% del total de este grupo.

Composición por edad de los afiliados a las IAMC en comparación con la población del país, 1996.

	IAMCen %	Censo Nacionalen %
Entre 0 y 14 años	15,4	25,1
Entre 15 y 64 años	68,2	62,1
Desde 65 años y más	16,4	12,8
Total	100,0	100,0

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas

Una de las variables exógenas que inciden en forma significativa en los costos asistenciales de las IAMC es la participación relativa de las personas de mayor edad, las que presentan tasas de utilización significativamente superiores que las del resto de los afiliados. Un estudio realizado por una Consultora⁴ con información aportada por tres instituciones, las dos mayores de Montevideo y una pequeña del interior, acerca de las tasas de utilización por franja de edad, arrojó los siguientes resultados: mientras el grupo de personas mayor de 65 años representa el 16% del total de afiliados al sistema, le correspondió el 32% del total de las consultas realizadas en el ejercicio, ocupó el 36% del total de días cama, recibió el 29% de las intervenciones quirúrgicas y consumió el 46% de los medicamentos. Como resultado de estas tasas de utilización, los gastos asociados a esta franja de edad representaron 31% de los gastos totales de las instituciones. Si bien la variable edad no es la única que debe analizarse si de costos de la atención médica se trata, es indudable la importancia que esta dimensión representa en estudios que concentran su atención en los grupos de mayor gasto: a modo de ejemplo, el 5 % de población consume el 98% del gasto en hospitalización y el 55% del gasto ambulatorio para el caso de una mutualidad en España².

Las IAMC presentan diferencias sustantivas en las pautas regulatorias con los restantes seguros privados (tanto los que brindan opciones de cobertura amplia como los que se desempeñan en segmentos de cobertura parcial y reducida). Estos últimos, no tienen exigencias de integralidad en sus paquetes asistenciales, lo cual les permite desarrollar políticas de afiliación diferencial tanto en el tipo de prestaciones como en el precio de los paquetes ofrecidos, según el nivel de riesgo de la población potencialmente demandante, en un marco de competencia desigual en lo que refiere a las reglas de juego imperantes. Las estrategias de estos sectores de captar población joven, de mayor nivel de ingreso, tiene su efecto indirecto en la composición de los usuarios de las IAMC.

Esto se potencia frente a la ausencia de incentivos de la población de menor costo para las IAMC para afiliarse en el sistema dado el mecanismo de financiamiento a través de una prima fija. El elevado nivel de agregación de servicios incluido en el pago de la prima por usuario parece incorporar un mensaje de eficiencia desde el financiamiento, pero se describe un trade-off entre eficiencia y selección en los casos de no existir una adecuada distribución de riesgos financieros entre proveedor y financiador³. Si bien no existen estudios que se centren en la descripción del fenómeno de la selección de riesgos dentro de las IAMC como tampoco se encuentran disponibles en otras realidades⁴, se han instrumentado diferentes herramientas que sin incorporar mecanismos de ajuste explícito de riesgo⁵, permitirían mitigar el problema potencial de la selección de pacientes por parte de estas instituciones:

- Prohibición de toda discriminación respecto a las poblaciones aseguradas: es el caso de los beneficiarios a través de la seguridad social los cuales no tienen limitaciones para el ingreso a las IAMC (a estos últimos se les exige mínimos de permanencia). También entran dentro de este apartado usuarios con determinadas patologías de alta prevalencia como es el caso de los diabéticos.
- Obligatoriedad de asegurar un mínimo de población que permita consolidar un pool suficiente de riesgo. A principios de los ochenta (Decreto 97/83) se fijó en 20 mil el número mínimo de afiliados para las IAMC de Montevideo. La aplicación de esta disposición junto a la situación económica y la transferencia de afiliados entre instituciones, determinó el cierre de algunas instituciones de menor tamaño. Actualmente esta disposición está derogada.
- Creación de un fondo para la cobertura de prestaciones de alto coste y alta complejidad (Fondo Nacional de Recursos), las cuáles quedan fuera del paquete de prestaciones obligatorias de las IAMC.
- Forzar perfiles de aseguramiento con cierta compensación intergeneracional: los jóvenes y más sanos financian a los más utilizadores por su nivel de morbilidad. Esta fue la base del sistema en su concepción inicial, y aún hoy es el paradigma de la equidad del sistema para algunos actores relevantes (instituciones de segundo grado que representan a las IAMC, sindicatos de trabajadores y de médicos). En la medida que los que hacen un menor uso de los servicios asistenciales son los jóvenes sanos, son

⁴ Denominada Tea Deloitte y Touche

éstos quienes financiarían a los adultos enfermos. En este criterio de equidad no se contempla la capacidad de pago de los involucrados. Como se describiera previamente el paquete no diferenciado de prestaciones es ofrecido en muchos casos a una prima (valor de la cuota mutual) que no diferencia por riesgos. Esto da como resultado que en el sistema exista un esquema de subsidios implícitos desde aquellos que hacen un menor uso de los servicios asistenciales hacía quienes hacen mayor utilización de los mismos.

En cuanto al ajuste explícito de riesgos a partir de valores diferenciales de las primas, puede decirse que en los últimos años se dio un fenómeno creciente en este sentido, pero de carácter autolimitado por el tipo de regulación establecido. Luego de una segunda liberalización del precio tope de la cuota en 1992 que duró solo algunos meses, los incrementos de la misma deben ser autorizados por el Ministerio de Economía y Finanzas. En los últimos dos años se incorpora en algunas instituciones un criterio de ajuste por edad, bajando el valor para la población más joven y sana. El valor de la cuota que reciben las IAMC por sus afiliados a través de la seguridad social, se fija en función del valor promedio de la cuota de afiliación individual de la institución. De esta manera una institución que quiera disminuir el valor de la cuota para un segmento de la población, recibirá un valor menor de la cuota por parte del Banco de Previsión Social. En la medida que en promedio, las instituciones tienen 40% de afiliados de este tipo, se limita seriamente la posibilidad de realizar discriminación de precios en función de los riesgos.

Impacto de los precios de las primas y los co-pagos.

Los dos descensos en el número de afiliados voluntarios (no adscritos a través de la seguridad social) coinciden prácticamente con períodos de liberalización del valor de la prima, aunque el incremento de los precios repercute en una leve caída en el número de afiliados (baja elasticidad de la demanda).



Con el objetivo de compensar financieramente a las IAMC ante la fijación de valores tope de las primas, se liberan las tasas moderadoras de la demanda (órdenes y tickets), de modo tal que se transforman en fuentes de financiamiento del sistema, con los consiguientes impactos que ello representa en materia de

acceso de los afiliados al sector. Las tasas moderadoras en la actualidad y luego de un largo período sin ningún tipo de regulación, pasan a tener un régimen de semi-control con el establecimiento de topes máximos.

Evolución de los Ingresos en términos reales								
Índices 1991 = 100.0								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
INGRESOS OPERATIVOS								
Cuotas	100,0	107,6	113,0	116,2	118,8	130,0	135,4	137,0
Tasas moderadoras. Órdenes	100,0	106,6	135,3	179,6	198,2	189,5	193,4	206,6
Tasas moderadores. Tickets	100,0	117,2	130,5	171,4	172,5	172,6	178,5	183,4
Otros	100,0	120,9	146,3	168,7	190,2	217,2	215,0	247,5
SUBTOTAL								
Ingresos Operativos	100,0	109,0	116,9	124,8	128,9	140,0	144,9	149,1
INGRESOS								
NO OPERATIVOS	100,0	121,5	104,5	110,7	110,0	132,4	148,1	160,4
TOTAL INGRESOS	100,0	109,4	116,5	124,3	128,3	139,8	145,0	149,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SINADI (Sistema nacional de Información).

En cuanto a los efectos de los co-pagos sobre la demanda de servicios, en el número de consultas cada 1.000 afiliados se observa una disminución en el período 1994-1997 con relación al período 1991-1993, coincidente con un aumento en el valor real de los co-pagos. El promedio de consultas para el período 1991-1993 fue de 5,41 mientras que en 1994-1997 fue de 5,08, lo que implica una caída del 6,1%. No obstante, no se observa una tendencia a que el valor de este indicador siga disminuyendo en el tiempo.

Evolución del número de consultas cada mil afiliados.	
Año	Consultas no urgentes cada 1.000 afiliados
1991	5,35
1992	5,46
1993	5,43
1994	5,19
1995	4,94
1996	5,16
1997	5,06
Promedio	5,23

El impacto mayor se produciría en los sectores de menores ingresos, afectando la accesibilidad económica a la consulta ambulatoria, aumentando seguramente la utilización de los servicios del sector público, y pudiendo además repercutir negativamente sobre los costos de las IAMC al no facilitar el acceso a las actividades preventivas en el primer nivel de atención. Por otro lado, el efecto disuasorio de la tasa moderadora en la utilización de servicios es similar en procedimientos de mayor o menor efectividad demostrada, por lo que los mecanismos de coparticipación de costos no serían efectivos para reducir la demanda superflua.

A modo de síntesis

El sistema IAMC, fuertemente regulado en precios y prestaciones, enfrenta un mercado en el cual sus más directos competidores, los seguros privados - tanto los que ofrecen cobertura con grados diversos de amplitud, como los estrictamente parciales -, actúan en un marco desregulado que les permite desarrollar acciones que promueven la captación de la población más joven y de menor morbilidad. Se ha configurado un escenario de competencia con sesgos que favorecen a empresas de aseguramiento privado (servicios de

emergencia móvil, seguros privados propiedad de las mismas y otros de carácter internacional, entidades sanatoriales privadas, etc.). En particular, las emergencias móviles transfieren costos de internación a las IAMC y al sector público. Han surgido y se han desarrollado aprovechando nichos de mercado fruto de la ineficiencia del sistema IAMC, logrando brindar prestaciones de menor costo y con notoria mayor eficiencia en determinados segmentos del mercado. Esto les permite operar con tasas moderadoras bajas o nulas, captación de demanda creciente y mayor éxito empresarial.

El proceso considerado en su globalidad tiende entonces a generar una selección adversa hacia las IAMC, las cuales absorben progresivamente sectores con mayor probabilidad a enfermar, aumentando su atractivo fundamentalmente en el área de la cobertura quirúrgica y de internación para sectores de niveles de ingreso medio. El crecimiento de las IAMC durante el período 1982-1996 se produce a partir de los afiliados a través de la seguridad social, con una variación poco significativa del subconjunto con afiliación voluntaria.

La regulación imperante en el sector no parece fortalecer la competencia en calidad, contención de costos y especialización. Las principales variables priorizadas por las instituciones IAMC para la captación de afiliados parecen ser la alta tecnología, la “imagen”, la promoción con fuerza de ventas, la publicidad, la ubicación geográfica, etc. Estas variables no conducen en general a una gestión más eficiente de los recursos involucrados en este tipo de mercados, en función de los objetivos perseguidos por entidades de servicios de salud.

En cuanto a los precios de cuota, los mismos no presentan una varianza significativa, lo cual demuestra que no se han utilizado (salvo en casos específicos para capturar segmentos de la población de menor riesgo –niños y jóvenes-) como variable determinante en la competencia entre empresas.

Pero existe en el sector movilidad de afiliados que conduce naturalmente a la concentración, dado que son las empresas de mayor tamaño las que pueden hacer jugar con éxito aspectos tales como alta tecnología, publicidad, imagen, promoción, variedad de especialistas (en tipo y número), etc. La concentración puede favorecer al sistema en su conjunto, siempre que sea capaz de aprovechar las economías de escala que se pudieran producir en las diversas formas de integración interinstitucional, con apoyo regulatorio del Estado.

En todo caso, la regulación ha mostrado históricamente un comportamiento errático en lo que tiene que ver con los precios del sector, no ha podido establecer reglas de juego claras, ha configurado desigualdades competitivas entre empresas competidoras a partir de la existencia de asimetrías en la normativa que se aplica a los distintos tipos de entidades (IAMC y empresas aseguradoras privadas), y no ha sido capaz de establecer los incentivos adecuados que permitieran, regulación mediante, alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a salud en el país.

Las tendencias futuras en materia de regulación dependerán del modelo de sistema al que apunte el nuevo gobierno a partir del año 2000. Seguramente deberán plasmarse, sea cual fuera ese modelo, medidas tendientes a alcanzar el equilibrio en el mercado de las IAMC, de modo de atemperar los fuertes déficit económicos y financieros que deben enfrentar, fundamentalmente las empresas de pequeño porte, las cuales, en escenarios de restricción crediticia y baja inflación, tienen escasos grados de libertad para alcanzar cierta viabilidad futura.

Existe cierto consenso a nivel de los operadores del sector en relación a las ventajas de extender el seguro de enfermedad a sectores aún no cubiertos, lo cual permitiría incrementar la población afiliada al sistema IAMC. Esta medida requiere un incremento de gasto por parte del sector público, lo cual no parece factible al menos en el corto plazo.

Como recomienda la literatura, fórmulas alternativas de pago ajustado por riesgo parecen necesarias para reducir las conductas de “cream-skimming” a las que se ve incentivado el sector IAMC a desarrollar ante la modalidad de prima única, junto a ciertos ajustes del marco regulatorio actual. En el sistema uruguayo además, se debe analizar los problemas de equidad y acceso que puede determinar el pago de primas diferenciales, debido a que salvo los usuarios a través de la seguridad social, el resto de afiliados realizan –con algunas excepciones- aportes directos de su bolsillo. Es indudable que el abordaje de este último aspecto conlleva una reforma más profunda del sector, donde se consideren aspectos tales como: aseguramiento obligatorio, aporte relacionado con el nivel de ingreso, fondo único de salud, entre otros.

CONCLUSIONES

Luego de descritas las principales características de los servicios de salud en Uruguay, se podría concluir en un decálogo diagnóstico de la patología de la Atención a la Salud (Rizzi, 1999):

- 1 “Se gasta mucho en reparación de la salud perdida y muy poco en prevenir la enfermedad (se invierte demasiado en algunos casos de precario futuro y poco en muchos casos de grandes réditos sanitarios).
- 2 Hay exceso de efectores asistenciales carecientes de esencial interrelación (las redes asistenciales son precarias o simples diseños propagandísticos).
- 3 La capacidad instalada no se corresponde con la demanda real (el rendimiento de la inversión económica y social es mínima).
- 4 No se utilizan en magnitud suficiente las mejores y más probadas técnicas en salud pública (hay notorio apoyo a las técnicas asistenciales que dan “prestigio” o están de moda).
- 5 Existe una plétora perjudicial de medicamentos (no hay una política adecuada para conseguir transformarlos en recursos útiles para la sociedad).
- 6 Hay un exceso de intermediarios en el sector salud (es notoria la existencia de gasto improductivo).
- 7 Existen instituciones estructuralmente inadecuadas para atender requerimientos sanitarios (hay multiplicidad de organizaciones sin objetivos concretos y además no tienen viabilidad financiera).
- 8 Hay sobreutilización de recursos diagnósticos y excesos terapéuticos (constituyen verdaderas malversaciones de los recursos de la sociedad).
- 9 Es creciente el “mal uso” de la mala praxis (en lugar de constituir un mecanismo de seguridad de la población, este recurso jurídico se está tornando una nueva quita de los recursos destinados a la salubridad)
- 10 Existe una perniciosa propaganda que orienta a la población a consumos inadecuados o tendenciosos (la educación para la salud sufre persistentes derrotas ante los modelos publicitarios).

De acuerdo a las características señaladas sintetizadas en este decálogo diagnóstico y a las tendencias que se visualizan entre los principales actores, el pronóstico del sistema es grave.

Salvo desde algunos sectores del gremio médico y desde la Universidad, no existen propuestas más o menos globales y sistematizadoras, que recorriendo una cierta gradualidad permitan lograr una cobertura asistencial universal y equitativa. Es preocupante, que a pesar de una crisis estructural, a la cual se suma una severa crisis coyuntural, tanto en el subsector público como en el privado, no existen proyectos de reforma desde los partidos políticos.

Esta reforma sanitaria debiera estar (más o menos elaborada) en la agenda política y no ha sido así. Aún ello constituiría una condición necesaria aunque no suficiente. Esta reforma debería tomar en consideración la opinión de todos los actores implicados, es decir el conjunto del entramado social.

Se supone que una solución deseable debiera surgir de un financiamiento mixto, (Estado, empleador y trabajador) con un Estado fuertemente regulador y evaluador y un conjunto de prestadores privados sin fines de lucro, que permita una atención integral, universal, equitativa y altamente eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Anderson, P. Balance del neoliberalismo: lecciones para la izquierda. Economía Política: 8, 1996.

Barrán, JP. Historia del Uruguay moderno. Ed. Banda Oriental, Montevideo, 1973.

Barrán; JP. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Ed. Banda Oriental. Montevideo, 1989.

Barreto de Oliveira F; Medici AC y Pasinato MT. Estudio de Salud. Diagnóstico y perspectivas de la Seguridad Social en el Uruguay. Programa de Cooperación Técnica. BID, Montevideo, 1994.

CEPAL. Panorama económico de América Latina. Santiago de Chile, 1996.

CEPAL. Marginalidad e integración social en Uruguay. Montevideo, 1996.

CEPAL. Uruguay: agenda social. Montevideo, 1995.

CEPAL. Panorama social de América Latina 1997. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 1998.

Faraone, R. El Uruguay en que vivimos (1990-1968). Ed. Arca: Montevideo, 1968.

Margolis, E y Piazza, N. Organización de la Atención Médica en el Uruguay. Montevideo, Ed. Nordan, 1989.

Medici A, Londoño JL, Coelho O, Saxenian H. Managed Care and Managed Competition in Latin America and the Caribbean. Innovations in Health Financing: mayo 1997.

Morás LE. De la tierra purpúrea al laboratorio social. Ed. Banda Oriental: Montevideo, 2000.

MSP. Por ellos. Informe Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, 1995-1999.

MSP. Peso de la Enfermedad: Informe final. FISS-MSP: Montevideo, 1997.

MSP. Estadísticas de salud: edición 1998. Montevideo: FISS-MSP, 1998.

MSP. La salud de Uruguay por departamentos en cifras. Montevideo, 1998.

MSP. Análisis y tendencias de la salud en Uruguay 1999. Montevideo: FISS-MSP, 1999.

MSP. El sistema de salud en el Uruguay: tendencias y perspectivas. Informe Delphi. Montevideo, 1999.

Musgrove, Ph. Public and private roles in Health. Theory and financing patterns. The World Bank. Washington, 1996.

OMS. Evolución de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud. Informe de grupo de Estado. OMS, Ginebra, 1993.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.

OPS. La salud de las Américas. Washington, 1998.

PNUD. Informe de Desarrollo Humano – 1999.

Portillo, J. Otra racionalidad Médica. Montevideo, Ed. Nordan, 1993.

Portillo, J. Arte médico y responsabilidad humana. *Salud Problema*, 6:7-16, 1999.

Portillo, J. Historia de la Medicina estatal en el Uruguay (1924-1930). *Rev. Med. Urug.* 11:5-18,1995.

Presupuesto Nacional. Ley Quinquenal Presupuestal. MIMEO: Montevideo, 2000.

Rizzi C. La enfermedad de la atención médica de los argentinos. *Medicina y Sociedad*, 3 y 4: 120-126, 1999.

Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos (1982). Ed. Fondo de la Cultura Económica: México, 1991.

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York, 2000.

World Bank. Health, nutrition & population. The human development network, 1998.

EL SECTOR SALUD EN VENEZUELA: REFORMANDO LA REFORMA

Roberto Briceño-León y Virginia Rodríguez

En Venezuela la Reforma del Sector Salud ha sido un proceso tardío, lento y ambiguo. Con acciones disímiles y un marco legal contradictorio, y en una sociedad que a fuer de altos ingresos petroleros ha existido una gran predominancia de lo público, la polémica se ha centrado en las áreas de competencia y responsabilidad entre lo público y lo privado. Luego de 10 años de discusiones y medidas diversas, el sector continúa en crisis. Si bien los indicadores básicos no señalan aumentos considerables de la morbi-mortalidad (OPS, 1998), existen otros factores que denotan el progresivo deterioro de las condiciones de salud de la población: hay insatisfacción de la población y huelgas continuas de los funcionarios. La reforma de la salud, tal y como se conoce en varios países de América Latina, nunca se dio del todo en Venezuela, y los notables cambios políticos surgidos a partir de 1998 y que llevaron a la promulgación de una nueva Constitución en 1999, indican que se está reformando la precaria reforma.

La salud en Venezuela: petróleo y modernización

El sector salud en Venezuela presenta cambios significativos a lo largo del siglo XX; estos cambios ocurrieron coetáneamente con el establecimiento de un Estado moderno, la creación y consolidación de instituciones públicas, el establecimiento de una burocracia y la formación de un ejército profesional que tenía control del territorio nacional. Todos estos procesos –si bien bastante universales- han tenido su fundamento singular en Venezuela por la presencia del petróleo en la sociedad. A principios de siglo XX, y durante varias décadas, la salud fue principalmente competencia de los gobiernos locales, la sociedad rural que producía café y cacao para la exportación en un sistema semifeudal de cultivo, no permitía la integración del territorio ni la constitución de organizaciones capaces de dar respuesta a las necesidades de la población de una manera nacional. Esta situación cambió radicalmente con los inicios de la explotación petrolera y desde el momento en el cual el valor de las exportaciones de petróleo supera a las del café. La crisis capitalista de los años treinta redujo las exportaciones del café de una manera radical, el gobierno de Venezuela, en aquel momento, en lugar de acompañar la devaluación del dólar, revalorizó la moneda nacional y con ello redujo aún más la capacidad de exportación de los productos agrícolas. La medida podía parecer suicida, pero los ingresos del gobierno ya no dependían de los impuestos a la exportación de los productos

agrícolas sino de los hidrocarburos, y con esa medida lograba acabar con el poder económico y militar de los terratenientes que podían enfrentarlo. En consecuencia se fortalece el poder del gobierno central y con ello su capacidad de asumir responsabilidades y crear instituciones, es así que a partir de los años cuarenta se fortalece la acción del Estado y, después de la mitad del siglo XX, la salud pasó a ser responsabilidad exclusiva del Estado. Este proceso de asunción de responsabilidades por parte del Estado se incrementa de manera permanente y con capacidad real de respuesta hasta la década de los ochenta, cuando entra en crisis el precio del petróleo, a partir de allí se inicia un proceso de reforma del Estado y un proceso de descentralización, que obedece más a la crisis fiscal que a problemas específicos de gobernabilidad y, como completando un círculo, se planteó regresar las responsabilidades del sector salud a las localidades.

Durante el primer tercio del siglo XX las acciones en salud estaban dedicadas a la lucha contra enfermedades endémicas como tuberculosis, tétano, viruela y, principalmente, malaria (Jaén y Pérez, 1993), siendo éstas las principales causas de muerte en la población. Se consideraba que estas endemias representaban un obstáculo para el crecimiento del país, pues impedían que la población pudiera habitar sanamente en grandes extensiones del territorio nacional y reducían la población cuya esperanza de vida se situaba en 35,7 años de edad (Briceño-León, 1992). Ante esta situación el incipiente Estado moderno tuvo la posibilidad de contar con recursos financieros que le permitieron desarrollar acciones orientadas a mejorar las condiciones sanitarias de la población, para lo cual se diseñaron grandes programas de prevención centradas básicamente en fumigaciones, campañas de vacunación y campañas de saneamiento ambiental.

Desde 1911-1912, con la creación de la Oficina de Sanidad Nacional, la primera Ley de Sanidad y la Oficina Central de Sanidad Nacional, se dieron los primeros pasos del proceso de centralización del sector salud en Venezuela. A partir de 1936 con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) se comenzó a formular una doctrina integralista de la salud que comienza por disminuir el distanciamiento entre la medicina preventiva y curativa y busca centralizar todo lo concerniente a salud en el Estado y concretamente en un Ministerio. La creación de este organismo pretendió garantizar un acceso universal y equitativo de la salud, incluyendo la promoción, prevención, saneamiento, contraloría sanitaria, lucha contra las endemias y atención médica (Rondón y Centeno, 2000).

La acción de esta doctrina integralista de la salud va desde la lucha contra las endemias a la instauración de una red hospitalaria nacional. En 1938 se crearon las Unidades Sanitarias dependientes del MSAS y con un énfasis profiláctico; y, poco después, las medicaturas rurales con una orientación tanto a la medicina preventiva como a la curativa. La campaña antipalúdica condujo a la creación de una Dirección de Malariología que obtuvo su gran éxito con la aplicación por primera vez del DDT con fines civiles, poco después de finalizada la Segunda Guerra Mundial, y que llevó a que se redujera radicalmente la mortalidad por malaria y que estableciera la primera gran área en el mundo donde la malaria había sido erradicada. Este éxito condujo al fortalecimiento de esa dependencia administrativa, y la Dirección de Malariología, con funciones propiamente preventivas, llegó a ser, en algunas regiones, más grande y más importante que el mismo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en algunas regiones y permitió fortalecer la economía petrolera del país (Briceño-León, 1996).

Por esos mismos años y, dentro de un régimen de seguridad social, se creó en 1944 el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), figura que abarcaba en términos de asistencia médica sólo a la población con trabajo formal. La creación del IVSS se considera actualmente como una de los factores intervinentes en la crisis del sector salud pues dividió la prestación del servicio entre quienes pagan y los “indigentes”. Sin embargo, la crisis del sector salud y el criterio universalista de prestación de servicios de salud, propio del populismo que caracterizó al Estado venezolano, llevó a que los hospitales pertenecientes al IVSS también prestasen asistencia a personas no aseguradas bajo esta figura legal. De igual modo quienes gozaban de este beneficio, por ser trabajadores formales, asistían indistintamente tanto a los hospitales del sistema como a los otros centros públicos no perteneciente al IVSS. Y quienes disponían de mayores recursos económicos asistían a centros privados de salud o contrataban seguros privados, todo lo cual distorsionó la distribución de recursos en el sector.

Dentro de una doctrina integralista, nacional y centralista el sector salud en Venezuela se organizó en tres modelos de atención. El primero ha sido un modelo público donde fungía como responsable el Ministerio

de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), pero en el cual actuaban las gobernaciones estatales. El segundo un modelo de seguridad social donde se encontraban entes públicos generales como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), o de atención a grupos particulares como el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME). Y, finalmente, un tercer modelo con carácter lucrativo, representado por el ejercicio profesional independiente y la empresa privada. Adicionalmente, a partir de estos modelos se crearon tanto en el ámbito público como el privado una serie de aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

Este auge del sector salud se debió en gran medida a la consolidación de los ingresos del Estado, como consecuencia de los altos ingresos petroleros, lo cual agigantó el rol del Estado y permitió un incremento sostenido en el gasto del sector hasta los años ochenta. Con el surgimiento del Estado de Bienestar se crearon planes de subsidios y servicios para la población pobre y un incremento en actividades productivas a través de empresas básicas. Surgió la Seguridad Social, entendida como el conjunto de programas destinados a asegurar a la población contra ciertos riesgos que afectan sus condiciones de vida y existencia (Sabino y Rodríguez, 1991). En suma, se dio origen a una serie de políticas sociales destinadas a garantizar el bienestar de los ciudadanos y efectuar una redistribución de ingresos.

El crecimiento del rol del Estado dio como resultado el intervencionismo económico y una fuerte presencia del sector público en la vida social, que terminó por dar origen un Estado fuertemente clientelar y paternalista. Se sobrestimó la capacidad del Estado para determinar el curso de la vida social del país, al proponer metas demasiado ambiciosas, marcadas por programas efectistas a corto plazo con una connotación demagógica, en un principio encaminadas a legitimar al Estado, ganar votos para el gobierno y luego como paliativos a los programas de ajuste implantados. Este modelo de Estado paternalista, centralista y con un elevado gasto social, terminó favoreciendo la burocracia y la corrupción y creando una dinámica financiera imposible de sostener sin los altos ingresos petroleros. La disminución de los precios del petróleo en los años ochenta condujo a mostrar a mediados de los años ochenta un desfinanciamiento progresivo del sector social. Sin embargo, esta situación fue paliada parcialmente por el auge petrolero de inicios de los años noventa como consecuencia de la guerra del Golfo. Nuevamente esos ingresos fueron destinados al gasto público regular y originaron parcial crecimiento económico, pero la visión de país rico, que resuelve todo con el dinero petrolero, no permitió tomar las medidas necesarias posteriores al auge, y terminó nuevamente con un incremento del déficit fiscal y un crecimiento de la deuda pública (MSAS, 1997).

La caída de los ingresos petroleros después de 1980, la disminución de las reservas internacionales y la devaluación de la moneda venezolana frente al dólar en 1983, obligó a frenar el gasto social y afectó los programas de salud los cuales fueron reducidos de manera drástica. El choque entre las aspiraciones de la población empobrecida y este cambio de realidad donde un Estado paternalista no podía continuar satisfaciendo sus expectativas, produjo la revuelta social de febrero de 1989 conocida como el “caracazo”, donde los saqueos arrebataban lo que la población no podía adquirir más por las vías formales y donde sólo la sangrienta intervención del ejército pudo restaurar el orden social anterior. Tardíamente, se implementaron una serie de programas compensatorios, destinados a la población vulnerable, con el propósito de contrarrestar el impacto de las medidas de ajuste macroeconómicas que se iniciaron en ese período. Sin embargo, la crisis social adquirió dimensiones imprevistas y arrastró, como causa y consecuencia, la crisis del sector salud.

La Crisis del Sector Salud en Venezuela

El sector salud en Venezuela está lleno de insatisfacciones, inequidades, e ineficiencias. A pesar de haber emprendido un proceso de Reforma en la década de los noventa, el sector aun continua en crisis, posiblemente por la misma reforma o por la poca fuerza de la reforma.

La reforma ocurrió pero de manera muy limitada, quizá porque el proceso social y político respondió más al esfuerzo de los gobiernos locales, que a una planificación del Estado en cuanto al sector salud en su conjunto. Quizá también porque ha dominado una visión economicista de los problemas, y se ha considerado que el problema fundamental es de financiamiento, cuando, en realidad, se hace necesario una profunda reestructuración del sector.

La capacidad del Estado como ente rector de la salud ha estado comprometida, en vista de su deterioro institucional, humano y financiero. La falta de coordinación del sector genera mayores gastos, deficiencia en la prestación del servicio, insatisfacción en el personal y problemas de ética. Estos problemas, aunados a los intereses políticos y el empeoramiento de las condiciones de vida de la población, han hecho de la reforma del sector salud en Venezuela un largo camino con muchos obstáculos por superar.

Una caracterización del sector: gasto e Inversión en Salud

El financiamiento es considerado uno de los males del sector salud. Ciertamente en un período de veinte años el presupuesto que el Estado asignaba a la salud disminuyó de una manera brutal al pasar del 8.29% del PIB en 1978 (máximo nivel alcanzado), al 2% entre 1989 y al 1,9% en 1997 (Cursio, 1999; Polanco, 1999). Pero la solución a la crisis del sector salud no debe verse sólo como un aumento de los aportes del PIB, pues existen problemas gerenciales y éticos dentro del sector que merma o hace ineficaz cualquier inversión realizada. Para 1999 el aporte financiero al sector salud era inferior al 2% del PIB y al 9% del Presupuesto Nacional (Senado de la República, 1999) pero, además de poco, la distribución de este dinero no es la más adecuada. La orientación curativa del sector salud hace que la mayor parte de esos recursos se destinen a las actividades hospitalarias, donde los costos debido al tipo de servicio son más altos. Adicionalmente, la mayor parte del presupuesto aprobado en salud es destinado al pago del personal, pero no del personal médico o enfermeras, sino del personal obrero, sin aparentes criterios técnicos que sustenten esta distribución y donde la razón parece encontrarse en el sistema clientelar desarrollado en el pasado. Sin embargo, algunos estudios conducen a pensar que en Venezuela el gasto en salud en ocasiones puede resultar incalculable (Rondón y Centeno, 2000), pues comprende el aporte del estado, los aportes dados a las aseguradoras públicas y privadas, donde entran los servicios de medicina prepagada, además de los pagos directos de aquellas personas sin ningún tipo de seguro.

Uno de los grandes problemas dentro del sector y que ocasiona mayores gastos es la falta de una visión integral de la salud, lo cual condujo al abandono de atención ambulatoria. En consecuencia, la atención ambulatoria carece de programas de atención primaria en salud, su infraestructura está deteriorada, los equipos son obsoletos, y por lo tanto se obliga a desviar a parte importante de la población que debía atenderse a nivel ambulatorio a acudir en busca de servicio médico primario en la red hospitalaria. Ante una red ambulatoria ineficiente este desvío se hizo costumbre, congestionando los servicios médicos hospitalarios e incrementando el gasto en salud. Como resultado los ambulatorios perdieron importancia y capacidad de resolución para la población y, por la demanda, se les asigno cada vez mayor presupuesto a los hospitales en detrimento de los ambulatorios, con lo cual se reforzaba un círculo vicioso

Otro de los problemas del sector que ocasiona dispersión de los recursos económicos es lo inadecuado del manejo del personal. Por una lado se encuentra un exceso de personal de baja calificación y en algunas zonas, mientras que por otro lado hace falta personal de más alta calificación y en otras zonas. Hacen falta médicos, se requieren muchas más enfermeras, pero se tienen demasiados empleados y obreros, es decir, hay grandes disparidades en cuanto a tipo de personal requerido y personal existente. Además las relaciones con los trabajadores son muy conflictivas, pues se paga poco y tarde, y si bien algunas personas creen que muchos ganan más de lo que merecen por el trabajo que hacen, la consecuencia es un personal desmoralizado y falto de incentivo, que entorpece el cumplimiento de sus labores y crea problemas éticos dentro del sector (BID, 1993).

Por último, la ya mencionada anteriormente falta de articulación y regulación entre los modelos de atención del sector, la cual ocasiona duplicación en la prestación de los servicios médicos, generando más ineficiencia. Ejemplo de ello es el IVSS, el cual fue concebido para atender a la población asegurada, pero desvía parte de sus recursos al atender pacientes que no están asegurados. Adicionalmente los hospitales y demás centros asistenciales del país también atienden pacientes asegurados, ya sean del IVSS o IPASME o cualquier otra aseguradora. Algunas personas no tienen quien las atienda, mientras otros gozan del cuidado hipotético de varias instancias del Estado.

La descentralización del sector salud

Ante un sector salud con problemas de eficiencia, eficacia, efectividad y equidad, con mayor énfasis en lo curativo sobre lo preventivo y un presupuesto en progresiva disminución, se promulgó a mediados de 1987 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Esta ley tenía una visión centralista de la salud y muchos pensaron que era una salida a la crisis del sector, pero, su aprobación ocurrió en un momento en el cual las tendencias eran otras y se orientaban hacia un sistema más democrático y descentralizado. La LOSNS fue entonces víctima del proceso de Reforma del Estado y se creó un conflicto con la promulgación en 1989 de la Ley Orgánica de Descentralización para la Delimitación y Transferencia de Competencias (LODTC). El carácter orgánico de ambas leyes imposibilitaba la derogación de una u otra, dando origen a controversias, pues ambas presentaban visiones distintas en cuanto a la misión, organización y operación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Por una parte, la ley Orgánica de Descentralización, amparada en el artículo 137 de la constitución de 1961, donde se contempla la transferencia de competencias a los estados, previa aprobación del Congreso de la República; por otra parte se alude que no se transfieren competencias sino servicios y por tanto se hace referencia a la transferencia de funciones de ejecución mas no de regulación. En suma, surgieron múltiples interpretaciones de ambas leyes y del artículo 76 de la Constitución Nacional de 1961. Quienes se opusieron al proceso de descentralización alegaron que la salud había dejado de ser una competencia concurrente con la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud y por tanto ámbito exclusivo del Poder Nacional.

Se planteó la discusión sobre la legalidad de transferir servicios o competencias, pues siendo la salud responsabilidad única del Gobierno Nacional, no podía transferirse a los gobiernos regionales más que la prestación de los servicios. Conjuntamente surgió el problema de la colisión entre ambas leyes, ya que el criterio de jerarquía no podía ser aplicado por cuanto las dos leyes eran orgánicas, y tampoco podía abogarse el criterio de modernidad y temporalidad, pues la intencionalidad de la ley no fue explicitada al momento del decreto. Esto ocasionó que los acuerdos firmados por algunos estados en materia de salud fueran desconocidos por el MSAS. Pero, en un país inmerso dentro de una reforma, con miras a una nueva forma de distribución de poderes, en busca de una nueva gerencia de Estado e inclinado a formas de acción más democráticas y participativas, la Ley del Sistema Nacional de Salud perdió poco a poco su legitimidad.

Los primeros estados en firmar acuerdos fueron Aragua, Anzoátegui, Falcón, Carabobo, Zulia y Bolívar; y hoy, al cabo de diez años todos los estados han firmado acuerdos de transferencia de servicios de salud, aunque no en todos la transferencia ha sido completa o satisfactoria.

Reforma y descentralización de la salud

El proceso de reforma y descentralización de la salud en Venezuela forma parte del Proceso de Reforma del Estado que comenzó en 1984 con la creación de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). En 1989 se llevó a cabo un proceso de descentralización político administrativa, se reformó la Ley del Sufragio y se aprobó la remoción y elección de gobernadores y alcaldes, bajo la premisa de poder así obtener gobiernos locales más eficientes y democráticos. Como parte de ese proceso se aprobó la Ley Orgánica de Descentralización para la Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, a modo de facilitar la gestión de las gobernaciones y aligerar la carga del Estado.

En el Octavo Plan de la Nación se observa un cambio significativo en la política social del Gobierno Nacional, pues queda enmarcada en un proceso de Reforma del Estado, lo cual implica una reestructuración institucional, disminución del gasto público y un proceso de descentralización y privatización, factores que evidentemente inciden en la toma de decisiones dentro del sector salud.

La Ley de Descentralización (LODTC) permite la transferencia operativa de atención médica, asistencia social, de saneamiento ambiental, incluyendo personal, recursos físicos y aspectos financieros a los estados. A su vez perfila al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), hoy Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) como el órgano rector, encargado de generar políticas, normas técnicas y administrativas a escala nacional y como responsable de la coordinación estratégica de los entes. La estrategia de descentralización implica transferir la administración de servicios de salud a los estados a través de convenios.

En el ámbito estatal este proceso implica la creación de figuras jurídicas para la administración de los servicios y programas.

En 1997 y luego que varios estados habían firmado acuerdos de transferencia, se dibujó finalmente una imagen objetivo –a mediano plazo- del sistema público de salud descentralizado (MSAS, 1997), donde se preveía la prestación del servicio en manos de los estados con participación de la sociedad civil organizada; una planificación coordinada entre los estados y el gobierno central sustentada en las necesidades locales y dentro de las directrices de la política nacional; separación del financiamiento y la prestación del servicio y un subsistema público descentralizado totalmente financiado, mediante el gobierno central, los gobiernos estatales, municipales, el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES), el seguro social, empresas de seguros y grupos privados y clientes individuales que implica el pago directo por servicio.

La reforma del sector salud en Venezuela emprendida a principio de los noventa buscaba, entonces, la descentralización de los servicios de salud, el fortalecimiento de la función normativa, reguladora y financiera del Estado central mediante la construcción de nuevas políticas públicas que reorientaban el sector salud. Además, buscaba la modernización, fortalecimiento y reestructuración institucional del aparato estatal en lo concerniente a salud y rescatar el subsistema público de salud (MSAS, 1997).

Reformando la Reforma

Pero esa imagen objetivo tuvo poca duración, pues los grandes cambios que ocurrieron en el país a partir de finales de 1998 le dan un vuelco a las tímidas transformaciones del sector salud, y, en su reformulación, se plantea reformar la reforma. En el proceso electoral de 1998 se da un cambio en la vida política del país que afecta todas las áreas de la sociedad. Luego de cuarenta años de un sistema bipartidista y clientelar, la sociedad venezolana mostró un profundo rechazo a los partidos y los políticos, y un deseo muy grande de cambio social. Fue así que de una manera muy sorprendente en la política venezolana un nuevo candidato logró dividir al electorado a favor o en contra de él y lograr el triunfo electoral contra casi todos los otros partidos y grupos, dándole un marcado carácter social a la votación. Este proceso, autocalificado como revolucionario, plantea una transformación del Estado y la elaboración de una nueva Constitución a través de una Asamblea Constituyente, la cual fue aprobada en 1999 con un referéndum con votación universal.

En este proceso de reestructuración del Estado, el sector salud da un viraje en el proceso de reforma. Su nuevo lineamiento está orientado por un marco legal amparado en la nueva Constitución de 1999, donde la salud es considerada como un derecho social y se pretende construir un sistema de salud universal, equitativo, solidario, eficiente y eficaz, con un financiamiento predominantemente fiscal.

En este programa de nueva reforma la rectoría del sector estará en el Estado, a través de un Sistema Público Nacional de Salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, bajo los criterios de gratuidad, universalidad, equidad e integralidad. En cuanto a la seguridad social el sistema propuesto no excluye de la atención médica a los no contribuyentes, pues esto violentaría los principios que sustentan el sistema, en estos casos se costeará el servicio a través de un fondo nacional de asistencia social para la salud conformado por los aportes presupuestarios nacionales.

La nueva propuesta incluye la creación de un Fondo Único de Salud, el cual sumaría los aportes del fisco nacional y las cotizaciones obligatorias, es decir las cotizaciones de empleadores y trabajadores de la salud, con la intención de financiar un plan de salud idéntico para todos los ciudadanos.

El sistema de salud propuesto implica el trabajo conjunto del Estado con las gobernaciones, municipios, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la participación de la comunidad en general. En este sentido sigue operando bajo el principio de descentralización de la salud, pero con una mayor supervisión del Estado. Asimismo se busca separar el financiamiento de la prestación del servicio y desarrollar aun más la autonomía en la gestión hospitalaria, donde cobra importancia la participación de la comunidad.

Estas orientaciones de tipo principista y escala macrosocial tienen su impacto en algunos procesos micro que venían ocurriendo en el país, como el proceso de descentralización, la contribución o el cobro por los servicios médicos y la organización sindical.

Con las nuevas políticas de gobierno se da una tensión entre el proceso de descentralización que venía ocurriendo y una tendencia a la centralización manifestada por las nuevas autoridades. Aun cuando el nuevo

gobierno sostiene que apoya el proceso de descentralización, y algunas de las experiencias políticas exitosas de la descentralización fueron llevada a cabo por individuos y agrupaciones políticas que forman parte de la base política del nuevo gobierno, se ha establecido algunos mecanismos de control que parecieran indicar que la balanza se inclina más hacia un Estado centralista. La situación es compleja porque, por una parte, puede que no se trate de un asunto de principios, sino de táctica política para desplazar a muchos de los opositores que han estado gobernando en los niveles locales donde se ha descentralizado el servicio; pero, por otra parte, es también cierto que algunas actividades, como el control de enfermedades transmisibles, han sufrido una desmejora con la descentralización y que no es fácil emprender grandes cambios sobre instancias tan heterogéneas y diversas.

Un segundo aspecto que ha sufrido un cambio importante fue el cobro de tarifas o colaboraciones por parte de los ambulatorios u hospitales. Desde inicios de los años noventa se estableció de hecho –mas no de derecho– el cobro por algunos servicios de salud. En el primer momento se trataba de que el paciente aportara los utensilios o medicamentos requeridos para su cuidado, posteriormente se estableció un pago que podía tener la forma de colaboración discrecional o de tarifa. Los precios siempre fueron muy bajos y siempre existía la posibilidad de la exoneración ante la solicitud de la persona o sus familiares. Esta práctica se difundió de una manera importante y fue un factor en el éxito de muchos ambulatorios y hospitales, que prestaban un buen servicio y de manera ininterrumpida, ya que estos fondos le permitían hacer compras y mantener equipado el centro de salud y al mismo tiempo pagar un sobresueldo a los empleados. La respuesta de la población a este hecho fue positiva, pues existía la disposición a pagar algo si el servicio era bueno y oportuno (Rodríguez, Briceño-León, Avila, 1997). Sin embargo, este cobro se encontraba reñido con la disposición general de la gratuidad de los servicios de salud que establecía la Constitución de 1961 y reafirma la Constitución de 1999, por lo tanto, el gobierno nacional decidió prohibir cualquier tipo de cobro. La medida suena positiva, pero el hecho es que la práctica del cobro ocurrió en el pasado como una respuesta de la población y el personal local ante las carencias que enfrentaban, no como una práctica discriminatoria o privatizadora, aunque algo de esto pudiera también ocurrir. Así que una vez eliminado el cobro, si no existe una respuesta eficiente para la provisión de recursos por parte del gobierno central, la situación va a desmejorar aún más. Por otra parte, esta medida comienza a socavar la independencia adquirida por estos centros en el proceso de reforma del sector, pues, para muchos, esta independencia se ha interpretado como una tendencia privatizadora.

El tercer aspecto que merece destacarse son los conflictos con los gremios de los trabajadores. En el sector salud hay una gran cantidad de sindicatos que han actuado bajo un fuerte control de uno de los partidos tradicionales (Acción Democrática) y que han sido sistemáticamente acusados de manejos impropios y hasta corrupción. En cualquier caso ha sido muy claro que estos gremios se han opuesto a los cambios que se han intentado introducir con la reforma y ahora con la reforma de la reforma. Es muy singular porque un gobierno que se dice popular y de apoyo obrero está enfrentando a los sindicatos. Pareciera ser cierto que no es posible realizar cambios importantes en el sector salud sin una redefinición de la relación con los trabajadores de la salud, quienes ciertamente están mal y tardíamente pagados, pero quienes también tienen algunas ineficiencias en su desempeño y donde las luchas gremiales han estado manipuladas por los intereses partidistas y no por las necesidades de los trabajadores o salud de la población.

Estas tres áreas de conflicto no se encuentran todavía definidas y al parecer llevará muchos años hasta que puedan consolidarse cualquiera de las posiciones que se haga dominante. El rasgo fundamental de la propuesta de reforma de la reforma es darle un carácter dominante al carácter público de la salud, es decir que es un “derecho social fundamental”, que la responsabilidad de la rectoría y gestión es del Estado y que lo es también la obligación de financiarlo. La propuesta resulta valiosa y atractiva desde el punto de vista ético y muy interesante desde el punto de vista político, por estar contracorriente. Pero, lo que crea interrogantes es su posibilidad real de ejecución, su viabilidad en el tiempo, pues se trata de una política fundada en los altos ingresos petroleros, que permiten financiar el sistema de salud de esta manera. Si los ingresos petroleros, fuente principal de los ingresos del Estado en Venezuela, descienden de una manera vertiginosa como en 1998, será muy difícil sostener una propuesta de este tipo y se podrá abrir caminos a reacciones que pueden ser muy negativas y que generaran mayor inequidad. Es por esto que creemos que

la reforma de la reforma no debe hacerse con el propósito de favorecer lo Estatal sino de fortalecer la responsabilidad y participación de la comunidad, de la sociedad civil, a fin de poder echar las bases de una sistema de salud que promueva la equidad y tenga como sustento el esfuerzo organizativo y financiero del conjunto de la sociedad y no los frágiles recursos derivados de la exportación del petróleo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BID., 1993. *Hacia una Política Social Efectiva en Venezuela*. Informe de la misión política del programa de Reforma Social. Oxford.
- Briceño-León, R., 1992. Salud y Las Reformas de la Sociedad y el Estado. En *Ciencia y tecnología en Venezuela. Un reto una esperanza*. COPRE. Vol. 12. Caracas.
- Briceño-León, R., 1996. El DDT y la modernización de Venezuela. *Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental*. Vol. XXXVI. N° 1 y 2. Venezuela.
- Díaz Polanco, J., 1993. El papel del financiamiento en la reforma de la salud en Venezuela. En: *Cuadernos para la Reforma*. Vol. 1. N° 3. MSDS. Venezuela.
- Cursio, P., 1999. "Análisis del gasto en salud y su impacto sobre los indicadores de salud". Papel de trabajo presentado en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Venezuela. Isla de Margarita del 7 al 11 de junio.
- MSAS., 1997. Es Tiempo de Reforma. *Cuadernos para la Reforma del Sector Salud*. Vol 1, No. 1. Venezuela.
- OPS., 1998. *La Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 569. Vol. 2. Washington D.C.
- Pérez, A. y Jaén, M.E., 1993. Descentralización de la salud: por una atención de calidad. Propuestas y escenarios. En: *La Distribución del Poder I: descentralización de la educación, la salud y las fronteras*. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela.
- Rodríguez, V., Briceño-León, R. y Ávila, O. 1997. Satisfacción de los usuarios y disposición a pagar por los servicios médicos. En: *Revista Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*. Mayo-Agosto, Vol. 6, N° 2. Venezuela.
- Rondón, R. y Centeno, M., 2000. *La Salud en el nuevo siglo. Ubicación y perspectivas de la salud venezolana*. Centro de promoción y Análisis de Políticas Públicas (CPAPP). Venezuela.
- Sabino, C. y Armas, J., 1991. *La Seguridad Social en Venezuela*. Editorial PANAPO.
- Senado de la República., 1999. *Informe especial de la comisión permanente de salud*. Venezuela.

[PARTE II]

**MÉXICO: PERSPECTIVAS SOBRE LA PRÁCTICA MÉDICA
Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

LA PRÁCTICA MÉDICA EN MÉXICO

Ignacio Villaseñor Urrea. MSP.¹

1. Definiciones

Es requisito indispensable, para comprender la práctica médica en México, el establecer una serie de premisas que a manera de definiciones estructurales fundamenten un análisis valedero de ella.

La primera se refiere, precisamente, a la práctica médica, la que habré de entender como la respuesta social a una exigencia social, es decir, es la forma en que el proyecto social mexicano, en su conjunto, atiende la necesidad de esa propia formación social en materia de provisión de salud. Para esto es preciso analizar esta práctica médica en los niveles objetivos en que se manifiesta, esto es, la medicina popular, la medicina privada y la atención proporcionada por el aparato estatal.

La segunda contiene la caracterización de México como una formación social peculiar en el ámbito universal, ya que la reducción de estas características en conglomerados de estados, más o menos grandes, permite que cualquier análisis de la realidad mexicana incurra en simplificaciones anticientíficas.

La tercera, válida en cualquier interpretación social, se refiere a la obligada ligazón histórica que la práctica médica tiene con el desarrollo del modo de producción capitalista dependiente, típico de México, desde la colonia hasta la actualidad.

Es necesario aclarar también que, congruentemente con las definiciones anteriores, no señalaré en este trabajo las tan traídas y llevadas descripciones del panorama epidemiológico y de la cobertura de los servicios, mucho menos las comparaciones con realidades ajenas a la mexicana, pues a más de dejar el análisis en la superficie, simplifican las conclusiones, haciéndonos caer fácilmente en reduccionismos estériles como por ejemplo, el discurso de que nuestra insalubridad es producto de la falta de educación, o que nuestra pobreza nacional se debe a la incapacidad mental de los mexicanos, estas explicaciones, sin duda, convienen a las oligarquías dominantes, pero, definitivamente, están muy lejos de la verdad.

¹ *Jefe. Laboratorio de Salud Pública. Universidad de Guadalajara.*

2. Historia.

Sin desconocer que los aborígenes mexicanos lograron avances indiscutibles en todas las áreas del saber humano, incluida la medicina y, por tanto, su aplicación para beneficio de las masas, sostengo que estas formaciones sociales nunca superaron la fase tribal; además de que su práctica médica solamente se perpetuó, hasta la actualidad, en forma de medidas terapéuticas como medicina popular, y las visiones divinas de la vida expresadas como intervenciones de fuerzas sobrenaturales en el proceso de la salud y enfermedad.

Con la colonización española, y en etapas muy tempranas, llegaron a la Nueva España los primeros médicos al servicio del imperio; su participación se limitaba al tratamiento de los conquistadores que enfermaban, dejando a los conquistados en manos de sus médicos indígenas tradicionales, así se estableció desde entonces, la primera división entre la medicina para los dominadores y para los dominados.

Al establecer España su hegemonía en el continente americano, fue necesario reclutar una gran cantidad de mano de obra para comercializar el producto de la tierra, especialmente la extracción de oro y plata, por lo que se creó un amplio aparato administrativo, además de propiciarse el surgimiento de una masa intermedia representada por los pequeños comerciantes y comisionistas, que no se extrajeron ya de las élites militares y religiosas y que exigían atención médica; esto aumentó el número de médicos españoles y provocó un flujo de estudiantes criollos o mestizos, hacia las escuelas de medicina europeas, es así como se establece una práctica importada que respondía a las necesidades, no solo de los grandes encomenderos españoles sino también de una naciente pequeña burguesía que representaban los criollos y los mestizos, mientras que los indígenas continuaron siendo atendidos por los practicantes aborígenes, los que necesariamente prescribían tratamientos rápidamente resolutivos, a base de plantas medicinales o intervenciones quirúrgicas mezcladas con ritos religiosos, con el objetivo primordial de restablecer lo más pronto posible la capacidad laboral de los indígenas.

Al mismo tiempo, tomaba cartas de naturalización el cristianismo traído por los misioneros, lo que obligó al imperio español a mediatizar la inconformidad social provocada, estableciéndose, con la participación de la Corona, el régimen hospitalario para indios, que en 1700 contaba con casi cincuenta establecimientos a lo largo y ancho del virreinato. Debo aclarar que dichos hospitales muy poco tenían que ver con la idea actual del hospital, el cual tiene una intención eminentemente terapéutica, ya que aquellos constituían más bien hospedajes para pobres en los que los propios monjes cuidaban de los enfermos, guiados por una idea de mortificación del cuerpo y haciendo sentir al paciente que su enfermedad había sido producto de su vida pecaminosa; por tanto, su desenlace era únicamente materia de la voluntad divina.

En 1646 Felipe II nombra un protomédico para la entonces Real y Pontificia Universidad de México, iniciándose así la provisión de médicos autóctonos que empiezan a incorporar la terapéutica indígena a la medicina científica de la época, lo que no era obstáculo para que continuaran vinculados a la clase dominante de los españoles y a la emergente pequeña burguesía criolla y mestiza.

Se pueden resumir las características de la práctica médica en México, durante la Colonia, de la siguiente manera (Vasco Uribe, 1978):

- Existía un grupo de médicos españoles vinculados a la corona virreinal.
- Había también un grupo de médicos criollos y españoles vinculados a la nueva pequeña burguesía que empezaba a emerger en la Nueva España.
- La característica común a ambos grupos era la de satisfacer una demanda cada vez más creciente, por lo que requerían conocimientos prácticos de medicina, desestimulando todo conocimiento teórico en profundidad.
- El ingreso económico de estos profesionales era alto debido a que las clases a las que servían, tenían una creciente capacidad de consumo con una amplia capacidad de pago.
- Los indígenas disponían únicamente de sus propios médicos aborígenes, orgánicos a la medicina popular, y del régimen hospitalario de indios, de corte fundamentalmente caritativo y ligado a la corona española.

· Al sistema colonial poco o nada le interesaba la salud de los aborígenes, a quienes no había que curar porque fácilmente eran repuestos por otros en las producciones no marginales prevalecientes en la época.

La independencia respecto de España marca un rompimiento de las relaciones con una metrópoli y consolida la dependencia de otras; el México independiente entra al concierto internacional del mercado ofreciendo productos primarios que urgen a una Inglaterra victoriana que empieza a cimentar su imperialismo a través de su poderío militar e industrial, a una Francia hegemónica que centraliza lo más granado del conocimiento, a un imperio Austro Húngaro que intenta cimentar el primer estado moderno en el mundo; así las dependencias comerciales se establecen y el modo de producción permanece intacto, cambiando la asistencia médica y la provisión de servicios de ayuda a los pobres en lo nominal, más no en lo sustancial.

Por lo que hace a la práctica médica en el período independiente, la característica más destacada se refiere a la consolidación del positivismo en las ciencias, incluida la medicina, y el establecimiento de programas escolarizados de enseñanza médica, con la consecuente utilización de los enfermos pobres como campo de práctica académica, así se fundaron las primeras grandes instituciones asistenciales por parte del estado en los centros hegemónicos de la época como la ciudad de México, Guanajuato y Veracruz.

Con la revolución de 1910 se rompe definitivamente con el régimen de corte feudal y se abren las posibilidades de consolidar un Estado liberal que facilite el establecimiento de una gran variedad de producciones, a través del estímulo a la inversión extranjera, especialmente norteamericana, lo que permite que en el México posrevolucionario se establezcan las primeras industrias de transformación con capitales importados; estas grandes acumulaciones propician la concentración de trabajadores y favorecen las migraciones rural urbanas al ofrecer salarios fijos más altos de los que se podían lograr en la agricultura o en pequeñas producciones artesanales; aparece también, por primera vez en México, el fenómeno del surgimiento explosivo de grupos marginales con una gran necesidad de servicios, una gran capacidad de consumo, pero con una limitada capacidad de compra.

Es entonces cuando el Estado Mexicano se preocupa por atender a estos grupos, que empiezan a amenazar la estabilidad política al constituirse en organizaciones gremiales amplias y con presencia, a los obreros y burócratas, por ejemplo, se les proporcionan servicios como hospitales, centros de salud y algunas otras prestaciones sociales en especie.

La medicina sufre una considerable transformación, inducida fundamentalmente por la aparición de los poderosos consorcios industriales de Estados Unidos, a través de la invasión del mercado con productos farmacéuticos elaborados que sustituyen a la antigua farmacopea de fórmulas galénicas, y entablan, en el territorio mexicano, una feroz competencia propagandística entre los médicos, se modifican los patrones de prescripción y sobre todo, sube enormemente el costo de la receta; aunado a esto, la importación abrumadora de equipos, que matizados con la idea generalizada de la modernización de los servicios médicos, se empiezan a utilizar en forma acrítica y se hacen aparecer como elementos indispensables para el tratamiento y diagnóstico dentro de un proyecto de práctica médica dominante.

Por otra parte, se induce también desde Estados Unidos y a través de las determinaciones surgidas del informe Flexner, (Flexner, 1910) una amplia gama de especialidades médicas, producto de la contracción de la demanda en un mercado con exceso de oferta, provocado sobre todo por la economía de guerra en la década de los cuarenta y la depresión al inicio de los cincuenta que obligó a las instituciones educativas y de servicios en Estados Unidos, a replantear las orientaciones de su práctica médica, transformándose en un mercado donde la salud es otro artículo de consumo masivo, diversificándose la oferta a través de especialidades médicas; práctica que se importó al país sin transformación de ninguna especie y se convierte, otra vez, en utilidad exclusiva de las clases dominantes, alejándose cada vez más de las masas marginales, las que se ven obligadas a acudir a los sistemas estatales de atención caritativa o a las prácticas populares, que permanecen intactas a lo largo de todo ese periodo.

3. *La práctica médica actual.*

Ante un panorama tan cambiante de la realidad social en México, se han presentado una serie de fenómenos que han transformado la accesibilidad de grandes masas de la población a los servicios de salud, a tal grado que ha sido necesario replantear profundamente la práctica médica. En forma paralela, el explosivo crecimiento en el número de médicos ha creado condiciones críticas que el Estado Mexicano se vio obligado a abordar en forma muy específica.

La medicina científica en el México de hoy, se ha visto afectada como nunca lo fue antes en su historia, por la influencia de los principales países capitalistas y por medio de los especialistas formados en estas naciones y la apertura del mercado mexicano a las transnacionales, todo ello con una clara intención de continuar subsidiando al capital, porque a través de la importación acrítica de prácticas médicas y modelos de prescripción totalmente ajenos a las necesidades reales del país, los únicos beneficiarios son aquellos que medran protegidos por los aparatos ideológicos y que obtienen ventajas indiscutibles con los laboratorios farmacéuticos, los centros médicos privados, el comercio de aparatos y equipos o, simplemente, a través del propio sistema oficial de prestación de servicios médicos.

Por lo que hace al profesional de la medicina, actualmente las escuelas formadoras de médicos en el país, salvo honrosas excepciones que constituyen solo estériles experimentos aislados, siguen el modelo ancestral fundamentado en la medicina científica de Flexner que rechaza de entrada la existencia de una causación social en todo proceso morboso, deja al margen de lo que se considera científico, toda base social y humanística, y trata la enfermedad como una condición natural al crearse una medicina individualista, no solo por considerar al paciente en forma individual sino también por excluir los aspectos sociales del ámbito vital del individuo, este es un proyecto de acción que enmascarado en la ideología dominante, plantea una magnífica solución demagógica a las masas desprotegidas, al evidenciarse aun más la dualidad que ahora es más clara que nunca: a mayor crecimiento de la acumulación de capital, mayor deterioro del nivel de vida de las mayorías trabajadoras, además se les suministra una medicina altamente tecnificada y si no les resuelve sus problemas de salud, ya no es por culpa de las oligarquías generosas, sino de la incapacidad de estas masas para resolver sus propios problemas con sus propios medios; en suma, la enseñanza de la medicina en el México de hoy pretende transformar en problemas técnicos, cuyas soluciones se plantean a través del cambio tecnológico, los problemas evidentemente sociales cuya base es la lucha de clases y su solución debe ser la modificación de las estructuras del poder político.

De este modo, y de acuerdo con un punto de vista aparentemente generoso, los grandes consorcios norteamericanos, a través de sus instituciones de enseñanza más conspicuas, siguen ofreciendo becas a los médicos mexicanos que, bien visto, a la postre representan una magnífica inversión, cuando cosechan las ganancias en forma de ventas de aparatos o de nuevos medicamentos de dudosa utilidad y mejor aun, cuando ese especialista reproduce, en las facultades de nuestro país, el esquema aprendido en los países desarrollados.

Es así como resulta explicable que México cuente con una gran masa de médicos desempleados, que incluso pretendieron organizarse en un gremio para exigir una solución al Estado, pues al reproducir una práctica ajena a las capacidades reales de nuestro sistema, nunca darán para proporcionar una medicina altamente tecnificada en las casi ochenta mil localidades distribuidas en dos millones de kilómetros cuadrados y en gran parte incomunicadas; resulta explicable también que las instituciones educativas den cabida solamente a uno de cada cinco solicitantes y que los grandes hospitales del sistema acepten a tres mil de los doce mil que aspiran a convertirse en especialistas, y que tan solo empleen a una porción insignificante de estos, en vista de que han sido formados para ser útiles en un ámbito de trabajo inexistente en nuestro país.

Por lo que respecta a la medicina popular en nuestro país, los casi cuarenta millones de mexicanos que a comienzos del siglo XXI se encuentran al margen de los sistemas de salud o de los esquemas profesionales, son sus pacientes en tanto tienen que recurrir a las curanderas, “hueseros” y yerberos; se trata de grupos sociales que carecen de una organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas, que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista, de manera que ni siquiera importa al sistema su reproducción como fuerza de trabajo y que, dados sus bajos ingresos, no son mercado para la medicina privada.

Los diversos institutos de seguridad social constituyen la parte más importante de la medicina institucional en México, atienden prácticamente a una tercera parte de la población y disponen para ello de un cuarenta por ciento de los médicos, de presupuestos diez o veinte veces más grandes que los asignados al sistema de la Secretaría de Salud para la población abierta, que en realidad es aquella que no se inscribe en ninguna organización laboral; los derechohabientes de estas instituciones son los trabajadores sindicalizados de los sectores privado y estatal, esto es, grupos caracterizados por su presencia política y su importancia económica.

Sin lugar a dudas, la seguridad social en México es una reivindicación obrera lograda en la lucha de los trabajadores frente a los capitalistas; ello explica que los grupos más combativos, como los ferrocarrileros y electricistas, la obtienen primero, y aquellos que no están organizados siguen sin esta protección; sin embargo, la seguridad social es mucho más que una conquista obrera, pues permite a los patrones disponer de fuerza de trabajo en buenas condiciones físicas, lo que resulta importante en especial para la mano de obra calificada, que no es fácilmente sustituible y cuyo adiestramiento representa un gasto para el empleador, también la institucionalización y la reglamentación de la práctica médica, al darse dentro de un contexto ideológico favorable a la acumulación capitalista, beneficia al empresario en contra del trabajador, al definir en este ámbito lo que debe considerarse enfermedad.

El tercer actor del sistema de seguridad social es el propio Estado Mexicano al intervenir directamente y dictar las políticas de operación del sistema; toca al Presidente de la República determinar quien es el director general de los Institutos de Seguridad Social y además intervenir en la asignación de los representantes por parte del Estado en las juntas directivas, por lo que este poder las convierte en instrumentos económicos y político ideológicos del Estado.

Por lo que respecta al financiamiento de la seguridad social, la contribución del Estado es una forma más de subsidio al capital dado que significa la canalización de fondos públicos, no a la solución de los problemas de toda la población sino a un sector clave en la acumulación capitalista, es decir, el Estado asume parte del costo social de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Como recurso político en manos del Estado, el sistema de seguridad social mexicano, al igual que el de Bismarck en el siglo pasado, le resta fuerza al movimiento obrero en su enfrentamiento con la burguesía al constituirse en un elemento importante de la ideología de conciliación de clases, cuando pretende demostrar que la contradicción entre capital y trabajo se puede resolver en el terreno del consumo, sin cambios esenciales en las relaciones de producción y también, cuando recoge y da respuesta a ciertas demandas que exigen la satisfacción de necesidades básicas, a fin de hacer evidente que no hacen falta grandes convulsiones sociales para solucionarlas.

Quizá estos argumentos no parezcan del todo convincentes dada la selectividad del sistema mexicano de seguridad social, la estructura tripartita capitalista estado trabajador se presenta como la expresión de un pacto solidario, que excluye la lucha de clases y la eliminación de entrada de una parte mayoritaria de la población trabajadora del país de los beneficios de la seguridad social; y se justifica en el discurso político dominante con la falta de recursos, y desaparecerá, se dice, tan pronto como el Estado tenga mayor capacidad económica y de organización, cobrando así este razonamiento cierta credibilidad para los grupos con presencia política y abriendo expectativas a los grupos marginales.

Ante este panorama de la práctica médica en México y como una parte de las medidas de emergencia tomadas por el Estado a partir de la quiebra de los mercados internacionales del petróleo que acarrearón la caída del sistema monoexportador del país, alrededor de 1980 se instituyó el proyecto de integrar la prestación de servicios de salud, de manera de que estos resultaran más operantes, económicos y sobre todo, que llegaran a toda la población, independientemente de su inserción laboral en la formación social mexicana. Todo esto como una clara respuesta al repentino empobrecimiento de un amplio sector de la población que durante los últimos cincuenta años no se había afectado y que de pronto pasó a constituirse en una gran masa potencialmente organizada y, por tanto, amenazadora, conformada por una pequeña burguesía de obreros, asalariados, comerciantes y profesionales, quienes a través de este proceso de ampliación de la cobertura tendrán acceso a servicios baratos y de buena calidad, como una réplica del Estado a su pérdida de capacidad adquisitiva.

El primer paso fue la modificación del artículo cuarto de la Constitución Política que estableció el derecho a la salud como una conquista para todos por el simple hecho de ser mexicano, después surgió en mayo de 1983, el Plan Nacional de Desarrollo que en su parte correspondiente a la política social establece algunos pronunciamientos referentes a modificaciones en la práctica médica actual. (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1983)

Este plan, en su exposición de motivos estableció claramente que la finalidad última del desarrollo es la sociedad igualitaria; sin embargo, el objetivo no es ni podrá ser la uniformidad de todos, señala también que su propósito es la recuperación de la capacidad de crecimiento sostenido que vaya generando los empleos que requiere la población, redistribución del ingreso entre personas y regiones y la atención prioritaria de las necesidades básicas de los grupos más desprotegidos.

Reconoce, asimismo, la existencia de dos tipos de regímenes en materia de salud: el de seguridad social que ampara a los trabajadores que cuentan con una relación laboral formal y el de asistencia pública y social dirigido a toda la población y define que el mejoramiento en el nivel de salud es un aspecto fundamental del bienestar social; que no se dará como un resultado automático del crecimiento económico, sino que será preciso adoptar las medidas para hacer posible la prestación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad deseados. Las estrategias previstas en este Plan Nacional de Desarrollo en Salud están contenidas en cinco grandes áreas de política:

- Acciones preventivas, tanto en enfermedades transmisibles como no transmisibles.
- Reorganización y modernización de los servicios a través de la integración del Sistema Nacional de Salud, que respetaría la organización de cada una de las entidades del sector, en una estructura de tres niveles tradicionales.
- Consolidación del Sistema Nacional de Salud al descentralizar, a las entidades federativas, los niveles primero y segundo de atención a la población abierta.
- Reorganización de la asistencia social mediante la coordinación de lo relativo al sector público y privado.
- Formación y capacitación de recursos humanos e investigación en las áreas biomédica, médico social y de servicios de salud.

Como queda claro, el Plan Nacional de Desarrollo en Salud pretendió ampliar la cobertura a través de la integración de un sistema coordinado, que se fundamentara en la tradicional división de tres niveles de atención, con una medicina científica, biológica y dirigida al individuo; salta a la vista que este plan deja de lado, sin explicación de ninguna especie, a la práctica privada, que es producto de un adiestramiento ajeno a nuestra realidad y que legitima, perpetua y reproduce la ideología de las clases dominantes, haciendo muy poco por modificar, en forma efectiva, las condiciones de salud de la población.

En 1984 se promulga, por primera vez en la historia del país una Ley General de Salud que coloca como cabeza de sector a la Secretaría de Salud y le señala el compromiso de generar los lineamientos de política, las estrategias y los programas dirigidos a toda la población, independientemente de su filiación institucional y es a partir de entonces que a cada cambio del ejecutivo federal, se deba realizar una planificación nacional en materia de salud que parta del diagnóstico integral, elaborado por el Sistema Nacional de Planeación y cuyo producto es el Plan Nacional de Desarrollo; actualmente, en materia de salud, este Plan se ha materializado en un gran Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. (Barrera Sánchez, 1997)

Considero que en este programa, se reconoce por primera vez, el peso que tiene la medicina privada en la atención a la población general, aunque, en sus objetivos no mencione ninguna acción directa dirigida a su modificación, y mucho menos señalamientos que apunten a la utilización de sus servicios para las mayorías más desprotegidas.

También se privilegia la atención a los que carecen de servicios a través de dos acciones fundamentales, el paquete básico de salud y el programa de municipio saludable; la primera pretende dar servicios de bajo costo y alta eficacia para incrementar la cobertura y la segunda involucrar más al municipio en actividades sanitarias con este mismo propósito.

Es notorio que este programa no incide más allá de lo que se ha venido señalando desde años atrás, basta para sustentar esto, lo que presenta como principales problemas del sector salud, esto es: insuficiente calidad y limitada eficiencia, segmentación e insuficiente coordinación y centralismo.

Los objetivos que señala se orientan a transformar el actual sistema para modernizarlo y hacerlo más eficiente y están enunciados como sigue:

- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.
- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.
- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes.
- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo.

Quizá lo más provocativo de este plan esta contenido en el capítulo que propone una nueva organización del modelo de sistema de salud, en dónde se destacan dos propósitos a mediano y largo plazo:

Primero; la ampliación de la cobertura a los más desprotegidos mediante la provisión del mencionado paquete básico, que contiene doce intervenciones más o menos eficaces y el establecimiento de cuatro acciones llamadas irreductibles por ser obligatorio su financiamiento por parte de las entidades federativas, y que se definen como cuatro áreas prioritarias; salud pública, atención médica, fomento sanitario y sistemas de información.

Segundo; el que la Secretaría de Salud asuma un papel normativo, casi ritual y se desvincule cada vez más de la prestación directa de servicios, mismos que pasaran a ser responsabilidad de las entidades federativas, hecho que dicho sea de paso ha sido el logro más destacado del plan; y el que la seguridad social separe su función recaudadora y de financiamiento de la provisión de servicios de salud. (Poder Ejecutivo Federal, 1995)

Este plan, no me queda duda, hace eco a los planteamientos señalados por el Banco Mundial y el Tratado de Libre Comercio ya que plantea un modelo de proceso de modernización de la política social en el que la intervención del Estado Mexicano se focaliza y se hace más selectiva al canalizar los recursos a grupos o zonas particularmente problemáticas, lo que redundará en mecanismos autoritarios y discrecionales en el manejo del presupuesto, conjuntamente con la reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos y simplificados para los grupos más depauperados; así, es notorio que éste plan se inscribe en una política de neo-beneficencia, cuya consecuencia más obvia es abonar el actual neoliberalismo hegemónico que aleja cada vez más al sistema nacional de salud de su propósito original de ser integrado y conducido bajo objetivos sociales. (Banco Mundial, 1993)

El futuro inmediato plantea pues, un retorno a una política en salud de beneficencia y caritativa decimonónica y que además abre las puertas a los procesos de desregulación y privatización en el sector salud que seguramente habrán de profundizar aún más la brecha de la inequidad social, a través de la dualidad y polarización que ha caracterizado al sistema político mexicano en la última década del siglo XX. (López Arellano, 1994)

4. Conclusiones:

Es necesario preguntarse ahora hasta que punto esta práctica médica ha influido en la modificación de los problemas colectivos de salud enfermedad en México. Resulta claro que, dada la organización y el contenido que actualmente caracterizan a la práctica médica en México, que esta no ha sido capaz de influir de forma relevante en la solución de los grandes problemas nacionales; además, ha permanecido al margen del desarrollo social, manteniéndose como un apoyo cómodo y susceptible de adaptarse a las exigencias del capital, cualesquiera que sean. Es imposible planear una utilización racional de los recursos mientras sigan dispersos en muchos sistemas donde cada uno esta sujeto a su muy particular dinámica socio política y económica,

siempre distante de las necesidades de los trabajadores, la historia así lo demuestra: ningún sistema médico puede funcionar en forma óptima si no tiene la capacidad para distribuir y organizar los recursos existentes, según un plan que contenga la jerarquía de las prioridades, de acuerdo con la importancia social de cada problema; contrariamente a lo que pudiera pensarse, solo las lecciones de la realidad pueden enseñarnos a transformar esa misma realidad. Fijar estas prioridades supone, primero, reconocer que el interés colectivo esta por encima del individual, que todos tenemos derecho al bienestar y que la propiedad de los satisfactores no debe nunca reducir al ser humano a la categoría de valer por lo que posee, sino que esta propiedad debe ser útil y fundamental para el bienestar común, y en segundo término, ubicar los problemas de la salud y la enfermedad dentro de su contexto social, económico y biológico para poder combatir sus causas determinantes, no solo de sus manifestaciones biológicas.

El objetivo es brindar supremacía a la prevención frente a la curación, utilizando fármacos y tecnología únicamente cuando resulte necesario y anular así la subordinación a los avances tecnológicos ajenos a nuestra realidad. Es imprescindible también reconocer el papel que desempeña la enseñanza médica en la reproducción de esquemas acrílicos de práctica médica; desde hace veinte años es una preocupación permanente del discurso hegemónico que la enseñanza de la medicina debe partir del reconocimiento del panorama epidemiológico del país, pero sin considerar como timbre de orgullo patriótico la mortalidad por diarrea o la enorme variedad de formas clínicas de tuberculosis presentes en nuestro medio; mas bien al contrario, pugnar porque el nuevo médico sea un auténtico promotor del proceso de renovación social global que nuestras mayorías reclaman, ya que está demostrado que de seguir así las cosas, la práctica médica en México continuará reproduciendo y acentuando la desigualdad al alejarse, cada día más, de ese ideal indiscutible que señala que el proceso revolucionario de cualquier sociedad es, intrínsecamente, el mejor programa de salud posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo Mundial. Invertir en Salud*. Washington.

Barrera Sánchez. F (1997). *Materiales de auto estudio. Maestría de Gerencia en Servicios de Salud*. Mimeo. Tomo 7 pp. 3184, CUCS. Universidad de Guadalajara.

Flexner, Abraham (1910). *Medical Education in the United Sates and Canada*. The Carnegie Foundation Ed., USA.

López Arellano Oliva (1994). *Políticas de salud en México. Situación actual y Perspectivas*. Mimeo. Jornadas Académicas de Ciencias Socio-médicas. CUCS. Universidad de Guadalajara.

Poder Ejecutivo Federal (1995). *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México

Secretaría de Programación y Presupuesto (1983). *Plan Nacional de Desarrollo*. Ediciones de la Secretaría de Programación y Presupuesto, México.

Vasco Uribe, Alberto (1978). *Salud, Medicina y Clases Sociales*. Hombre Nuevo Ed.; Colombia.

EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

M.S.P. Francisco Javier Barrera Sánchez

I.- ANTECEDENTES

Antes de la Revolución Mexicana, las políticas de salud estaban basadas en la acción municipal orientadas por un Consejo Superior de Salubridad. Al final de la gesta revolucionaria, el país encaraba un panorama de salud desolador y se hacía indispensable destinar recursos y normar acciones contra las epidemias y a favor del saneamiento. Así nació el Departamento de Salubridad, apoyado por el Consejo de Salubridad General como órgano asesor y de gestión. Hasta 1929 fue el principal marco de política que permitió establecer Unidades Cooperativas con Estados y Municipios.

En los años 30 se trazaron metas de saneamiento a escala nacional, para ello se establecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública, como instancia de colaboración y coinversión entre los gobiernos federales y estatales, pero continuaba con sus funciones el Departamento de Salubridad.

Entre 1934 y 1940 México contaba con una población eminentemente rural, y dependía de manera importante de una economía agraria/rural, el gobierno de la República privilegió entonces un modelo de cogestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos, se implanta por primera vez y a gran escala los servicios de salud de pago anticipado; se enfatiza la prestación de servicios médicos. El Departamento de Salubridad llegó a asignar 40 veces más recursos per cápita a los servicios ejidales que a los Servicios Coordinados de Salud en los Estados. También se intervino en la formación de médicos para garantizar la atención al medio rural. Fue en función de estas prioridades que se creó el servicio social universitario en 1936.

A principios de la década de los cuarenta, ya se vislumbraba la coexistencia de tres guías para la asignación de recursos públicos en materia de salud que actualmente siguen vigentes: a) el enfoque sobre problemas de salud muy específicos; b) la asignación a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de la población del país; y c) la canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno. La aceptación social y la experiencia con estos tres modelos

de políticas de salud durante esos años fueron cruciales para el apoyo de la política económica y social que configuraría al sistema de salud actual.

II. NACIMIENTO DEL MODELO ACTUAL.

La fundación del moderno sistema de salud ocurrió en los albores de una nueva etapa en la vida económica del país, caracterizada por la industrialización, la urbanización, la alfabetización y el desarrollo de una amplia clase media. El desarrollo se sustentó en una estrecha alianza entre trabajadores, industriales y el gobierno federal, bajo la conducción de este último. En 1943 fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se buscó entonces un arreglo institucional que permitiera encauzar los mayores beneficios de cada uno de los tres modelos de política de salud ya probados ampliando sus beneficios al sector industrial y reduciendo los conflictos a que daban lugar sus diferentes objetivos. El IMSS se creó para canalizar contribuciones tripartitas en apoyo a la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales.

Este modelo estaba en boga en casi todo el mundo y derivó buena parte de su sustento técnico de la Organización Internacional del Trabajo. Al mismo tiempo, sus grandes líneas se adecuaban a los requerimientos del país, dada la escasa oferta de servicios privados y la convicción de la capacidad gubernamental para prestar servicios médicos integrales y dirigirlos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico. Este sistema presentó fuertes rendimientos crecientes durante décadas. La SSA fue creada con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Su objetivo era el de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública. La misión asistencial se amplió para cubrir de manera más integral a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos. La SSA



también se haría cargo de campañas extraordinarias dirigidas al combate de epidemias y problemas específicos de salud.

Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y a la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se incurrió en un importante costo; una menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados asumieron, de facto, mayores responsabilidades de atención directa para la población abierta, perdiendo el Departamento de Salubridad el papel estratégico normativo y financiado en favor de la población en su conjunto que tuvo en sus mejores momentos. Por otra parte, la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le confirió a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad.

El modelo de seguridad social que se implantó, no incluyó mecanismos normativos o de estructura que garantizaran la eficiencia y la competitividad de los servicios de salud. La ausencia de dichos mecanismos puede explicarse dada la protección arancelaria hacia la industria nacional, su enfoque en el modelo interno y la relativa abundancia de recursos financieros transferidos de los fondos de pensiones. Por otra parte, la fuerza de trabajo joven no presionaba la demanda de servicios y existían opciones en el mercado privado que llevaban a ver en la elección un mecanismo alternativo para la asignación eficiente de recursos.

Estas características estructurales no serían vistas como deficientes sino hasta mucho más tarde, siendo que en la década siguiente, la autonomía del IMSS se vio aparejada a importantes logros. Entre 1955 y 1961 el proceso de industrialización se profundizó y el sector manufacturero se constituyó en el de más acelerado crecimiento. En tan sólo cinco años, de 1953 a 1958, la cobertura del IMSS se duplica, amparando hacia 1960 a más de 3 millones de personas. No obstante, la SSA mantenía aún la mayor carga de atención pues cubría a 23 millones de mexicanos. Además, durante este periodo la SSA fue encargada de importantes y costosos programas de salud, como la lucha contra la viruela y el paludismo, primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud.

Otro desarrollo significativo de esta época de auge fue la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales. En ese entonces se privilegió la relación política entre gobierno y los diversos grupos estratégicos para la producción y el crecimiento económico.

Ante estos imperativos económicos y políticos la cuestión de la eficiencia en los servicios de salud ocupó un lugar secundario. De aquí también que continuó la prestación de servicios médicos fuera del IMSS para los trabajadores de ciertas empresas como fueron los casos de Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión federal de Electricidad; en 1976 se creó el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México. Incluso entre los empleados del gobierno federal algunos, como los de la Secretaría de Hacienda, mantuvieron ciertos servicios separados del resto.

En cierta medida puede afirmarse que el sistema de salud fue creciendo por adiciones de segmentos, sin que tuviera primacía una idea rectora que lo organizara en su conjunto. El caso de la seguridad social no es único. Aún dentro de la SSA, las diversas campañas de salud y los Servicios Coordinados presionaban la asignación y organización de los recursos en múltiples direcciones, contribuyendo de esta manera a generar una burocracia altamente centralizada y fragmentada.

Expansión y crisis. A partir de los años sesenta, el PBI creció a tasas promedio superiores a 6 por ciento anual y tan solo en el segundo lustro de la década el IMSS duplicó su cobertura. El acelerado crecimiento de la clase media permitió una mayor oferta de servicios privados. Asimismo, se procuró la ampliación y regionalización de los servicios asistenciales de la SSA, tanto en el medio urbano como el rural.

No obstante dichos servicios no se enfocaron a la población marginada inequívocamente. Se privilegió, en cambio, la ubicación geográfica y el cobro por servicios con base en escalas móviles relativas a la capacidad de pago. Con esta oferta ciertamente los grupos de mayores ingresos se beneficiaron, pero lo hicieron en mayor medida los asegurados y la propia clase media, quienes tuvieron mayores servicios a su alcance.

Por otra parte, la mayor oferta de médicos privados se posibilitó debido al incremento en la matrícula de las escuelas y facultades de medicina, a la aceleración del proceso de urbanización, a una mayor capacidad de

pago de estos sectores de la población y en menor proporción, a la insatisfacción tanto de los asegurados con los servicios de pago anticipado, como de la población abierta con los servicios asistenciales. El problema de la incongruencia entre demanda de servicios y oferta pública quedó así establecido, sin que la normatividad del acceso a los servicios asistenciales fuera modificada ni se reconociera el papel que la medicina privada comenzaba a desempeñar.

No obstante lo anterior, nunca sé previo un mecanismo que permitiera evitar dobles pagos o que posibilitara una interacción más franca entre la medicina privada y la pública. En la década de los setenta se agudizó la sobreposición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servicios asistenciales. A partir de 1973 se hizo notorio cierto estancamiento en la expansión del IMSS, problema vinculado al reclamo de justicia social de amplios grupos de campesinos. El Ejecutivo Federal rompió entonces con el modelo de oferta exclusiva del IMSS hacia los asegurados y sus beneficiarios, legislando la entrega solidaria de recursos del IMSS a la población sin capacidad de cotización.

El primer esfuerzo en este sentido se realizó con apoyo del programa de desarrollo rural puesto en práctica por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo). Con ello se conservó la autonomía financiera y de prestación de servicios del IMSS, pero ahora abarcando a población que había estado formalmente al cuidado de la SSA. La obligación de redistribución solidaria de la seguridad social se ha mantenido intacta, si bien a partir de 1979 su operación fue sustancialmente modificada con el establecimiento del Programa IMSS-Coplamar. Dicho programa formó parte del combate a la marginación promovido entre 1976 y 1982.

En el caso de salud, el gobierno federal lanzó una iniciativa para ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos derivados del auge petrolero. El IMSS fue el administrador de este ambicioso programa, permitiéndole cumplir sus compromisos solidarios al brindar apoyo a la red subsidiaria por medio de recursos administrativos ya existentes. Por parte de la SSA se creó el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes.

A principios de la década de los ochenta se realiza un proceso de planeación de salud que surge sobre la base del Plan Nacional de Desarrollo y con el concurso de las instituciones del sector salud.

Se eleva a rango constitucional el derecho a la protección a la salud y se aprueba la Ley General de Salud.

El Sistema Nacional de Salud forma así un componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación, pretendiendo armonizar los programas de servicios de salud que realice el gobierno federal con los de los estados y el concurso de los sectores social y privado que prestan sus servicios.

El Sistema se integra con tres tipos de componentes:

- a) Entidades del sector salud, para las cuales aplica la obligatoriedad;
- b) Gobierno de las entidades federativas, que se vinculan a través de la coordinación con el Gobierno Federal.
- c) Sectores social y privado.

La Ley general de salud precisa como autoridades sanitarias: al Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los Gobiernos de las Entidades Federativas.

El consejo de Salubridad General depende directamente del Presidente de la República. Está integrado por el Secretario de Salubridad y Asistencia quien preside, un secretario y doce vocales que incluyen representantes de instituciones del Sector: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios de salud del Distrito Federal (DDF), y Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), de instituciones educativas y de ciencia y tecnología; Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y dos instituciones educativas; el presidente de la Academia de Medicina y un especialista en materia ambiental.

El Gabinete de Salud es una instancia presidencial de coordinación presidido por el propio presidente y se integra con los secretarios de Salubridad y Asistencia, Programación y Presupuesto y la Contraloría General de la Federación, los directores generales del IMSS y del ISSSTE y del DIF. Sus acuerdos tienen carácter prioritario en cada una de las dependencias y entidades participantes.

El sector salud es coordinado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia que tiene atribuciones de planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades administrativas paraestatales adscritas al sector. Se agrupan programas y funciones de manera sectorizada en lo que toca al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado.

Al desaparecer Coplamar en 1989 como órgano coordinador de diversas iniciativas de desarrollo, persistió el programa a cargo del IMSS bajo la denominación de IMSS-Solidaridad. La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales de carácter estatal y municipal, puso de manifiesto la dificultad para coordinar y normar a instituciones caracterizadas por su centralismo y su arraigada autonomía. De ahí que en 1983 se iniciaran los primeros esfuerzos por descentralizar los servicios de atención a población abierta.

Claramente, la descentralización y consolidación de los servicios de atención a población abierta puede hacerse descentralizando de origen y consolidando en los estados, o consolidando de origen y descentralizando en una segunda instancia. La descentralización de los ochenta siguió principalmente este segundo modelo, es decir, se avanzó más en la consolidación de los servicios en 14 estados del país que en la transferencia de recursos. A pesar de sus limitaciones este esfuerzo de descentralización constituyó un ejercicio importante de reordenamiento del sistema de salud en su conjunto.

III.- CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL.

El modelo de salud en México surgió de manera un tanto casual, segmentada y acumulativa. Si bien existieron diversos intentos por establecer una línea rectora éstas no lograron sus objetivos de poder coordinar su funcionamiento y evolución.

En México coexiste un pequeño mercado privado de aseguramiento que apenas empieza a descubrir las ventajas del aseguramiento administrado y para el cual no existe una regulación clara y eficaz; un mercado privado de servicios de salud sin pago anticipado, que no protege a las familias frente a gastos extraordinarios; baja calidad y eficiencia y un sistema público puro, de instituciones múltiples que a pesar de haber alcanzado logros inobjetables enfrenta importantes rendimientos decrecientes en calidad y eficiencia; duplicidades e insuficiente cobertura.

La estructura actual del Sector Salud se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción. Los trabajadores asalariados de la economía formal cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social, en tanto que el resto de la población recibe atención en instituciones públicas como la SSA y el Programa IMSS Solidaridad.

Así el financiamiento de la seguridad social depende principalmente de las contribuciones de los empleados y los patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal. Hasta ahora pertenecen al régimen obligatorio de la seguridad social únicamente: a) los trabajadores que están vinculados por una relación de trabajo; b) miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas; y c) los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito. Los trabajadores al servicio del Estado, sean federales o estatales, son cubiertos por diversos institutos de seguridad social.

La ley del Seguro Social considera también la posibilidad de incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores federales, estatales y municipales no cubiertos por algún otro sistema, como el del ISSSTE. Al amparar también a los dependientes de los asegurados, los servicios de salud de la seguridad social cubren legalmente a poco más de 50 por ciento de la población.

Han quedado al margen de la seguridad social los trabajadores en industrias familiares e independientes, como profesionales, artesanos y comerciantes; los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios; y los patrones como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio. Estos grupos en teoría pueden acceder legalmente a las prestaciones médicas del IMSS por medio de un seguro voluntario o facultativo. No

obstante, los elevados costos, los prerequisites de acceso y la falta de promoción han mantenido a esta opción en un papel insignificante.

La exclusión de la cobertura legal de una amplia capa de la población lleva a definir, por contraposición, a la población abierta, la mayor parte de la cual es objeto de los programas asistenciales de la SSA o del Programa IMSS-Solidaridad. El mosaico socioeconómico de la población abierta es evidente ya que incluye desde autoempleados de elevados ingresos hasta campesinos e indígenas que viven en condiciones de alta marginación.

La medicina privada, por su parte, ha crecido al margen de las políticas oficiales, aprovechando deficiencias en la oferta pública de servicios y la dificultad para responder a las cambiantes exigencias y necesidades de la población. La oferta privada de bienes y servicios de salud es responsable de la mitad del gasto total, a la vez que de aproximadamente 30 por ciento de las camas censables, emplea 34 por ciento de los médicos y brinda alrededor de 32 por ciento de las consultas medicas. Entre la población de más bajos recursos, la medicina privada es de gran importancia, ya que brinda hasta 41 por ciento del total de contactos médicos. No obstante, la cobertura de seguros médicos privados es muy limitada y más aún lo es la adopción de esquemas de aseguramiento administrado, que ha probado contundentemente en otros países ser la vía más directa hacia la contención de costos y la calidad.

Las limitaciones en la cobertura legal de la seguridad social, la identidad tan heterogénea de la población abierta, la insuficiente coordinación institucional para cubrir a la población de escasos recursos y la cada vez más extensa oferta de servicios privados han llevado a marcadas duplicidades en la demanda de servicios además de a contribuciones múltiples. Una de las deficiencias más importantes del Sector Salud es su falta de cobertura mínima, principalmente de los grupos más pobres de la sociedad que en su conjunto suman aproximadamente 10 millones de habitantes. Éste es uno de los elementos más regresivos del Sector Salud y limita fuertemente las posibilidades de auténtico desarrollo de las comunidades marginadas del país

EL MODELO DE HOY

PUEDE INTRODUCIRSE UN MODELO DE ELECCION.		NO PUEDE INTRODUCIRSE EL MODELO.	
CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> • POBLACION CON INGRESOS MEDIOS • CON CAPACIDAD DE PAGO ANTICIPADO • MULTIPLES PRESTADORES CERCANOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION 		CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> • POBLACION DE BAJOS INGRESOS • SIN CAPACIDAD DE PAGO • POCOS PRESTADORES 	
ECONOMIA FORMAL		FUERA DE LA ECONOMIA FORMAL	
GRUPO MEDICO PRIVADO	SEGURIDAD SOCIAL PRINCIPALMENTE IMSS E ISSSTE	SSA	SIN ACCESO IMSS SOLIDARIDAD

FUENTE: Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000

En el plano internacional pueden identificarse dos extremos en materia de modelos de sistemas de salud: por un lado está el esquema público puro que presta servicios estatales de salud, sea con financiamiento público exclusivo o con participación de los factores de la producción, en cuyo caso adquiere la forma de seguridad social.

En el otro extremo están los países en los que los servicios estatales de salud son casi nulos y el mercado privado atiende a la mayor parte de la población.

Por lo que respecta a la prestación pública de servicios, existen también esquemas mixtos en que se rescatan algunos elementos de productividad, conservando el Estando la función de redistribución del ingreso. En estos esquemas el financiamiento, es decir la recaudación para el pago de los servicios, permanece como una función pública, aunque la afiliación y cobranza no necesariamente. Los incentivos a una mayor productividad van en estos modelos desde las compensaciones por buen desempeño, hasta la contratación de prestadores privados con recursos públicos para el otorgamiento de servicios a una determinada población.

Un esquema intermedio consiste en la elección de los prestadores públicos por parte de los usuarios de estos servicios, lo que además de establecer una relación más cercana y corresponsales entre el médico y el paciente, incentiva al primero a otorgar servicios de mayor calidad para gozar de la preferencia del usuario. Si bien existen muchos logros en el Sistema de Salud en México, el Programa de Reforma del Sector Salud, en 1996 reconoce grandes retos como:

- Insuficiente calidad y limitada eficiencia
- Segmentación e insuficiente coordinación,
- Centralismo
- Cobertura insuficiente.

En el año 2000 se han logrado avances importantes al: a) Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal. b) Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes y c) Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que tienen acceso limitado o nulo. Sin embargo deben consolidarse estos logros a fin de que la ampliación de cobertura de la seguridad social permita la incorporación de aquella población con ingresos medios, que cuente con capacidad de pago anticipado y que radica en el área urbana. Así mismo asegurar la cobertura de la población de bajos ingresos tanto en el medio urbano como rural. Y consolidar el proceso de descentralización no sólo en de los servicios de salud a población abierta, sino también en las instituciones de seguridad social, para que sean las propias entidades federativas quienes definan su Sistema Estatal de Salud, con la participación organizada de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole como un elemento fundamental en el mantenimiento de la salud colectiva.

EL MODELO QUE SE PERSIGUE

PUEDE INTRODUCIRSE UN MODELO DE ELECCION. CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> • POBLACION CON INGRESOS MEDIOS • CON CAPACIDAD DE PAGO ANTICIPADO • MULTIPLES PRESTADORES CERCANOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION • MEDIO URBANO 		NO PUEDE INTRODUCIRSE EL MODELO. CARACTERISTICAS: <ul style="list-style-type: none"> • POBLACION DE BAJOS INGRESOS • SIN CAPACIDAD DE PAGO • POCOS PRESTADORES • MEDIO RURAL 	
NUEVAS FORMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO	SEGURIDAD SOCIAL AMPLIADA	SISTEMAS ESTATALES DE SALUD OPERANDO DESCENTRALIZADAMENTE	

FUENTE: Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000 BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Coordinación de los Servicios de Salud; Cuadernos de la Coordinación de Servicios de Salud. No. 5 Tendencias de la investigación en Salud en México; Hacia un Sistema Nacional de Salud, 1982.
2. Secretaria de Salubridad y Asistencia; Cuadernos Técnicos de Planeación Vol. I Num 1, Planeación del Sistema Nacional de Salud, 1982.
3. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación 7 de Febrero de 1984.
4. Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud, 1989 – 1994. México, 1989.
5. Poder Ejecutivo Federal. Programa de reforma del Sector Salud 1995-2000. México, 1995.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO: PERSPECTIVAS ANTE LA REFORMA

José Luis Canales Muñoz¹

Introducción

El sistema de salud mexicano no ha escapado a los cambios y tendencias mundiales desde el inicio del siglo XX. A lo largo de cien años los cambios y reformas observadas han sido influidas por las transformaciones en los sistemas de salud del mundo, en la manera de entender a la salud, en cómo enfrentarla, de su lugar como prioridad nacional, del interés mismo de la sociedad y se ha mezclado con la concepción mexicana de la medicina y de la salud pública. Sin embargo, antes y después de los 50's las ideas sobre lo que debe ser el sistema de salud han tenido elementos contradictorios, entre el discurso político y los hechos, entre las expectativas y las conductas sanitarias de la sociedad.

La concepción en los 40's de reunir los esfuerzos aislados en la atención sanitaria en dos grandes instituciones como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), obliga a la pregunta de por qué crear dos instituciones para la salud y no una; la respuesta seguramente está en la señalada influencia europea, en la concepción mexicana posrevolucionaria de la seguridad social y la idea de un ministerio de gobierno encargado de vigilar los aspectos sanitarios públicos como en Estados Unidos. La otra pregunta es: ¿y sesenta años después por qué siguen separadas las principales instituciones de salud del país?.

El desarrollo del sistema de salud mexicano ha sido cada vez más complejo, aunque el esquema original se ha mantenido. Los estratos poblacionales con trabajo asalariado tienen derecho por ley a recibir los servicios de las Instituciones de Seguridad Social, la población sin trabajo fijo o desempleada

¹ Coordinador de Área Médica de la Dirección Regional de Occidente. IMSS. México

es atendida por los servicios y diversos programas gubernamentales y prácticamente toda la población tendría libertad de elegir algún servicio médico ofrecido por organismos de atención médica privados, con un pago directo o con esquemas de prepago con aseguradoras también privadas.

Los aspectos jurídicos también han sido modificados, desde 1984 el derecho a la protección a la salud está en la Constitución, desde 1986 hay una moderna Ley General de Salud, que apoyó la conformación del denominado Sistema Nacional de Salud (SNSMex), que es la amalgama de organismos públicos y privados que atienden la salud en México, coordinados por la Secretaría de Salud (SSA), que asume un doble papel de asistencia y regulación (emisión de normas, reglamentos, así como la vigilancia con capacidad de sanción de la aplicación de los servicios) de las actividades que tienen que ver con la producción, distribución y uso de insumos para la salud, con la prestación de los servicios y la vigilancia de los riesgos para la salud. También en 1995 se reformó la Ley del IMSS, con lo que se ampliaron las bases legales para afianzar el modelo de seguridad social, que incluye la atención a la salud de un estrato social de los mexicanos.

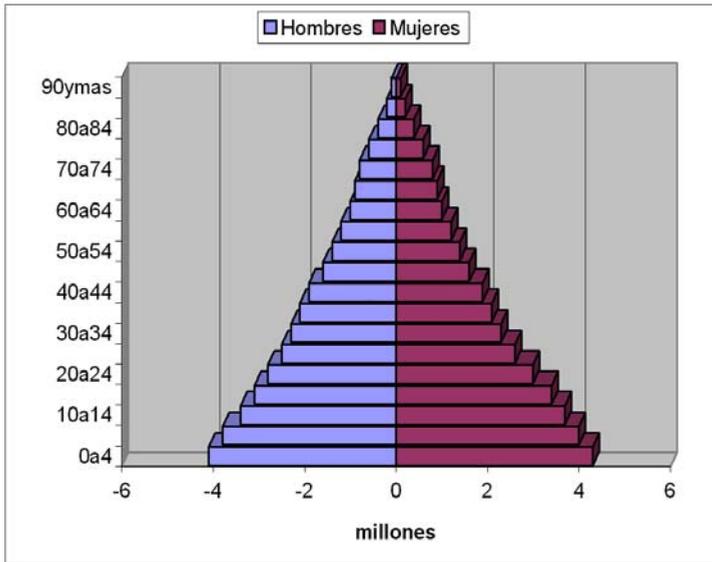
Sin embargo, el embate en la década de los 90's sobre las reformas en el mundo a los sistemas de salud, ha renovado la discusión en torno a la ruta que debiera seguir el SNSMex, la consolidación de la seguridad social, la permanencia de un modelo mixto público-privado de atención a la salud, o la apertura e impulso al mercado de la atención médica.

En este ensayo, se plantean las características relevantes que ha tenido la salud de los mexicanos y cuales los aspectos sobresalientes de la organización del sistema de salud, de esto se analizan algunas aproximaciones a las respuestas acerca del futuro que espera al SNSMex, cual ha sido y debe ser el interés de los gobernantes y porqué la sociedad debiera participar mas activamente en el desarrollo de la salud poblacional. Se revisan aspectos de índole demográfico y social relacionados cercanamente con la salud, la situación de la salud poblacional, la organización de los servicios de atención a la salud, la estructura del financiamiento y el gasto social en salud, las reformas jurídicas y estructurales, los problemas de salud prioritarios y una visión de lo que habrá que enfrentar en los siguientes años.

La situación demográfica y social

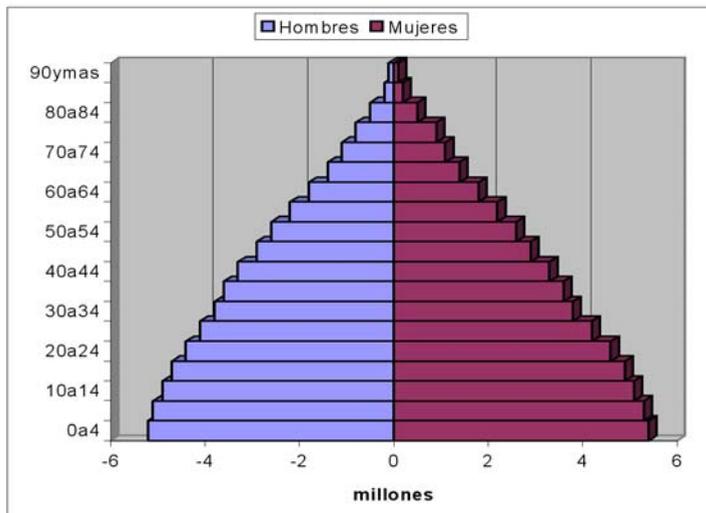
En el inicio del siglo XXI, México cuenta en su territorio con cerca de cien millones personas y alrededor de 18 millones más se encuentran en Estados Unidos, éstos últimos en gran medida como resultado de la emigración ocurrida en los últimos quince años, de acuerdo con las cifras del censo del año 2000 (Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática- INEGI). Con base en esto, las previsiones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), señalan que el país enfrentará el reto de un crecimiento aún acelerado para los siguientes 30 años, período en el que las políticas en materia poblacional y la aceptación que la sociedad haga de las mismas influirán en regular la velocidad del crecimiento demográfico. No obstante, cualquiera que sea la tendencia, con el incremento de la población se modificará la estructura porcentual por grupos de edad, como se ha observado en los últimos treinta años. Al comparar los datos del año de 1970 con el 2000 hay una diferencia notoria, la amplia base (en los años 70's) de menores de 15 años y su reducción constante (de tipo piramidal) en los siguientes grupos (figura no.1), se ha modificado para ampliar la proporción de personas entre los 5 y los 20 años, con un aumento constante en los grupos de edad avanzada.

Figura no. 1 Estructura por edades en México, 1970. (CONAPO).



El crecimiento más importante de los grupos de edad en este período fue entre los 10 y los 40 años, mismos que aumentaron proporcionalmente más que los otros grupos (figura no 2). En este caso, las proyecciones de la estructura poblacional muestran que después del año 2000, es altamente probable que un número semejante de niños menores de 5 años de edad lleguen en la siguiente década a los 20 ó 30 años de edad

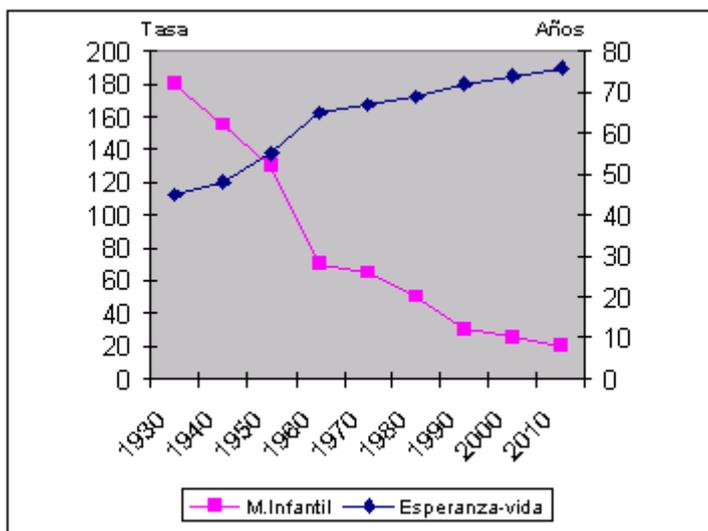
Figura no 2. Estructura por edades en México, año 2000, INEGI.



Este cambio demográfico, que es bien conocido en los países desarrollados, se ha relacionado en México y en otros países en desarrollo con múltiples factores de índole socioeconómica y del uso de servicios de salud, orientados a reducir la mortalidad infantil y a regular la fecundidad de las mujeres y familias. En éste caso, para después del año 2000 es previsible que la fecundidad sea menor al de dos hijos por mujer, cifra ésta última tres veces menor a la observada antes de 1950. Con la reducción de la fecundidad también ha ocurrido un descenso adicional en la mortalidad infantil.

Hoy en día, México es un país en donde cada mujer tiene menos embarazos y más posibilidades de que sus hijos vivan mas allá del año de edad (González-Pérez et al., 2000). Hace apenas 50 años que morían más de 100 niños por cada 1000 nacidos vivos (NV) y al terminar el siglo veinte está por rebasar la meta de menos de 20 menores de un año fallecidos por cada 1000 NV. El descenso continuo después de la revolución de principios de siglo, disminuyó a un ritmo acelerado hasta los 70's, período en el que se inicia un descenso mas lento y desigual, mayor en la población urbana que la rural, en la población con mayores ingresos económicos que en la población pobre. El efecto demográfico directo es que los niños nacidos después de 1950 vivirán mas que los nacidos antes de esa fecha, de manera que su esperanza de vida al nacer será cercana a los 75 años (figura no.3) y aún más la proporción que superará los 65 años de edad podría duplicarse (de 6% a mas del 12%), en los siguientes 25 años.

Figura no 3. Mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer. SSA-CONAPO



Un mayor porcentaje de la población tendrá oportunidad de envejecer, de manera que los niños nacidos después del año 2000, tendrán la oportunidad de vivir, en promedio, casi el doble de años que los nacidos cien años antes. Esto tendrá un efecto claro en la reducción del crecimiento de la matrícula escolar y una mayor presión por trabajo, vivienda y servicios de salud y de éstos últimos, los servicios preventivos y de planificación familiar.

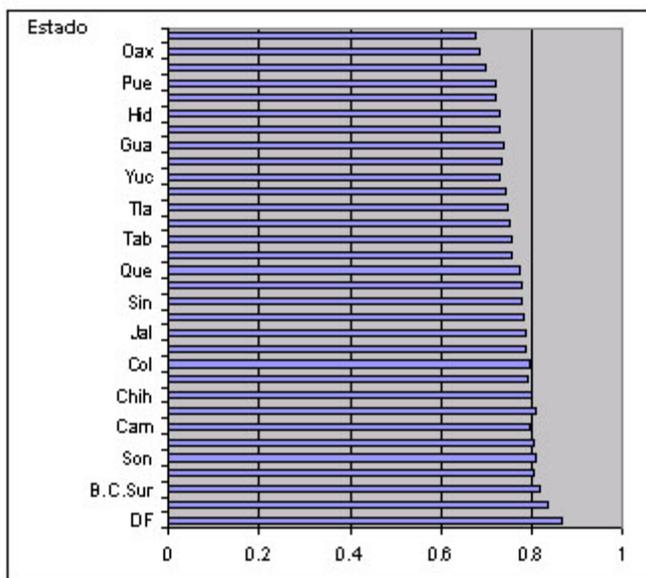
Sin embargo, estos cambios no han ocurrido de manera homogénea en México, y aunque quizá en ningún país los cambios demográficos se han producido por igual y al mismo tiempo en toda la población, la interacción con los avances sociales y económicos ha tenido efectos claramente diferentes entre los diversos grupos sociales del país. Una fotografía de las condiciones demográficas y sociales de la situación actual, es que más mujeres tienen menos niños y estos tienen mayor probabilidad que hace apenas diez

años de llegar al año de edad; pero, esto no es cierto para todas las mujeres ni para todos los niños mexicanos. De igual manera con la mayor esperanza de vida, las condiciones en que se llega a la edad avanzada son bastante diferentes, por lo que es necesario revisar como están viviendo esos años ganados y que perspectivas existen.

La comparación de la población nacional de acuerdo con la región en que habitan, con base el índice de desarrollo humano (IDH) propuesto por la ONU, muestra (según estimaciones de CONAPO), diferencias importantes para México. Mientras la capital y seis estados del norte del país tienen los mejores valores del IDH, seis estados del centro y sur tienen los valores más bajos. Estas diferencias, muestran la enorme polarización del desarrollo socioeconómico de México. Mientras que los estados con más desarrollo humano se comparan con los habitantes de los cuarenta países con mejor desarrollo, el otro grupo de estados lo hace con los países ubicados después del lugar no. 75 en el mundo. La diferencia entre países puede ser explicada por múltiples factores, sobre todo de tipo económico, pero las grandes diferencias entre los habitantes de un mismo país habrá que buscarlas más en el ámbito político.

Es claro que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto diferente sobre la población, la polarización en el desarrollo humano es reflejo también del perfil de salud. Los cambios observados y previstos para los siguientes años de la estructura demográfica, también puede serlo del perfil de salud, pero, la sola transformación demográfica requiere de un cambio en la organización del sistema de salud.

Figura no. 4 Índice de Desarrollo Humano en las entidades federativas de México, 1997. CONAPO.

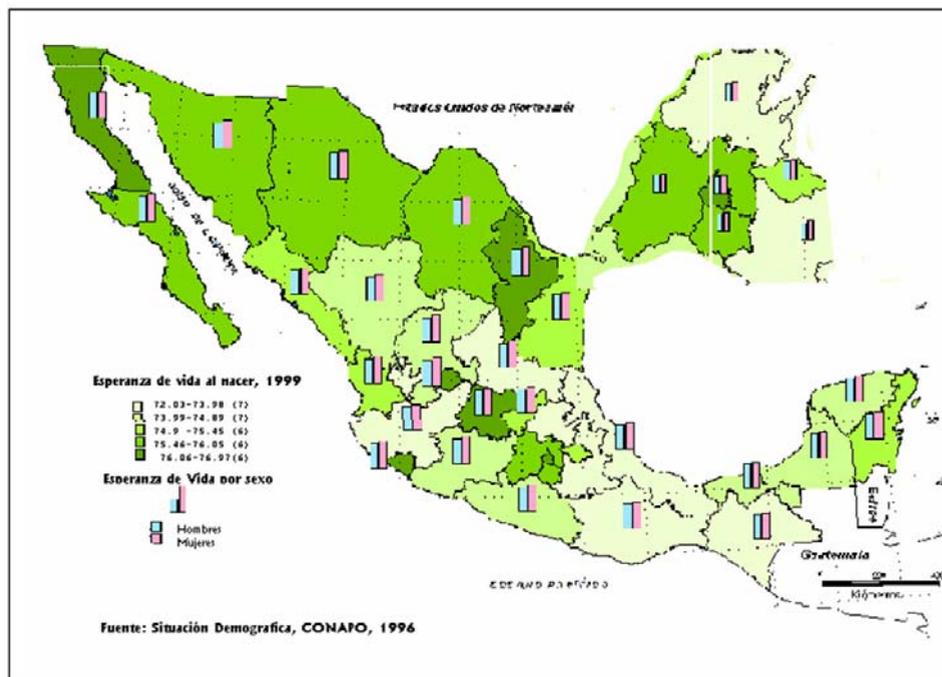


Actualmente la mitad de la población tiene menos de 25 años y dentro de 20 años, la mitad ya tendrá más de 35 años, por lo que la presión que ejercerá en la demanda de servicios de atención a la salud es posible anticiparla y en consecuencia plantear los cambios requeridos, desde ahora.

Para proponer un marco de análisis de la estrecha relación entre los cambios demográficos y de salud que están ocurriendo en el país, y valorar la evolución que estas condiciones han tenido en la población de acuerdo con su distribución en el territorio nacional, recientemente el Instituto Nacional de Salud Pública ha graficado en los estados y municipios del país las diferencias de algunos indicadores seleccionados que

hacen evidente la variación en la situación demográfica y sanitaria. En el caso de la esperanza de vida, como se muestra en la figura no. 5, y de manera estrecha con las diferencias en el IDH, es en efecto en el norte del país en donde se alcanzó ya una cifra de 76 años para su población, mientras en los estados del centro y sur del país es apenas de 72 años. Lo que esto representa para el sistema de salud, es no solamente una demanda de atención médica diferente sino en mayor cuantía, porque las personas de mayor edad solicitan con más frecuencia servicios tanto ambulatorios como hospitalarios. En tanto que la accesibilidad a los servicios primarios de atención, seguirá siendo el principal problema del sistema de salud en el sur del país.

Figura no. 5 Esperanza de vida en la población mexicana, por estados para 1999.
Instituto Nacional de Salud Pública.



En este sentido el enfoque de la revisión sobre las condiciones de salud que guarda la población mexicana, tiene que incorporar la visión de cual podría ser el perfil anticipado para los siguientes años. La diferencia para la organización de los servicios de salud, es el plantear en la discusión de la reformulación de los planes un cambio proactivo, es decir influir en la cantidad y tipo de la demanda de servicios o mantener el esquema reactivo como hasta ahora, esto es, esperar a que la demanda indique cuantos y que tipo de servicios se requieren. Las políticas de salud de los últimos gobiernos se han orientado en mayor cuantía hacia la organización de la respuesta a la demanda, con excepción (aunque esto es para toda América Latina), de los programas intensivos de intervención comunitaria con la vacunación de menores de cinco años. Los contrastes en el desarrollo humano y social, se reflejan en las diferencias de los servicios utilizados. En las ciudades de mayor desarrollo que desde luego se ubican en los doce estados federativos

con un IDH mayor de 0.8, se encuentra disponible la tecnología de punta del país en materia de salud, en los estados con menor desarrollo, las dificultades del acceso a los servicios es la condición más común. Ambas situaciones se mostrarán en un capítulo mas adelante, pero estas diferencias incluyen por ejemplo, variaciones en el porcentaje de la población derechohabiente de algunas de las instituciones de seguridad social, mientras en el D.F. y norte del país más del 65% de la población tiene derecho a estos servicios, en estados como Chiapas o Guerrero (en el sur), apenas el 30% de la población tiene acceso a la seguridad social.

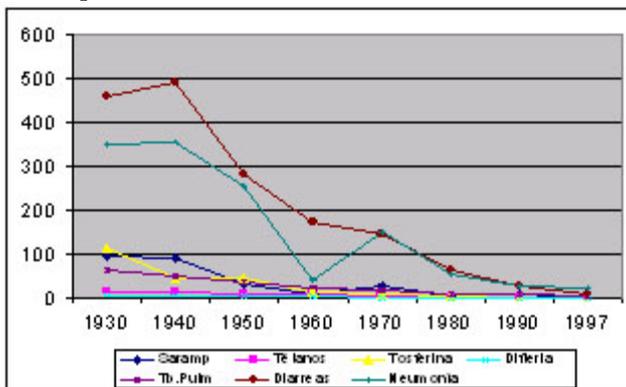
La situación de la salud

A pesar de que las condiciones de vida de los mexicanos se han modificado en el curso de los últimos cien años, la mejoría en la expectativa de vida y en los indicadores de salud ha sido desigual. Ha existido una aceptación declarativa de las autoridades político sanitarias de los últimos gobiernos de ésta desigualdad en salud. Ahora bien, la notoria diferencia observada entre las zonas mas avanzadas desde el punto de vista socioeconómico y las más atrasadas en los indicadores sanitarios es en el momento de las reformas al sistema de salud, un problema coyuntural complejo. En este sentido, es más explícito señalar que la población mexicana se encuentra en un período de polarización epidemiológica, mas que de transición, aun cuando éste último enfoque ha sido el más aceptado, por políticos y por académicos. La transición epidemiológica se argumenta, ya es parte de la evolución de las regiones más avanzadas (incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y disminución de los riesgos de enfermedad y muerte por enfermedades infecciosas), mientras que los habitantes de las zonas más atrasadas no solo han detenido su progreso, sino que mantienen un perfil de salud de treinta años atrás.

El reflejo consecuente de los aspectos demográficos y socioeconómicos con la salud pública de los mexicanos es importante, como se puede observar en la evolución de los indicadores más sensibles de la salud poblacional e incluso con la lectura de los indicadores sanitarios convencionales que miden el avance, estancamiento o retroceso de éstos satisfactorios. La reducción de uno de los indicadores más sensibles en salud como es el caso de la mortalidad infantil (como se mostró en la figura N° 3), es consecuente con el descenso continuo del control de la mortalidad por enfermedades infecciosas, entre las que se incluyen las enfermedades prevenibles por vacunación, las diarreas y las enfermedades respiratorias, en particular en el grupo de menores de cinco años, e incluso de otras como la tuberculosis pulmonar que era una de las enfermedades trasmisibles de mayor mortalidad. Esta notable tendencia al descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas (figura no.4), en los menores de cinco años, se relaciona de manera estrecha con el cambio de lo rural por lo urbano y de la disponibilidad de agua apta para el consumo humano. Y en los ochenta con el fortalecimiento de los programas de vacunación y de capacitación de las madres para el cuidado de los menores, aspectos estos últimos en los que el fragmentado SNSMex, ha podido ofrecer servicios organizados y accesibles a toda la población del territorio mexicano. El dramático descenso de la mortalidad por enfermedades diarreicas, de casi 500 defunciones en 1940 a menos de 20 muertes por cada 100,000 habitantes en 1990, es el efecto generalizado del saneamiento ambiental y de la mejoría en la vivienda y en la última década consecuencia de los programas puntuales de hidratación oral dirigidos particularmente a la población con mayor pobreza en el país. Situación semejante es la observada con la mortalidad por enfermedades de tipo respiratorio.

La salud vista a través de la mortalidad por todas las causas, muestra cambios en su estructura porcentual, relacionada con factores socioeconómicos y por el conjunto de las variables demográficas y no solo de la transición evolutiva de la situación de salud de la población nacional.

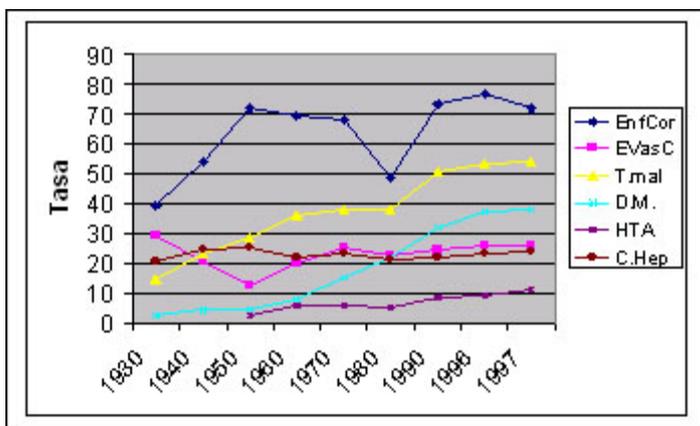
Figura no. 6 Mortalidad por causas infecciosas en México, 1930-1997. (Tasa x cien mil habitantes).



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud

Hace cincuenta años, mientras que las diarreas y neumonías causaban el 30% de las muertes en 1997, ocasionaron alrededor del 7% de las mismas (SSA-1), en el mismo período las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, causaron menos del 10% de las defunciones y a finales del siglo ocasionaron mas del 40% de las mismas. La principal causa de muerte general en 1997 fue de origen cardiovascular y entre los primeros cinco lugares se registraron las causadas por tumores malignos, diabetes mellitus y lesiones accidentales. La tasa de defunciones por cada 100,000 habitantes como se observa en la figura no 5, permite identificar el peso que ciertas causas no infecciosas han tenido sobre la salud poblacional. La tendencia rápidamente ascendente tanto de los tumores malignos como de la diabetes mellitus, se relacionan con el cambio tanto de la esperanza de vida y con las modificaciones en el ambiente y en las conductas y hábitos de vida de la población mexicana, éstas dos enfermedades junto con las de origen cardiovascular ocasionan las tasas más alta de años de vida potencial perdidos (AVPP) en la población, lo que traduce un problema de mortalidad prematura, por enfermedades que demandan un volumen importante de servicios médicos y que consumen proporcionalmente las mayores cantidades de servicios producidos y de insumos para la salud.

Figura no. 7 Mortalidad por causas crónico degenerativas en México. INEGI. 1930 -1997



Por ejemplo, la tendencia de la demanda de servicios de salud por las personas con Diabetes Mellitus, ha tenido un crecimiento más notorio que en las otras enfermedades, tanto en los servicios ambulatorios como para

la atención hospitalaria, en ambos casos y de acuerdo con los registros de las instituciones del SNSMex, ha sido el primer motivo de consulta y de egreso hospitalario en los últimos diez años.

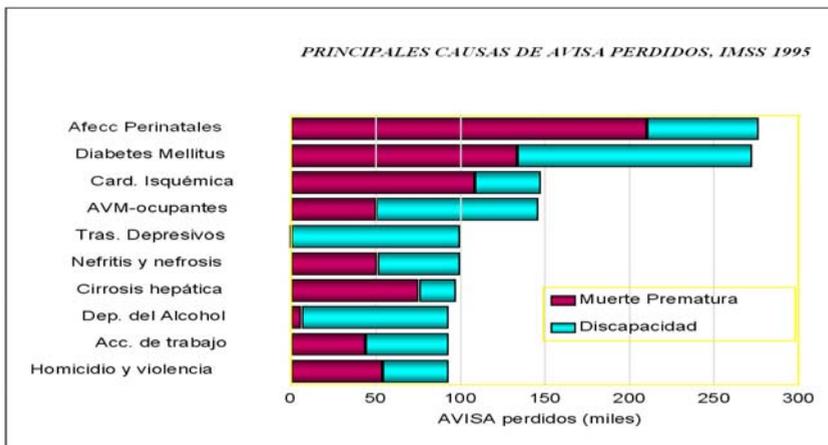
Un caso particular en la estructura de la mortalidad, es lo que ha ocurrido con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuya incidencia y mortalidad han tenido una evolución primero casi paralela y en los últimos años, divergente. Desde 1982, cuando se informó del primer caso de SIDA en México, hasta 1990, más de la mitad de los casos en ese período habían fallecido y en la siguiente década más del 70% son sobrevivientes con más de cinco años con la enfermedad. De igual manera a la epidemia de SIDA, los servicios y programas sociales del SNSMex, se han incrementado geométricamente en particular por el consumo de condones, de pruebas de detección temprana y de tratamiento farmacológico, cuyo costo individual es uno de los más altos en la atención de la población con enfermedades de curso crónico.

Los costos económicos y sociales que esto representa para México han tenido solo cálculos aproximados, que aún no se reflejan en el incremento del gasto gubernamental y privado en salud, que se mantiene por debajo del 5% del Producto Interno Bruto (PIB), pero que en el corto plazo provocarán mayor presión social por una mayor cantidad y mejor calidad de servicios accesibles en todo el territorio nacional.

Las enfermedades que ocasionan pérdida de años de vida saludables (AVISA), tienen estrecha relación con algunas de las causas de mortalidad, sin embargo, permiten identificar otras causas de demanda de servicios, que también han aumentado de manera importante en las últimas décadas. En el IMSS, el cálculo de los AVISA perdidos por sus derechohabientes, para el año de 1995 (figura no.5), muestra que la diabetes mellitus, los accidentes, la depresión, el alcoholismo, son los principales motivos de incapacidad tanto para desempeñar una labor productiva como para las actividades cotidianas. Otras causas como los problemas degenerativos de curso crónico, como la artritis, las enfermedades de la columna vertebral y las adicciones a drogas lícitas o prohibidas, tienen un incremento lento pero continuo. Esta situación sumada al hecho de que los programas orientados al diagnóstico precoz de las enfermedades, contribuyen en el aumento de la prevalencia de padecimientos crónicos y dolencias degenerativas, provocan invariablemente un aumento de la demanda de servicios, en particular de tipo ambulatorio que requieren intervenciones masivas en todo el SNSMex y que aún no se plantean, los AVISA en este caso reflejan la necesidad de servicios de cuya disponibilidad en el fin de siglo no existen planes en el mediano plazo.

La información disponible sobre el perfil de las causas de enfermedad y muerte evidencia que a fines de los 70's termina un proceso largo e inicia otro periodo de cambios a mayor velocidad, distinto al actual que no incluye aún el efecto de las nuevas tecnologías diagnósticas de nuevos agentes biológicos causantes de enfermedad o de las medidas para modificar las pautas de conducta y hábitos de alimentación o bien, el efecto de los cambios ambientales sobre la salud. De manera que el perfil de salud de los mexicanos todavía está cambiando.

Figura no. 8 Años de Vida Saludables perdidos en los derechohabientes del IMSS, 1995.



Los antecedentes de los servicios de salud

El sistema de salud mexicano empieza con el nuevo siglo, como un complejo mecanismo interrelacionado de organizaciones de orden público, privado y social o comunitario, productos consecuentes de las políticas sociales y económicas que han seguido los gobiernos desde 1940. El actual es un sistema de salud que arranca de manera formal hace 55 años y que ha sido objeto de múltiples reformas, ajustes, contracciones y de la constante reorientación en su conducción y estrategias. Se distinguen varias fases evolutivas en la que se pueden contar avances nacionales, pero ha prevalecido la ausencia de una visión consensuada y clara del futuro, lo que ha propiciado enormes contradicciones y desigualdades que han dejado más problemas por enfrentar que éxitos por difundir.

Las raíces de la atención a la salud se mezclan en la historia. En lo oficial se pondera el enfoque hospitalario de reclusión de enfermos que los conquistadores europeos tenían, en la comunidad perdura la visión de la medicina “natural” ambulatoria recibida en la casa del enfermo de los antiguos mexicanos. Esta percepción ha rebasado los tiempos y se ha mantenido. Hoy en día la medicina oficial y la privada se distinguen y compiten en importancia por el tamaño y capacidad tecnológica de los hospitales, mientras en las ciudades y comunidades rurales, en los barrios populares y colonias de estratos medios, se mezclan cientos de centros de atención ambulatoria de las instituciones públicas, con una red no cuantificada de profesionales y empíricos que ofrecen sus servicios particulares para atender diferentes problemas de salud, de acuerdo con la capacidad de pago y expectativas de los usuarios.

Después de la creación de la SSA y del IMSS, se construyeron los centros hospitalarios de especialidades médicas más grandes hasta los tiempos actuales, una especie de fiebre por alcanzar un modelo semejante al de los Estados Unidos, sobre todo el de los Institutos Nacionales de Salud. El surgimiento de éstos se dio de manera casi simultánea y todos concentrados en la ciudad de México, con la intención de abrir centros de investigación de alto nivel -más que de asistencia- en la idea de contribuir al desarrollo de la atención médica del país; hoy en día, todos cuentan con más de cincuenta años de actividad y aún con una deuda social por saldar grabada en su origen.

Una sintética revisión histórica de los servicios de salud en el ámbito público se muestra en la siguiente tabla:

Año	Principales eventos ocurridos en la salud pública
1900	Asistencia Gubernamental y Beneficencia Eclesiástica
1907	Propone Servicios Médicos Gubernamentales
1914	Primer Reforma Sanitaria
1917	Departamento de Salubridad
1938	Departamento de Asistencia
1938	Escuela de Salubridad
1938	Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales
1943	Fusión de los Deptos. de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)
1943	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
1954	Código sanitario
1959	Instituto de Servicios y Seguridad y Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
1961	Instituto Mexicano de protección a la Niñez
1972	Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
1984	Propuesta del Sistema Nacional de Salud (SNSMex)
1984	Derecho constitucional a la protección a la salud. Ley general de salud.
1986	Descentralización de los Servicios estatales de salud
1995	Reforma a la ley del IMSS
1997	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Hasta el período gubernamental que inicia en los 70's, el gobierno federal había facilitado un modelo de atención a la salud distinguiendo a la clase trabajadora con seguridad social del resto de la población (sobre

todo del área rural) asistida con los servicios gubernamentales de la SSA, manteniendo con discreción diversos matices y tipos de servicios privados que solo podían pagar las clases sociales de mayor ingreso económico. Sin embargo las desigualdades e inconformidades sociales acumuladas, que se manifestaron en movimientos sociales de diferente índole, tuvieron eco en la política de salud, surgiendo diversos programas de importancia nacional. Se crea un organismo para atender a la población marginada el COPLAMAR (Coordinación de la Presidencia para las Áreas Marginadas), que en efecto hace un exacto diagnóstico de la marginación nacional. Se establece por primera vez con claridad la situación que guardaba casi el 40% de la población mexicana. De los servicios de salud del país, se analizan los recursos, los problemas de salud, se proponen las necesidades esenciales en salud y se acepta el reto de atender la salud de los marginados, como una prioridad nacional (Boltvinik J.). Se implanta la Ley de Planeación, que obligaba a que cada año se propusiera a la nación un Plan Nacional de Desarrollo incluyendo el correspondiente a la salud. Así se crea otro organismo de gobierno paralelo a las demás instituciones para la población marginada, el IMSS-COPLAMAR (en 1977), que se encarga hasta la fecha solo con otros nombres oficiales (IMSS-SOLIDARIDAD, PROGRESA) de la atención a la población más pobre del país.

En el cambio de gobierno de 1981-82, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la presidencia, con el objeto de hacer un diagnóstico del sistema de salud y proponer un plan de reforma de los servicios de salud. En este período sexenal se aplicaron reformas estructurales a la SSA y se establecieron las bases legales del SNSMEX. Para la atención de la población sin acceso a los servicios, se mantuvo el programa IMSS-Coplamar y se suspendió el programa de extensión de cobertura de las zonas marginadas de las grandes urbes (Soberón AG.). La situación entonces, fue planteada como la falta de una visión de conjunto de los servicios de salud haciendo de lado la idea de cumplir con el sexenio de manera pasajera. Oficialmente se sectorizó el sistema de salud y con ello a la población, se distinguió legalmente a la población derechohabiente de la seguridad social y a la población sin este derecho se le llamó población abierta (sin seguridad social), el sector privado se integró de manera simple: sería, cualquier establecimiento o servicio dado por particulares a la población en materia de salud con o sin un contrato de por medio. Sin afectar su organización, financiamiento, administración o bases legales, el trato fue prácticamente como para cualquier otra empresa de servicios.

El interés del gobierno estaba centrado en los programas públicos, se pretendía aumentar la eficiencia de las instituciones y mejorar la cobertura. En este sentido se privilegió al IMSS como la institución más eficiente y eficaz en la prestación de los servicios médicos y buena parte de su organización se aplicó a los servicios para la población abierta. La regulación y las normas del IMSS se empezaron a impulsar como instrumentos normativos del SNSMEX. Aún la salud no era claramente un nicho de interés para el capital empresarial.

En el Plan Nacional de Desarrollo de 1984, se reconoció que aún no se lograban abatir las desigualdades en materia de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, proponiendo una nueva estrategia para atender este problema, la descentralización de los servicios a los estados del país y la creación de sistemas estatales de salud, en acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales tanto de salud (OMS y OPS) como de tipo financiero (Fondo Monetario Internacional –FMI- y el Banco Mundial –BM-), que proponían que los países en desarrollo la aplicación de mecanismos estructurales que hicieran mas eficientes los sistemas de atención médica y disminuyeran el rol del gobierno como responsable directo de la atención de los ciudadanos, entre otras propuestas, surgió la idea de crear los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que fueran financiados por las comunidades.

La SSA inició con ahínco la descentralización de los servicios de salud a población abierta (como parte de la política estatal de descentralización de la vida nacional), los avances fueron parciales. Sólo los estados de Colima, Tabasco, Jalisco, Aguascalientes y el estado de México, avanzaron en este proceso, en el que los gobiernos estatales tomarían a su cargo la administración de los servicios para la población abierta incluyendo la infraestructura del IMSS-Coplamar, que eran administrados por el gobierno federal. Los requerimientos financieros, los necesarios cambios estructurales y legales y las implicaciones políticas de la posible pérdida del control sindical y del partido de estado, suspendieron durante varios años esta idea que quedó como intención sexenal. La descentralización fue concebida como parte de una política de simplificación administrativa de los organismos gubernamentales y no una política evaluada para el sistema de salud.

Esta serie de ajustes que habrían modificando la orientación del modelo de atención a la salud pública en cada período gubernamental, fueron acotados por la propuesta de elevar a nivel de leyes y reglamentos federales la organización, los derechos ciudadanos y los deberes y responsabilidades del estado en materia de atención a la salud.

Los aspectos jurídicos del Sistema de Salud

En 1984, se incorporó el derecho a la salud en el artículo 4º. Constitucional como un logro de la sociedad, que sin embargo hasta ahora ha sido más un elemento intangible e inexacto, que un derecho exigible del ciudadano y un deber del estado. Su pretensión en realidad rebasa el ámbito de la atención médica y de la seguridad social. Sin embargo, para que esta visión de largo alcance tuviera bases acordes con la realidad se instrumentó la Ley General de Salud (LeyGS) y se sentaron las bases del SNSMex. Por primera vez, se tenía un marco de referencia que no podía ser modificado por cada nueva administración federal. Esta reglamentación a pesar de su creciente complejidad ha fortalecido en el plano político la importancia de la salud pública y sentó las bases para analizar con una plataforma común las posibles reformas del sistema.

De acuerdo con la LeyGS, la Secretaría de Salud (SSA), adquirió el rol de coordinación del SNSMex, que a su vez fue identificado como un componente sectorial del sistema de planeación democrática (SSA-5). Su función se orientó al establecimiento de acuerdos para armonizar los programas de salud del Gobierno Federal, con los gobiernos de las entidades federativas en esquemas de participación común con los llamados sectores social y privado. La SSA asumió con mayor claridad su papel regulador y normativo. Se inició un proceso de revisión, evaluación y actualización de la reglamentación vigente y del funcionamiento de todos los sistemas estatales de salud. En cada uno de los estados que iniciaron el proceso de descentralización, la Constitución y Leyes estatales de Salud, se adecuaron y modificaron para incluir las nuevas obligaciones y responsabilidades de los gobiernos estatales. En el siguiente período sexenal este proceso se detuvo.

A la LeyGS se le adicionaron decenas de reglamentos y normas para homogeneizar y regular la prestación de los servicios médicos, la obligatoriedad de la información sanitaria, la comercialización de los insumos para la salud, las atribuciones legales y competencia para vigilar y regular ámbitos de servicios y producción industrial que tienen que ver con la salud, pero el gobierno federal poco dejó al control de los estados y municipios. Después se inició el proceso de reformas a la Ley del Seguro Social (LSS). Se inició de manera formal un análisis global de las condiciones del financiamiento de la seguridad social, el papel del estado en este tema y de los organismos empresariales privados nacionales e internacionales y los trabajadores a través de los sindicatos. El peso más importante en este sentido fue la visión de futuro en el sentido de estimar que pasaría de no modificarse los mecanismos de financiamiento y de aprovechamiento de esos recursos con el cambio demográfico. Sin embargo, el análisis del futuro del SNSMex se orientó fundamentalmente a proponer la reforma de la seguridad social, de acuerdo con los modelos seguidos en otros países en particular la propuesta de los organismos financieros mundiales que propusieron implantar el modelo del sistema de salud de Chile. Se iniciaron entonces las modificaciones a la Ley de las instituciones más grandes de seguridad social del país, el IMSS y el ISSSTE.

La organización de los servicios de salud. Etapa 1986-2000.

Al integrarse legalmente el SNSMex, la estructura organizacional separada en sectores público y privado se mantuvo sin cambio. El sistema continuó dividido en dos subsectores para la atención de los dos grandes grupos en que se separó a la población. Con base en la LSS vigente hasta 1996, la población con empleo formal (empleada por empresas privadas o al servicio del gobierno federal), era derechohabiente de la seguridad social y el resto de la población sin empleo formal era no derechohabiente (pues desempleados y sin empleo asalariado no podían recibir los beneficios de la seguridad social). Básicamente porque no se había establecido un mecanismo que garantizara la transferencia requerida como cuota del salario para la seguridad social, pero con la reforma a la LSS, se amplían las opciones para incorporarse legalmente. La población no derechohabiente podía elegir entre dos opciones de servicios médicos, los gubernamentales conocidos como de “población abierta” y el “mercado” de la atención médica privada con varios esquemas de oferta de servicios: el individual (un médico ofrece sus servicios según su capacidad profesional) que se paga en forma directa por servicios

recibidos y los seguros médicos prepagados con un esquema limitado (atención de eventos “programados” como el embarazo, de malestares y lesiones previsibles por la actividad laboral), o ampliado (que incluyen enfermedades no previsibles y que se basan en un sistema actuarial de riesgos). Esto propicia de manera importante la ineficiencia social porque existe duplicidad de pagos de una parte de la población. Al respecto se ha señalado que más del 3% de las personas con seguro social tiene a la vez un seguro privado de gastos médicos mayores.

En este período, la población con derecho a la seguridad social habría cambiado del 50% al 54%, disminuyendo en el otro extremo la población abierta. La cobertura de la población abierta por los gobiernos federal, estatales y el régimen IMSS-Solidaridad (IMSS-COPLAMAR), era hasta 1995 solo del 36.4% y el 10% de población carecía del acceso a estos servicios. Con estos datos en el Programa de Reforma del sector Salud elaborado en 1997, se estimó que la población sin acceso estaría por abajo del 1.0%, con base en la capacidad de atención instalada. No obstante, estos datos son aproximados y estimados para el caso de que el Programa de Extensión de Cobertura pudiera llevar los servicios a toda la población abierta. Este programa tiene al menos veinte años y ha sido la estrategia gubernamental para legitimar el rol de la SSA en la atención de la población sin acceso a servicios de salud en las zonas rurales del país (Cuadro no.1).

Cuadro no. 1 Cobertura establecida (legal) de la población mexicana según el esquema de organización de servicios de salud, 1995¹ y 2000 / (estimados)²

Organismo	1995		2000	
	Población(millones)	Porcentaje	Población(millones)	porcentaje
Seguridad Social	47	51.6	52.9	54.0
Población abierta	33	36.4	41.4	42.3
Seguros Privados	2	2.1	2.9	3.0 ^a
Población sin acceso	9	9.9	0.8	0.7
Total	91	98		

Fuente: SSA. Programa de Reforma del Sector Salud. México-Salud-2000.

^a: Datos estimados a partir de la Encuesta Nacional de Salud de la SSA, de 1993.

Sin embargo, el deterioro de las condiciones económicas durante el mismo período influyó en la población abierta postergando la mejoría del acceso a los servicios (como se muestra adelante), aunque por otra parte concuerdan con el nivel de empleo (señalado por el INEGI) y los cambios en la cobertura legal del IMSS.

La cobertura poblacional, empero, no puede analizarse por separado del comportamiento de la población para utilizar los servicios; la dinámica conocida tiene variaciones importantes en las diferentes regiones del país aunque de manera general puede fundamentarse el hecho de que las preferencias personales y la capacidad económica influyen en un comportamiento predecible pero no aplicado para modificar los servicios esperados de las instituciones públicas. Es interesante destacar a partir de las respuestas obtenidas en el año de aplicación de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II), que ocho de cada diez personas que dijeron tener seguridad social utilizaban regularmente los servicios de otras instituciones y en cambio solo el 36% de las personas sin seguridad social, utilizaron los servicios destinados a ellos como población abierta. En este último segmento, casi la mitad declaró utilizar servicios privados, pero en este caso no se conoció que tipo de servicio privado utilizaron: médicos individuales, en grupo, en algún consultorio periférico o en conglomerados médicos, médico general o especialista, en un hospital de pago directo o en otro con programas de beneficencia y altruismo para la población de bajos recursos económicos.

Por ejemplo, el efecto de la crisis económica provocó que cambiara el perfil de uso encontrado en la ENSA II (aunque no se ha documentado de la misma manera). Si bien se había encontrado que una tercera parte de los derechohabientes no utilizaban cotidianamente los servicios de la seguridad social, esto cambió después de 1995, cuando los datos del número de consultas en el primer nivel de atención y de la ocupación hospitalaria (que más adelante se muestran), se elevaron. La conducta de consumo de servicios médicos observada en la población, tiene estrecha relación con las expectativas y aspiraciones sociales. Expectativas que en la mayoría

de las ocasiones son por recibir un mejor trato del personal que otorga la atención y porque al utilizar un servicio médico privado se tiene una imagen que favorece subir en los estratos sociales. Los beneficios esperados juegan un papel diferente, ya que es común observar que una vez atendido un problema de salud de cierta gravedad en los servicios públicos, la fase de rehabilitación de una enfermedad ocurre con frecuencia en algún servicio privado. Otro comportamiento es el de la utilización de los servicios preventivos, sobre los que la población acepta en mayor grado que estos son preferentemente una tarea de los servicios públicos y de la seguridad social. Pero la duplicidad en el uso es una situación constante y ocurre tanto en la oferta de los servicios como en el uso de ellos.

La relación entre cobertura y utilización debe analizarse para conocer la dinámica del sistema, pero no puede solo a partir de esta comparación afirmarse que el sistema requiere cambios de fondo, pues esto solo ofrece una visión parcial de un problema de mayor complejidad que debe verse bajo la óptica del beneficio global de la sociedad y no de la satisfacción de la menor parte de la población, que incluso es la que menos costos tiene que soportar. Es claro que en la última parte de la década de los 90's, nueve de cada diez derechohabientes utilizaron los servicios disponibles en la seguridad social y que la primera opción (cuadro no.2) de la población no derechohabiente se divide entre el sector público y el sector privado, esto es, uno de cada diez mexicanos decidió utilizar servicios privados en 1994 (Frenk. 1999).

Cuadro no.2. Utilización de servicios de salud por la población mexicana según los datos generados por la Encuesta Nacional de Salud II.

Organismo	Porcentaje con Seguridad Social	Porcentaje sin Seguridad Social	Porcentaje del total de la población
Seguridad Social	65.0	7.0	36.0
Servicios a población abierta	0	36.0	18.0
IMSS-Solidaridad	25.0	10.0	36.0
Atención privada	10.0	47.0	10.0

Fuente: SSA. Encuesta Nacional de Salud II, Secretaría de Salud, 1994.

De lo anterior, el dato con mayor precisión es el referido a la seguridad social, ya que se toma con base en la población que está inscrita en el régimen y en consecuencia la que con atribuciones legales puede recibir los servicios establecidos. Otro punto importante es que al final del siglo la suma de la capacidad de cobertura del sector público y privado sería suficiente para atender a toda la población mexicana, por lo que el gobierno podría dar por terminada la fase política de la cobertura universal, sin embargo, queda aún sin resolver un asunto de mayor complejidad, como lo es el caso de la accesibilidad. El primer paso para resolver este problema es el de la disponibilidad de servicios, aspecto éste que afecta particularmente a algunas regiones del país. La solución a este asunto pasa por tres alternativas:

1. Seguir aumentando la disponibilidad de la infraestructura pública;
2. Establecer la figura de coordinación o integración funcional con aplicación de mecanismos de financiamiento claros (traspaso de gastos), para aprovechar la infraestructura subutilizada de la SSA y la falta de recursos físicos de la Seguridad Social;
3. Ampliar la participación organizada y con reglas claras del sector privado.

En este tema la inadecuada distribución de los servicios es el asunto de mayor relevancia, la concentración de los servicios en las zonas urbanas y en las ciudades más desarrolladas del país, provoca que permanezcan sin acceso a los servicios primarios, aproximadamente 8 millones de habitantes (8.0%) del país.

La cobertura plena propuesta como meta por la SSA (Programa de Reforma) podría cumplirse documentalmente, pero hay una serie de problemas que reducen la posibilidad de alcanzarla y dificultan su logro en el mediano plazo si no se corrigen las duplicidades, la fragmentación y el ineficiente esquema de concentración de los servicios en las grandes ciudades o en zonas de mayor desarrollo económico, en las que

además se concentran la mayoría de las instalaciones y servicios de los organismos del sector público (seguridad social y para población abierta), y también la mayoría de las instalaciones de la atención privada; esto deja claro las deficiencias de los servicios para población abierta en las zonas rurales o suburbanas y los servicios privados que son abundantes entre la población con suficientes recursos económicos para pagar y que en las áreas rurales son prácticamente inexistentes. El modelo de servicios privados (por pago directo o servicios prepagados) dirigido a la población con mayor capacidad económica que puede pagar los precios establecidos, es un modelo mercantil en los servicios médicos.

La falta de un acuerdo global para el aprovechamiento de los recursos públicos instalados, provoca además de problemas de accesibilidad, severas contradicciones en las que algunos servicios destinados a la población abierta tienen grados importantes de subutilización, mientras en los servicios de la seguridad social en la misma zona geográfica existen enormes filas de espera por la atención. Las contradicciones e incongruencias en la operación de los servicios son una especie de escudo que impide que las políticas declaradas sobre la eficiencia y la mejora de la calidad, puedan cumplirse. La ausencia de decisión para solucionar este problema añejo del SNSMex, supone un asunto que habría que valorar entre las no decisiones del gobierno para no cambiar la imagen de ineficiencia pública y magnificar la expectativa de mejoría si hay una mayor participación del sector privado, en afán de cumplir las recomendaciones del capital privado internacional a través de los organismos financieros representativos (Molina. 1991).

Cabría en este sentido plantear por qué en México aún no se ha hecho una propuesta de reforma integral y solo se ha puesto énfasis en la reforma de la seguridad social en particular de la Ley del IMSS (no se ha planteado alguna reforma en las otras instituciones de seguridad social), pero orientada con más énfasis al apartado que reúne el mayor peso financiero sobre todo para el futuro como lo son las pensiones de los trabajadores, pero sin tocar la estructura actual de los servicios públicos de salud.

Los Sistemas Estatales de Salud.

La LeyGSS establece que los Gobiernos estatales deben coadyuvar a cumplir la garantía del derecho constitucional a la salud y propiciar: "... un desarrollo armónico e integrado de cada uno de los sectores de la población... con el máximo beneficio y eficiencia de los recursos mediante la coordinación efectiva del subsector de servicios para la salud..." Los servicios médicos para la población abierta (SSA-4) hasta antes de 1986, eran coordinados por la SSA, como organismo central de conducción y regulación. Los gobiernos de los estados no tenían ninguna responsabilidad directa sobre ellos y cumplían con aspectos secundarios necesarios para apoyar a dichos organismos en el cumplimiento de las funciones a cargo de la SSA, pero con bajos niveles de eficiencia como se verá más adelante. Incluso la regulación de los servicios médicos a la población abierta, así como la organización y funcionamiento del resto del sistema a través de los reglamentos o normas oficiales para el otorgamiento de los servicios eran todos de vigilancia y aplicación de los niveles centrales. En estas atribuciones se incluyen las condiciones y características de la infraestructura, los insumos materiales, los medicamentos, el equipamiento y otros aspectos de tipo general que tienen que ver con la salud, como la producción de alimentos, bebidas, publicidad y otros.

En este sentido, la descentralización de los Servicios Coordinados de Salud Pública, iniciada en la primera mitad de los 80's tuvo como propósito trasladar algunas funciones y atribuciones en materia de prestación de servicios a población abierta y de regulación de la sanidad pública a los gobiernos de los estados. La descentralización entre 1986 y 1988, solo se logró iniciar en cinco estados (Aguascalientes, Jalisco, Tabasco, Tlaxcala, Estado de México) y se pospuso hasta 1996, en particular por las condiciones políticas del país, que impulsaron un mayor control del estado sobre las funciones de gobierno. En los últimos seis años del siglo, se reinicia la política de descentralización de estos servicios para que los gobiernos de los estados tomen su control, sin embargo, el traslado parcial de atribuciones y responsabilidades sin otorgar el control financiero, sobre el personal de salud o sobre los programas, truncó nuevamente ésta reestructuración de los servicios a población abierta, dejando solo una propuesta de Reforma del SNSMex para el siguiente gobierno, aunado a que se dio más énfasis e importancia político económica a la reforma de la seguridad social.

En cada una de las entidades federativas se siguió un esquema general que reúne al conjunto de instituciones legalmente constituidas para prestar servicios de salud, de tipo público y privado, que debían ajustarse a las

normas emitidas por la SSA, tomando el rol de entidad administrativa del estado federal encargada de conducir y evaluar el Sistema Estatal de Salud (SES). El objetivo se orientó hacia la atención de los problemas prioritarios de salud, con mayor énfasis en la información de los servicios prestados, en la infraestructura disponible y en la vigilancia epidemiológica, en la demanda poblacional de los servicios médicos, de salud pública, asistencia y seguridad social. Además contaban con incluir varios mecanismos de coordinación de acciones puntuales establecidas como programas nacionales, como para la vacunación, el control de enfermedades diarreicas, lucha contra la Tuberculosis, SIDA, recientemente el cólera y otras acciones generales en las que se requería la participación de la comunidad.

La SSA como órgano rector del sistema, formalizado por ley desde 1986, no ha podido fortalecer precisamente las funciones de regulación y vigilancia de los aspectos institucionales y sociales que tienen que ver con la salud y en cambio ha continuado fragmentando sus responsabilidades y atribuciones. A pesar de innegables avances sobre todo en la aplicación de algunos programas preventivos de índole comunitaria como los de vacunación, de reducción de la mortalidad por diarrea o por infecciones respiratorias en menores de cinco años, la parte correspondiente a los servicios médicos permanece con deficiencias que se han hecho aún más notorias. La fragmentación de la parte asistencial a la población abierta se ha hecho más grave, la diferencia entre los servicios rurales y urbanos persiste; la falta de definición de las acciones de la SSA ha favorecido la persistencia de problemas que parecen perpetuos. Mientras una fracción de la población tiene acceso a varias opciones de atención médica, otra fracción (mayoritaria), solo tiene acceso a una opción que paradójicamente para esta población es la más cara.

El modelo de organización de los servicios a población abierta muestra en común un conjunto heterogéneo de servicios, acciones y programas coordinados por los gobiernos de los estados con diferentes atribuciones ajustadas por leyes estatales de salud regidas en lo general por la LeyGS. Los servicios ofrecidos, fundamentalmente a la población de bajos ingresos, pueden ser utilizados por cualquier persona de acuerdo a su preferencia, por problemas de salud específicos, por accesibilidad geográfica o por otros motivos. De hecho cualquier persona que los solicita podría recibir los servicios ofrecidos a cambio de un pago directo ajustado a la capacidad económica personal.

La mayoría de los complejos problemas del SNSMex, tienen que ver con su propia estructura y con la presión que ejercen los cambios externos de la población y la dinámica social. Aún cuando a principios de los 80's la resistencia gubernamental para aceptar la necesidad de cambios estructurales en el sistema de salud era importante, hoy prácticamente todos los implicados en su análisis (funcionarios de gobierno, investigadores de universidades, organismos no gubernamentales e incluso organismos internacionales) coinciden en la necesidad de reformar la organización segmentada y altamente ineficiente e ineficaz en que se ha convertido.

De ahí que deban considerarse una serie de alternativas ante estos problemas; tal es el caso de la coordinación interinstitucional del SES para fortalecer la regulación y operación de los servicios con el fin de garantizar la homogeneidad de la calidad y además en los procesos de mantenimiento, rehabilitación y equipamiento de las unidades de atención, así como de la ampliación de la infraestructura. Esto pretende la dotación de tecnología apropiada, la reasignación y capacitación de los recursos humanos para evitar insuficiencias y duplicidades, y la normalización de la atención a través de mecanismos de certificación de la actuación profesional; complementariamente, es necesario establecer mayor vinculación entre las actividades de atención médica, salud pública, incluida la regulación y el fomento sanitarios y la asistencia social, procurando su correspondencia con otros sectores tales como el educativo, laboral, ambiental y económico-productivo. También deberá buscarse una amplia participación e integración con los sectores social y privado, en especial con la participación activa de los nacientes organismos de la sociedad civil, estableciendo un sólido enlace de responsabilidades que surjan y se instalen en la comunidad a donde finalmente se dirigen los servicios.

La infraestructura disponible de servicios

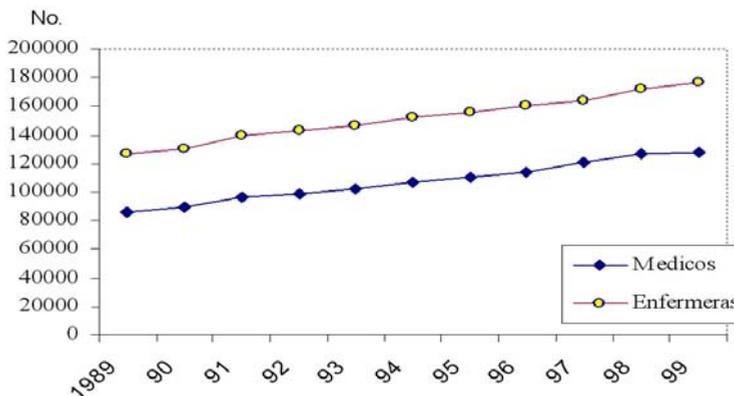
A pesar de que los avances en el crecimiento de la infraestructura de servicios de salud en el país son importantes, esto solo ha ocurrido en alguno de los 32 estados de la federación. En las regiones hay inconsistencias y diferencias en las definiciones institucionales de cobertura, divergencia entre las

poblaciones que deben ser atendidas por ley y las que lo son en realidad, también contradicciones por concentración de recursos en territorios específicos y duplicación en las coberturas, sin que hasta ahora se cuente con un inventario sistematizado en el ámbito nacional o estatal de los servicios públicos y privados.

La infraestructura incluye desde pequeñas unidades (Casas de Salud) localizadas en poblados rurales dispersos en el territorio hasta servicios médicos ubicados paradójicamente en la punta de la tecnología médica, como el caso de los Institutos Nacionales de Salud (INSal), que están fuera del sistema de referencia formalmente existente. En la organización de este subsector la heterogeneidad de los servicios prevalece. Los centros de atención primaria de tipo rural (en su mayoría) operan con personal en proceso de capacitación (pasantes en servicio social), los localizados en áreas urbanas con médicos generales y de cualquier especialidad médica. La infraestructura, el equipamiento y la capacidad resolutive desde luego tienen amplias variaciones. La organización hospitalaria también incurre en diversas modalidades de organización, algunos con esquemas semejantes a la beneficencia e incluso con la estructura física y funcional en edificios del siglo pasado y otros que se distinguen con modelos funcionales de clínicas especializadas y equipamiento médico moderno.

La distribución de recursos para la salud tiene facetas muy diferentes. El índice de médicos por habitante en el caso del Distrito Federal es de un médico para cada 400 habitantes y para Oaxaca o Chiapas la relación es de 1 x c/3,000 a 5 000 habitantes. Al medir la razón entre consultorios disponibles del primer nivel de atención y habitantes, se observa una baja cifra de este índice en todo el país, pero se hace más ostensible en los estados del sureste, centro y golfo. De 1989 a 1999 hubo un aumento global del 30% en el número de médicos y enfermeras del sector público (ver Figura no. 8); en el caso del personal para la población abierta el aumento fue del 42.2%, mientras en la seguridad social el incremento fue del 21.15%. Los cambios en la proporción entre médicos y enfermeras también tuvieron variaciones no esperadas, ya que en el personal médico hubo un aumento del 33.0%, en el caso de las enfermeras este fue del 28.0%, reduciendo discretamente la razón histórica de enfermeras: médicos observada en la estructura del personal en contacto directo con los pacientes. El incremento proporcionalmente mayor del número de médicos en el sector público puede obedecer a diferentes factores, como la presión social por más servicios, el aumento real de la demanda poblacional, también la presión del propio grupo médico por la acumulación de médicos sin empleo, egresados de las también numerosas escuelas de medicina del país, además de que es la punta de lanza para resolver los problemas más comunes de la mayoría de la población.

Figura no. 9. Tendencia del número de médicos y enfermeras en el sector público en México. 1989-1999.



Fuente: Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud.

Fuente: Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud.

Las unidades médicas en el mismo período pasaron de 12,731 a 17,634 unidades, según el inventario registrado por la SSA para el sector público del país. El aumento de estas no muestra sin embargo la capacidad de atención, porque en el caso de la SSA, los tipos de unidades tienen más diversidad que en la seguridad social, ya que un consultorio periférico del área urbana o rural con un médico es considerado como una unidad médica. El aumento de unidades médicas de todo tipo para la población abierta pasó de 9,419 a 13,929 unidades (47.8% de aumento), mientras en la seguridad social el incremento solo fue de 3,312 a 3,706 (11.8% de aumento) unidades. Este crecimiento tuvo la misma proporción en el caso de las unidades médicas para la consulta externa. En el caso particular de los hospitales, el aumento fue notoriamente mayor en la disponibilidad para la población abierta, en donde se pasó de 265 unidades hospitalarias a 482 unidades (se construyeron 217 unidades que incrementó en 85% la planta disponible) y en el caso de la seguridad social el número de unidades pasó de 412 a 449 unidades (un aumento del 8.9%).

Cuadro no. 3. Infraestructura médica del Sistema Nacional de Salud en el Sector Público. 1989-1999.

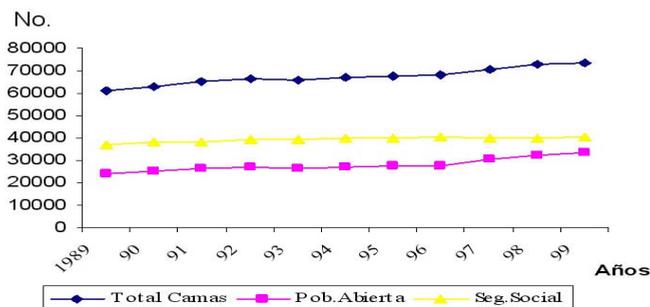
<i>Concepto</i>	<i>1989</i>	<i>1999</i>
Total de Unidades Médicas	12,731	17,634
Población Abierta	9,419	13,929
Seguridad Social	3,312	3,705
<i>Unidades de Consulta Externa</i>		
Población Abierta	9,154	13,447
Seguridad Social	2,900	3,256
IMSS	1,310	1,518
<i>Unidades Hospitalarias</i>		
Población Abierta	265	482
Seguridad Social	412	449
IMSS	254	257

Fuente: Dirección General de Estadística. Secretaría de Salud.

Esta drástica diferencia se hace más notoria al observar que el IMSS solo construyó 208 unidades de consulta externa y tres unidades hospitalarias en 11 años, cantidad que ha sido rebasada por el aumento de los derechohabientes que a diferencia de la población abierta tienen un mayor nivel de utilización continua de los servicios disponibles.

Una situación semejante se observa al comparar la tendencia de crecimiento al interior de las unidades médicas, referidas por ejemplo al caso de las camas hospitalarias o de los quirófanos y otra infraestructura de apoyo al diagnóstico. El índice de camas, que a principios de los ochenta se establecía como uno de los más altos de América Latina, 0.854 camas por 1000 habitantes, aproximadamente una cama para cada 1,300 hab. en 1990 descendió a una cama por cada 1,700 habitantes.

Figura No. 10. Tendencia del número de camas censables (hospitalarias) en el Sistema Nacional de Salud. Sector Público. México, 1989-1999.



Fuente: Dirección General de Estadística. Secretaría de Salud.

Fuente: Dirección General de Estadística. Secretaría de Salud.

Es notorio, de manera semejante al crecimiento de los otros componentes de los recursos para la atención a la salud del sector público, que en el período observado el apoyo para mejorar la disponibilidad de recursos de los servicios para la población abierta fuera mayor que los recursos destinados para la seguridad social. En el IMSS solo se aumentaron 1,500 camas censables contra las más de 9,000 camas para la población abierta.

Los requerimientos actuales y los esperados para los próximos quince a veinte años, en lo concerniente a las camas hospitalarias, tienen que ser analizados en particular con el volumen de cambio en la cobertura entre las instituciones y de acuerdo con los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población. Por ejemplo, es posible que no sea necesario aumentar el número de camas para la atención pediátrica y en una proporción menor se requiera un aumento de las camas obstétricas. Por el contrario, las camas censables destinadas a la atención de personas con enfermedades crónicas y problemas derivados de trastornos traumáticos tendrá que aumentar; de igual manera, es indispensable la expansión de la infraestructura para un nuevo equipamiento tecnológico que requiere diferentes instalaciones.

Muchas propuestas de cambio en salud han quedado en los planes de cada gobierno, por múltiples razones políticas, sindicales o por discrepancias entre funcionarios de primer nivel del gobierno en turno; así, en veinte años (1981-2000) no se ha logrado continuidad en las políticas en salud, a pesar de que el mismo partido político mantuvo el poder y el mismo equipo de funcionarios operaba los servicios en la SSA. La mayoría de las propuestas de la reforma de los 90's, realizadas diez años antes no se ejecutaron. Pero en contraparte en los últimos años las políticas públicas han sido orientadas para facilitar y luego fortalecer la incorporación de empresarios privados en este sector, con el propósito de establecer una especie de competencia por la atención de la población de mayor capacidad económica y en algunos casos con esquemas simultáneos de beneficencia dirigida a la población de menores recursos o incluso para atraer y sustraer a las personas con derecho a la seguridad social.

La crisis de 1994-95, dejó al país en serias dificultades para resolver los problemas recurrentes de la cobertura y de la estructura organizacional de las grandes instituciones, dejando incluso su posible resolución para la siguiente década. Derivada de esta crisis, la política de salud evitó sistemáticamente la implementación de alternativas para solucionar el origen de los problemas, lo que representaba la necesidad de cambiar la orientación del incipiente modelo neoliberal de desarrollo social y económico, insistiendo en la dependencia del crecimiento económico de las bondades de los grandes capitales económicos del mundo y los no menos grandes -pero en menor cantidad- de nivel nacional. El resultado ha provocado que la distribución de la riqueza producida en el ámbito nacional sea más desigual e inequitativa (en 1999, 10% de las familias mexicanas concentraron el 45% del ingreso económico nacional). En el caso de salud los rezagos en la población más pobre se hicieron mayores, por lo que a pesar de las intenciones de la SSA de lograr la plena cobertura de la "población abierta" y sin seguridad social, esto no se logró y más aún, los cambios organizacionales

requeridos no se han iniciado. De manera que ha crecido la distancia organizacional y la calidad global entre la atención médica ofrecida en la seguridad social (en particular del IMSS) y la del sistema de salud para población abierta, que se ha convertido en un sistema muy heterogéneo.

La Seguridad Social en México, reformas y perspectivas

Desde 1945, fundada como el sistema más acabado del estado benefactor de esta época, la seguridad social mexicana comparte muchos de los beneficios y problemas de la seguridad social de otros países en desarrollo, incluso las reformas emprendidas en los últimos años en varios países como consecuencia de diversos factores: los cambios demográficos y sociales, la apertura económico-comercial, la globalización de los mercados y las políticas impulsadas por organismos financieros mundiales. La atención ofrecida por el IMSS, ISSSTE, e ISSSFAM, con un esquema cerrado al grupo de población con empleo formal (civil y militar) y sus familias, era en 1976, solo del 35.0% (22 millones de personas) de los 62 millones de mexicanos que vivían en el país, porcentaje que ha aumentado paulatinamente de manera continua.

La última reforma de 1995 en México es la más grande que se haya realizado desde su diseño original. La reforma mexicana se hace después de la crisis económica de los años 80-90's, en la que el riesgo de la viabilidad financiera de la seguridad social llega a circunstancias de extrema gravedad, quedando a expensas de una reforma aislada de un gobierno con una perspectiva nebulosa con respecto a la responsabilidad social del estado y de una inacabada propuesta de la reforma estructural del estado mismo. La urgencia de la reforma, empero, no influyó para tomar una decisión al margen de los posibles efectos negativos de los beneficios que la población había alcanzado.

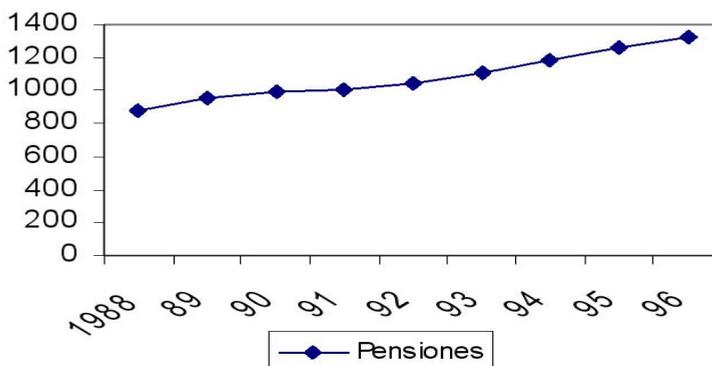
La reforma de la seguridad social mexicana es parte de la necesaria reforma del estado mismo y de los campos y sectores que debe atender directamente, es el caso de las reformas planteadas en otros sectores como la educación o la seguridad pública. Coincide de manera consecuente y causal con la dinámica global de la interacción entre los países desarrollados que siguen marcando las pautas de los cambios y la debilidad de los gobiernos de los países en desarrollo. Está pasando por etapas comunes a las realizadas en la Europa Central. Al final de la década de los 90, los asuntos más importantes de la reforma coincidentes entre países son por ejemplo: el rol del estado en el control presupuestal, la reducción del gasto en medicamentos (reducción del número de recetas, de la cantidad de medicamentos, uso de fármacos similares pero más baratos), el control en el ingreso laboral de los médicos y del personal que otorga los servicios, la ampliación de la base tributaria para no incrementar el gravamen al salario, poniendo en la mesa de discusión el aumento de las cuotas de las empresas empleadoras y también la reducción paulatina de regímenes especiales.

Un aspecto que se había dejado de lado en el análisis del sistema de seguridad social, era el de las pensiones que de manera legal establecía el derecho de los trabajadores afiliados a la seguridad social (el programa de mayor tamaño es el del IMSS) para recibir un ingreso al terminar su periodo de vida laboral por Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte (ICVM). La seguridad social se incorpora nuevamente al centro de la discusión sobre el papel del estado en la disminución de la pobreza y la desigualdad. La alternativa tomada se inscribe en la perspectiva de no hacer más grande el rol del estado pero si mejorarlo. No se modifica el esquema esencial del seguro social, se mantiene su orientación para los trabajadores asalariados, en función de su desempeño y de la actividad laboral estratégica, pero abriendo al sector privado la oportunidad de manejar los fondos destinados a las jubilaciones y pensiones. La mezcla público-privada para el control financiero a futuro se hace consecuente con la base financiera básica de la seguridad social de índole tripartita (trabajadores, patrones y gobierno), abriendo entonces este componente de la seguridad social al mercado financiero a través de las AFORES (Asociación para el Fondo de Retiro).

Lo que se muestra en la siguiente figura de hecho fue una de las principales causas de la reforma a la Ley del IMSS, el incremento continuo del número de pensionados que se incorporaban al programa atentó contra las bases financieras que en ese momento se disponían para presentar un cuello de botella sumamente estrecho que podría en el corto plazo ocasionar la caída del programa. La relación de este problema con el sistema de salud, en particular con el de la seguridad social, además de ser producto de las presiones externas para modificar su esquema de financiamiento y abrirlo a la iniciativa privada, fue que el sistema en su origen, por el pequeño tamaño de la base de pensionados, permitió generar un paquete de excedentes económicos que fueron utilizados para financiar la infraestructura del IMSS e incluso de otros programas deficitarios, como el pago de ciertos derechos de la población derechohabiente sana y enferma, bajo el sistema de Incapacidad, Cesantía en edad avanzada, Vejez y Muerte (ICVM) que provocó por una parte su

descapitalización (Solís, Villagómez, 1999) y por otra parte la eliminación de la aportación financiera del gobierno, con los resultados antes mencionados.

Figura No. 11 Tendencia del número de pensionados por el programa del ICVM en el IMSS, México, 1988-96. (miles de personas)



Fuente: Tomado de Martínez G., Soto C., Campos E.

La modernización de la seguridad social mexicana es entonces una adecuación a los nuevos tiempos macroeconómicos, pero también una política pública elaborada bajo una visión técnico-económica de eficiencia financiera del gobierno y algunos actores privilegiados del sector privado, alejada de la realidad social y de salud de la población mexicana, que seguiría separada entre los beneficiados de los servicios de la seguridad social (55%), los marginados de estos beneficios (40%) y un porcentaje menor (5 a 10%), que recibirán servicios de los esquemas privados, algunos incluso de manera doble en el esquema público-privado (Leal, 1998). La seguridad social tiene por delante una serie de complejos problemas que enfrentar, entre los que destacan el fortalecimiento financiero que mejore el presente y garantice el futuro; encontrar un modelo en el que aumente la eficiencia en el uso de los recursos para la producción de servicios de mayor eficacia y efectividad; y recuperar el atraso en infraestructura y tecnología médica sin duplicidades y sin fragmentar los programas. Tiene que encontrar un modelo capaz de atender una situación altamente probable en el mediano plazo (5 y 10 años): que más del 75% de la población mexicana tendrá derecho a la seguridad social.

Como se verá en la siguiente parte, la contracción presupuestal ha influido de manera importante en varios aspectos de la organización de los servicios en forma directa o indirecta; por ejemplo, en la desigualdad del crecimiento de la infraestructura, que antepone la disponibilidad como una barrera constante para el uso adecuado y oportuno de los servicios, ocasionando largos tiempos de espera para la atención y resolución de los problemas en los servicios a población abierta. Otro efecto que ha sido documentado es el recurrente problema del sistema de abasto de insumos materiales y medicamentos.

El modelo fragmentado produce ineficiencia en las funciones de regulación y prestación de servicios, por lo que cada organización realiza sus servicios exclusivamente para el grupo de interés que atiende. La duplicidad provoca el despilfarro de recursos e importantes diferencias de calidad de la atención entre las instituciones y la perpetuación de inequidades propias de este modelo (Londoño, 1997). El gobierno mexicano ha reconocido una insuficiente calidad y limitada eficiencia pero no ha propuesto incentivos para mejorar, por lo que se mantiene la fragmentación y la deficiente coordinación entre las instituciones para proteger a la población con mayor pobreza, haciendo más cara la atención de lo sencillo y difícil de atender problemas de mayor gravedad. Los gastos de la población y el costo de atención son situaciones que están dando una dinámica particular a la búsqueda de atención, pero hoy en día desconocemos mucho de cómo se

dan estos fenómenos; mientras, la crisis económica afecta por igual a las instituciones y a la población y las soluciones que se han dado han provocado más gastos imprevistos y mayores costos particulares y sociales en la obtención de los satisfactores y en el consumo de los servicios necesarios para prevenir o recuperar la salud.

El Financiamiento y el Gasto en Salud

En el SNSMex, el financiamiento tiene varias fuentes. Las más importantes son: la vía gubernamental a través de impuestos generales; el prepago por afectación a la nómina de los trabajadores del sector formal, la aportación de los empresarios en el caso de la seguridad social y el pago directo por servicios recibidos en la atención privada. Otras fuentes que amplían los esquemas de financiamiento son: el prepago de seguros médicos privados, la asistencia pública (financiada por diversas fuentes como las loterías oficiales) y las organizaciones sociales con un enfoque caritativo o solidario. De manera que los esquemas de financiamiento predominantes son: el bipartita, por aportación del Gobierno Federal (impuestos) y de los trabajadores (ISSSTE); el del Gobierno federal y estatal más el pago directo de los usuarios de la población abierta (estos últimos tienen una participación variable con una cuota ajustada al ingreso familiar del usuario; y el tripartita (IMSS) por el Gobierno Federal (impuestos), trabajadores asalariados y empresarios. Este abigarrado esquema hace ineficiente y costoso el financiamiento nacional de la salud, si es que se puede hablar de este sistema como tal, pues causa la existencia de un complejo mercado imperfecto en donde las externalidades afectan los costos sociales de manera desfavorable, en particular para las clases medias y los más pobres.

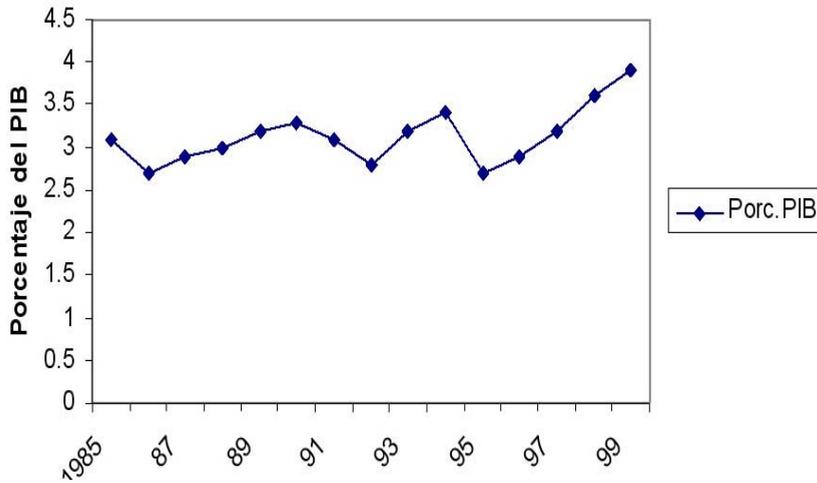
Una de las variables para comprender la capacidad del sistema de salud para atender la demanda de servicios tiene que ver con el nivel de gasto ejercido por este y el costo económico que representa en la economía nacional. En los últimos años las cifras oficiales del gasto en salud muestran severas contracciones, sin alcanzar los niveles de gasto de la primera mitad de los años setentas. Lo que apunta -para los últimos 15 años- el nivel de gasto nacional más bajo en la historia moderna del país destinado a la atención de la salud. No obstante, cabe decir que después de las crisis económico-financieras de estos años, el gobierno federal, a partir de 1997, inició el aumento constante del presupuesto del sector salud para resarcir las pérdidas tenidas.

Sobre la economía del sistema de salud mexicano se ha ejercido una presión importante de parte del sistema de control financiero del país, fortalecida por las recomendaciones (exigencias) de los organismos financieros mundiales en particular el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) y ampliadas por las políticas gubernamentales.

Ahora se puede afirmar que al final del siglo XX, nunca se alcanzó la proporción del 5.0% del PIB recomendada por la OMS. En la década de los ochenta osciló entre 2.5 y 3.5% del PIB, registrando los niveles más bajos de la historia moderna del país (De la Fuente, 1994). Sólo después de 1997, la recuperación del gasto en salud se acompaña de la necesidad de reducir el efecto negativo de las crisis sobre la salud de la población y limitar las desventajas de la desigualdad en el acceso a los servicios primarios; así, el gasto en salud fue cercano al 5% para el año 2000 y se plantea por primera vez la posibilidad de superar esta cifra en los siguientes años. Este tema es parte de la agenda de gobierno y partidos políticos para los primeros años del siglo XXI.

La tendencia del porcentaje del PIB en México ha sido muy irregular y por debajo de lo esperado, si examinamos la proporción del gasto per cápita y lo comparamos con el de otros países con los datos disponibles para 1999, encontramos que aún cuando no se cuenta con cifras exactas, solo alrededor del 4.0% del PIB estatal es gastado en el sistema de salud (Figura No 12).

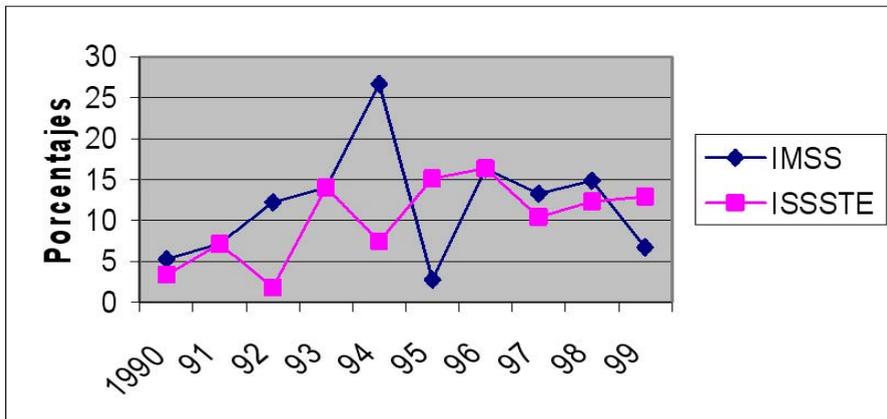
Figura no. 12 Tendencia del Gasto en salud como porcentaje del PIB en México



Fuente: INEGI. Secretaría de Salud, 1999

En la Figura No. 13, se muestra la proporción del balance del gasto gubernamental para el período 1990-99, en el que se incluyen los dos más grandes organismos del estado en materia de seguridad social; con estos datos no hay posibilidades de identificar alguna tendencia porcentual para el período mencionado lo que puede ser interpretado como una menor atención de las políticas gubernamentales hacia este sector, que desde luego va en paralelo con las finanzas gubernamentales y las posibilidades de un gasto disponible.

Figura No. 13 Gasto en Seguridad Social, 1990-99. Balance del Gasto del Sector paraestatal. INEGI, México



Fuente: INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales, 2000.

La discriminación legal, resultante del acceso de una parte de la población (empleada) a la seguridad social, cuando la mayoría aporta recursos a la federación vía impuestos diversos o derechos, ha mantenido un modelo no equitativo y discriminatorio (es hasta cuatro veces mayor el gasto per cápita en la población derechohabiente que en la población abierta o sin seguridad social) que afecta más a la población pobre, la cual tiene que enfrentar de manera directa la contradicción de las crisis económicas, el pago del aumento en el precio de los servicios y la reducción de su capacidad de pago para situaciones de emergencia en el cuidado de la salud de las personas enfermas en sus familias.

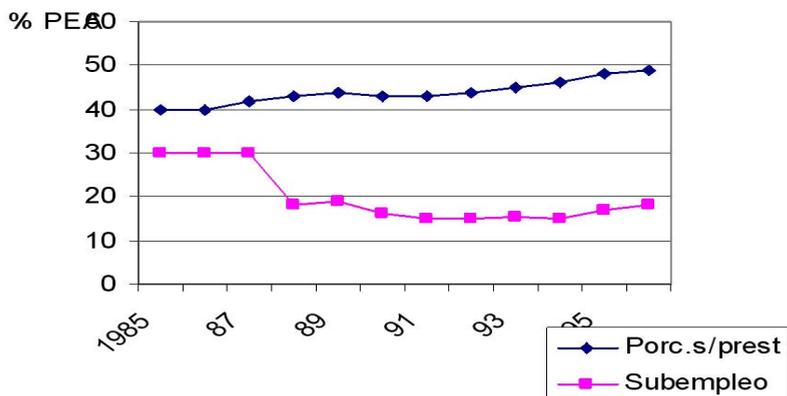
Como se ve en la Figura No. 14, después de la crisis de los 80's hubo un incremento constante del porcentaje de personas empleadas sin prestaciones, un comportamiento semejante al observado con la reducción de los salarios reales que disminuyen como una medida resultante para no perder el empleo; en cambio, sí se reduce drásticamente la oportunidad de ingresar a los servicios de la seguridad social, lo que es corroborado con el decremento de la tasa de subempleo, que en el período señalado, desciende como indicador de mejoramiento de la crisis económica y se presenta nuevamente después de la severa contracción económica del 1994-95. Esto se traduce en una disminución del número de personas que cotizan y de la inyección monetaria a la seguridad vía el financiamiento proporcional al salario real.

Ante todo esto, la seguridad social ha crecido al margen de los vaivenes de la economía mexicana, recibiendo los efectos de la crisis que han impedido que crezca con finanzas que le permitan no solo enfrentar las demandas de servicios para estos años, sino prever el futuro.

En el caso de los servicios a población abierta, las cuotas de recuperación, pagos o aportes de la población usuaria representan una parte pequeña del financiamiento total. En 1996, fue tan solo de 4.5% distribuyéndose de la siguiente manera: 69% para la SSA, el 4% DIF, 11% IMSS-Solidaridad, 42% Servicios Médicos del Estado, 10% Gobiernos Estatales, 42% recursos Federales a los estados(SSA, 1997)

De acuerdo con los datos oficiales el índice general de precios al consumidor aumentó 172 veces en el período 1981-91, mientras en el mismo los precios de los servicios en el área de la salud crecieron 215 veces. La Encuesta Nacional Ingresos y Gastos señaló que en 1992, cerca de 500 mil familias mexicanas de las más pobres tuvieron gastos que excedieron el ingreso promedio mensual. El análisis de gasto en salud por nivel de atención muestra que en el primer nivel creció a una tasa media anual de 5.1%. Para el segundo nivel, el gasto disminuyó en un 1.9% anual.

Figura no.14 Porcentaje de la población ocupada sin prestaciones y tasa de subempleo (porcentaje de la Población económicamente activa). México, 1987- 97.



Fuente: INEGI y Ramos FM., Chiquiar CD.1999

La heterogeneidad de personas e instituciones que constituyen el Sistema Nacional de Salud, se reproduce en la pluralidad de agentes que intervienen en el funcionamiento. Además de los sectores públicos hay espacios para los sectores privados de salud. Estos se rigen por las leyes del mercado: se compran servicios a particulares, que están a disposición de la población que los demanda y que tienen capacidad para pagarlos. Solo hasta épocas recientes han empezado a aparecer los seguros médicos que ofrecen las compañías de seguros a instituciones tanto privadas como públicas.

Los costos unitarios de atención médica son un tema poco estudiado en el sistema de salud, pues no hay un sistema de información que indique cuáles son los costos en que se incurre o que establezca algún indicador que permita observar la tendencia del costo o sus variaciones; de esta manera, la mayoría de los datos disponibles al respecto tienen dos fuentes de información; las estimaciones hechas por las instituciones a partir de cálculos generales con base en el presupuesto que no son reales y se aplican de igual manera para controlar la aplicación del gasto y los estudios específicos de la atención hospitalaria o ambulatoria. Con base en esto es claro que los costos de la atención de los servicios gubernamentales y de la seguridad social son varias veces menores que los de la atención por servicios privados. La diferencia en los insumos del costo es ocasionada fundamentalmente por el nivel de los salarios y el pago directo por servicio de los profesionales médicos y por los medicamentos utilizados, que en el sector público tienen menor precio (por ser fármacos similares, genéricos o tener precio preferencial).

Perspectivas. La construcción del Sistema de Salud Mexicano del Siglo XXI.

Las perspectivas del sistema de salud en México hacia el nuevo siglo son complejas e inciertas ante los estancamientos y retrocesos en el desarrollo de la nación, como efecto de los vaivenes en la política económica y en particular del deterioro social por las crisis económicas de las últimas dos décadas del siglo. Hace 25 años el gobierno inició el viraje del gasto gubernamental para disminuir y mantener en menos del 3.0% el porcentaje equivalente del PIB destinado a los servicios de salud; ahora bien, las condiciones actuales -como se ha mostrado en las páginas anteriores- son resultado de estas decisiones y de planes contingentes y reactivos, por lo que se requiere el planteamiento de cambios de fondo y no solo de reformas temporales a las instituciones del SNSMex. Las políticas sociales y de salud de los gobiernos han estado dirigidas a paliar los efectos negativos de las crisis económicas en los grupos sociales empobrecidos e intentar disminuir las crecientes desigualdades sociales. La diferenciación por el empleo y el acceso a los servicios de salud y a la seguridad social tenían ya enormes desigualdades en la atención a la salud, por lo que algunos investigadores (López-Acuña, 1980) plantearon la necesidad de buscar claridad en las políticas sanitarias del estado para disminuirlas. El deterioro salarial y la pérdida de las oportunidades de empleo entre 1982 y 1995 produjo que se duplicara el porcentaje de personas que apenas percibían un salario mínimo, además de que la crisis provocó la reducción drástica del gasto social del estado mexicano, el cual pasó del 21% en 1975 a cerca del 10% en 1990, repercutiendo en la calidad de los servicios y en el deterioro de las instalaciones y equipamiento de las instituciones de salud (Campos, 1995).

La división del México de hoy en dos estratos sociales extremos y polarizados se apoya en el adelgazamiento del estrato social medio, como consecuencia de la contracción en el ingreso económico y por el incremento porcentual de la población con niveles de pobreza. La estructura del SNSMex refleja nítidamente esta situación. La política social de los gobiernos recientes ha privilegiado, en los hechos, la idea de que la salud es un beneficio privado, dejando entonces que la población resuelva sus problemas de salud con los recursos que tenga al alcance, sin embargo, si bien la salud incumbe a cada individuo, las causas y consecuencias de la salud poblacional son un riesgo y un beneficio social. La inversión en salud, entonces, debería ser vista como una inversión social y no individual, pero la perspectiva opuesta ha provocado que se deje cada vez más al mercado de los servicios médicos la asignación social de recursos para la atención de la salud y de manera directa al gobierno, la atención de la población en situación de extrema pobreza, llegando incluso a calificarse las condiciones de pobreza para decidir quiénes pueden recibir programas especiales de apoyo. Por ello, debe plantearse de fondo la interrelación entre la política social y la política de salud, no es posible formular una sin considerar los efectos sobre la otra. La política social es fundamentalmente una forma de redistribución del

ingreso nacional, sin afectar la estructura social (Laurell, 1996).

La salud debe trascender por su importancia social, para traspasar las políticas periódicas de los gobiernos y crear sólidos mecanismos legales para fortalecer y proteger el derecho a la salud de la ciudadanía mas allá de los cambios partidistas en el gobierno. Como un bien social, requiere la participación de todos los actores involucrados, para tener una perspectiva común de corto y mediano plazo que permita distinguir los problemas y alternativas del rumbo que habrá de seguir en los siguientes años el sistema de salud.

Las reformas ocurridas en casi todos los sistemas de salud del mundo son diversas tanto en su orientación como en su profundidad. El panorama mundial muestra cambios económicos, políticos y legales para aumentar la eficiencia social, garantizar su financiamiento y responder a las nuevas expectativas y necesidades de la población. La influencia de la globalización está impulsando al menos dos corrientes contrapuestas en la mesa de las decisiones, por una parte la presión del sector privado internacional para abrir un mercado de libre participación de empresas médicas (sobre todo aseguradoras transnacionales de servicios médicos parciales) y por otra el modelo de la universalización de la seguridad social que han seguido muchos de los países desarrollados, ambas con una influencia diversa en América Latina en la que se han dado cambios recientes en la composición financiera público-privada (Titelman, 2000).

En México como país en desarrollo de economía mixta, un problema persistente de tipo político es la desvinculación entre las políticas económicas, sociales y de salud; en particular, el sistema de libre mercado médico ha avanzado siguiendo el modelo desintegrado del sistema de salud y de altos costos, influido por el sector privado de Estados Unidos. Por lo tanto, ¿qué tan independiente puede ser la reforma en salud, de la reforma en otros sectores del estado?. Y, ¿cuál es el modelo de sistema de salud apropiado para lograr la equidad en la distribución de los recursos, la cobertura universal y una accesibilidad razonable a los servicios de salud?. Parece que una respuesta pertinente es que la reforma en salud debe ser concebida como parte integral de la reforma del estado.

En los años venideros, los problemas que tendrán que discutirse en México son, al menos, los siguientes:

1. Las Reformas estructurales y legales para un SNSMex, único y universal.
2. El fortalecimiento financiero y legal del SNSMex, para la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social.
3. Las Reformas al modelo de servicios del SNSMex, para elevar la eficiencia social, compensar beneficios y costos, mejorar la accesibilidad y ampliar la aceptación comunitaria.

Ante la Reforma, los problemas no resueltos son:

1. Hacer operacional el derecho constitucional a la protección de la salud, que desde 1986 ha quedado con instrumentos sin desarrollar para su cabal cumplimiento. En el marco de la reforma, es necesaria la revisión de la Ley General de Salud, las Leyes de la seguridad social y la legislación sanitaria secundaria; además, se requieren elementos jurídicos claros y precisos para evitar el uso discrecional de la normatividad federal, en cada entidad federativa y en los municipios, por ejemplo: para evaluar el funcionamiento y organización de las unidades de atención médica públicas, privadas, de organismos sociales y la apertura de nuevas unidades; para la aplicación de estándares de calidad de programas y servicios; así, reformar las leyes permitiría eliminar las diferencias de origen en las instituciones de salud. Otros problemas por resolver son el control del mercado creciente de medicamentos y productos con efectos en la salud, las consecuencias de la contaminación ambiental y el uso creciente de sustancias químicas y agentes físicos, aspectos que requieren varias perspectivas de la reforma sanitaria.
2. Fortalecer el financiamiento del SNSMex, y aplicar mecanismos eficientes que destaquen los beneficios y costos sociales para superar el atraso de un país con uno de los gastos per cápita en salud más bajos de América Latina (Molina, 2000). Se requiere mejorar las fuentes actuales de transferencia de recursos económicos sociales vía impuestos generales, o la determinación del nivel salarial para el pago anticipado de derechos de los trabajadores y el pago de obligaciones (prestaciones indirectas al salario) de los patrones dueños de empresas. Revisar la política de subsidio del gobierno y el pago directo en los

servicios a población abierta, además del rol de la beneficencia y el altruismo. Es necesario eliminar las ineficiencias estructurales (fragmentación, duplicidad, etc.) y aprovechar al máximo las instalaciones, los recursos y la capacidad tecnológica disponible. Así como establecer mecanismos de control social para garantizar el uso apropiado del presupuesto asignado a salud y seguridad social.

3. La accesibilidad sigue siendo un problema importante; existe un desfase entre las aspiraciones señaladas en la Constitución y la situación real, que muestra una contracción en la capacidad de respuesta gubernamental y privada ante la demanda de atención. La cobertura es parte del problema, garantizar el acceso oportuno y el uso apropiado de los servicios es la otra parte, aún más compleja. En los conglomerados urbanos prácticamente todos los derechohabientes tienen acceso a los servicios disponibles del sistema, la distorsión en este caso se ha dado por el rápido crecimiento y el cambio en el perfil de salud de los usuarios y el estancamiento de la oferta de recursos y servicios. Una grave contradicción por resolver es la subutilización de servicios hospitalarios para la población abierta y las crecientes listas de espera en la atención de la seguridad social.

4. Mejorar la calidad y reducir los costos de atención ha sido un tema constante en el discurso de los últimos años, sin embargo, queda aún por resolver la conveniencia de desarrollar y aplicar estándares de atención. ¿En qué áreas o servicios deben aplicarse?, ¿quiénes deben aplicarlas?, ¿es necesario un organismo mixto, público-privado o incluso civil, para coadyuvar en la vigilancia de la calidad y los costos de atención?. En este tema, hay muchos nuevos problemas sin resolver, que son producto de los cambios mencionados en la situación de salud poblacional y en la organización de los servicios. Incluso, en el gremio médico hay discrepancias importantes sobre cómo evaluar la calidad y cómo mejorarla y entre la población existen percepciones opuestas sobre las expectativas cumplidas y la calidad recibida.

5. La política salarial en el sistema de salud es un problema que se ha enfrentado por la vía de la solidaridad del personal de salud, pero siendo los servicios de salud organizaciones de tipo humano, el funcionamiento óptimo de los recursos humanos, personal médico o de salud, tiene implicaciones básicas en la percepción salarial, las prestaciones y los incentivos como un tema recurrente y no acabado. El efecto negativo de las crisis económicas en la población, retrajo los logros de los médicos como un estrato social con satisfactores alcanzados y un alto nivel de consumo; el resultado de las crisis fue la disminución drástica de esta capacidad de consumo, por lo que los médicos buscaron diversificar las fuentes de ingresos. La situación común hoy en día, es que el personal de salud tenga dos o más fuentes de ingreso regular que son complementarias. Los médicos perciben una parte de su ingreso por el salario institucional y un elevado porcentaje de ellos (desconocido hasta el momento) obtiene ingresos, a su vez por la atención privada o por otras vías. La discusión sobre cómo mejorar la eficiencia y calidad del sistema público de salud y de seguridad social, incluye la mejoría de salarios e incentivos por lo que es un tema que debe llevarse a la reforma.

Algunas alternativas para la reforma sanitaria.

Un aspecto fundamental es la vieja conceptualización del sistema de salud. Hoy nuevamente está en la discusión, solo que hoy en día debe ser motivo del análisis de todos los sectores sociales organizados, y sobre todo, de aquellos a quienes importa la salud. Construir entre todos un nuevo sistema de salud mexicano, es indispensable. Aquí no cabe solo la visión de los “expertos”, porque la población es un actor cada vez más importante, en particular a la luz de los cambios demográficos y del perfil de salud. Es el caso del incremento de las enfermedades crónicas y la idea de control médico a largo plazo en lugar de la curación de la enfermedad, esto hace que la participación activa de la población con riesgo y de todos aquellos que tienen este tipo de padecimientos sea importante. En las últimas décadas, la atención a personas con enfermedades crónico-degenerativas, que tienen conductas adversas a la salud, y se hospitalizan más a menudo que otras, representa un alto costo para los servicios de salud, por lo que hay un “castigo” en el gasto requerido para la atención de otras personas, lo que ha provocado además, que la atención hospitalaria se convierta en el eje de los servicios y en consecuencia, aumenten los costos en lugar de reducirlos. Esto es lo que provoca la mayor carga de los costos y no la inversión en nueva tecnología orientada a mejorar la atención.

La reforma en la atención a la salud no debe ser presentada a la sociedad como una solución técnico-pragmática a la “actual crisis de los sistemas de salud”, sin analizar las causas de la crisis (Laurell, 1997). Si bien se plantea que es inaplazable que el Estado mexicano enfrente la necesaria reforma de sus atribuciones y responsabilidades ante la sociedad, la presión de la corriente mundial de reformas en todos los campos de atribución del estado, ejercida por los países desarrollados, persigue un beneficio global para los países más ricos, por lo que habrá que analizar las ventajas y desventajas del momento y las circunstancias para hacerla.

Por otra parte se debe separar las modificaciones de la estructura administrativa de las perspectivas de ésta reforma. Hay que borrar el camino de una reforma para no cambiar. La SSA debe resolver la controvertida situación en la que está inmersa, al tener éxito una función básica como prestadora directa de servicios médicos como al ser entidad reguladora y de control sobre los factores político-económicos, sociales, ambientales y de la producción de servicios que afectan a la salud poblacional. Terminar la descentralización y la participación de los gobiernos estatales. Incorporar formalmente la participación de las Universidades en la responsabilidad y obligación de planear y vigilar en conjunto la formación de recursos humanos y el desarrollo de la investigación, la diseminación del conocimiento y de la tecnología médica.

Algunas propuestas recientes para la reforma, son las que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro no. 4 Algunas propuestas para la Reforma del Sistema de Salud Mexicano.

Propuestas	De la Fuente JR. , 1994 (compilador)	Frenk J, y cols. 1999	SSA, Reforma, 1997	Autor
Principios	Equidad, Regionalización, Descentralización Calidad	Equidad,Calidad, Eficiencia	Equidad, Eficiencia,Descentralización	Cobertura Universal Solidaridad, Accesibilidad Regional, Descentralización.
Misión	Fortalecer la regulación como el rol central de la SSA	Regulación y modulación de servicios, por la SSA	Regulación y servicios a la población abierta.	Regulación como función básica de la Sy SS
Estructura	Organización por funciones, manteniendo el pluralismo de servicios.	Fortalecer el pluralismo estructurado	Mejorar la eficiencia de los sectores público y privado	Secretaría de Salud y Seguridad Social (SySS)
Cobertura	Acceso universal a la atención, con paquetes de servicios. Ampliar la libertad del usuario para elegir al prestador primario.	Paquete universal de servicios. Libertad de elección de los prestadores de servicios.	Ampliación de Cobertura de la Seguridad Social	Cobertura Universal de la seguridad social, Accesibilidad equitativa por regiones.
Financiamiento	Del Gobierno y ampliar los sistemas de prepago	Ampliar los sistemas de prepago.	Mixto,Gobierno y trabajadores. Impuestos a servicios	Impuesto único con redistribución equitativa. Prepago selectivo.

Entre las alternativas hay posibilidades de consenso sobre las bases y alcances de la reforma del SNSMex. Primero, hay coincidencia en que se requiere una reforma, la alternativa planteada por el autor es que sea integral y la base de una serie de reformas continuas que respondan a los cambios poblacionales y económicos de los siguientes años. Hay consenso también en que los propósitos de la reforma deben lograr: i) *equidad*: ante una misma necesidad de salud todas las personas sin discriminación de ningún tipo tienen la misma oportunidad de acceso a los servicios primarios; ii) *calidad*: los servicios producen el máximo mejoramiento posible en salud, con la satisfacción de las expectativas de los usuarios y una atención respetuosa, oportuna, continua y efectiva; iii) *eficiencia*: el mayor rendimiento posible de los recursos, con el mínimo de desperdicio e inversión orientada a los servicios que generan los mayores beneficios sociales en salud.

Segundo, las alternativas a los principios que deben guiar la reforma: recientemente se han puesto a consideración algunos puntos que reducen la idea de una reforma, como son el mantener el acceso a los servicios de salud como un derecho social; facilitar la libertad de elección entre los sectores público y privado; reconocer la contribución de todos según sus capacidades y que cada cual pueda recibir atención cuando la necesite; además de seguir algunas recomendaciones como la protección universal de la población por un paquete universal de servicios costo - efectivos (Frenk, 1999).

En este sentido, la orientación de la reforma debe ser motivo de una amplia discusión como un mecanismo que asegure la participación social y se encuentren soluciones, no de corto plazo -a la luz de los enfoques de mercado- sino de largo plazo, en beneficio de la sociedad; en América Latina el ejemplo de Brasil, en donde la reforma sanitaria de 1988 promovió un sistema público, universal y único de salud, descentralizado y bajo control social, dejó sin embargo el problema del financiamiento sin resolver, por lo que debe tenerse en cuenta como una experiencia importante (Laurell, 1997)

Tercero, La historia reciente y la última propuesta de reforma para la SSA están vinculadas a los procesos de descentralización de los servicios de salud y a un programa de ampliación progresiva de cobertura por servicios públicos y por la seguridad social, coincidentes con partidos políticos, organismos ciudadanos y académicos, por lo que la discusión entre el gobierno, la sociedad civil y los trabajadores de la salud sería en torno a la transformación, en un mediano plazo, del SNSMex en un sistema único de salud y seguridad social (SySS).

Referencias Bibliográficas

- Aréchiga Hugo, Cerejido Marcelino (compiladores) El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. Ed. Siglo XXI 1ª. edición, 1999,
- Boltvinik J., Necesidades Esenciales en Salud. Coplamar-Siglo XXI
- CONAPO. Secretaría de Gobernación, México, 2000
- Cruz Rivero Carlos. Diversidad financiera de la prestación de los servicios de salud. Salud Pública de México Suplemento 1992. (34) 105-116.
- De la Fuente JR. Editor. Retos y Propuestas. Salud y Seguridad Social. Fundación Mexicana Cambio XXI. México. 1994
- Delgado Moya Rubén, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. PAC. 1ª. Ed oct 1993. pp 3-50.
- Frenk J., González B.M.A., Knaut F. Lozano R. La seguridad Social en salud. 35-102en: Solís Soberón Fernando, Villagómez Alejandro F. La Seguridad Social en México. El trimestre Económico. CIDE-Fondo de Cultura Económica, 1999, no. 88.
- González-Pérez GJ, Vega MG, Muñoz A, Cabrera C. Cambios recientes en la fecundidad en México y sus implicaciones para los servicios de salud. Revista Investigación en Salud. 2000; 2(2): 44-51
- INEGI, Censo General de Población y vivienda, 2000, INEGI, México
- INSP. Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX. Instituto Nacional de Salud Pública, SSA, México 2000
- Laurell AC. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Morelos, Mex. 1997.

- Leal Gustavo, Voces, salidas, lealtades, oportunidades, “denominación de origen”, interés y tempo de una política pública: la reforma mexicana de la salud y la seguridad social. *Gestión y política pública*. 1998; VII (1): 115-141
- Ley General de Salud. *Leyes y Códigos de México*. Editorial Porrúa S.A. XI Ed. México 1994, pp 3-50.
- López Acuña D, La Salud desigual en México. *Siglo XXI*. 1ª. edición, 1980
- Molina Zalazar Raúl. *Desarrollo Económico y Salud*. *Salud Pública*. Mex. 33 (3); 91: 227-234.
- Molina R., Pinto M., Henderson P., Vieira C. El financiamiento como instrumento de política pública. *Boletín Of. Sanit. Panam*. 1984; 103; 719-725
- Ortiz Flores Guillermo. *La asistencia médica en México*. *Análisis económico*. 1ª. ed GOF. 1976
- Ramírez López Berenice P *La seguridad Social*. *Reformas y retos*. Instituto de Investigaciones Económicas. UNAM; 1999
- Ramos FM., Chiquiar C D. Desempleo y subempleo. *Opciones de política laboral*. en: Solís Soberón Fernando, Villagómez Alejandro F. *La Seguridad Social en México*. *El trimestre Económico*. CIDE-Fondo de Cultura Económica, 1999, no. 88.
- Sepúlveda Jaime, editor *La salud en México a la vuelta del siglo*. *Desafíos, instrumentos, respuestas*, Instituto Nacional de Salud Pública, 1ª. ed., México, 2000
- Solis Soberón F., Villagómez A.F. (compiladores) *La Seguridad Social en México* CIDE. México. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1999
- Solís Soberón Fernando, Villagómez Alejandro F. Las pensiones. 103-160 en: *La Seguridad Social en México*. *El Trimestre Económico*. CIDE-Fondo de Cultura Económica, 1999, no. 88.
- SSA Secretaría de Salud *Cuadernos Técnicos de Planeación*. Vol.No.1 1984. pp 35-39.
- SSA, *Estadísticas Vitales*, Dirección General de Estadística. SSA, Gobierno de México 2000
- SSA. . Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud, México, 1999
- SSA. *Programa de Reforma del Sector Salud*. México Salud-2000, Secretaría de Salud, México 1997
- SSA. *Presupuesto por Programa*. Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Cuadernos Técnicos de Planeación* Vol. 1 (5), 1ª. Edición 1984.
- Valdez Olmedo C. *Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México*. *Salud Pública Mex* 1988; 30 (6); 815-820.
- Wolpert Enrique *Sociedad y salud*. *Compromiso del medico mexicano*. *Gaceta Med Mex*, 130 (2) mar-abr 1994 pp 99-102

RETOS DEMOGRÁFICOS PARA EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

*Guillermo J. González Pérez,
María Guadalupe Vega López,
Armando Muñoz de la Torre,
Carlos E. Cabrera Pívaral,
Elva D. Arias Merino
Samuel Romero Valle*

INTRODUCCIÓN

Es bien conocida la estrecha relación existente entre población y desarrollo, en particular en los países subdesarrollados (Peron y Strohmenger, 1985; Tuirán, 1997). Por una parte, el proceso de desarrollo influye sustantivamente en la dinámica demográfica, de modo tal que la mortalidad, la fecundidad y la migración reflejan, aunque en diferente medida, los cambios sociales y económicos que se van produciendo en un ámbito determinado. Por la otra, el acelerado crecimiento demográfico ha ejercido una fuerte presión sobre la provisión de servicios -educación, salud, vivienda e infraestructura- la utilización racional de los recursos naturales y la generación de nuevos empleos necesarios para absorber la creciente fuerza de trabajo, con lo cual se dificulta notablemente la satisfacción de las demandas sociales y la reducción de los rezagos históricamente acumulados. De ahí la necesidad de actuar tanto sobre los procesos del desarrollo económico y social, como sobre los fenómenos demográficos, si se pretende elevar el bienestar de la población y establecer sólidas bases para un desarrollo sostenible y sustentable.

Si bien algunos aspectos de la Demografía están evidentemente más relacionados que otros al estudio de la salud y de la atención a la salud, probablemente no exista un área de esta disciplina que no sea relevante cuando se pretende analizar la situación sanitaria de una población y la organización de sus servicios de salud: el estudio de la mortalidad, por ejemplo, ha sido tradicionalmente una herramienta sustancial al evaluar el estado de salud de una población y la eficacia de la atención que brinda el sistema sanitario. Asimismo, aunque la fecundidad no pueda considerarse como un fenómeno estrictamente sanitario, es indudable que tiene diversas implicaciones directas e indirectas para la salud y para los servicios de salud. Por otra parte, es obvia la trascendencia del tamaño y la distribución espacial de la población en lo concerniente a la utilización de los servicios de salud, y en particular la composición por sexo y edad de la población es un elemento que no solo está ligado al comportamiento de los indicadores sanitarios, sino que además contribuye a predecir el estado de salud poblacional. (Pol y Thomas, 1992)

En el caso concreto de México, la evolución observada en el comportamiento de las variables demográficas durante las últimas décadas, y por consiguiente, los cambios observados en su tamaño y estructura poblacional delimitan un escenario demográfico que, en sí mismo, representa un complejo desafío -presente y futuro- para las instituciones públicas de salud y seguridad social del país, surgidas hacia mediados del presente siglo para brindar servicios a una población evidentemente menor que la actual, esencialmente joven y predominantemente rural. En tal sentido, este trabajo -a diferencia de otros estudios desarrollados en el ámbito latinoamericano, en los cuales lo demográfico queda subsumido en un conjunto más amplio de problemas a enfrentar por el sector salud- busca identificar los principales retos de carácter demográfico a vencer por las instituciones de salud de México en el primer cuarto del siglo XXI. Para ello, se parte de la descripción de los aspectos más relevantes de la historia demográfica reciente del país y de las previsiones existentes en este campo para los próximos 25 años.

METODOLOGIA

Los indicadores utilizados en el presente estudio para describir la situación demográfica existente entre los años 50's y el quinquenio 1995-2000 -tales como la tasa global de fecundidad (TGF), o la esperanza de vida al nacer-, así como la estructura de población por sexo y edad para 1970 y 1995, se obtuvieron de publicaciones oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI 1990; 1992; 1993; 1995, 1999; 2000), el Consejo Nacional de Población de México (CONAPO 1983; 1998) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1997). Otras estadísticas mostradas en el estudio, como por ejemplo, los porcentajes de cambio en las tasas entre dos momentos fueron calculadas por los autores.

Por otra parte, las estimaciones de los indicadores demográficos a partir del quinquenio 1995-2000 y las proyecciones de población empleadas, fueron elaboradas por el CELADE en consulta con el CONAPO en junio de 1994. Estas estimaciones y proyecciones están basadas en distintas publicaciones de Estadísticas Vitales publicadas por el INEGI hasta 1990, en el Censo de Población y Vivienda de 1990, y la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica realizada en 1992. En particular, en el caso de la fecundidad se trabajó con la hipótesis media, una de las tres hipótesis elaboradas por CELADE, recomendada por la División de Población de las Naciones Unidas para este tipo de análisis. Mayor información sobre la metodología utilizada para la realización de las estimaciones y proyecciones puede ser encontrada en diversas publicaciones de CELADE y Naciones Unidas. (United Nations, 1970)

Además, se utilizó la información proveniente del Censo Nacional de Población y Vivienda efectuado en 1995, para realizar un análisis de carácter regional, en particular en el estado de Jalisco. Este es un estado ubicado en el centro-occidente de México, con una población de alrededor de seis millones de habitantes que presenta características socio-demográficas similares al promedio nacional, y que en tal sentido refleja la situación existente en muchos estados del país, sobre todo de aquellos con un saldo migratorio negativo.

Cabe señalar que en este estudio, se denominan como instituciones públicas de salud y seguridad social a aquellos organismos que conforman el sector salud en el país y que brindan atención a diferentes segmentos de la sociedad. En tal sentido destacan (aunque no son las únicas): el Instituto Mexicano del Seguro Social, una institución que ofrece servicios médicos y de seguridad social a personas que poseen un empleo estable en el sector formal de la economía (y generalmente a sus familiares), cuyo presupuesto proviene tanto del gobierno como de empleadores y trabajadores; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, con características similares al anterior, pero que atiende sustancialmente a empleados de gobierno -esencialmente burócratas- con presupuesto proveniente del gobierno y de los trabajadores, y la Secretaría de Salud, que brinda servicios de salud a la población que no tiene acceso a instituciones de seguridad social, ni recursos para recibir atención privada (es decir, la población más pobre del país), con presupuesto proveniente únicamente de fondos gubernamentales. Estas instituciones, aunque son coordinadas en lo normativo por la Secretaría de Salud, tienen en la práctica un comportamiento autónomo.

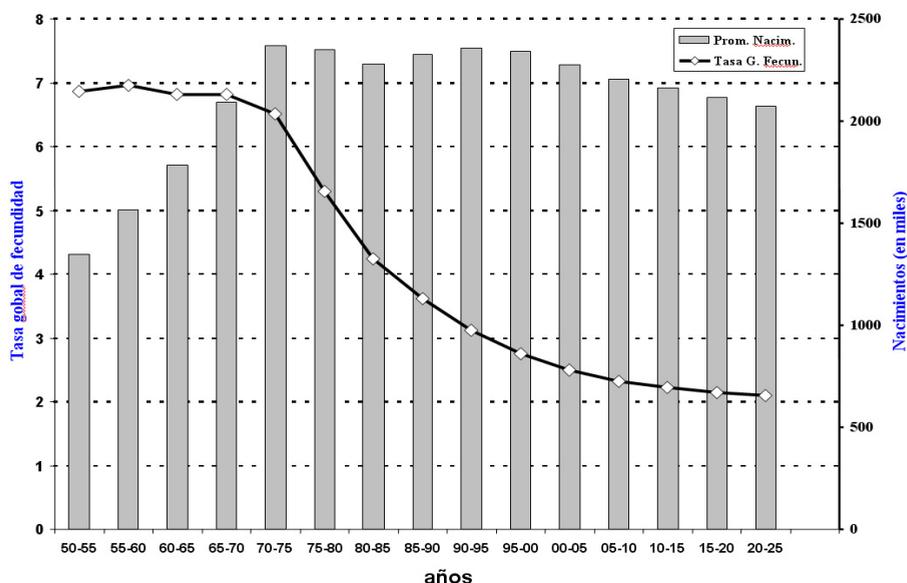
LOS CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD

La reducción de la fecundidad es el principal determinante de la desaceleración del crecimiento de la población mexicana y de los cambios recientes en su estructura por edad. En el quinquenio 1965-70, la tasa

global de fecundidad (TGF) era de 6.82 hijos por mujer; a mediados de los ochenta había caído a valores cercanos a los 4.0 hijos, y en 1997 fue de 2.65 hijos promedio por mujer: una disminución de alrededor del 60% en 30 años. De acuerdo con diferentes pronósticos, esta tendencia al descenso debe mantenerse durante el próximo cuarto de siglo, alcanzándose una TGF cercana a 2 hijos por mujer a finales de la segunda década del siglo XXI, una tasa baja pero aún superior a la mostrada por la mayoría de los países desarrollados desde los años 70's.

Sin embargo, este claro descenso de la fecundidad no se verá reflejado de igual forma en el número absoluto de nacimientos que se prevé ocurran en promedio cada año. Si bien en el quinquenio 1995-2000 se observó una cifra cercana a los 2,400,000 nacimientos anuales, todavía en el quinquenio 2020-2025 la cifra prevista rebasa la cifra de 2 millones. Esto se debe, en gran medida, al incremento poblacional, y a la inercia demográfica oculta tras la estructura de edades de la población (Bobadilla et al, 1993): en otras palabras, aunque la mujeres tendrán en promedio menos hijos al final de su vida reproductiva, habrá evidentemente un número mucho mayor de mujeres en edad fértil –entre 15 y 49 años de edad– en los próximos años, lo que mantendría el número de nacimientos en una cifra que, aunque menor, sería relativamente cercana a la actual.

MÉXICO: PROMEDIO DE NACIMIENTOS ANUALES Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR QUINQUENIO; DATOS OBSERVADOS (1950 - 1995) Y PROYECTADOS (1995 - 2025)



De lo anterior se desprende que a pesar del éxito obtenido por los programas de planificación familiar en la disminución de la fecundidad a partir de los años 70's, los aspectos concernientes a la salud materno infantil deberán seguir teniendo un carácter prioritario dentro de la organización de la atención a la salud en los próximos 20-25 años, pues los servicios de obstetricia y pediatría (por solo mencionar aquellos directamente vinculados con la salud de la madre y el niño) mantendrían –en términos generales– un nivel de demanda bastante similar al que presentan en la actualidad.

Esto significa un requerimiento notable de recursos humanos –obstetras, pediatras, enfermeras dedicadas a la atención materno-infantil– y materiales –camas obstétricas, pruebas diagnósticas, vacunas, entre otros– en los años venideros, más aún si se pretende que la cobertura de la atención al embarazo alcance realmente a todos los sectores de la población y que la atención a la madre y el niño sea cualitativamente superior.

Por otra parte, en la fecundidad persisten marcadas diferencias por grupos sociales y regiones, que no deben ser obviadas por el sector salud. Mientras la fecundidad en Baja California, el Distrito Federal y

Nuevo León se ubicaba en 1997 en valores alrededor de los 2.3 hijos, en Chiapas se situaba en 4.0 hijos por mujer, es decir, una diferencia de 1.7 hijos en promedio, equivalente a la reducción observada de la fecundidad nacional durante los últimos 15 años (Tuirán, 1997). Esto significa que si bien la difusión de las prácticas de planificación familiar ha jugado un papel crucial en el descenso de la fecundidad, esta difusión no ha alcanzado por igual a todas las entidades del país -ni a todos los sectores sociales-, de ahí la necesidad de que las instituciones sanitarias pongan énfasis en extender sus programas de planificación familiar en aquellos estados que presentan TGF más elevadas, generalmente los estados más pobres de la nación.

Simultáneamente al descenso observado de la fecundidad, han ocurrido otros fenómenos de sumo interés para el campo de la salud. Por un lado, si se analiza la estructura de nacimientos según orden, puede apreciarse una evidente reducción de la proporción de nacimientos de orden 5 y +, y a su vez, un claro incremento proporcional de los nacimientos de primer orden, un hecho coherente con la evolución de la fecundidad en el país (González-Pérez et al, 2000). Por otro, al analizar el comportamiento de las tasas de fecundidad por edades en los últimos 20 años, se pone de manifiesto la disminución de las tasas en todos los grupos de edades, situación que –en términos proporcionales- se acentúa en las edades superiores a los 30 años; es en el grupo de 15-19 años, sin embargo, donde la disminución proporcional de la tasa es menor. (Welti, 1995; INEGI, 1999)

FIGURA 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS SEGÚN ORDEN DE NACIMIENTO. MÉXICO: AÑOS 1985, 1991 Y 1997

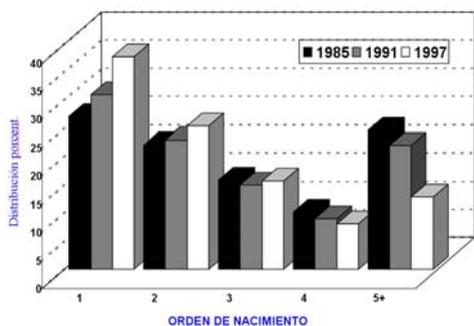
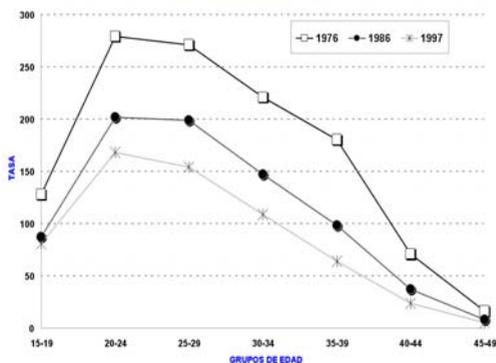


FIGURA 3
MÉXICO: TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD, 1976, 1986, 1997 (TASAS POR 1000 MUJERES)



Aunque datos como los anteriores sugieren que cada vez serán menos frecuentes los casos de madres añosas y de elevada paridad (o sea, de alto riesgo obstétrico) solicitando atención materno-infantil, también evidencian una tendencia al incremento, absoluto y relativo, de nacimientos provenientes de madres primíparas, generalmente jóvenes – y frecuentemente adolescentes -. (González-Pérez et al, 2000). Esto refleja un importante cambio en el perfil de la población que demanda servicios en esta área, y por tanto, pone de manifiesto la necesidad de que los recursos humanos y materiales se adecuen a esta nueva situación, incluso desde su formación.

LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD

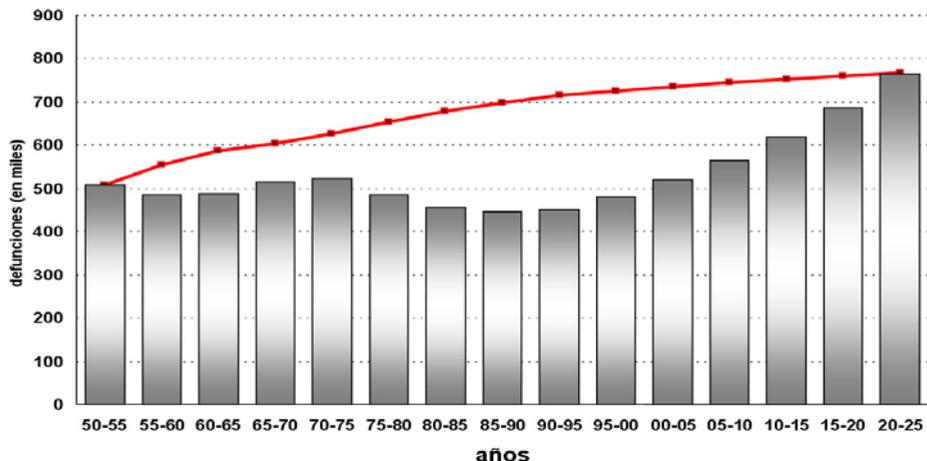
Uno de los mayores logros de México durante la segunda mitad del siglo XX ha sido la notable disminución de la mortalidad. La esperanza de vida al nacer (para ambos sexos) se sitúa, en el quinquenio 1995-2000, en valores cercanos a los 73 años, esto es, más del doble de los 36 años de vida que en promedio se esperaba viviera un mexicano nacido en 1930 (Camposortega, 1992). Si bien se prevé un incremento paulatino de la esperanza de vida en las próximas décadas, la ganancia en años sería relativamente modesta, alcanzándose una esperanza de vida al nacer de alrededor de 77 años entre 2020-2025. Simultáneamente a

lo anterior, también se ha incrementado la supervivencia hasta las edades adultas: entre los nacidos en 1930, menos de la mitad (48 por ciento) sobrevivieron a los 60 años; en cambio, se esperaría que de la generación de 1960 alrededor de tres cuartas partes (75 por ciento) lo hagan; y se prevé que más del 90 por ciento de los nacidos a finales de siglo lleguen a esa edad.

Lo expuesto previamente se verá reflejado en un ligero, pero sostenido incremento de la tasa bruta de mortalidad del país a partir de los primeros años del siglo XXI –algo que no debe ser motivo de alarma para las instituciones sanitarias, pues es resultado del envejecimiento de la población- y en consecuencia, en un aumento del número absoluto de defunciones anuales: la casi “mágica” cifra de 400 000 fallecidos por año (son varios decenios –desde los 50’s- en que la cifra anual de defunciones oscila en valores cercanos a este número) será ampliamente rebasada en años venideros, esperándose más de 700,000 muertes anuales en el quinquenio 2020-2025, algo para lo cual el sector salud debe estar preparado.

FIGURA 4

MÉXICO: PROMEDIO DE DEFUNCIONES ANUALES Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR QUINQUENIOS; DATOS OBTENIDOS (1950 - 1995) Y PROYECTADOS (1995 - 2025)



Uno de los factores que ha tenido un mayor impacto en el incremento de la expectativa de vida de la población mexicana lo constituye la disminución de la mortalidad infantil. Mientras que alrededor de 180 de cada mil nacidos vivos en 1930 fallecía antes de cumplir su primer año, para fines de siglo esta tasa se redujo a valores ligeramente por debajo a 30 por mil, previéndose cifras inferiores a 20 por mil para 2020.

Aún cuando el descenso de estos dos importantes indicadores ha sido sin dudas notorio, si se comparan las cifras alcanzadas a fines del siglo XX en México con la evolución observada de estos indicadores en países como Cuba y Costa Rica, el retraso es evidente: México exhibe ahora una esperanza de vida al nacer y una tasa de mortalidad infantil similares a las que Cuba y Costa Rica presentaban a mediados de la década del 70 —72 años y 25 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos, respectivamente (Araújo y Llorens, 1985)-, esto es, 25 años separan a México de lo logrado en estos rubros por países latinoamericanos y subdesarrollados como Cuba y Costa Rica. Si la comparación se hace con un país desarrollado, el rezago sería aún mayor: en el mejor de los escenarios previstos –las proyecciones de CONAPO (CONAPO, 1997)-, la tasa de mortalidad infantil que se pronostica para México en el año 2050 (7.1 por mil) sería apenas similar a la que presentan Japón, Finlandia o Suecia desde finales de la década de los 80’s (entre 5-6 por mil) (UNICEF, 1998), es decir,

un rezago de más de medio siglo. Este exceso de mortalidad es incuestionablemente uno de los grandes retos a vencer por el sector salud, y por la nación en general, en el siglo XXI.

A su vez, y no obstante las ganancias logradas en la esperanza de vida de los mexicanos, persisten en la actualidad marcadas desigualdades regionales y por grupos socioeconómicos. Así, por ejemplo, en 1997 la esperanza de vida al nacer de la población residente en estados con un mayor grado de pobreza como Chiapas y Oaxaca es de alrededor de 71 años, en contraste con la expectativa observada en el Distrito Federal y Nuevo León, que es de aproximadamente 75 años, lo que equivale a una diferencia de cuatro años; esto refleja la sobremortalidad existente en las entidades con mayor subdesarrollo socioeconómico, aún sin considerar el posible subregistro de mortalidad existente en las mismas. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil en las áreas con un mayor grado de marginación quintuplica la tasa observada en las zonas relativamente más desarrolladas del país. Por ejemplo, mientras en algunas delegaciones del Distrito Federal la tasa de mortalidad infantil es de alrededor de 17 por 1000 nacidos vivos, en algunos municipios de Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Puebla la tasa es de alrededor de 85 por 1000 nacidos vivos (CONAPO, 2001).

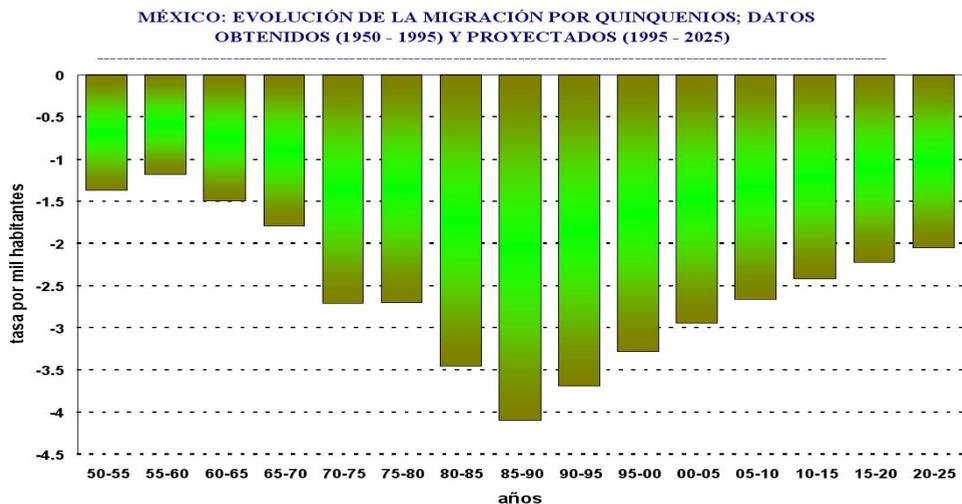
Por otra parte, es bien conocido que México se encuentra actualmente inmerso en un proceso de transición epidemiológica, en donde coexisten como causas de muerte enfermedades de carácter crónico-degenerativo –las predominantes a nivel nacional- con otras enfermedades infecciosas y parasitarias que aunque han disminuido notablemente su peso proporcional, no han dejado de estar presentes a escala nacional –sobre todo entre los menores de un año- y de representar un papel importante en los estados con mayor grado de marginación. Es un hecho cierto que ante esta situación los servicios de salud se encuentran en la necesidad tanto de enfatizar aquellas estrategias de tipo preventivo tendientes a modificar prácticas y comportamientos no saludables en la población – con vistas a reducir el riesgo de muerte por enfermedades crónicas - como de no olvidar la búsqueda de respuestas a los problemas de salud de una importante proporción de habitantes que viven en condiciones de pobreza –una cifra que recientes encuestas estiman en 70 millones (casi 80% de la población de México- de los cuales 50% viven en pobreza extrema) (Hernández-Laos, 2000), cuyo perfil sanitario no necesariamente corresponde con los promedios nacionales y que en términos numéricos amenaza con ser cada vez mayor.

MIGRACION Y DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA POBLACION

En términos generales, puede afirmarse que la migración internacional no desempeñó un papel determinante en la dinámica demográfica del país durante la primera mitad del siglo XX: ni la inmigración alcanzó cifras elevadas, ni la emigración de mexicanos hacia el exterior reflejaba volúmenes significativos; ahora bien, a partir de los años 60's, y sustancialmente después de 1970 – coincidentemente con el empeoramiento de la situación socioeconómica de la nación- se ha registrado un notable incremento de la emigración hacia los Estados Unidos, fenómeno éste que al no estar acompañado de un aumento de la inmigración a México, se refleja en un notable saldo migratorio negativo con el exterior.

Este incremento de la emigración se hizo más notable a partir de 1985: se estima que en los últimos tres quinquenios (1985-90, 1990-95 y 1995-00, aquellos años donde la crisis socioeconómica ha sido más aguda) la pérdida neta de población fue de más de 300 mil personas anuales; aún cuando es difícil predecir el futuro migratorio del país, a mediano plazo no parecen vislumbrarse cambios estructurales sociales y económicos que auguren una modificación de las tendencias migratorias actuales, por lo cual los pronósticos apuntan hacia el mantenimiento de altas tasas de emigración: así, para el quinquenio 2020-25 aún se esperaría un saldo migratorio anual de -261,000 personas, una cifra cercana a las de fines de siglo.

FIGURA 5



Históricamente, ciertas regiones de México se han caracterizado por su mayor tradición migratoria, en gran medida como resultado de las deprimidas condiciones de vida de sus áreas rurales. En el periodo 1990-1995, por ejemplo, algo más de la mitad de los migrantes eran originarios de nueve estados con alta tradición migratoria (Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas) (Bean et al, 1997)

Además, la migración interna –substantialmente de las áreas rurales a las ciudades y sobre todo a las grandes metrópolis- ha desempeñado un papel clave en el proceso de urbanización que México ha experimentado en la segunda mitad del siglo XX. En estos momentos, casi dos terceras partes de la población mexicana vive en zonas urbanas, mientras en 1970 esta proporción era solo del 46% (CONAPO, 1995).

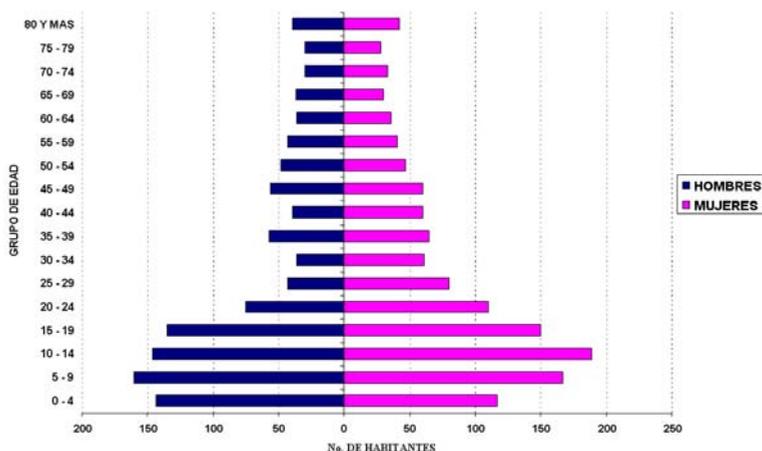
Obviamente, este notable flujo migratorio ha tenido un fuerte impacto en el volumen, estructura y distribución de la población en las localidades de origen y destino de los migrantes, y lógicamente, serias implicaciones para los servicios de salud. A partir del análisis de la situación de Jalisco a nivel municipal, a mediano plazo, pudieran sacarse algunas ideas al respecto.

En primer lugar, es evidente la concentración de población en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) el segundo conglomerado urbano más grande de México: más de la mitad de la población del estado reside en ella -esto es, más de 3 millones de habitantes- y se prevé que para el 2010, el porcentaje sea aún mayor, cercano al 60% (CONAPO, 1996). En contraste, más de la tercera parte de los municipios de Jalisco (42 de 124) contaba con menos de 10,000 habitantes en 1995 (y algo similar se espera ocurra en el año 2010); incluso muchos de estos municipios (15 en 1995, 18 de acuerdo con las proyecciones en 2010) tendrían menos de 5,000 habitantes, por lo que en la práctica se estaría hablando de la existencia de un numeroso grupo de municipios “fantasmas” en la entidad. Por otra parte, en una alta proporción de municipios –el 38%, 47 de 124- se prevé que disminuya la población en números absolutos en los próximos 10 años, localizándose la mayoría de estos municipios en las áreas con mayor grado de marginación en el estado. Por último, al observar la estructura de la población por sexo y edades en uno de estos municipios -Cuautla, 1995- es fácil identificar el efecto producido por la emigración: a partir de la edad de 15 años, y en general, durante las edades productivas, se reduce sustancialmente la proporción de hombres, quedando el municipio, en la práctica, poblado por

mujeres, niños y ancianos –una situación común en los municipios del país donde las tasas de emigración son altas-.

FIGURA 6

PIRAMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO, MUNICIPIO DE CUAUTLA, JALISCO, MÉXICO, 1995



Ante esta realidad –que no es exclusiva de Jalisco- las instituciones públicas de salud tienen que buscar alternativas de organización que permitan un uso más racional de sus recursos y la atención adecuada a cada núcleo poblacional según sus características. En tal sentido algunas cuestiones deben ser discutidas a la mayor brevedad, en el contexto de una política sanitaria nacional, que entre otros aspectos, ha promovido la descentralización de los servicios de salud : ¿en un área como la ZMG –compuesta por cuatro municipios-, los servicios de salud deberían ser de carácter metropolitano o de carácter municipal?; ¿se deben “municipalizar” los servicios de salud en todos los municipios, o sólo en aquellos cuyo perfil demográfico y socioeconómico así lo demande?; ¿deben coexistir instalaciones de distintas instituciones de salud en municipios o localidades de escasa población?; ¿qué servicios deben brindarse prioritariamente en las áreas de alta emigración, que poseen una estructura poblacional por sexo y edad muy diferente del promedio del estado o del país?. Estas son solo algunas de las interrogantes a contestar.

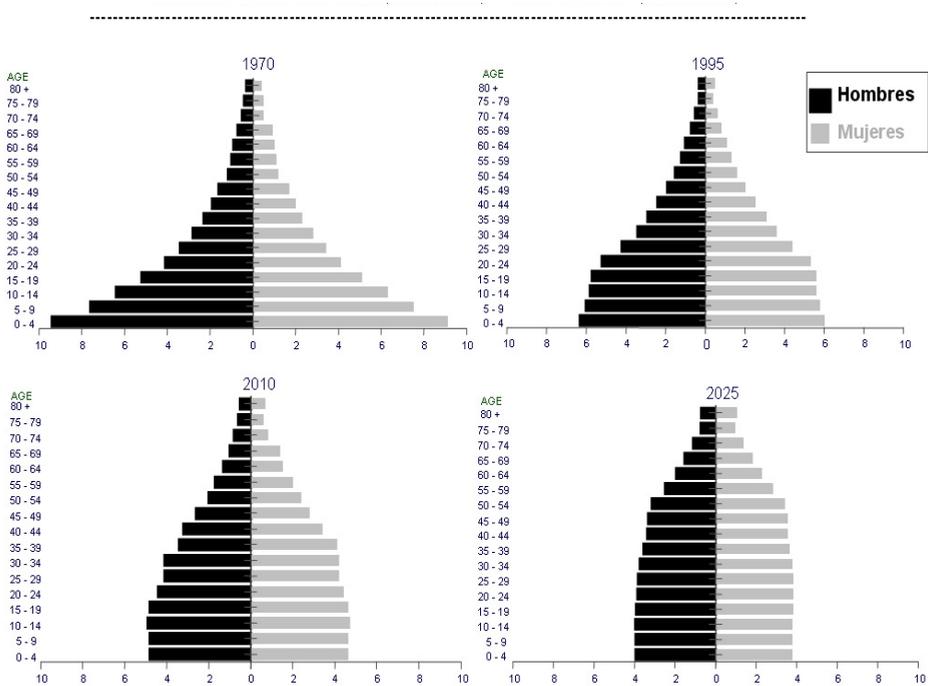
Por otra parte, junto a las altas tasas de emigración se ha observado el incremento del número de migrantes temporales, que luego de un período de trabajo fuera de casa –generalmente en los Estados Unidos-, retornan a su lugar de origen. Al regresar, y dadas sus condiciones de trabajo y de vida en el vecino país, estos migrantes pueden ser portadores de enfermedades transmisibles –en particular VIH y SIDA, pero también tuberculosis, por solo nombrar algunas- o presentar diversos tipos de adicciones, entre otros problemas de salud (Bronfman, 1999) . De hecho, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA) considera que los migrantes afectados por VIH o SIDA son un factor decisivo para la “ruralización” de este problema de salud en México (Magis-Rodríguez et al, 1995). Por estas razones las instituciones sanitarias deben identificar aquellas áreas donde este fenómeno migratorio es más frecuente, y desarrollar oportunamente actividades encaminadas a prevenir, o en su caso atender los problemas derivados de tal situación.

EL CRECIMIENTO POBLACIONAL

Para el quinquenio 1990-95, la tasa de crecimiento natural del país fue, en promedio, de 2.1 % anual. El saldo neto migratorio que México mantuvo con el exterior fue negativo (0.3%), por lo que el

crecimiento total de la población se redujo a 1.8% anual durante el lapso antes mencionado. Si se compara esta tasa de crecimiento con la que mostraba México en el quinquenio 1965-70 (3.2%), la reducción es evidente. Sin embargo, si bien es un hecho que el ritmo de crecimiento demográfico ha disminuido en las últimas décadas, esto no ha impedido que la población siga aumentando rápidamente en números absolutos: en términos prácticos, el incremento poblacional absoluto anual, a fines del siglo XX, continúa siendo muy similar al de hace 30 años. De acuerdo con el Censo de Población de 1995, la población de México ascendía a cerca de 92 millones de habitantes (un incremento casi de 300% con respecto a la población de México en 1950, aproximadamente 25 millones), y esta tendencia al incremento seguramente prevalecerá en el futuro próximo, lo que resulta en gran medida de la llamada inercia demográfica, un impulso al crecimiento que se esconde tras la estructura por edades de la población; según las proyecciones de población más recientes, México tendría alrededor de 112 millones de habitantes en 2010 y aproximadamente 130 millones entre el 2025 y 2030, cifras estas que lo colocarían entre los 10 países mas poblados del mundo para tales fechas.

FIGURA 7
MEXICO. PIRAMIDES DE POBLACION POR EDAD Y SEXO EN AÑOS SELECCIONADOS.
DATOS OBSERVADOS (1970,1995) Y PROYECTADOS 2010,2025)



Source: CELADE, América Latina: Proyecciones de Población. Santiago de Chile 30 (54),1997

Obviamente, los recursos humanos y materiales requeridos para atender a una población en continuo crecimiento son cada vez de mayor magnitud; así, para mantener la misma razón de habitantes por médico existente en 1998 (767) habría de incrementarse la cifra de médicos actuales (alrededor de 125,000) en 20,000 más para el año 2010 y en 44,000 más para el período 2025-2030. Si se trata de satisfacer los indicadores internacionales de enfermeros por médico (3 por cada médico), harían falta formar para el año

2010 más de 200,000 enfermeros adicionales a los existentes en 1998 (CONAPO, 1998). De igual modo, los odontólogos, las camas hospitalarias, el número de consultas externas, por solo citar algunos otros tópicos, deberían incrementarse sustancialmente para hacer frente a las necesidades de una población creciente.

EL ESTADO DE LA POBLACION

El comportamiento en el tiempo de las variables demográficas determina no solo el crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su estructura por sexo y edad. Por un lado, la reducción de la mortalidad implica un paulatino incremento de la supervivencia, reflejada en la pirámide de población por el número cada vez mayor de personas que llegan con vida hasta las edades adultas y avanzadas. Por el otro, la disminución de la fecundidad se manifiesta en un estrechamiento de la base de la pirámide, puesto que a medida que este proceso se acentúa, el número de nacimientos es cada vez menor. Ambos procesos conducen a un gradual envejecimiento de la población, caracterizado por una menor proporción de niños y jóvenes, así como un aumento del peso relativo de las personas en edades adultas y avanzadas. Por su parte, el efecto de la emigración –sustancialmente hacia Estados Unidos- se evidencia sobre todo a través de la pérdida de población masculina en el grupo de edades 15-44.

Entre 1970 y 1995 son notorios los cambios que se aprecian en la composición por edades de la población: disminuye claramente la proporción representada por la población menor de 15 años (de 47.5 a 35.8%); aumenta la población entre 15 y 64 años de edad (de 48.8 a 61.3%), mientras que la de 65 años y más aumentó levemente su peso relativo, de 3.7 a 4.2%. Para el año 2010, estos cambios se acentúan aún más, previéndose un estrechamiento todavía mayor de la base (alrededor del 28% de la población tendría menos de 15 años) y un incremento proporcional de la población anciana (los de 60 y más representarían alrededor del 9% del total de la población –es decir, unos 10 millones de personas- mientras que los de 65 y más alrededor del 6%). Por otra parte, cabría esperar que entre el 2025 y el 2030, aproximadamente el 14% de la población del país tuviera 60 años o más (o sea, alrededor de 18 millones de personas), y en particular 10% fuera mayor de 64 años, mientras que solo el 23% tendría menos de 15 años.

Estas cifras, si bien reflejan el claro proceso de envejecimiento de la población mexicana, no guardan comparación con la situación que, en su mayoría, presentan actualmente los países desarrollados: hacia el año 2030, México contará con una estructura por edades apenas parecida a la de algunos países europeos en los años 80's. No debe obviarse, sin embargo, que gracias al descenso acelerado de la fecundidad, este proceso se está dando en México –y en general en los países subdesarrollados- a una velocidad mayor que la observada en los países desarrollados, lo que implica, por una parte, que México debe enfrentar esta nueva situación con un nivel de desarrollo socioeconómico inferior al que tenían los países desarrollados cuando vivieron esta transición, y por otra, que el país dispone de menos tiempo del que dispusieron las naciones europeas y norteamericanas para buscar las respuestas adecuadas a tal situación. (Tabutin, 1986)

Indudablemente, el proceso de envejecimiento demográfico implicará una redistribución significativa de recursos para satisfacer las necesidades de la población, en particular la demanda de servicios de salud y seguridad social. En el futuro próximo, el mayor incremento en números absolutos de la población de 60 años y más se daría entre 2010 y 2025 (mientras entre 1995 y 2010 el aumento sería del orden de los 5 millones, entre 2010 y 2025 sería de 8 millones), lo que pudiera dar a las instituciones de salud un margen de tiempo suficiente para elaborar estrategias encaminadas tanto a garantizar una atención especializada a las personas con algún grado de deterioro funcional, pues cabría esperar que millones de personas –mayoritariamente mujeres- se encuentren en esta condición ya en el año 2010, como a la prevención y atención oportuna de las enfermedades crónicas y degenerativas (como diabetes mellitus, tumores malignos, o enfermedades cardiovasculares) cuyas cifras, sin dudas, se incrementarán en un futuro próximo. Por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud II (FUNSALUD, 1997), la prevalencia de diabetes mellitus en la Población mayor de 15 años fue estimada en 6.7%; si esta prevalencia se mantuviera constante, en vez de 4 millones de diabéticos en el país en 1995, en el año 2025 habría 7 millones (o sea, 3 millones más de diabéticos), solo como resultado de los cambios demográficos experimentados en México durante este período.

A pesar de que el margen de tiempo antes mencionado parece suficiente, es necesario que las instituciones de salud y seguridad social estén preparadas desde ahora para afrontar esta realidad y así ampliar la cobertura y la calidad de los servicios dirigidos al cuidado de aquellos individuos que padecen algún tipo de discapacidad, a la par de buscar los mecanismos que garanticen una atención adecuada al creciente número de personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas o que están expuestos a factores asociados a las mismas. En este contexto, la formación de especialistas capaces de atender a la creciente población anciana –gerontólogos, geriatras- es fundamental.

En tal sentido, un ejemplo fehaciente de los problemas de salud relacionados con el envejecimiento poblacional que necesitan una intervención oportuna lo constituye el tabaquismo. Estudios realizados en los años 90's han puesto de manifiesto que el tabaquismo (una de las epidemias emergentes del siglo XXI, como ha sido llamada por la OMS) puede ser responsable de entre el 6 y el 8% de las defunciones ocurridas en el país (Tapia et al, 1994; González y Vega, 1995; Muñoz, 1999). Si se piensa que el efecto del hábito de fumar sobre la salud se materializa a una edad relativamente avanzada, los cambios en la estructura por edades de la población mexicana podrían llevar a que en el siglo XXI, de no tomarse las medidas pertinentes, la mortalidad atribuible al tabaquismo se incrementara considerablemente.

Otro hecho notable que destaca al analizar la estructura por sexo y edad presente y futura de la población mexicana es la existencia de más mujeres que hombres a partir de los 20-25 años, situación esta que refleja el efecto simultáneo tanto de la emigración masculina en edad productiva como de la sobremortalidad masculina. Esto se traduce, en las edades más avanzadas, en un claro predominio del sexo femenino. Ahora bien, los cambios ocurridos en los últimos años en la actividad laboral femenina –en particular su mayor incorporación al trabajo remunerado fuera del hogar- y la posible incidencia de ello en el perfil sanitario de las mujeres, podría en un futuro atenuar las diferencias en la longevidad entre mujeres y hombres (Lassonde, 1996), aunque sin dudas, en los próximos años las mujeres ancianas serán todavía mucho más numerosas que los hombres.

DISCUSION

Es bien conocido que los ejercicios de prospectiva demográfica, más que intentar describir con precisión absoluta la situación demográfica de una nación a mediano y largo plazo, pretenden, esencialmente, predecir de forma razonable el volumen, la dinámica y la composición de la población en un futuro mediano. Para alcanzar un mayor grado de certeza, las proyecciones demográficas requieren ser realizadas a partir de datos confiables y ser actualizadas periódicamente a medida que existe una nueva información acerca de los niveles y tendencias de los factores del cambio demográfico.

Aunque no puede asegurarse que la cobertura de los registros de estadísticas vitales en México sea completa en todas las regiones del país, es indudable la mejoría en este aspecto, al igual que en la calidad de la información recolectada en los últimos años. A su vez, la cobertura de los censos es cada vez mayor, así como la calidad de la información censal (Pimienta, 1998). Si a lo anterior se agrega que la metodología empleada tanto por CELADE como por CONAPO para realizar la proyección ha sido validada internacionalmente, se puede afirmar que la información analizada en el presente trabajo conforma una previsión razonable de las características que tendrá la población mexicana, en cuanto a su estructura y dinámica, en el primer cuarto del siglo XXI.

En el presente documento no se discuten algunos aspectos que indudablemente repercuten en la salud de la población (como el empleo, la educación o la vivienda, entre otros) estrechamente relacionados con el comportamiento de las variables demográficas, pero para los cuales los servicios de salud no pueden dar una respuesta directa o definitiva. Tampoco se ha considerado la relación entre crecimiento demográfico y degradación ambiental, lo cual indudablemente limita el alcance del presente trabajo. Sin embargo, los tópicos abordados permiten identificar un conjunto de elementos que constituyen, sin dudas, desafíos a enfrentar por las instituciones públicas de salud y seguridad social del país en los años venideros, aún cuando se asume que una respuesta integral a tales retos requiere de la acción coordinada de diversos sectores del país y no solo del sector salud.

Así, en primer lugar los servicios de salud de carácter público deberán garantizar en los próximos años una atención oportuna y pertinente a la creciente población adulta y anciana de la nación, pero a la par, mantener

en una alta prioridad la atención a la madre y al niño: si bien el proceso de envejecimiento es evidente, México no será -como muchos suponen- “un país de viejos” dentro de 10, 15 o aún 25 años. La inercia demográfica antes mencionada lleva implícito que el promedio de nacimientos anuales y el número de mujeres en edad reproductiva se mantenga relativamente elevado en las próximas décadas, lo cual permite predecir que a corto y mediano plazo habrá una “coexistencia de demandas” (Alfonso y Mena, 1999), por lo que en gran medida, el reto para las instituciones de salud en los años venideros estará en combinar inteligentemente estrategias de prevención, atención y redistribución de recursos, que abarquen tanto a la población materno-infantil como a la adulta y la anciana en los distintos niveles de atención.

Especialmente, las instituciones de seguridad social del país enfrentan el desafío de garantizar una mejor calidad de vida para los numerosos contingentes poblacionales que inevitablemente arribarán a la “tercera edad” en las primeras décadas del siglo XXI. Con un sistema de pensiones que parece hoy en día obsoleto, al cual apenas el 40% de la población tiene acceso (INEGI, 2000) y que ofrece pensiones mínimas a la mayoría de los asegurados, la seguridad social debe renovarse sustancialmente e incrementar su cobertura si se quiere que los millones de ancianos que vivirán en México en los próximos años –predominantemente urbanos, mayoritariamente mujeres- posean los recursos suficientes para tener una calidad de vida satisfactoria.

Además, es imperiosa la necesidad de formar recursos humanos en el campo de la salud capacitados para encarar –tanto en términos cualitativos como cuantitativos- la nueva realidad demográfica del país, producto del crecimiento demográfico y las modificaciones en la estructura por edades de la población. En tal sentido, no es suficiente tener más médicos o enfermeras (por mencionar solo un ejemplo), sino que es necesario brindarles un entrenamiento cualitativamente diferente que los califique para enfrentar tanto los problemas de salud actuales como aquellos que serán cada vez más relevantes en el futuro cercano –aquellos propios de la tercera edad, los factores de riesgo asociados a estilos de vida, entre otros- y al mismo tiempo, estar en condiciones de utilizar la tecnología médica de punta y los conocimientos de vanguardia en campos como el de la genética o la biología molecular, por ejemplo.

Por otra parte, el sistema de salud mexicano necesita fortalecer (o desarrollar en aquellos casos que fuera necesario) la infraestructura sanitaria del país, para que pueda brindar una cobertura sanitaria apropiada a todos los mexicanos, independientemente de su posición social y que sea capaz de afrontar adecuadamente los requerimientos derivados de la diversidad demográfica mostrada por las diferentes regiones del país (en cuanto a tamaño, estructura y dinámica poblacional) y por consiguiente, hacer un uso más racional de los recursos disponibles.

Finalmente, las instituciones de públicas de salud del país deben jugar un importante papel en la reducción de las notables diferencias que aún separan a México de los países desarrollados y de otros países latinoamericanos en cuanto a indicadores de mortalidad y fecundidad; si bien las condiciones socioeconómicas del país son un factor clave en la modificación de estos indicadores demográficos, es indudable que un incremento en la oportunidad y calidad de la atención médica ayudaría a reducir el exceso de mortalidad que todavía existe en México.

Los desafíos a los que se enfrenta el sistema de salud mexicano no son solo de tamaño, sino también de naturaleza. Así, la nueva situación demográfica del país no solo implica retos cuantitativos –asociados con el crecimiento poblacional o su concentración en ciertas edades- sino también cualitativos, relacionados con la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población. Estos retos –obviamente yuxtapuestos- son mayores en la medida en que el crecimiento económico del país no ha podido garantizar un desarrollo social que lleve implícito una redistribución del bienestar y una mayor equidad social, y por ende, sanitaria. De tal forma, es evidente que las respuestas a estos desafíos rebasan la posibilidad de gestión del sistema de salud.

Muchos de estos retos que se vislumbran en el horizonte de la salud en México–y en especial los que tienen un sustento demográfico- están determinados por sucesos vividos en el pasado reciente del país y no van a desaparecer por arte de magia. No obstante, la integración de los aspectos demográficos a la planificación sanitaria en los distintos niveles de gestión y el tomar en cuenta las predicciones demográficas sobre el comportamiento probable de la población mexicana en las primeras décadas del siglo XXI en las reformas emprendidas por el sistema de salud mexicano parecen ser elementos indispensables para que las instituciones de salud estén en condiciones de dar una respuesta apropiada a los desafíos poblacionales de comienzos del nuevo siglo.

REFERENCIAS

- Alfonso JC, Mena M. Envejecimiento, un reto adicional. Apuntes para su estudio en América Latina. En Bronfman M y Castro R. Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. EDAMEX-INSP, México, 1999: 441-464
- Araujo L, Llorens J (coord.). La lucha por la salud en Cuba. Siglo XXI, México, 1985
- Bean F, Corona R, Tuirán R, Woodrow K. The Quantity of Migration between Mexico and the United States. En Estudio binacional México-Estados Unidos sobre la migración bilateral, Capítulo I, Washington y México, 1997
- Bobadilla JL, Frenk J, Lozano R, Frejka T, Stern C. The epidemiological transition and health priorities. En Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL (eds.): Disease control priorities in developing countries. Oxford University Press, New York, 1993: 51-63
- Bronfman M. La prevención de VIH/Sida en trabajadores migrantes en la frontera México-EE.UU. En Briceño-León R: Ciencias Sociales y Salud en América Latina: un Balance. Fundación Polar, Caracas, 1999: 293-316
- Camposortega S. Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980. El Colegio de México, México DF, 1992.
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). América Latina: Proyecciones de Población. Santiago de Chile: Año 30, No. 59, 1997
- Consejo Nacional de Población & Centro Latinoamericano de Demografía. México: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2000. México, 1983.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Estimaciones de la población base y proyecciones de población 1990-2030. México, DF, 1995.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de Jalisco. México DF, 1996
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyección de la Población de México, 1996-2050. CONAPO, México, 1997
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de México. DF, México. CONAPO, 1998.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Retos Demográficos 2000. La población, un desafío permanente. In <http://www.conapo.gob.mx/relevante/reto2000.htm>, 2001
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). Economía y Salud. Propuesta para el avance del Sistema de Salud en México. México, 1997
- González-Pérez GJ & Vega-López MG. Estudio de la Mortalidad atribuible al tabaquismo en Jalisco, México. Revista Española de Salud Pública, 69: 509-518, 1995.
- González-Pérez GJ, Vega-López MG, Muñoz A, Cabrera C. Cambios recientes de la fecundidad en México y sus implicaciones para los servicios de salud. Investigación en Salud, 2 (4):44-51, 2000

Hernández-Laos E. Prospectiva demográfica y económica de México. Consejo Nacional de Población (CONAPO), México, DF, 2000.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas Sociodemográficas. Volumen II: Natalidad. Aguascalientes, México. INEGI, 1995.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Resultados Definitivos. Tabulados Básicos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Aguascalientes, México. INEGI, 1992

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas Demográficas. Cuaderno de Población No.4. Aguascalientes, México. INEGI, 1990

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Metodología y Tabulados. Aguascalientes, México. INEGI, 1993

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas Demográficas No.10. Aguascalientes, México. INEGI 1999.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI): Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos. INEGI, Aguascalientes, 1997.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Resultados Preliminares, Censo de Población y Vivienda 2000. Aguascalientes, México, 2000

Lassonde L. Les défis de la démographie. Éditions La Découverte, Paris, 1996

Magis-Rodríguez C, del Río A, Valdespino JL, García ML. Casos de SIDA en el área rural en México. Salud Pública de México, 37(6): 615-623, 1995

Peron Y, Strohmenger C. Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Statistiques Canada, Ottawa, 1985.

Pimienta R. Evaluación y ajuste de los datos censales de población, 1939-1990. Estudios Demográficos y Urbanos. Vol 13(1):183-124, 1998

Pol LG & Thomas RK. The Demography of Health and Health Care. New York. Plenum Press, 1992.

Tabutin D. L'âge vermeil du tiers monde: perspectives des populations âgées dans les pays jeunes. Chaire Quetelet, 1986.

Tapia R, Kuri P, Meneses F. Smoking Attributable Mortality- Mexico 1992. MMWR, May 19, 44(19): 372-81, 1994

Tuirán R. Desafíos Demográficos de México en el Nuevo Milenio. Este País, 85: 84-93, 1998

UNICEF. The State of the World's Children 1998. London. Oxford University Press, 1998

United Nations. Prospects of Population; Methodology and Assumptions. New York, 1970.

Welti C. La Fecundidad en México. Tomo V. Aguascalientes, México. INEGI, 1995

[PARTE III]

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: LUCES Y SOMBRAS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL: ESTRUCTURA Y COMPETENCIAS. EL PAPEL DEL ESTADO Y EL DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS. LA ATENCION PRIMARIA Y LA ATENCION ESPECIALIZADA. LA COORDINACION ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES

José Martínez Olmos.
María Isabel Baena Parejo.

INTRODUCCION. ANTECEDENTES HISTORICOS

España dispone en la actualidad de un Sistema Nacional de Salud (SNS) con las características típicas de un SNS de *financiación pública por impuestos, cobertura universal, orientación integral de sus servicios, profesionales funcionarios del sistema* entre otras; como casi en cualquier análisis que se haga de una determinada situación y para la correcta comprensión del sistema de salud español es evidente que se requiere conocer y valorar de forma somera su historia reciente porque en el conocimiento y valoración de estos datos y hechos históricos se encierran claves de interés que han determinado las características actuales del sistema español y que condicionan en parte la situación de crisis de la última década que acontece en muchos países desarrollados.

Las referencias históricas del sistema español más relevantes en cuanto a su influencia en la actual configuración del mismo se remontan a la época de la dictadura franquista (1939-1975), que dio origen a un sistema de salud en el que las actividades asistenciales y las de salud pública estaban separadas al depender de estructuras ministeriales diferentes. Así, las actividades asistenciales ubicadas en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (sistema basado en la Seguridad Social creado en 1942 por la Ley de 14 de diciembre), dependían del Ministerio de Trabajo bajo cuyo impulso se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP) para proteger determinadas contingencias de empresarios, trabajadores y familiares a su cargo. Por su parte, las actividades asistenciales de la beneficencia para la población no cubierta por las prestaciones de la seguridad social y las de asistencia pública domiciliaria (la antigua salud pública que se preocupaba de campañas de vacunaciones, la asistencia de enfermedades de trascendencia social, policía sanitaria mortuoria y otras, además de asistencia a la población de los padrones municipales de beneficencia), eran dependientes del Ministerio de la Gobernación, departamento encargado fundamentalmente de la seguridad y del orden público, al que se asigna una Dirección General de Sanidad y que regula sus actividades, competencias y funciones según la Ley de Bases de Sanidad de 1944.

A su vez y como consecuencia de la diferente finalidad de estas redes ministeriales así como de su diferente dependencia administrativa, los recursos asistenciales estaban diferenciados claramente, los de la población que cotizaba a la Seguridad Social y que por tanto tenía cobertura asistencial por los recursos del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad, de los de la población sin recursos que recibía asistencia sanitaria de la Beneficencia estatal y municipal cuyos recursos e instalaciones eran más escasos y de peor calidad, lo cual determinó la existencia de un sistema dual. (**ELOLA 1991**)

No obstante, siendo este el precedente histórico más inmediato y de mayor influencia para el actual Sistema Nacional de Salud hay que reseñar que en los años 60 y 70 y debido a múltiples factores (las reformas estructurales de la economía con los Planes generales de desarrollo, la masiva emigración de españoles a diversos países, el importante desarrollo del turismo, etc.), se propició un cierto desarrollo social y económico del país que tuvo su reflejo en el sistema de seguridad social, de tal forma que al comienzo del actual periodo democrático, el Seguro Obligatorio de Enfermedad cubría alrededor del 80% de los ciudadanos españoles y disponía de una red asistencial que, aún cuando albergaba grandes carencias y sus recursos se distribuían poblacional y geográficamente de forma desigual, era una red con una amplia gama de prestaciones y de una calidad aceptable en muchos de sus servicios.

Esta red asistencial de la seguridad social es el precedente más inmediato del actual SNS; pero, ¿cómo era el sistema sanitario heredado de la dictadura? ¿cuáles eran sus principales características? El sistema sanitario en el inicio del actual periodo democrático allá por 1978 se caracterizaba como un sistema *dual* (dado que disponía de unos servicios más abundantes y de mejor calidad para ciudadanos con recursos y otros servicios más escasos, peor dotados y de peor calidad para ciudadanos sin recursos), como un sistema con *enormes desigualdades* en su distribución geográfica y regional dado que fue concentrando sus recursos en grandes ciudades frente al medio rural y en unas regiones frente a otras, como un sistema con *poca o escasa coordinación* entre las dos redes públicas existentes (la del Seguro Obligatorio de Enfermedad y la de la Beneficencia) y entre servicios de una misma red, así como un sistema con una *orientación asistencial y hospitalocentrista* y por tanto, con un *débil desarrollo de la atención primaria*; de hecho, la época de mayor desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (los años 60 y 70), es una época que se caracteriza por el desarrollo de grandes hospitales (ciudades sanitarias) y ambulatorios de especialidades. (**ELOLA 1991**)

Cuadro 1.- Características del sistema sanitario español al finalizar la dictadura franquista.

-
- 1.-Sistema Dual:** Dos redes, una para la seguridad social y otra de beneficencia
 - 2.-Sistema Desigual:** Por su diferente distribución geográfica y regional, concentrando recursos en grandes ciudades.
 - 3.-Sistema con escasa coordinación:** Tanto entre ambas redes como dentro de una misma red entre servicios hospitalarios y de atención primaria.
 - 4.-Sistema con orientación asistencial y hospitalocentrista**
 - 5.-Sistema con un débil desarrollo de la atención primaria de salud.**
-

PRINCIPIOS GENERALES, ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. COMPETENCIAS Y PAPEL DEL ESTADO Y DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS

La estructura actual del Sistema Nacional de Salud español está determinada por la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril, B.O.E. de 29 de abril de 1986) que viene a concretar el mandato de la Constitución española de 1978 que en sus artículos 43 y 49 determina el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y requiere a las Administraciones públicas para la adopción de las medidas idóneas a través de la organización y tutela de la salud pública mediante medidas preventivas y a través de la organización de las prestaciones y los servicios necesarios que permitan satisfacer este derecho constitucional de los ciudadanos españoles. Tras la Constitución española de 1978 la norma básica pues,

para entender y conocer la estructura del sistema sanitario español es la Ley General de Sanidad, de la que se van a destacar a continuación las cuestiones más relevantes. (*ELOLA 1991, ELOLA 1994, DE MANUEL 1994, DE MIGUEL 1983*)

a) *Derecho a la protección de la salud y principios generales*

1. La Ley General de Sanidad determina en su artículo 1 que el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria es para “**todos** los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” por lo que se legaliza la **universalización** de la cobertura de las prestaciones sanitarias ya que por el hecho de ser ciudadano se obtiene el derecho a la prestación sanitaria.
2. Los principios generales del SNS en España son:
 - la **integralidad**, “orientación prioritaria a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”;
 - el **impulso de la igualdad y equidad** en el acceso al definir que “... el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”
 - y la **participación comunitaria** “... a través de las Corporaciones territoriales en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución”. (artículos 3, 4 y 5)
3. Los artículos 9, 10 y 11, definen los **derechos y deberes** de los ciudadanos y usuarios respecto a las administraciones públicas sanitarias con planteamientos avanzados en consonancia con el respeto a los derechos humanos y al reconocimiento de la condición de ciudadanos como “propietarios” del sistema.

b) *Competencias de las Administraciones públicas*

La configuración de España como un Estado de Autonomías orienta la organización político-administrativa del Estado hacia la descentralización de competencias estatales a cada una de las Comunidades Autónomas o regiones; la promulgación de Estatutos de Autonomía, que definen las competencias de estas regiones y regulan la creación y funcionamiento de Parlamentos y Gobiernos autónomos, ha sido otro de los factores determinantes para la comprensión de las características del actual Sistema Nacional de Salud español.

El SNS español es así, un sistema compuesto por 17 Servicios Regionales de Salud (uno por cada una de las Comunidades Autónomas que componen el Estado español); de hecho el artículo 44 de la Ley General de Sanidad define al SNS español como “las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud y como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”. Vemos así cómo el artículo 46 de esta Ley determina que el SNS español “*extiende sus servicios a toda la población, orienta sus actuaciones de forma integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) con altos niveles de calidad, integra sus recursos en un dispositivo único y determina su financiación con recursos de las administraciones públicas fundamentalmente*”. (*TEMES 1997, REY CASTILLO 1999, CATALA VILLANUEVA 1999*)

Las competencias del Estado son las referidas a **sanidad exterior y relaciones y acuerdos sanitarios internacionales** (artículo 38) y una serie de cuestiones relacionadas con las **bases de la sanidad** (artículo 40), **coordinación general** (artículo 70), **legislación sobre productos farmacéuticos y alta inspección** (artículo 43). Puede destacarse la responsabilidad en actuaciones relacionadas con “el control sanitario del **medio ambiente, reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, registro general sanitario de alimentos, industrias o instalaciones que los producen, listas de aditivos, componentes alimentarios, autorización y registro de medicamentos, programas de formación, homologación de puestos de trabajo, vigilancia epidemiológica, sistemas de información, etc.** entre otras, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas” (artículo 40).

Las competencias de las Comunidades Autónomas (artículo 41) serán las que determinen “sus Estatutos de Autonomía y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue”; en la práctica, todas las Comunidades Autónomas podrán ejercer competencias propias en materia de Sanidad e Higiene (entendida así la Salud Pública y la Administración institucional de la sanidad AISNA) y en materia de Sanidad y Seguridad Social (comprendida como la organización y gestión de servicios sanitarios, dado el antecedente comentado anteriormente del desarrollo pre-constitucional de un sistema sanitario basado en seguridad social, que en los años 80 comenzó a transformarse y transferirse a las Comunidades Autónomas).

Hay que reseñar que por una serie de razones históricas, sociales, políticas y administrativas, en la actualidad el panorama de competencias sanitarias en las 17 Comunidades Autónomas es el siguiente:

Todas las Comunidades Autónomas han constituido Servicios Regionales de Salud (según lo establecido en los artículos 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55) y gestionan las competencias en materia de Salud Pública (Sanidad e Higiene) con recursos materiales, humanos y económicos de titularidad y competencia regional o autonómica, pero sólo 7 Comunidades Autónomas tienen transferidos los servicios y competencias en gestión sanitaria (hospitales y centros sanitarios de primer nivel, personal y presupuestos).

Estas Comunidades son Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia; la gestión de los servicios sanitarios en las otras 10 Comunidades Autónomas de España está en la actualidad bajo la tutela del Gobierno central a través del Ministerio de Sanidad y Consumo que las gestiona mediante el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), aunque los objetivos del Gobierno central y de los de las Comunidades Autónomas contemplan la finalización del proceso de descentralización de competencias en la legislatura 2000-2004.

Cuadro 2.- Comunidades Autónomas con todas las transferencias en materia de salud y Real Decreto de transferencias.

Andalucía	R.D. 400/1984
Canarias	R.D. 446/1994
Cataluña	R.D. 1517/1981
Galicia	R.D. 1679/1990
Navarra	R.D. 1689/1990
País Vasco	R.D. 1536/1987
Valencia	R.D. 1612/1987

Según la memoria del INSALUD de 1999 este organismo, cuya dependencia es del Ministerio de Sanidad y Consumo, cubre la asistencia sanitaria de unos 14 millones de españoles (el 38,73% de la población total), mientras los casi 26 millones de españoles restantes están cubiertos por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas con las competencias sanitarias transferidas (61,27%).

El INSALUD destina un 45,9% de sus presupuestos a personal, el 15,5% a bienes y servicios, el 10,4% a conciertos con entidades privadas, el 22,2% a farmacia, el 4,1% a inversiones y el 1,9% a transporte de enfermos, prótesis y otras prestaciones. Estos recursos desde el punto de vista de los niveles asistenciales suponen un 37% para Atención primaria y un 58,7% para Atención especializada.

El territorio INSALUD como se suele denominar el territorio cuyas competencias de gestión sanitaria está aún bajo la tutela del Ministerio de Sanidad y Consumo, dispone de 82 hospitales con 37.255 camas, 837 quirófanos y 99 centros de especialidades; en atención primaria hay 1.173 Equipos de Atención Primaria con 12.175 médicos de familia y pediatras y 1.071 centros de salud. En total, en el INSALUD hay alrededor de 137.000 trabajadores de los cuales unos 29.000 son médicos/as y unos 36.000 son enfermeros/as.

Las Corporaciones locales (los ayuntamientos), tienen también competencias en “participar en los órganos de dirección de las Áreas de Salud, control sanitario del medio ambiente, contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales, control sanitario de industrias, edificios y viviendas, control sanitario de distribución y suministro de alimentos y bebidas y otros productos de consumo humano, control sanitario de cementerios y policía sanitaria mortuoria” según el Artículo 42.

El ejercicio de todas estas competencias de Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales se verifica mediante la alta inspección del Estado regulada en el capítulo 43 de la Ley General de Sanidad; a su vez el Estado y las Comunidades Autónomas coordinan sus actuaciones según se recoge en el capítulo de coordinación general sanitaria con los artículos 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76 y 77.

Al tiempo, la Ley crea el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** como “órgano permanente de comunicación e información de los Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración central y coordinará... principios básicos de la política de personal, ...productos farmacéuticos..., adquisiciones...planificación general...” compuesto por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de la Administración del Estado. (Artículo 47)

c) Niveles asistenciales

El SNS español es un sistema con dos niveles de atención: el nivel de la atención primaria de salud y el nivel de la atención especializada. (Artículo 56)

1. En el ámbito de la atención primaria de salud se atiende al individuo, la familia y la comunidad mediante fórmulas de trabajo en equipo, desarrollando programas preventivos y asistenciales en centros de salud cuyo ámbito de actuación es la zona básica de salud; en las zonas básicas de salud se han constituido Equipos de Atención Primaria de los que forman parte médicos de familia, pediatras, enfermeros, matronas y en algunas Comunidades Autónomas como el caso de Andalucía, trabajadores sociales y veterinarios entre otros profesionales.

2. En el nivel de atención especializada son los hospitales y los centros de especialidades los que prestan la atención de mayor complejidad a los problemas de salud; en ellos desarrollan sus actividades sanitarias los médicos especialistas y el personal de enfermería, junto a farmacéuticos y otros profesionales.

En equipos de alta tecnología nuestro sistema público de salud dispone de 402 equipos de tomografía axial computerizada, 150 de resonancia magnética, 214 gammacámaras, 146 salas de hemodinámica, 132 equipos de angiografía por sustracción digital, 74 equipos de litotricia extracorpórea por ondas de choque, 74 bombas de cobalto y 65 aceleradores de partículas, que constituyen un potente arsenal tecnológico de primera magnitud. (Catálogo de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo 1999).

Cuadro 3.- Centros sanitarios públicos.

Hospitales	Centros de salud	Consultorios	Ambulatorios
795	1.707	3.128	206

Fuente: INE España en cifras 1999

Los recursos humanos y materiales del sistema de salud español agrupados en los dos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) necesitan actuar coordinadamente y así, para su coordinación efectiva, la Ley General de Sanidad determina la creación de Áreas de Salud dirigidas por un órgano propio que pretende la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud; no obstante, esta

figura de gestión (las Areas de Salud) no se ha desarrollado en ningún territorio del Estado salvo contadas excepciones.

d) Recursos humanos

El Sistema Nacional de Salud español dispone de más de 350.000 profesionales trabajando en el conjunto de sus instalaciones, de los cuales unos 70.000 son facultativos y 106.000 son profesionales de enfermería. España disponía en 1992 del mayor número de médicos por 10.000 habitantes en toda el área de la OCDE (40 por cada 10.000 habitantes frente a los 15 por cada 10.000 habitantes de Reino Unido o 29 por cada 10.000 de Suecia).OCDE 1995.

Cuadro 4.- Personal sanitario colegiado 1998

Médicos	171.494
Odontólogos	16.133
Farmacéuticos	46.761
Veterinarios	20.833
Enfermeros	203.504

Fuente: INE España en cifras 1999

e)Financiación

En la actualidad, la financiación del SNS español se realiza a través de los Presupuestos Generales del Estado que vienen a financiar por medio de impuestos prácticamente un 100% del total del presupuesto nacional. La Ley General prevé en su artículo 79 que pueden ser fuentes de financiación las "...cotizaciones sociales, las transferencias del Estado, tasas por prestación de determinados servicios y aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales..."

Los Servicios Regionales de Salud se financian sobre la base de estos criterios: fundamentalmente mediante las transferencias de fondos que hace el Estado según los criterios acordados en los decretos de traspaso de competencias y según el sistema de financiación sanitaria que se acuerda para periodos concretos e, igualmente, las Comunidades Autónomas financian parte de los servicios con fondos propios. (**BAREA 1992, BAREA 1994**)

El sistema de financiación sanitaria vigente en la actualidad es un acuerdo del Consejo de política fiscal y financiera en el que el Estado y las Comunidades Autónomas con transferencias en materia de gestión sanitaria definieron para el cuatrienio 1998-2001 las cantidades económicas que podría disponer el conjunto del SNS español y su procedencia; se ha definido que la procedencia de estas cantidades sea de un **fondo general** (en función de la población de cada Comunidad Autónoma) que supone el 98,2 % de toda la financiación y para corregir entre Comunidades, se destina un **fondo de asistencia hospitalaria** (1,26% del total de la financiación) y **otro fondo de modulación de la financiación** (un 0,54% del total)con unos criterios de reparto entre cada una de las 7 Comunidades Autónomas con transferencias en gestión sanitaria y el Estado, para la gestión de la sanidad en las 10 Comunidades no transferidas y aún bajo dependencia del Ministerio de Sanidad y Consumo. (**JUNTA DE ANDALUCIA 1999**)

*Cuadro 5.- Distribución de fondos en el modelo de financiación de la sanidad
1998-2001 para el ejercicio 1999*

	General	Asis. Hospitalaria	Modulación	Total
Andalucía	714.368,6 (18,07%)	13.074,3 (25,74%)	0	727.442,9 (17,98%)
Canarias	160.784,6 (4,07%)	1.165,7 (2,29%)	0	161.950,3 (4,00%)
Cataluña	622.607,4 (15,75%)	24.775,6 (48,78%)	7.901,9 (36,46%)	655.284,9 (16,19%)
Galicia	273.262,4 (6,91%)	1.659,9 (3,27%)	3.939,9 (18,18%)	278.862,2 (6,89%)
Navarra	53.139,4 (1,34%)	146,4 (0,29%)	880,3 (4,06%)	54.166,1 (1,34%)
País Vasco	215.270,5 (5,45%)	570,8 (1,12%)	3.117,9 (14,66%)	219.019,2 (5,41%)
Valencia	404.231,3 (10,23%)	3.512,9 (6,92%)	0	407.744,2 (10,08%)
Total Serv.	2.443.664,2 (61,82%)	44.905,6 (88,41%)	15.900 (73,37%)	2.504.469,8 (61,89%)
Transferidos.				
Insalud	1.509.496,1 (38,18%)	5.887,9 (11,59%)	5.771,1 (26,63%)	1.521.155,1 (37,59%)
Centros Nacionales				20.852,3 (0,52%)
Total SNS	3.953.160,3 (100%)	50.793,5 (100%)	21.671,1 (100%)	4.046.477,2 (100%)

Hay que señalar que para el año 2000 el SNS español ha contado con un presupuesto global de 4,4 billones de pesetas de los cuales 1,6 billones son para financiar la asistencia a través de los servicios del INSALUD dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo y 2,8 para financiar la asistencia a través de los 7 servicios de salud regionales con las competencias transferidas. El anteproyecto de presupuestos para el 2001, prevé un incremento presupuestario de un 6,2% acercándose por tanto la cifra a los 4,8 billones de pesetas (En la fecha de elaboración de este capítulo, septiembre de 2000, el dólar americano cotiza a 167 pesetas).

f) La sanidad privada

La regulación de la sanidad privada en la Ley General de Sanidad reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario conforme al artículo 38 de la Constitución y determina la posibilidad de establecer conciertos con el sector privado haciendo que estos servicios sanitarios privados tengan un papel meramente complementario del sistema público.

El peso del sector sanitario privado en España en términos de gasto sanitario es de cerca de un 20% del gasto total del país en sanidad lo cual viene a suponer en términos de PIB un 1,57 según datos del Instituto Nacional de Estadística para 1997 publicados en Indicadores sociales de España 1998; en general, el papel del sector sanitario privado español es relativamente escaso, aunque es variable en función del territorio que se considere; en particular, en Cataluña, Canarias, Baleares y Madrid la presencia e implantación de servicios sanitarios privados es mayor que en el resto del país. Los conciertos con el sector privado sanitario en España suponen un porcentaje variable del total destinado a la atención sanitaria según el

territorio del país que consideremos; ya hemos citado que en el territorio INSALUD, bajo dependencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, los presupuestos de 1999 destinaron un 10,4% a concertos con entidades sanitarias privadas, aunque Comunidades como Cataluña destinan cerca del 40 % y otras como Andalucía destinan sin embargo alrededor del 5%.

Por otra parte, el seguro privado de salud es un sector que ha venido creciendo en los últimos años hasta tal punto que existen más de seis millones de pólizas de enfermedad que cubren servicios para uno de cada cuatro españoles y mueve más de 400.000 millones de pesetas al año.

Muchas han sido las polémicas relacionadas con el papel del sector sanitario privado en España y su necesidad o no de crecimiento o subsidiariedad respecto al servicio sanitario público. Lo cierto es que, con el paso del tiempo, la evolución del sector sanitario privado no ha ido decreciendo sino al contrario, siendo hoy un sector en expansión fruto del intento de obtener clientes sobre la base de deficiencias reales o no del sistema público (listas de espera, dificultad para elección de médico, trato personalizado, habitaciones individuales, etc.) que probablemente hacen atractivas las ofertas de las pólizas para un sector de población cada vez más amplio. (**LOBO 1993, MANSILLA 1986**)

Así mismo, merece destacarse la experiencia novedosa del Hospital de la Ribera en Alzira (Valencia) gestionado mediante concesión por parte del Gobierno autónomo de la Generalitat Valenciana durante diez años (1999 a 2008) a una Unión Temporal de Empresas constituida por Adeslas, Caja de Ahorros Bancaja, CAM y Caixa Carlet, Dragados y Construcciones y Lubasa, para la construcción, equipamiento y prestación de servicios de atención especializada en un Hospital de carácter comarcal que presta servicios públicos a los habitantes de esa comarca mediante gestión privada; esta experiencia ha sido discutida y polemizada en varias ocasiones en el Parlamento español y en las Cortes Valencianas.

g) Prestaciones del Sistema nacional de salud español

Las prestaciones sanitarias en el sistema de salud español se han ido introduciendo históricamente con escasa definición y evaluación previa y a impulsos del desarrollo tecnológico y de la ciencia médica; no ha sido hasta muy recientemente que se ha planteado la ordenación de las prestaciones mediante una norma legal (el R:D: 63/95) que reconoce las prestaciones con un carácter positivo y asegura su financiación con cargo a los presupuestos del SNS.

La pretensión de esta ordenación de las prestaciones efectuada en 1995 es la de favorecer la comprensión por parte de los ciudadanos de cuáles son estas prestaciones y la determinación de las expectativas que se pueden poner en el sistema de salud, además de favorecer una incorporación de tecnologías basada en dos criterios fundamentales:

- a) la evaluación previa de una tecnología que permita determinar la contribución de esa tecnología a la mejora de la efectividad de las actuaciones del sistema de salud y b) la seguridad del sostenimiento presupuestario de esta nueva prestación al estar dotada del presupuesto necesario para su aplicación efectiva en el sistema de salud.

Así, la definición de las prestaciones sanitarias en el SNS español se fundamenta en la utilización de técnicas y métodos dirigidos a preservar o mejorar la salud, sustentados en el acuerdo científico sobre su eficacia; por eso, no será prestación sanitaria aquella que no presente pruebas evidentes sobre su seguridad y eficacia clínica o haya sido superada por otra disponible, aquella que no tenga suficientemente probada su eficacia o aquella que se trate de una actividad de ocio, descanso, deporte o mejora estética.

A partir de estos planteamientos introducidos en este Real Decreto, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias cobra un papel de extraordinaria relevancia en la evaluación previa de nuevas tecnologías y en la evaluación continua de las tecnologías aplicadas en la cotidiana actividad de los servicios sanitarios.

El SNS español dispone así de una ***amplísimo catálogo de prestaciones*** sanitarias que contempla la práctica totalidad de servicios que la medicina es capaz de ofrecer (desde la asistencia más elemental, las urgencias y hasta las emergencias o los trasplantes de órganos y tejidos más complejos) ***de manera gratuita*** y ***universal***, con las excepciones de la financiación de productos farmacéuticos que requieren un aporte

económico de aquellos usuarios no pensionistas, algunos productos farmacéuticos específicos, o determinadas prestaciones protésicas y de salud dental, entre otras no cubiertas con los criterios generales de gratuidad y universalidad aplicables para la gran mayoría de las prestaciones. (*ALVAREZ DARDET 1993, MARTINEZ OLMOS 1998, MARTIN 1998*)

LOS NIVELES ASISTENCIALES

La organización de los servicios sanitarios en dos niveles asistenciales pretende ordenar las prestaciones sanitarias y la oferta de servicios según un orden lógico en el sentido de hacer más accesibles los servicios sanitarios básicos que responden a las necesidades de salud más frecuentes y prevalentes, de tal forma que este tipo de servicios esté muy accesible a los ciudadanos. Las prestaciones y los servicios de más complejidad y menos prevalentes -es decir, la oferta de servicios hospitalarios-, constituyen el nivel de atención especializada por, la cual, aún estando distribuida con criterios de equidad y accesibilidad, está menos extendida en la geografía que los servicios de atención primaria.

De esta forma, se dice que los servicios de atención primaria han de poder resolver en torno al 80% de los problemas de salud de los ciudadanos a los que tiene que atender y además, desde que en 1978 la OMS en la Declaración de Alma Ata propugnó el desarrollo de servicios de atención primaria de salud de carácter integral, estos servicios han de promover actividades preventivas y de promoción de salud para hacer énfasis en los aspectos de salud pública que permitan evitar las enfermedades prevenibles en sus ámbitos de actuación. Por su parte, los servicios de atención especializada han de organizarse para responder de manera coordinada con los de atención primaria a los problemas de salud que superen los ámbitos tecnológicos del primer nivel.

Surge así, la necesidad de cuidar los mecanismos de coordinación y de transferencia de pacientes entre los centros de atención primaria y los hospitales y viceversa, para que los servicios y los profesionales de ambos niveles respondan adecuadamente a los requerimientos y a las necesidades de salud de los pacientes y población en general con criterios que permitan la mayor eficacia, efectividad y eficiencia posibles.

En España, la necesaria coordinación e integración de las acciones de los servicios de atención primaria y atención especializada recae legalmente en unos órganos denominados Áreas de Salud en la Ley General de Sanidad de 1986. A pesar de esta previsión legal, es un hecho cierto que las Áreas de Salud tienen en la actualidad un escaso desarrollo en el sistema sanitario español. Y la realidad es que la coordinación y la integración entre los niveles asistenciales son, aún hoy, asignaturas pendientes. (*ORTUN 1997*)

LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Los servicios de atención primaria de salud en el sistema sanitario español tienen el origen de su orientación filosófica en los principios organizativos de la Declaración de Alma Ata de 1978 de la OMS, que propugnaba una serie de principios entre las que cabe destacar los siguientes:

- la atención primaria ha de ser **la puerta de entrada al sistema de salud** y por lo tanto, debe ser el primer escalón en el que las necesidades de salud sean resueltas en primera instancia.
- la orientación de sus actividades ha de permitir ofrecer **servicios de carácter integral** y por lo tanto, **la prevención, la promoción de la salud, la asistencia y la rehabilitación de la enfermedad**, han de guiar la actuación de los servicios.
- la atención primaria ha de responder a las necesidades de salud de los ciudadanos y con esta finalidad, **la participación de la comunidad** en la planificación y el funcionamiento de los servicios ha de ser promovida y fomentada.
- la atención primaria ha de fomentar **la acción intersectorial** que contribuya a hacer eficaces las actividades de sus servicios en la lucha contra las enfermedades y problemas de salud que, por su naturaleza multifactorial tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes de tráfico y otras, requieren de acciones de los servicios de salud y de servicios de otros sectores para ser enfrentadas con eficacia.

- la atención primaria incorpora a las acciones de salud de sus servicios *el trabajo multidisciplinar* que aportan diverso tipo de profesionales que como los médicos, los enfermeros, los farmacéuticos, los veterinarios, los trabajadores sociales y otros, tiene aportaciones potenciales relevantes para la prevención la promoción de la salud, la asistencia y la rehabilitación de las enfermedades.
- la atención primaria ha de fomentar *el trabajo en equipo* a fin de incorporar las acciones de los profesionales sanitarios anteriormente citados.
- la atención primaria ha de orientar sus actuaciones hacia el individuo y *hacia la comunidad* en la que los individuos están insertos.

Sobre la base de este tipo de principios, la Ley General de Sanidad de 1986 definió en su artículo 6 que las actuaciones del sistema de salud han de orientarse "...a la promoción de la salud, ...la educación sanitaria de la población,a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas y...a promover la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente". Al mismo tiempo, la Ley General considera en su artículo 8 que "...la realización de estudios epidemiológicos para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud y.....la planificación y evaluación sanitaria a partir de un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica...", ha de ser una actividad fundamental del sistema.

Igualmente, el artículo 18 de la Ley General de Sanidad establece el conjunto de las actuaciones sanitarias del sistema de salud que son coincidentes con esta visión del sistema propugnada en la Declaración de Alma Ata; puede destacarse que el punto 2 de este artículo establece que una de estas actuaciones será "la atención primaria integral de salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad".

Así quedan sentadas las bases teóricas y legales de la atención primaria de salud como nivel asistencial del sistema nacional de salud español; el desarrollo de los servicios de atención primaria tiene, a partir de ahí, una referencia filosófica que se concreta en ámbitos geográficos de planificación (*las zonas básicas de salud*), que pretenden y permiten la equidad en el acceso a los servicios de toda la población de la zona de actuación; también la definición del *centro de salud* como el espacio arquitectónico en el que se desarrolla el trabajo de los profesionales de atención primaria, tiene en esta Ley General su concreción operativa.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan sus actividades sanitarias los centros de salud, como centros integrales de atención primaria (artículo 63). En general la zona básica de salud es una demarcación territorial en la que el centro de salud se ubica a menos de 30 minutos de cualquiera de los municipios o núcleos de población que la componen; ene esta demarcación territorial suelen residir entre 5.000 y 25.000 habitantes como criterio de planificación general.

Los centros de salud ubicados en las zonas básicas de salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo, todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica. (artículo 63)

Las funciones de un centro de salud son las de albergar la estructura físicas de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica, albergar los recursos materiales precisos para la realización de exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona, servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios, facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona y mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia. (artículo 64)

En los centros de salud desempeñan sus actividades profesionales los Equipos de Atención Primaria, compuestos por profesionales de medicina general, pediatría, enfermería y otros, que actúan coordinadamente para prestar asistencia sanitaria a la población de su zona básica de salud así como prestar servicios preventivos y de promoción de la salud y las acciones programadas para el cuidado de la salud de dicha población.

Los Equipos de Atención Primaria tienen una organización interna en la cual existe la figura de un Coordinador médico o Director, así como un Coordinador de enfermería o Adjunto de enfermería según diversas denominaciones, bien sea en el ámbito del INSALUD o en el de Comunidades Autónomas con

transferencias en gestión sanitaria. Las funciones de estos responsables son las de coordinar o dirigir las actuaciones de los Equipos y organizar el funcionamiento y las actividades de los centros de salud.

También con leves diferencias entre el territorio gestionado por el INSALUD y el de las Comunidades Autónomas con transferencias en materia de gestión sanitaria, pero ha de señalarse, que la dirección y gestión de los servicios de atención primaria de salud (es decir, de las zonas básicas de salud) se realiza a través de dispositivos de gestión específicos que tienen la responsabilidad de planificar, dirigir, evaluar y controlar las actuaciones de los Equipos de Atención Primaria de su ámbito de influencia. Estos dispositivos reciben denominaciones diferentes tales como Gerencias de Atención Primaria en el territorio INSALUD o Distritos Sanitarios de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía como ejemplos más significativos.

La introducción de mecanismos de planificación y de gestión en los servicios de atención primaria es una de las innovaciones más significativas que se produjeron en la década de los años ochenta en España en el marco del proceso de reforma sanitaria que se desarrolló en los años previos y posteriores a la elaboración y publicación de la Ley General de Sanidad de 1986.

Esta organización de los servicios de atención primaria a través de las zonas básicas de salud, los centros de salud y los equipos de atención primaria nos ofrece hoy en el sistema sanitario español un panorama con cientos de centros de salud (cerca de 1800), consultorios (cerca de 3300) y equipos de atención primaria, que ofrecen servicios integrales a la población española de manera bastante generalizada. No obstante, un porcentaje cercano al 20% de la población española aún no dispone de servicios de este tipo, dado que el proceso de reforma se ha ido implantando paulatinamente a lo largo de los años; se prevé que antes del año 2002 el 100% de la población disponga de este tipo de servicios de atención primaria de salud.

Según los datos disponibles, cerca de 16.000 médicos de familia y cerca de 3.300 pediatras trabajan en equipos de atención primaria en todo el país, los que ofrecen una cartera de servicios muy amplia desde el punto de vista preventivo, asistencial y rehabilitador. Puede citarse así que, en general los centros de salud españoles ofrecen entre otros, los siguientes servicios:

- atención en consulta y domicilio
- urgencias en el centro y domicilio
- seguimiento a la salud infantil
- seguimiento al embarazo parto y puerperio
- atención a problemas de salud crónicos: hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus, etc.
- visita domiciliaria de enfermería
- vacunaciones infantiles
- detección precoz de cáncer de mama
- detección precoz de cáncer de útero
- consulta de enfermería

LA ATENCION ESPECIALIZADA

Los servicios sanitarios especializados son los que se prestan y ubican en los hospitales y en los centros y ambulatorios de especialidades; según la Ley General de Sanidad, en cada Área de Salud debe haber al menos un hospital general y define al hospital como el establecimiento encargado del internamiento clínico y de la asistencia especializada y complementaria que requiera la población de su ámbito de influencia (artículo 65).

Es necesario señalar que también la Ley General de Sanidad establece en su artículo 68, que los centros hospitalarios desarrollarán, además de tareas asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, investigación y docencia para complementar sus actividades con las realizadas por la red de atención primaria, con la que tiene que relacionarse para una adecuada atención a los problemas de salud de los ciudadanos de su ámbito de influencia.

La atención especializada tiene como funciones ofrecer medios técnicos y humanos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados y que por su especialización o características no puedan resolverse en el nivel de la atención primaria, además de la atención a las urgencias, las consultas externas o los internamientos.

La provisión de servicios de atención especializada por parte de los profesionales y a través de las instalaciones hospitalarias y centros de especialidades contempla una amplia cartera de servicios médicos, quirúrgicos y de servicios centrales (laboratorio, anatomía patológica, medicina nuclear, etc.), extracción y trasplante de órganos y tejidos y transfusiones sanguíneas.

Algunos de los servicios ofrecidos en los hospitales españoles son:

- alergología
- aparato digestivo
- cardiología
- medicina interna
- neurología
- oncología médica
- pediatría
- psiquiatría
- reumatología
- angiología y cirugía vascular
- cirugía cardio-vascular y cardíaca pediátrica
- cirugía plástica
- neurocirugía
- oftalmología
- otorrinolaringología
- urología
- unidades de quemados
- unidades de cuidados intensivos
- etc.

Los hospitales en España se clasifican como hospitales de varios tipos; así, los hospitales *generales básicos* son los conocidos en muchos sitios como hospitales comarcales que prestan servicios especializados en áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría; los hospitales *quirúrgicos, maternos, infantiles, de traumatología y rehabilitación o geriátricos de larga estancia*, son hospitales también definidos en el catálogo nacional de hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En 1999 existían en España 795 hospitales y 164.100 camas; de estos hospitales, 295 son hospitales privados no benéficos. El tamaño de los hospitales varía considerablemente; los hospitales generales básicos rondan las 250 camas instaladas y otro tipo de hospitales como los de *especialidades* se sitúan en cifras variables de 400 a 500 camas; finalmente los hospitales *regionales* pueden llegar a disponer de 800 a 1000 camas.

Hay que señalar que la evolución de la tecnología y de la morbilidad que se atiende en los hospitales está cambiando el concepto de cama instalada para definir un hospital; las estrategias de cirugía mayor ambulatoria, hospital de día y hospitalización domiciliaria están haciendo que procesos en los que hace relativamente pocos años era necesario el internamiento hospitalario, ya no necesiten el recurso cama como antes. De hecho, el número de camas va disminuyendo y los diseños hospitalarios para el futuro así lo contemplan, fomentando la orientación de la actividad hospitalaria hacia la resolución de procesos en el campo de la cirugía mayor ambulatoria y otros como se señaló anteriormente. Esta situación expresa un cambio en la orientación de las actividades de los hospitales y de la atención especializada que probablemente en un futuro inmediato se intensificará con las nuevas tecnologías de comunicación que hacen posible el desarrollo potencial de nuevas actividades dentro y fuera de los hospitales así como en el nivel de atención primaria de salud. (*LOPEZ CASASNOVAS 1996*)

No hay que obviar que las consecuencias de esta paulatina orientación de la actividad de los hospitales hacia patologías incluidas en la denominada cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización domiciliaria o los hospitales de día, se observan en el nivel de atención primaria dado que los cuidados de enfermería y el seguimiento de la evolución de este tipo de patologías ha de realizarse desde los centros de salud coordinadamente con los servicios especializados. Es evidente por tanto, que la atención primaria se ve afectada por las actividades hospitalarias al igual que ocurre con los servicios hospitalarios a causa de las actividades de la atención primaria.

MECANISMOS DE COORDINACION E INTEGRACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

La coordinación y la integración entre ambos niveles asistenciales es absolutamente necesaria para conseguir acciones eficaces para la salud de los ciudadanos, evitarles molestias innecesarias y conseguir la mayor eficiencia en el uso de los recursos sanitarios de un Área de salud. Para conseguir esa coordinación e integración entre niveles asistenciales, la Ley General de Salud estableció que el *Área de Salud* es el órgano encargado de dirigir de manera integrada los servicios de atención primaria y de atención especializada con criterios de eficacia. (capítulo III, artículo 56)

De hecho, es tan importante la coordinación de ambos niveles asistenciales, que la Ley determina que las Áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas de salud desarrollados por los centros; como regla general, las Áreas extenderán su acción a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y han de tener un órgano de *participación* denominado Consejo de Salud, un órgano de *dirección* denominado Consejo de dirección del Área y un órgano de *gestión* que es el Gerente del Área.

Pero varios años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad, las Áreas de Salud tienen escasísimo desarrollo en España, pues solamente existen las Áreas formalmente delimitadas pero excepcionalmente desarrolladas; es el caso casi único de Andalucía en donde se han constituido los órganos de las Áreas sanitarias de Osuna (Sevilla) y Norte de Córdoba.

Por ello, a pesar de que en la Ley General de Sanidad de 1986 definió el Área de Salud como el órgano encargado de la coordinación e integración de los dos niveles asistenciales, es por lo que se comentaba en la introducción de este capítulo que esta coordinación e integración es una de las asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud español; ello sin menoscabo de que puedan existir algunas experiencias excepcionales loables y dignas de reconocimiento.

A los innumerables méritos y avances de las sucesivas reformas sanitarias operadas en el sistema de salud desde finales de los años setenta y sobre todo, desde principios de los ochenta, hay que añadirles también algunas carencias entre las que deben destacarse el aislamiento y la falta de comunicación de los dos niveles. (*ORTUN 1997*)

Resulta paradójico comprobar que, a pesar de que es evidente que la atención correcta de numerosas enfermedades en el sistema sanitario e incluso, la prevención eficaz de otras muchas, requiere de la actuación coordinada de los niveles asistenciales de atención primaria y de atención especializada, sean pocas las medidas encaminadas a la coordinación que hayan demostrado eficacia y sea evidente por tanto, el escaso interés por conseguir hacer real dicha coordinación.

Es poco discutible que hablar de coordinación e integración de niveles asistenciales *es un requisito para hablar de calidad* en la atención sanitaria; entre otras razones, porque las medidas que realmente contribuyan a hacer tangible la coordinación y la integración de los niveles asistenciales para la respuesta a determinadas enfermedades, ponen al paciente y a sus problemas de salud en el centro de las actuaciones del sistema sanitario haciendo que los recursos asistenciales y tecnológicos de la sanidad se organicen en beneficio de los pacientes y los ciudadanos.

Y aunque para algunos tenga importancia tangencial, la calidad en la atención sanitaria que se consigue cuando los niveles asistenciales actúan coordinadamente e integrados, genera un argumento importante para ser usado como elemento favorecedor de la satisfacción profesional. Concepto éste de enorme trascendencia

y que suele beneficiarse de aquellas actividades profesionales y medidas organizativas que contribuyen a hacer real que la actividad asistencial y preventiva sea de la máxima calidad posible.

Por tanto, puede afirmarse que la coordinación e integración de los niveles asistenciales es necesaria para un buen funcionamiento de los servicios sanitarios y éste buen funcionamiento está en función del cumplimiento de dos premisas básicas:

· ***Primera premisa***

Cada nivel de atención debe disponer de la dotación de tecnología apropiada para prevenir, afrontar y resolver “in situ” los problemas de salud para cuyos fines ha sido creado. La tecnología incluye el personal, las instalaciones y los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación necesarios para cumplir con calidad las funciones de cada nivel asistencial. Y la dotación de esta tecnología debe revisarse con suficiente agilidad como para incorporar las mejoras y los avances que el tiempo ponga a disposición del trabajo de los sanitarios.

· ***Segunda premisa***

Cada nivel de atención debe disponer de suficiente capacidad de actuación coordinada para garantizar la transferencia y resolución de aquellas enfermedades y problemas de salud que requieren de la participación de servicios de otro nivel de complejidad diferente.

Este es el caso de procesos cuya actuación se ha iniciado en el nivel de atención primaria y que con posterioridad requieren de actuaciones complementarias en el nivel especializado o de aquellos otros cada vez más frecuentes (cirugía mayor ambulatoria y otras patologías), que tras ser atendidos en este nivel requieren cuidados, tratamiento o rehabilitación en el nivel de atención primaria de salud. En ambos casos, la ausencia de coordinación e integración afecta a la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios y por tanto, a la calidad de la atención.

En otras palabras, hay que dotar convenientemente de recursos a cada uno de los niveles asistenciales y hay que orientar sus servicios hacia la coordinación y transferencia de casos eficaz y eficiente.

Pero hay que afirmar que la actual cultura profesional y organizativa de los servicios sanitarios orienta y empuja en el camino contrario al de la coordinación y a la integración de los niveles asistenciales. Es tal la separación que existe entre los recursos y los objetivos asistenciales cotidianos de cada nivel asistencial que, puede afirmarse que los hospitales y los centros de salud son mundos organizativos diferentes y en ocasiones enfrentados.

Las consecuencias negativas de la descoordinación

Sin lugar a dudas, la principal consecuencia de la descoordinación de los niveles asistenciales se hace evidente en ***la merma de la calidad*** de la atención sanitaria. Si la atención adecuada de una enfermedad determinada requiere la coordinación de ambos niveles en el seguimiento, en el cuidado o en la atención prestada y esto no es así, la atención ofrecida no será una atención de calidad. Igualmente, si la eficacia de actividades preventivas requiere del trabajo conjunto y coordinado de ambos niveles, la ausencia de coordinación afectará a ***la consecución de objetivos de salud*** de enorme trascendencia social.

Son éstas de las peores consecuencias posibles a la hora de valorar el impacto de los servicios de salud, sino las peores.

Pero además, la falta de coordinación y de integración entre los niveles asistenciales genera en ocasiones grandes ***ineficiencias*** en el sistema, al producirse repeticiones y duplicaciones innecesarias de pruebas diagnósticas en uno y otro nivel, retrasos en el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes, ausencia

de un facultativo responsable de verdad de toda la atención recibida o fallos en la cobertura de programas preventivos.

Finalmente, las *molestias a los pacientes* que sufren las consecuencias de la descoordinación deben ser consideradas seriamente en cualquier sistema que como el nuestro, pretenda eliminar los problemas organizativos y asistenciales de cualquier tipo que sean capaces de generar dificultades y trabas al proceso asistencial de los pacientes y de sus familiares.

Las causas de la descoordinación interniveles

Cuando al analizar objetivamente la situación habitual de nuestro sistema sanitario se comprueba que la realidad es que sus organizaciones son independientes unas de otras, puede entenderse la ausencia de coordinación como norma habitual y por tanto, que la existencia de coordinación entre ellas será probablemente debida al azar o al empeño especial de sus profesionales. De todos es conocido que lo que puede apreciarse habitualmente es que una organización como un hospital es independiente en todos sus parámetros de funcionamiento respecto a otras organizaciones como son los centros de atención primaria con los que comparte la atención de los mismos pacientes.

La independencia se refiere tanto al proceso de determinación de sus objetivos, como al proceso de captación y organización de sus recursos o a los planes de inversiones y de dotación y actualización de sus recursos humanos, tecnológicos y asistenciales.

Ello hace que sea inevitable la instauración de lógicas organizativas independientes y separadas entre los hospitales y los centros de atención primaria que comparten la obligación de atender los mismos pacientes; lógicas que contribuyen a generar un clima de desconfianza y enfrentamiento entre los profesionales de ambos niveles, que suelen implicar a los pacientes para desagrado de éstos.

Además, el hecho de que tradicionalmente se ha considerado que la capacidad tecnológica y científica de los servicios asistenciales y de los profesionales hospitalarios es superior a la de los servicios y los profesionales de la atención primaria, contribuye también a generar, (junto con otras que no son ahora pertinentes de referir), no pocos enfrentamientos entre los profesionales y servicios de ambos niveles en los que de nuevo en muchas ocasiones los pacientes y sus familiares son meros espectadores y receptores de las quejas de unos profesionales respecto de los del otro nivel asistencial.

Por estas razones, se puede concluir y asegurar que en demasiadas ocasiones los pacientes perciben que centros hospitalarios y de atención primaria de una misma área geográfica y asistencial son diferentes y enfrentadas organizaciones.

En definitiva, en la descoordinación y falta de integración entre niveles asistenciales concurren causas organizativas y culturales; *organizativas* porque el sistema de relaciones y dependencia entre los hospitales y los centros de atención primaria responde a una lógica de separación y alejamiento de unas y otras organizaciones que hace difícil (sino prácticamente imposible), el contacto coordinado entre ambos tipos de organizaciones. *Culturales*, porque tanto en los ámbitos formativos universitarios, como en el interior de los hospitales y en general en la propia sociedad, prevalece la idea de superioridad científica y tecnológica de los hospitales y sus profesionales sobre los centros de atención primaria y sus profesionales y ello condiciona que las expectativas tanto de los médicos hospitalarios como de la propia población respecto a las relaciones entre los hospitales y los centros de salud sean de dependencia jerárquica (y por tanto, de supuesta superioridad y autoridad científica) de éstos respecto de aquellos.

Pero al hablar de coordinación e integración entre niveles asistenciales hay que advertir que no obstante, es evidente que no todas las enfermedades ni todos los problemas de salud son necesariamente susceptibles de ser atendidos de manera coordinada por los servicios de ambos niveles de atención. Algunas patologías son en general específicas y exclusivas de la atención de uno u otro nivel asistencial; estas patologías han de quedar excluidas de la determinación de políticas favorecedoras de la coordinación entre niveles y dan sentido (junto a otras razones), a la existencia de los niveles asistenciales de manera diferenciada.

Pero hay un conjunto de patologías y procesos de salud que sí que son tributarios de recibir una atención coordinada entre ambos niveles y que cuando esto no es así, aparecen las consecuencias antes apuntadas de molestias a los pacientes y ciudadanos, insatisfacción profesional y afectación de la calidad de la atención y

por tanto de la eficacia, efectividad y eficiencia de los servicios de salud. Es este el caso de muchas de las enfermedades cardiovasculares, de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de la diabetes (que requiere controles oftalmológicos y de otro tipo), del cáncer o de procesos de salud como el control del embarazo, el parto y el puerperio, el seguimiento de la salud infantil y un largo etc.

También, la eficacia de programas de salud del tipo de inmunizaciones infantiles, detección precoz de metabolopatías, detección precoz de cáncer de mama y de cuello de útero, entre otros, está condicionada a la coordinación de las actuaciones de los servicios de ambos niveles asistenciales.

¿Qué hay que hacer entonces?

En una época donde el concepto de medicina basada en la evidencia afortunadamente está haciendo que de manera paulatina los servicios sanitarios incorporen esquemas de trabajo basados en este enfoque con la determinación, difusión y uso de guías de práctica clínica, es evidente que las patologías anteriormente citadas han de ser tributarias del uso de guías de práctica clínica que contemplen las actividades a realizar por parte de los profesionales de ambos niveles de atención a fin de conseguir una atención de calidad.

Aunque las patologías y los procesos de salud anteriormente referidos puedan verse afectados por una falta de coordinación en todos los servicios de salud, hay que considerar que cada área concreta debiera establecer y determinar cuales son, en concreto, las enfermedades y los procesos de salud que en su ámbito de actuación han de considerarse como prioridades de coordinación, a fin de que las medidas a adoptar para extremar el cuidado que permita la actuación coordinada, sean medidas válidas para esa realidad organizativa y profesional.

Por tanto, el camino del impulso de la gestión clínica está claro que debe ser recorrido para avanzar en el objetivo de prestar atención sanitaria de manera coordinada entre los servicios de ambos niveles asistenciales.

Pero no son estas las únicas medidas a tomar pues la coordinación entre niveles sólo será posible si la organización sanitaria vincula de manera obligatoria la realización de actividades conjuntas y coordinadas de los servicios y de los profesionales de ambos niveles. Desde el punto de vista de las herramientas de la gestión sanitaria, esto no quiere decir que haya que obligar en términos legales y/o imperativos.

De lo que se trata es de elaborar alternativas organizativas que determinen con claridad de quién es la responsabilidad y a quién hay que pedir cuentas de la ausencia de coordinación entre ambos niveles asistenciales. El establecimiento de objetivos de salud y de asistencia que vinculen a ambos niveles y de cuyo cumplimiento se deriven incentivos financieros, de formación, de desarrollo profesional y de otro tipo para los profesionales y los servicios de ambos niveles es algo tan de sentido común, que llama la atención su habitual ausencia en los contratos programa de los servicios sanitarios.

La apuesta por la coordinación interniveles es tan necesaria hoy como lo era al inicio de la reforma sanitaria; probablemente la acelerada evolución tecnológica hará que el futuro inmediato reclame con más insistencia medidas eficaces para coordinar mejor los niveles asistenciales.

Por esto parece razonable esperar que la estructura actual de los centros sanitarios sea cambiada y que el nivel de equipamiento y de capacitación de los profesionales sea revisado. La capacidad resolutoria, la cartera de servicios, la accesibilidad de los pacientes y su transferencia entre los niveles asistenciales debiera ser revisada y revolucionada a la luz de las posibilidades tecnológicas que el tiempo y la acción investigadora de la medicina va poniendo al alcance de los profesionales.

Las posibilidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que las nuevas tecnologías y los avances científicos ponen a disposición de los servicios sanitarios y de sus profesionales abren la posibilidad de romper las actuales fronteras y criterios de delimitación de los niveles asistenciales y sus actuales capacidades de actuación. Al tiempo, las nuevas tecnologías de comunicación permiten abrir nuevos espacios y nuevos escenarios para la interrelación de los profesionales de ambos niveles en beneficio de los pacientes.

Unido a lo anterior, medidas que favorezcan un cambio cultural y de valores se hacen estrictamente necesarias; considerar que la acción del sistema sanitario es una suma de actividades de centros y servicios que alguna vez se ponen de acuerdo de manera casi accidental es algo que ha de superarse. El papel y el valor profesional y social de los hospitales y de los especialistas no puede ser considerado superior al de los

centros de atención primaria y los médicos de familia si se quiere que no haya trabas culturales a la coordinación. Y las universidades, los profesionales, la sociedad y los medios de comunicación han de contribuir a cambiar esta consideración de efectos negativos para la coordinación y la integración de niveles.

Son estos los retos que obligatoriamente hay que afrontar para superar con creces esta asignatura pendiente de la descoordinación entre niveles asistenciales que caracteriza muchas de las actuaciones de los servicios de ambos niveles asistenciales en el sistema sanitario español. Y que hace perder eficiencia y niveles de calidad de manera innecesaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Elola Somoza, F.J. “Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid. 1991.
- 2.-Elola Somoza, F.J. “Sistema nacional de salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma.” SG editores. Barcelona. 1994.
- 3.- De Manuel Keenoy, E.; Oleaga de Usategui, J.I. “Los sistemas sanitarios”. En Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F. “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica” Barcelona: Doyma. 3 edición: 14-33. (1994)
- 4.- De Miguel, J. M. “Estructura del sector sanitario” Editorial Tecnos. Madrid. 1983.
- 5.- Temes Montes, J.L.; Gil Redrado, J. “Sistema Nacional de Salud” Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid 1997.
- 6.- Rey del Castillo, J. “Descentralización de los servicios sanitarios”. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías. Número 23. Granada.
- 7.- Catalá Villanueva, F.J.; De Manuel Keenoy, E. “Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del bienestar” Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1999.
- 8.- Barea, J. “Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo” Instituto de estudios fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid. 1992.
- 9.- Barea, J; Gómez, A. “El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad”. Instituto de estudios económicos. Madrid. 1994.
- 10.- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. “Cifras y datos”. Dirección General de Aseguramiento, Financiación y Planificación. Sevilla. 1999.
- 11.- Lobo, F. “las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud”. Presupuesto y gasto público 10; 119-139 (1993).
- 12.- Mansilla, P.P. “Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis” Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986.
- 13.- Álvarez-Dardet, C.; Porta, M. “ Los retos de la nueva salud pública para los años 90” Revisiones en Salud Pública 3, XVII-XXVII Editorial Masson. Barcelona. (1993).

- 14.- Martínez Olmos, J. Reformas sanitarias en Europa: elementos comunes y diferencias. Cuadernos de Gestión.1998; Vol 4, Num 4: 173-180.
- 15.- Martín Martín, JJ. Reformas sanitarias en Europa. En : Díaz SJ, Kloss-Quiroga B, Kroeguer A, Ochoa A, editores. Reforma del sector salud en Latinoamérica y experiencia europea. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, 1998; 73-90.
- 16.- Ortún Rubio, V.; “La articulación entre niveles asistenciales” Salud 2000, 1997; 60: 7-11.
- 17.- López Casasnovas, G. “ Repensar el sistema sanitario público, clave para su consolidación”. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 junio. 1996.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA

*Encarnación Aracil Rodríguez
Isabel de la Mata Barranco*

1. Los orígenes del sistema nacional de salud en España

En los últimos veinte años, la sanidad en España ha experimentado una profunda transformación. La situación de partida al término del régimen político anterior, el franquismo, y el modelo de desarrollo de los servicios públicos mayoritariamente asumido nos han hecho recorrer en este tiempo un camino por el que otros países del ámbito occidental habían pasado con anterioridad y en un intervalo de tiempo más largo. De ahí el retraso en la exposición a las tensiones económicas, políticas y sociales que están en el contexto de las reformas organizativas que se vienen proponiendo desde distintos sectores de nuestra sociedad. Los cambios demográficos y sociales, junto con el agotamiento de los recursos disponibles, el endeudamiento acumulado en la financiación del sistema sanitario público y el desequilibrio fiscal crónico, han incidido también en las expectativas de ciudadanos y usuarios de la sanidad pública, que exigen a sus administraciones más capacidad de elección y control de las prestaciones que reciben, pero se resisten, por otra parte, a pagar mayores impuestos para garantizar el actual Estado de Bienestar..

De ahí que consideremos conveniente, para poder entender la situación actual del sistema sanitario en España, retrotraernos aunque sea brevemente, a sus antecedentes históricos.

1.1. Del período franquista a la democracia constitucional

España ha producido un sector sanitario peculiar, más tempranamente socializado -contra lo que suele ser habitual en los países de nuestro entorno occidental- que la educación. La dictadura fascista del General Franco (1939-1977) creó una especie de “servicio nacional de salud” que adoptó sucesivamente varios nombres: Obra Sindical 18 de Julio, Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), Seguro Oficial de Enfermedad y Contingencia Sanitaria de la Seguridad Social. Después de la Guerra Civil (1936-1939) y hasta 1966, se pone en marcha el SOE que implica una transformación paulatina del modelo de protección: la cobertura sanitaria dirigida, inicialmente, a los obreros industriales, se extiende a todos los trabajadores manuales y asalariados mediante la promulgación en 1963 de la Ley de Bases de la Seguridad Social, primera gran

reforma del sistema sanitario público. Es una larga etapa en la que se asiste a un rápido crecimiento del sector público, hasta llegar a cubrir al 40 por 100 de la población, gestionado por la administración central a expensas de los recursos sanitarios (consultorios, ambulatorios y hospitales) pertenecientes a la administración sanitaria local, básicamente los ayuntamientos y las diputaciones provinciales. En esos momentos, la división administrativa del país comprendía un total de 51 provincias, representadas en el Gobierno Central por un Diputado provincial. Curiosamente, la sanidad dependía orgánicamente, junto con el orden público, del Ministerio de la Gobernación.

Junto con la red sanitaria central y local, coexistían otros recursos públicos distribuidos entre diferentes departamentos gubernamentales para su gestión: hospitales para personal militar (pertenecientes al Ministerio de Defensa), hospitales universitarios (responsabilidad del Ministerio de Educación y Ciencia) y penitenciarios (del Ministerio de la Gobernación). Para añadir más confusión si cabe, también la Iglesia Católica tenía sus propios hospitales, administrados por congregaciones religiosas. El Gobierno Central era, pues, responsable de los servicios sanitarios públicos, atendiendo los problemas de salud con mayor prevalencia en la población general y dejando en mano de las otras redes, las locales, provinciales y/o religiosas, el cuidado de los problemas individuales (salud mental, alcoholismo, minusvalías, etc.).

Este período supuso para la profesión médica el inicio de una serie de transformaciones radicales en su organización, ejercicio y características profesionales, hasta tal punto que se produce un cambio prácticamente total de los parámetros básicos de la profesión. El franquismo significa el fin de la experiencia asociacionista -y de independencia política- desarrollada en las décadas anteriores a la Guerra Civil, así como la cooptación y neutralización política de la profesión. El Consejo General de Colegios Médicos de España, creado en 1925, se convierte en 1945, tras la publicación del Reglamento de la Organización Médica Colegial, en una herramienta básica para el control político de un colectivo entonces conocido por su capacidad de influencia y maniobra política, además de sus tradicionalmente buenas relaciones históricas con las clases sociales altas.

El control sobre la profesión se ejerce a través de la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional, dentro de una estructura de Colegios fuertemente centralizada, corporativista y muy autoritaria. Como ejemplo, destaquemos que la mayoría de los cargos directivos de los Colegios Oficiales de Médicos eran designados por la Dirección General de Seguridad (que tenía a su cargo la policía nacional). Como compensación a esta dependencia política del Estado, los Colegios obtuvieron un alto nivel de poder delegado y la legitimidad oficial de representar a todo el colectivo profesional. De esta manera el Estado consigue neutralizar la oposición de la profesión a la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, iniciando la expansión sanitaria ya descrita, definiendo y controlando el mercado y, en consecuencia, el ejercicio de la profesión. Los médicos se van haciendo cada vez más dependientes del Estado y su mercado sanitario, se “asalarizan” y “funcionarizan” progresivamente, lo que conlleva una lógica reducción de su poder respecto a la organización de su trabajo y la pérdida de su autonomía profesional. A cambio de su colaboración en la construcción del nuevo sector público, se aseguran el monopolio legal sobre “el mundo de lo sanitario”, consiguiendo unas posibilidades considerables de expansión y afianzamiento económico y social. La profesión se acomoda paulatinamente a los beneficios inmediatos derivados de la expansión de la demanda de sus servicios.

A partir de 1967 y hasta 1975, el país pasa por una etapa de desarrollismo económico, que empieza con la reforma de la Seguridad Social por la que el SOE pasa a denominarse “contingencia sanitaria de la Seguridad Social” y se extiende hasta la muerte del dictador en noviembre de 1975. El modelo sanitario es ya claramente universalista -se pasa de una cobertura poblacional del 53 por 100 en 1966 al 81.7 por 100 en 1978-, manteniéndose la pauta de crecimiento centralizado en base al deterioro de la administración sanitaria provincial, donde no sólo no se realizan nuevas inversiones en infraestructura y equipamientos, sino que los recursos existentes pasan a depender de la administración central. Es decir, a medida que la Seguridad Social asume el papel central en la provisión de los cuidados de salud, se va reduciendo la red propiedad de ayuntamientos y provincias. Los primeros años de la década de los 70 se caracterizan por la enorme expansión del sistema hospitalario público, mediante la construcción de grandes hospitales de más de 1.000 camas y el incremento de la contratación masiva de trabajadores sanitarios, especialmente de médicos. Del 68 por 100 de

la profesión trabajando para la Seguridad Social en 1963 se pasa al 84 por 100 en 1975, siendo el hospital la organización que acumula los recursos profesionales: del 30 por 100 de éstos en 1949 al 65 por 100 en 1975. Durante años, la Seguridad Social ofrece mucho más trabajo del que los profesionales médicos pueden realizar, siendo una situación corriente que una inmensa mayoría de ellos compatibilicen dos y tres empleos. Esta situación impulsa la formación de nuevos médicos, preferentemente en especialidades hospitalarias. Los grandes hospitales, además de convertirse en centros de referencia nacional para la atención de ciertas patologías y la cirugía especializada, tuvieron funciones de formación docente de especialistas mediante un sistema de médicos internos residentes (MIR).

Las expectativas de expansión del mercado profesional se refleja claramente en el hecho de que en 1975 el número de estudiantes de Medicina (un total de 70.000) era superior al número de médicos en ejercicio (54.000). Sin embargo, los médicos pierden el control sobre la oferta de profesionales y sobre su demanda, pasando ambas a depender directamente del Estado, quien no desarrolla ningún intento por planificar racionalmente los recursos necesarios. Esta falta de planificación dará lugar, no mucho más tarde, a un exceso de licenciados en las Facultades de Medicina que, una vez acabada la carrera y estando ya saturado el sector público, se verán abocados a situaciones de infraempleo y desempleo. Estos profesionales, socializados para trabajar en el sector público y en el marco hospitalario, se tienen que enfrentar, a partir de 1975, con un mercado sanitario que intenta reducir sus costes restringiendo la demanda de médicos y frenando el desarrollo del medio hospitalario. La seguridad social era en esos momentos competencia del Ministerio de Trabajo, mientras que la red asistencial estaba gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

La herencia sanitaria más importante del franquismo es el haber producido un hecho social irreversible: la conciencia de que la asistencia sanitaria es un derecho de toda la población y que el Estado es el responsable final del nivel de salud de los ciudadanos. A pesar de las críticas al sistema sanitario franquista, la creación temprana de un sector público sanitario, aunque con un desarrollo lento e incompleto, fue uno de los logros más positivos de la dictadura.

El fallecimiento del General Franco supone los primeros tanteos de democratización del sector sanitario, de las profesiones sanitarias y del sistema de colegios profesionales. Es la denominada época de democratización (1976-1981), marcada por las primeras elecciones generales de carácter verdaderamente democrático en 1977 y la promulgación de la Constitución Española en 1978, donde se recoge en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos fundamentales de los españoles, al tiempo que se obliga a mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad... (artículo 41). También se define en ella la nueva organización administrativa del estado español en forma de diecisiete Comunidades Autónomas o regiones con amplias competencias políticas. Como consecuencia de este proceso de descentralización política, se pondrá en marcha, a partir de 1981, la transferencia de las competencias en materia de gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas, proceso no culminado en su totalidad en el año 2000. Pero los intentos iniciales de reforma no llegan nunca a ponerse en marcha, continuándose con el modelo sanitario de corte franquista. Incluso se crea una comisión especial interministerial para acometer la reforma sanitaria, pero sin que se tome ninguna medida sustantiva. Durante este período las posturas de los partidos políticos llegaron a ser muy radicales, propugnando algunos sectores el cambio total del sistema, incluso su privatización, para finalmente aceptar que, a pesar de los defectos evidentes del sistema, era rentable para la sociedad en su conjunto.

En cuanto a la profesión médica, acostumbrada a la bonanza del pluriempleo, ve desolada cómo su demanda queda drásticamente cortada por los problemas financieros del Estado y el frenazo en la expansión de la Seguridad Social. Mientras, la oferta de licenciados sigue aumentando y aparecen los problemas ya enunciados de subempleo o paro dentro del sector. Los mensajes de tipo restrictivo procedentes del propio sistema parecen ir calando lentamente y se consigue reducir el número de estudiantes de Medicina, sobre todo a partir de 1980, aunque todavía hoy su número es demasiado alto para poder ser absorbidos por la sanidad pública. El poder negociador de la profesión en el mercado sanitario se va reduciendo al pasar de una posición de alta demanda de sus servicios a otra de baja. Las reformas intentadas desde 1976 reducen

progresivamente parte de los privilegios de la clase médica heredados del franquismo: su poder dentro de la dirección de las organizaciones sanitarias y su monopolio sobre todo el mundo de “lo sanitario”.

1.2. La etapa del gobierno socialista (1982-1996)

La victoria del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en las elecciones generales de 1982 inaugura una nueva etapa en la vida española y lógicamente la sanidad no queda al margen. Durante su primer cuatrienio en el poder (1982-1986) trata primero de cambiar totalmente el modelo de la Seguridad Social, para después conservarlo, ampliando su cobertura y descentralizando algo su estructura. Digamos que se cumple el viejo refrán de “más vale lo viejo conocido, que lo nuevo por conocer”. Fue una época en la que se pretendió mantener una política sanitaria con unos presupuestos cada vez más recortados, aunque se trabajó por encontrar un nuevo modelo sanitario, a semejanza del servicio nacional de salud inglés. Se tardará toda una década en reconocer que el modelo de sistema sanitario público extenso y universal es ya insustituible, surgiendo el actual Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que los planteamientos autonómicos tuvieron una influencia decisiva.

El Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social desaparece en 1981 y se desdobra, dando origen al Ministerio de Sanidad y Consumo, que se reestructura de nuevo en 1986 en base a la descentralización sanitaria en favor de las Comunidades Autónomas, ya recogida en la Constitución Española de 1978. Para ello fue de capital importancia la promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad (LGS), que venía a reemplazar a la todavía vigente -y única ley sanitaria global- Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. La Ley General de Sanidad se convirtió en el instrumento básico para el desarrollo del SNS y su aprobación se produjo tras más de tres años de consenso, cuando no de lucha abierta, entre los diferentes agentes del sector sanitario.

Como hemos visto, antes de la Ley coexistían varias redes para la atención sanitaria de la población, con poca -cuando no nula- coordinación entre las prestaciones facilitadas. Una proporción significativa de la atención sanitaria estaba en manos del sistema de seguridad social gestionado en esos momentos por el Ministerio de Trabajo, mientras que la salud pública era responsabilidad del estado central. Al mismo tiempo, los individuos sin cobertura de la seguridad social, eran atendidos por la red de recursos propios de las corporaciones locales, las instituciones militares y penitenciarias y la Iglesia. Esta dispersión de recursos y de instituciones representaba un cierto caos organizativo. La atención primaria de salud, con su mal funcionamiento crónico, el sistema hospitalario sobrecargado y la prevención y promoción de la salud inexistentes eran algunos de los problemas no resueltos hasta entonces.

El desarrollo de la LGS se debe a varios elementos. En su origen, está el fracaso evidente del proceso de democratización sanitaria que se quiere desarrollar entre 1975 y 1981, tras la muerte del General Franco. La labor de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria en 1975 y posteriormente las ediciones de los llamados Libro Rosa, Libro Blanco y Libro Verde de la Seguridad Social, en los que se evalúa el estado de la asistencia sanitaria española en su conjunto, son proyectos teóricos de reforma sanitaria que no se llevaron nunca a la práctica.

La LGS, en la que se creaba el SNS, fijaba como objetivos generales los siguientes: a) cobertura universal con acceso libre a los cuidados en salud para todos los ciudadanos; b) financiamiento público principalmente a través de los impuestos generales; c) integración de los recursos públicos en una única red administrada por los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma, que configuran el SNS; d) desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria, siguiendo los postulados de la Declaración de Alma Ata de 1978; y e) participación y control de los ciudadanos, través de la puesta en marcha de los Consejos de Salud. Las Comunidades Autónomas, a través de los correspondientes Servicios de Salud, se harán cargo de la gestión y control de los recursos sanitarios, se ocuparán de la planificación y de los planes integrales de salud. La delimitación territorial en Áreas de Salud, Distritos y Zonas Básicas garantizará que los ayuntamientos y los ciudadanos, vía los mencionados Consejos de Salud, participen y controlen la gestión.

Precisamente una de las críticas más extendidas a la LGS es que propugna la “descentralización” mediante la “centralización” de los servicios sanitarios a nivel regional, es decir, se fragmenta el SNS en 17 sistemas de salud, uno por cada Comunidad Autónoma, lo que puede producir problemas de equidad en el

acceso de la población a los recursos según el grado de desarrollo socioeconómico regional. No obstante, entre los aspectos más positivos de la ley hay que señalar que significó el reconocimiento del derecho a la salud pública de la población y enfatizó la importancia de llevar a cabo actividades de promoción y prevención. La atención sanitaria se convierte en un servicio público y el Estado mantiene el monopolio sobre su provisión, sentenciando a la profesión médica a un mercado de trabajo central: el público. La profesión en principio no se opone a la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a toda la población, lo que genera demanda adicional de sus servicios, pero sí se enfrenta al papel dominante del Estado en la prestación y el control de los servicios sanitarios. Como el sector público se encuentra ya en un período recesivo, las posibilidades de expansión de la profesión son muy limitadas, sobre todo teniendo en cuenta que el sector sanitario privado no puede generar tampoco más demanda profesional. A esta situación viene a unirse la aplicación de la Ley de Incompatibilidades (1985), que supone la imposibilidad de compaginar un puesto de trabajo de dedicación exclusiva en el sector público con otro en el liberal o privado y/o de detentar varios empleos en la administración pública. La medida entraña para los médicos, además de evidentes perjuicios de carácter económico, una pérdida de libertad de movimientos y de organización de su propio trabajo. La confrontación es encarnizada: huelgas y acciones de desobediencia civil que tienen como respuesta sanciones administrativas en un primer momento y la utilización de una cierta flexibilidad en los casos más flagrantes.

Lógicamente, este proceso de reforma debilita enormemente al gobierno socialista, quien tiene que luchar, para no haber cambiado casi nada, con un estamento médico más organizado, beligerante y gremialista, que cree ver en peligro constante su status quo. El principio de pragmatismo y racionalización económica propuesto por el gobierno supone un duro golpe para la profesión, al cerrársele las puertas de la sanidad pública a las masas de nuevos licenciados en Medicina. El énfasis que la LGS pone en la atención primaria y en la prevención y promoción de la salud significa un aumento del protagonismo de otras profesiones sanitarias (principalmente, la enfermería) y de especialidades no clínico-curativas (salubristas, preventivistas, epidemiólogos, etc.), cuestionando no sólo el papel tradicional del médico, sino su poder en la gestión y organización de la sanidad. Los profesionales médicos intentan fortalecerse políticamente e independizarse del Estado, pero la derecha sigue controlando las organizaciones colegiales y presenta una batalla frontal ante la reducción de su poder corporativo. Como contrapartida, aparecen organizaciones profesionales alternativas (sindicales, políticas, ideológicas) que compiten con las oficiales por la representación de la profesión. El fraccionamiento político repercute negativamente en la capacidad política y negociadora de los médicos, lo que junto con el autoritarismo y la falta de capacidad de diálogo del Estado, da lugar a enfrentamientos y reacciones desmesuradas. Vemos, pues, como la profesión médica española ha pasado de estar políticamente dominada durante el franquismo a que el nuevo gobierno socialista intente mantener su debilidad, en aras de evitar su oposición a las reformas sanitarias.

Tendremos que esperar al final de este primer cuatrienio, en 1987, para la creación del Sistema Nacional de Salud, aunque no se ponga en marcha de manera efectiva hasta unos años después. Durante la primavera de 1987 la profesión médica en general y los médicos de hospitales en particular organizan una serie de huelgas y conflictos que son seguramente los más fuertes de toda la historia del sector. La reforma sanitaria, en nuestra opinión, no varía sustantivamente el viejo modelo franquista, sino que introduce algunos cambios en su funcionamiento, caracterizados por criterios organizativos (aparición de la figura del gerente no médico) y de racionalidad en el trabajo (horarios, relaciones contractuales, formas de ejercicio, etc.). Los socialistas intentan construir un sistema sanitario público al servicio de las necesidades de la población, donde se desarrolle una sanidad de tipo más primario, se relegue al hospital a un papel muy especializado en la asistencia sanitaria y se racionalice el funcionamiento de las organizaciones con un doble objetivo: reducción de los costes y aumento de la eficacia de la organización, proponiendo, además, la reducción drástica del poder médico, al que consideran el causante de gran parte de los males del sector. Es un proyecto de reforma que, entre otras cosas, tiene como objetivo la sustitución del poder médico tradicional-corporativo por un poder más sanitarista. Pero el Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Médicos adopta un papel beligerante, de contrapoder gubernamental. La reforma se transforma, así, en un debate político duro, sobre las características de la sanidad y la supervivencia de la profesión. El Consejo defiende el mantenimiento del

monopolio en la organización del trabajo profesional frente a la introducción de nuevos modelos organizativos, acusando al gobierno de exceso de celo controlador y de estatalismo. Éste pretende colocar al frente de las organizaciones sanitarias públicas a cabezas directivas con objetivos de tipo organizativo más que de tipo clínico. El Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) de 1987 crea la figura del gerente, autoridad burocrática por encima de la médica. Como experto en organización y administración sanitaria, suplanta al médico en las tareas de dirección. Son los gerentes quienes en última instancia marcan las directrices del trabajo profesional y distribuyen los recursos vitales de la organización. Los médicos ven limitada su autonomía a los aspectos clínicos y gran parte de la tensión hospitalaria de 1987 está motivada por el debate acerca de los criterios -clínicos versus gestores- que deben primar en la organización sanitaria. El cuestionamiento y ataque sistemático por parte de la profesión médica organizada, incide en que el segundo gobierno socialista, tras su nueva victoria electoral por mayoría absoluta, decida transferir muchos de los problemas y conflictos a las Comunidades Autónomas, que empiezan a tener, a partir de la LGS, responsabilidades extensas en materia sanitaria. Esa profesión médica que no pudo oponerse cincuenta años antes al diseño original del Seguro Obligatorio de Enfermedad va a poder articular, gracias al sistema político democrático, una batalla frontal a la extensión y afianzamiento de ese mismo modelo.

Tras la conflictividad de 1987, que se cristaliza en tres meses de huelgas hospitalarias, las respectivas posturas políticas se hacen más pragmáticas y negociadoras: el gobierno socialista empieza a abandonar la idea de un SNS de dominio público y se empieza a aceptar la idea de un modelo mixto, mientras que la profesión médica se acomoda a los nuevos parámetros sanitarios. La pérdida de poder profesional sobre las organizaciones sanitarias supone un paso más hacia su posición de empleado asalariado y la proletarianización del colectivo. En la década de los 90 la profesión médica española ha sido protagonista de una profunda transformación social y política. Los cambios en la organización de la sanidad han dado lugar a modificaciones en las estructuras, características y proyectos profesionales. Los cambios políticos del país han hecho posible que tales transformaciones se reflejen a su vez en una nueva dimensión corporativa más moderna de la profesión.

Mientras tanto, la última etapa del gobierno socialista (1993-96) se caracteriza por los mensajes a la población anunciando la “crisis del Estado de Bienestar” y la urgente necesidad de poner límite a las prestaciones sanitarias. Los responsables de la sanidad pública proponen un debate social sobre la posibilidad de establecer tasas disuasorias en determinados servicios, puesto que el SNS “no podía dar todo a todos”. Es la época en que se empieza a hablar de la “Sanidad mixta” a fin de dar más juego a la iniciativa privada, llegándose a plantear, dentro del mismo partido en el gobierno, la posibilidad de una revisión de la política sanitaria. El documento de la Comisión para la Revisión del SNS conocido como “Informe Abril” (por el nombre de su director, Fernando Abril Martorell), en el que se aboga por una serie de medidas de recorte del gasto y profesionalización de la gestión, suscita reacciones polémicas incluso dentro del mismo gobierno que había encargado su elaboración a un grupo de expertos. La implantación de las listas negativas de medicamentos (la financiación selectiva con cargo a la Seguridad Social) será el primer recorte en las prestaciones que otorga el SNS. Mientras tanto, todavía no se había completado la transferencia de la gestión asistencial a todas las Comunidades Autónomas: iniciadas en 1981 con el traspaso de competencias a las regiones consideradas históricas o asimiladas, el proceso debería haberse cerrado en 1994. En el momento de escribir estas líneas, quedan todavía por recibirse las competencias sanitarias en 10 de las 17 Comunidades en que está administrativamente dividido el país desde la ley constitucional de 1978. Las 7 Comunidades con responsabilidad sanitaria total cubren el 62 por 100 de la población española, mientras que las 10 restantes tienen aún que completar el proceso de transición y la atención sanitaria de su 38 por 100 de población, la cual aún está gestionada por el INSALUD central. Otros intentos de contención del gasto se traducen en la rebaja por parte de los laboratorios de un 3 por 100 del precio de los medicamentos pagados por la Seguridad Social y en el compromiso de devolución de parte de sus beneficios si el crecimiento del gasto farmacéutico superaba determinados porcentajes.

Con respecto a la profesión médica, el gobierno tuvo que enfrentarse, durante dos meses, a una huelga de médicos del Instituto Nacional de la Salud que reclamaban un cambio en su sistema retributivo, a fin de lograr una homologación con el conjunto del SNS. La publicación en 1995 de un decreto en el que se regulaba -según las normas europeas- el acceso a la formación como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de los licenciados en Medicina posteriores a enero de 1995 fue motivo también de un gran número de manifestaciones de estudiantes y médicos generales.

1.3. El gobierno popular (1996-)

La victoria del conservador Partido Popular (PP) replantea el problema de la financiación de la sanidad. La Ley de Regulación de los Medicamentos, conocida como “medicamentazo” se convierte en el tema central del año 1998, suscitando tal crítica social que el gobierno tiene que salir al paso de la reacción pública asegurando que ninguna enfermedad quedará sin cobertura farmacéutica en la Seguridad Social, pero el escándalo fue aún mayor cuando los resultados de la primera factura farmacéutica del año dieron un incremento del gasto en la materia superior al 10 por 100. La rebaja generalizada de precios de los medicamentos fué otra medida fuertemente criticada por la industria. Finalmente, la aprobación del decreto de nuevas formas de gestión suscita la oposición de prácticamente todos los sectores implicados: profesionales, sindicatos e incluso el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que, en un hecho sin precedentes en la historia de esta institución colegial, planta cara a la Administración y rechaza el citado proyecto de real decreto que, a pesar de la multitudinaria oposición, será aprobado a principios del año 2000. Temas pendientes, a pesar de haber sido tratados prácticamente en todas las etapas anteriores, son los referentes a las diferencias retributivas entre el personal de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

2. Desigualdades sociosanitarias en España

España figura, desde la década de los 80, como uno de los países que presentan mejores indicadores del nivel de salud de la esfera occidental. Gran parte de este éxito tiene que ser atribuido al desarrollo económico y social iniciado a mediados de los sesenta. Su repercusión en la mejora de las condiciones y estilos de vida de la población son comparables con los avances sanitarios realizados en las últimas décadas. La construcción de un sistema sanitario público ha permitido que progresivamente toda la población tuviera acceso a una asistencia sanitaria general con buen estandar de calidad. La conjunción de factores socioeconómicos y sanitarios explicarían en gran medida el incremento en la esperanza de vida y la drástica reducción de las tasas de mortalidad infantil, dos de los indicadores clásicos que ilustran los niveles de salud de una población.

La estructura del sector sanitario español -y su funcionamiento- se ve afectada por los cambios sucedidos en la estructura por edad. A semejanza de otros países europeos, la mayor esperanza de vida, sobre todo de las mujeres, y la disminución de la mortalidad infantil, junto con una de las tasas totales de fecundidad más bajas del mundo (1,19 niños por mujer en 1999) significa un creciente porcentaje de población mayor de 65 años. Una de las consecuencias lógicas del envejecimiento es el aumento notable del gasto sanitario, junto con la urgente necesidad de incrementar los recursos sociales para la atención de la tercera edad.

2.1. La estructura de mortalidad y morbilidad

Los datos recogidos en la Cuadro 1 ilustran la situación comparada entre los 15 países que actualmente integran la Unión Europea (UE-15). España destaca por su alta esperanza de vida y baja mortalidad, tanto general como en el primer año de vida.

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado durante este siglo (entre 1900 y 1999) en un 226 por 100, pasando de 34,7 años para ambos sexos al inicio del siglo a 78,3 en 1999. La probabilidad teórica de supervivencia a favor de las mujeres no ha hecho más que aumentar, lenta pero sistemáticamente, desde los años 60. De una diferencia de 4,76 años a favor, se ha pasado a 7,2 para el último año considerado.

La mejora en términos comparativos con el entorno europeo es también sustancial: en los años 60, la esperanza de vida de España era superada por todos los países europeos, a excepción de Portugal y Grecia. Cuatro décadas más tarde, presenta uno de los umbrales de vida teóricos más altos. Las mujeres españolas ocupan el primer lugar, seguidas de francesas, suecas e italianas. En cuanto a los varones, aparecen en la cuarta posición. Esta mejora en la esperanza de vida es desigual entre los diferentes grupos de edad. El favorable desarrollo socioeconómico y sanitario ha tenido una mayor repercusión en las condiciones de vida de los recién nacidos -reducción de las tasas de mortalidad infantil y perinatal- y en la salud de los grupos de edad avanzada, que se han beneficiado de un incremento desde 1960 de más del 126 por 100, en el caso de los varones, y 135 por 100 en el de las mujeres en su longevidad a partir de los 75 años.

Cuadro 1. Esperanza de vida y tasas de mortalidad. Unión Europea 1980-1999

UE-15	Esperanza de vida al nacer				Tasa bruta mortalidad		Tasa mortalidad infantil		Tasa mortalidad perinatal	
	Varones		Mujeres		(por 1000 hab.)		(por 1000 nac.viv.)		(por 1000 nac. tot.)	
Países	1980	1999	1980	1999	1980	1999	1980	1999	1990	1997
Alemania	69,6	74,5	76,1	80,6	12,2	10,3	12,4	4,6	6,0	6,5
Austria	69,0	74,4	76,1	80,9	12,2	9,7	14,3	4,4	6,9	6,5
Bélgica	70,0	74,3	76,8	80,5	11,5	10,3	12,1	5,3	9,4	7,8
Dinamarca	71,2	74,0	77,3	78,8	10,9	11,1	8,4	4,2	8,2	7,3
España	72,5	75,3	78,6	82,5	7,7	9,3	12,3	4,9	7,5	6,3
Finlandia	69,2	73,7	77,6	81,0	9,3	9,6	7,6	3,6	6,2	5,1
Francia	70,2	74,9	78,4	82,3	10,2	9,2	10,0	4,6	8,3	7,0
Grecia	72,2	75,5	76,8	80,6	9,1	9,8	17,9	5,9	11,9	9,5
Irlanda	70,1	73,5	75,6	79,1	9,8	8,4	11,1	5,5	10,2	8,5
Italia	70,6	75,5	77,4	81,8	9,8	9,9	14,6	5,1	10,5	7,3
Luxemburgo	69,1	73,7	75,9	80,5	11,3	8,6	11,5	4,7	6,9	6,9
Países Bajos	72,7	75,2	79,3	80,5	8,1	8,9	8,6	5,2	9,6	7,9
Portugal	67,7	71,7	75,2	78,9	9,7	10,8	24,3	5,4	12,6	7,2
Reino Unido	70,2	74,3	76,2	79,7	11,7	10,6	12,1	5,8	8,1	8,3
Suecia	72,8	77,1	78,8	81,9	11,0	10,7	6,9	2,9	6,5	5,4

Fuente: Eco-Salud OCDE 2000; Eurostat

La mortalidad bruta es un indicador inexacto de salud de la población, ya que está muy influida por la estructura por edad. Los países demográficamente más viejos (Suecia, Bélgica, Alemania y Dinamarca, por ejemplo) presentan las tasas más altas. España todavía se beneficia, a pesar del evidente proceso de envejecimiento de su población, de una estructura etaria en la que el peso de la tercera edad -un 16 por 100 sobre el total en 1998-no es determinante. Por otra parte, las pautas no son claras y las diferencias socioeconómicas entre países parecen producir una desigualdad entre niveles de mortalidad. El progreso de la población española se refleja también en la caída de las tasas de mortalidad infantil y perinatal. En 1980, por cada 1.000 nacidos vivos, no llegaban a alcanzar el primer año de vida 12,3 niños lo que situaba al país en décima posición europea. Veinte años más tarde, reducida en un 60 por 100 del valor inicial, ha mejorado este orden relativo al pasar a ocupar el octavo lugar. Su relación con la distribución de recursos sanitarios, aunque existe, es relativa y entran en juego otras variables básicas. La distribución de la renta, el nivel de desarrollo y el nivel de urbanización explican una buena parte de esas diferencias entre países. En cuanto a la mortalidad perinatal, que como es sabido incluye la fetal tardía y las defunciones producidas durante la primera semana de vida, es destacable también su reducción del 16 por 100 en comparación con el primer año de referencia, sólo superada por los resultados que presentan Finlandia y Suecia.

Las mejoras asistenciales y en las condiciones de vida y trabajo han tenido un efecto menor en la salud de la población activa. La población adulta activa se ve especialmente enfrentada a los riesgos propios de las sociedades modernas (estrés, enfermedades crónicas, cardiovasculares, etc.). Las principales causas de mortalidad en España, así como en los demás países industrializados, son las enfermedades cardiovasculares (con tasas ajustadas por población europea por 100.000 habitantes de 283,3 y 196,9 para varones y mujeres, respectivamente) y los tumores, con una mortalidad masculina de 263,1 y femenina de 118,5 casos también ajustados por la población estandar. En la mayoría de los países industrializados se ha venido produciendo, desde la década de los 60, un continuo descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular y, dentro de éstas, de la cardiopatía isquémica, si bien las diferencias entre países son notables. España no ha sido una excepción a esta tendencia. El aumento del nivel sanguíneo de colesterol, el consumo de cigarrillos y la hipertensión arterial son los factores sobre los que existe acuerdo en la relación con la enfermedad, aunque también se consideran importantes la obesidad, la diabetes, la ausencia de ejercicio físico o los factores psicosociales.

Diferentes estudios epidemiológicos han establecido que muchos de los tumores malignos tienen su origen en factores de riesgo exógenos -tabaco, alcohol, malos hábitos alimentarios- y en la exposición a agentes ambientales de tipo físico, químico o biológico. En vista de ello, gran parte de la mortalidad por cáncer es, en principio, evitable, si se ponen en marcha sistemas de prevención primaria con énfasis en la lucha contra el consumo de tabaco y alcohol, en la promoción de hábitos adecuados de alimentación y en la modificación o supresión de los agentes nocivos presentes en el medio laboral y comunitario. Estas dos grandes causas de muerte representan el 62 por 100 de las defunciones del país. La sobremortalidad masculina es de un 80 por 100 en todos los principales grupos de causas y es máxima en el grupo de Causas Externas, con una razón de tasas de mortalidad ajustada por edad hombre/mujer igual a 1,8.

Es decir, las diferencias entre sexos confirman la superioridad de la mujer sobre el varón. Los varones mantienen sistemáticamente unas tasas de mortalidad superior a la de las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital. Esa mayor mortalidad se traduce en una esperanza de vida menor, tal como ha quedado ya apuntado, a pesar de que las tasas de morbilidad femenina son normalmente mayores que las masculinas.

Cuadro 2. Mortalidad en España. Principales grandes grupos de causas. 1996.
Tasas ajustadas por población europea por 100.000 hab.

CIE-9	Varones		Mujeres	
	Tasa	%	Tasa	%
Grandes grupos				
Todas las causas	884,30	100,00	489,50	100,00
Cardiovasculares	283,30	32,04	196,90	40,22
Tumores	263,10	29,75	118,50	24,21
Respiratorio	98,90	11,18	36,20	7,40
Externas	55,40	6,26	17,50	3,58
Digestivo	50,60	5,72	25,00	5,11
Endocrino	39,50	4,47	24,00	4,90
Trastornos Mentales	17,30	1,96	16,80	3,43

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (1999) Movimiento Natural Población Española 1996. Defunciones

Una vez superadas las enfermedades y causas de muerte clásicas (agudas), la población española se enfrenta a nuevas patologías de la sociedad del bienestar, más relacionadas con condiciones y estilos de vida de los individuos, ante las cuales el aparato sanitario construido no es de mucha efectividad. En las sociedades contemporáneas los estilos de vida, una vez alcanzadas ciertas metas de bienestar colectivo, se

convierten en elementos diferenciadores entre la población. La causalidad de muchas de las enfermedades de la sociedad del bienestar y especialmente las más relevantes, es frecuentemente social. El nuevo patrón de mortalidad plantea la necesidad de analizar las causas sociales de los procesos mórbidos y exige un replanteamiento de la forma y el papel del sistema sanitario. Desafortunadamente, a diferencia del mundo anglosajón, en España no han proliferado las investigaciones en base a otras variables distintas -como, por ejemplo, la clase social o el nivel educativo- a las relacionadas con la dotación de los recursos sanitarios para explicar la buena salud de la población. Los estudios anglosajones parecen evidenciar que, a partir de un cierto desarrollo económico, los niveles de salud dependen más de variables estructurales no necesariamente sanitarias.

El envejecimiento progresivo de la población española (atribuible al efecto combinado de la reducción de la natalidad y mortalidad) y el aumento del tamaño del grupo poblacional de más de 65 años, está introduciendo una nueva dimensión en las desigualdades sociales en la salud y la enfermedad. En el año 2000 las personas mayores de 65 años representan en España el 16,8 por 100 de la población. Dentro de este grupo, lo que más crece es la población de más de 85 años o cuarta edad, un 10 por 100. La mayor esperanza de vida no implica que las personas ancianas sean necesariamente más sanas o vivan los últimos años con un nivel de salud más elevado. La conquista de años de vida, resultado de este proceso, tiene que ser evaluada en términos de la calidad de los años ganados (añadir “vida a los años”) según postula la OMS. Este aspecto es importante, puesto que el 40 por 100 de las camas hospitalarias están ocupadas por ancianos que requieren más atención de enfermería y menos de otros profesionales. Las tasas de morbilidad de los ancianos no han cambiado excesivamente en los últimos años a pesar de los grandes recursos que se han dedicado. La tercera edad ve disminuir progresivamente sus recursos económicos y sociales, a la vez que aumenta su dependencia con respecto al sistema sanitario. Este incremento de la esperanza de vida plantea una fuerte demanda sanitaria y de servicios sociales: al estar aquejados por enfermedades de tipo crónico, se precisan servicios de mantenimiento y seguimiento más que de curación.

El porcentaje de estancias hospitalarias causadas por las personas mayores de 65 años se incrementan progresivamente. En 1978 representaban el 24 por 100 de las estancias, el 31 por 100 en 1984 y el 40 por 100 en 1995. Las enfermedades que motivan el mayor número de ingresos hospitalarios son las del sistema circulatorio, aparato digestivo y respiratorio. Las mujeres presentan una tasa general de hospitalización más alta que los varones, aunque hay que tener en cuenta que una justificación importante de las mismas está relacionada con las causas obstétricas directas y los partos (1.081 y 1.043 altas por 100.000, respectivamente). Otra parte de la explicación viene motivada porque las mujeres suponen el 51 por 100 de la población total y, en comparación con los varones, disfrutan de una mayor esperanza de vida y menor mortalidad a cualquier grupo de edad, lo que les hace alcanzar edades más longevas sujetas al efecto de las patologías crónicas (Cuadro 3).

Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, destaca la importancia relativa de las afecciones cerebrovasculares, en las que las tasas son similares para ambos sexos, y la isquemia del corazón, de la que son hospitalizados 2 varones por cada mujer. El cáncer ha doblado su número de casos en los últimos cuarenta años, motivado en parte por el cambio en el diagnóstico de las enfermedades asociadas y una detección más temprana, consiguiéndose a veces convertirlo en una enfermedad crónica. Dentro del grupo de tumores malignos, la incidencia del de tráquea, bronquios y pulmón, tradicionalmente relacionada con el consumo de tabaco, es manifiesta en los varones españoles, con 122 altas por 100.000, lo que multiplica por diez la tasa femenina. Aunque desde 1987 se ha reducido el hábito tabáquico en España, tanto en número medio de cigarrillos por habitante como en el porcentaje de consumidores, éstos representan todavía el 35,8 por 100 de la población (incluidos fumadores esporádicos y diarios). El cáncer de mama genera 137 ingresos por cada 100.000 mujeres. La implantación de programas específicos -dentro de la Atención Primaria- de prevención y detección de esta enfermedad ha motivado que se diagnostique de forma más temprana, lo que influye posiblemente en el incremento del número de ingresos para su tratamiento y/o seguimiento. Por otra parte, en España existen registros de cáncer de base poblacional desde 1986-88, pero su limitación principal es su implantación sólo en áreas geográficas reducidas (regiones o provincias), por lo no se conoce la incidencia general. Aún así, las cifras son de las más bajas de la Unión Europea.

Algunas de las enfermedades degenerativas más asociadas a la edad están comprendidas dentro del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, como las artropatías y la artritis reumatoide. Las españolas presentan tasas comparativamente más altas que los varones en cualquiera de las rúbricas de este grupo mórbido.

Cuadro 3. Tasas de Morbilidad Hospitalaria, según sexo y diagnóstico definitivo. España 1997

Tasas según diagnóstico	Enfermos dados de alta (por 100,000 hab.)		
	Total	Varones	Mujeres
CIE-9			
Aparato circulatorio	1.237	1.414	1.068
Aparato digestivo	1.234	1.489	989
Aparato respiratorio	986	1.256	727
Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	806	867	747
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	617	576	656
Tumores malignos	615	719	515
Trastornos mentales	268	312	225
Total	11.246	10.922	11.556

La atención sanitaria se centra cada vez más en torno a esos procesos crónicos, debido a que las personas de mayor edad tienen un emergente peso relativo y su voto en las elecciones generales tiene un peso decisivo. Quizás por ese poder político estratégico muchas de las políticas sociales de los países desarrollados están cambiando y se dirigen cada vez más claramente hacia el llamado “poder gris”.

Como se desprende de los párrafos precedentes, en términos generales la salud de los españoles ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas. Gran parte de esas mejoras deber ser atribuidas al avance en las condiciones y nivel de vida, así como a la extensión y modernización del Sistema Nacional de Salud. Dichas mejoras han tenido como resultado la reducción de las tasas de mortalidad infantil y la prolongación de la vida para los grupos de edad más avanzados. Las nuevas enfermedades de la sociedad del bienestar colocan al sistema sanitario actual ante una situación de relativa impotencia, al estar preparado básicamente para curar las enfermedades agudas. Las enfermedades crónicas, el estrés, los problemas psicológicos y mentales y las enfermedades cardio-cerebrovasculares están íntimamente relacionadas con las condiciones y estilos de vida de los individuos. Podemos concluir este apartado recordando que España es un país con fuertes desequilibrios internos de carácter económico y social que se traducen en variaciones importantes a nivel regional en la salud de la población, pero cuyo análisis excede el objetivo del presente trabajo. Los determinantes del nivel de salud son complejos y diversos y dado que la enfermedad tiene en parte un origen en las condiciones sociales en que se desarrolla la vida de los individuos, es difícil que los programas sanitarios puedan tener un éxito completo sin el cambio de aquéllas. Los problemas de salud no pueden ser analizados al margen de los temas macroeconómicos y políticos. Más aún, la política de salud debe contrarrestar la tendencia del sector sanitario de acusar a la víctima como forma de explicar el fracaso del propio sistema para mantener la salud de la población. No se trata de traspasar la responsabilidad al individuo, a la familia y a los sistemas de servicios sociales bajo el principio de una cierta “radicalización de la cruzada moral” en favor de los estilos de vida saludables. La reducción de las desigualdades sociales en salud pasa no sólo por la aceptación y uso de una definición de salud más amplia, es decir, más social, sino también por la articulación de una política redistributiva que incluya los aspectos de medio ambiente, vivienda, educación, condiciones de trabajo y/o alimentación, derechos todos ellos recogidos en la Carta Magna de 1978.

2.2. La estructura del sector sanitario

El sistema sanitario español se enfrenta con algunos problemas que son seculares, como es la falta de camas hospitalarias y el exceso de médicos. Esta pauta general requiere ser matizada, pero sintetiza bien los problemas estructurales del sector. Con un servicio nacional de salud público relativamente similar al inglés, España tiene más del doble (2,5 veces) de médicos que Gran Bretaña, apareciendo sólo superada por otro país europeo meridional culturalmente próximo como es Italia. Pero España es, junto con Portugal, uno de los países desarrollados peor dotados de camas hospitalarias, con un 53 por 100 más de población por cama que en Italia y, a su vez, uno de los que contratan a un mayor número de médicos. Las camas existentes no cubren bien las necesidades de la población, pues una elevada proporción son para urgencias, enfermos agudos o para mentales crónicos. El cambio en la estructura por edad de la población está provocando un desajuste adicional. El problema no radica en la dotación de personal (1,68 personas por cada cama de hospital), sino en la escasez de camas y en las largas estancias medias de los pacientes (10,5 días), lo que conduce a que tan sólo el 9 por 100 de la población sea hospitalizada al año, dando lugar a uno de los problemas históricamente insolubles de este país: las listas de espera en la sanidad pública para intervenciones quirúrgicas por quirófano. El exceso de médicos y la carencia relativa de camas hospitalarias, al ser ambas pautas extremas, hacen que el sistema público funcione inadecuadamente. Por otra parte, confirmarían la hipótesis de que, a cierto nivel de desarrollo, el sistema sanitario tiene poco que ver con el nivel de salud de la población. Con una esperanza de vida para las mujeres de 82,5 y de 75,3 para los varones, en 1999 España se sitúa a la cabeza de otros países económicamente más desarrollados y con sistemas sanitarios más sofisticados: Dinamarca, Reino Unido, Bélgica e incluso Canadá, Estados Unidos o Suecia.

Cuadro 4. Recursos sanitarios. Unión Europea 1996

UE-15 Países	Médicos (por 1000 h.)	Camas hospitalarias (por 1000 h.)	Ingresos hospitalarios (por 100 000 h.).	Estancia media	Tasa de ocupación
Alemania	3,4	9,6	20 930	13,6	80,9
Austria	2,8	9,2	25 100	10,5	78,8
Bélgica	3,4	7,2	20 000	11,3	86,5 (*)
Dinamarca	2,9	4,7	19 825	7,2	83,4
España	4,2	3,9	11 246	10,5	79,9
Finlandia	2,8	9,2	26 900	11,6	82,0 (*)
Francia	2,9	8,7	22 500	11,2	81,1
Grecia	4,0	5,0	12 800 (*)	8,2	68,0 (*)
Irlanda	2,1	3,7	15 098	7,0	83,2
Italia	5,5	6,6	18 467	9,4	73,4
Luxemburgo	2,9	8,2	19 900 (*)	15,3	82,9 (*)
Países Bajos	2,6	11,2	11 144	32,5	88,7
Portugal	3,0	4,1	11 360	9,8	73,9
Reino Unido	1,6	4,5	14 985	9,8	81,0
Suecia	3,1	4,4	18 100	7,5	81,9

(*) Datos para 1990

Fuente: Eco-Salud 2000

Resulta paradójico que en un país de desarrollo medio, que ha sufrido una recesión económica intensa y cuyo sector sanitario es relativamente reducido, y caracterizado por la distribución desequilibrada de los recursos, el nivel de salud de la población sea comparativamente tan elevado. Esta situación parece indicar, como ya hemos apuntado, que, a ciertos niveles de desarrollo sanitario, la salud de la población depende más de otras variables sociales estructurales.

Como en otros muchos países, el sistema sanitario español se ha tecnificado y especializado en las últimas décadas. Los cambios que experimenta el sector de atención sanitaria, sobre todo para la red hospitalaria, se pueden resumir en: a) la concentración en un número menor de hospitales (pasan de 913 en 1985 a 782 en 1995), desapareciendo muchos hospitales pequeños y privados; b) una estructura carencial de camas hospitalarias (de un parque total en funcionamiento de 175.410 en 1985 a 154.644 en 1995); y c) la deficiente utilización de los recursos, medido por el porcentaje de ocupación y la estancia media. El Cuadro 5 trata de proporcionar una visión de la evolución por la que han pasado los hospitales españoles en los últimos treinta años, no sólo en dotación de recursos sino en actividad funcional. De ella se desprende cómo a pesar de la creación de un sistema nacional de salud a partir de 1986, algunos de los indicadores seleccionados no han variado apenas. En la actualidad hay menos camas que en 1972 mientras que se mantiene casi la misma proporción en el sector público, pero se ha duplicado el personal sanitario por cama y hay cuatro veces más personal de enfermería titulado. El sistema nacional de salud ha generado una oferta laboral sin precedentes, sobre todo para médicos hasta principios de los 80. A partir de esa década, se empiezan a contratar más enfermeras tituladas y posteriormente se da trabajo a otro tipo de personal (auxiliares de clínica, principalmente), abaratando así los costes de plantilla. En cualquier caso, la expansión del sector hospitalario ha supuesto que para 1995 más de un cuarto de millón de profesionales sanitarios esté vinculado laboralmente a él, mientras que el empleo total en salud es de medio millón de personas.

En cuanto a los índices de funcionamiento, la tasa de ocupación proporciona una medida del grado de utilización de las camas en funcionamiento, que ha mejorado levemente durante el período considerado. Aún así, su cifra relativa es baja y coloca a España en el décimo lugar en comparación con la Unión Europea. La estancia media refleja el tiempo promedio de días de hospitalización un enfermo, que se ha acortado en un 30 por 100 desde 1972. Una situación como la descrita debería haber generado una expansión del sector privado, pero éste prefiere dedicarse a las consultas médicas privadas y a negocios periféricos en torno a la atención hospitalaria, consolidándose un sistema de subsidiariedad de los hospitales de la red pública respecto de la medicina privada.

Cuadro 5. Evolución de los hospitales. España 1972-1995

Características	1972	1980	1990	1995	Índice 1995 1972 = 100
Total Hospitales	1.287	1.084	820	782	61
Total camas	177.385	201.035	168.771	154.644	87
% sector público	69,7	68,0	68,9	67,5	97
Personal sanitario por cama	0,77	1,35	1,44	1,68	218
Personal enfermería por cama	0,14	0,32	0,55	0,63	450
Tasa de ocupación	70	70	76	79	113
Estancia media	—	14,8	12,2	10,5	71 ^(*)

(*) 1980 = 100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (1999)

Estadística Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 1995

Estadística Indicadores Hospitalarios 1995

Otra de las peculiaridades del sector sanitario español es su progresiva feminización. El acelerado proceso de participación femenina tiene una doble vertiente. Por una parte, las carreras universitarias en ciencias de la salud cuentan con un porcentaje cada vez mayor de alumnas, oscilando entre un valor mínimo, para el curso académico 1997-98, del 61 por100 en Odontología al 84 por 100 en Enfermería.

En dos carreras tradicionalmente masculinas, como la Medicina y la Veterinaria, las mujeres representan ya el 64 y el 58 por 100, respectivamente, de todo el alumnado matriculado, mientras que las

estudiantes de Farmacia son el 73 por 100. Esta situación reciente plantea un giro, sobre todo, en la profesión médica presente y futura, históricamente en manos de varones. Hasta hace poco, España tenía una de las tasas mínimas de mujeres-médicas del mundo desarrollado, circunstancia modificada por la masiva integración de mujeres en las Facultades de Medicina. Esta tendencia va a continuar, incluso a un ritmo más alto, debido al incremento constante del número de mujeres que alcanzan -y terminan con éxito- los niveles universitarios. Las tasas generales de actividad femenina, a pesar de ser todavía de las más bajas de la Unión Europea, demuestran que las mujeres españolas están decididas no sólo a rentabilizar su inversión en capital educativo, sino a incorporarse de manera permanente a un mercado laboral que exige mano de obra cada vez más especializada.

Desde los sectores más tradicionales de la sociedad española, de los que no están ausentes las élites profesionales ya instaladas, esta imparable feminización es vista como un indicador de la pérdida relativa de poder del sector sanitario en el ámbito de decisión política. Una consideración de este tipo, con independencia de su evidente trasfondo machista, parece prematura, sobre todo al no disponer de datos sobre la distribución según sexo del personal con responsabilidades directivas o de gestión. La situación no sería exclusiva, por otra parte, del sector sanitario, puesto que dentro de la pirámide ocupacional -de cualquier rama de actividad- constituyen una minoría las mujeres que desempeñan trabajos de alto nivel. En cambio, en los niveles inferiores son prácticamente el 100 por 100 de los trabajadores, como ocurre en la sanidad con las auxiliares de clínica. Es decir, igual que en otros sectores de actividad, las trabajadoras participan en una estructura que no controlan, en la que desempeñan los cometidos de menor categoría y peor pagados. No ascienden fácilmente en la pirámide ocupacional y, en general, carecen de poder como grupo. Es paradójico, pues, que su mayor presencia numérica total no conlleve un reparto más equitativo del poder. El futuro, sin embargo, invita al optimismo: más mujeres con especialidades universitarias en el campo de la salud implica -a mediano plazo- su integración progresiva en los puestos gerenciales, en la administración y gestión de las instituciones sanitarias.

En la Cuadro 6 se muestra la evolución temporal del personal sanitario colegiado, como un indicador de disponibilidad para la prestación de la atención a la salud. En España se dispone de información exhaustiva del número de profesionales a partir de los datos que suministran los colegios profesionales, puesto que la colegiación es obligatoria para el ejercicio.

Cuadro 6. Evolución de los profesionales del sector sanitario. España 1970-1998

Personal sanitario	1970		1980		1990		1998	
	Total	Mujeres %	Total	Mujeres %	Total	Mujeres %	Total	Mujeres %
Médicos	45.335	4	86.253	17	148.717	30	171.494	36
Odontólogos	3.361	4	3.946	6	10.347	24	16.133	35
Farmacéuticos	15.963	34	23.299	47	36.590	61	46.761	66
Veterinarios ⁽¹⁾	7.661	0,2	8.178	2	12.584	22	20.833	27
Enfermeros ⁽²⁾	—	—	125.313	73	158.497	76	161.285	80
Fisioterapeutas ⁽³⁾	—	—	2.149	50	2.905	53	2.336	55
Matronas	4.123	100	4.192	100	6.321	100	6.699	96

(1) A partir de 1994, se incluyen los colegiados jubilados

(2) Antes de 1980, el colectivo de enfermería estaba formado por practicantes integrados en un Colegio profesional propio

(3) Nueva especialidad a partir de 1980

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas
Anuario Estadístico de España (varios años)

Es destacable el continuo incremento en el número total de médicos, veterinarios, farmacéuticos y odontólogos, así como en el de diplomados en Enfermería. Hay que señalar que el aumento de

profesionales sanitarios se ha producido, sobre todo, en las mujeres. Aunque la sobrerrepresentación femenina (80 por 100) en el campo de la enfermería es sobradamente conocida, el número total de médicos prácticamente se cuadruplicó entre 1970 y 1998, mientras que el porcentaje de mujeres se multiplicó por 9, igual que el peso relativo de las odontólogas. El coeficiente de masculinidad o razón entre sexos también es favorable en Farmacia y Fisioterapia, a pesar de tratarse esta última de una profesión de reciente creación. Dentro del colectivo farmacéutico, por cada cinco varones, hay diez mujeres. Finalmente, ocho de cada diez fisioterapeutas son varones.

En España la profesión médica supone todavía entre la tercera y la cuarta parte de los trabajadores del sector sanitario, pero la tendencia es a su disminución, sobre todo en el ámbito hospitalario, donde ya representa en 1995 un 13,3 por 100 de todo el personal sanitario. Las reformas de carácter administrativo y organizativo están dando paso a otros profesionales -enfermería, auxiliares de clínica, gestores, administradores- con formas de trabajo menos jerarquizadas y planteamientos menos gremiales. Todo parece indicar que vamos hacia el desarrollo de un sector sanitario público en el que tendrán más cabida nuevos profesionales en los que, a diferencia de las profesiones sanitarias tradicionales más volcadas hacia los aspectos clínicos, se valorará su capacidad de gestión y administración de los recursos, su eficacia en el control del gasto y su potencialidad en la reorganización del sistema público.

Por otra parte, cada vez hay más médicos que piensan en términos de salud pública y comunitaria, de medio-ambiente, de medicina preventiva y promoción de la salud. Ha habido, en los últimos años, un gran giro en el planteamiento tradicional del ejercicio de la profesión. Se ha pasado del modelo de ejercicio clínico individual al de trabajo en equipo, especialmente en atención primaria. Sin embargo, la prioridad en el control del gasto puede resultar en un exceso de burocracia, en un incremento del coste de la atención para el paciente, cuando no en la reducción o supresión de ciertos programas o prestaciones (planificación familiar, salud mental, dentista, etc.) dificultando el acceso de la población a diversos servicios. Desde esta perspectiva, es paradójico que se abandere la prevención como un sistema de control (o incluso de reducción) del gasto. La radicalización ante determinados comportamientos individuales considerados perjudiciales para la salud (consumo de tabaco, alcohol, obesidad, drogadicción, etc.) que convierte a los sujetos en “pecadores sociales”, plantea un dilema permanente entre la acción política, por un lado, y las conductas individuales por el otro: ¿es el individuo el único responsable del mantenimiento de su salud? ¿es legítimo obligarle a abandonar o penalizar, incluso mediante el vacío social, su comportamiento si éste no se adecua a lo sanitariamente correcto? Esta polémica está muy presente en los medios de comunicación, donde también se observa una tendencia a la discusión pública sobre los aspectos éticos de la atención sanitaria (decisiones sobre asignación y prioridad de recursos limitados, reproducción artificial, genética, eutanasia, aborto, etc.). Los conflictos de valores aparecen no sólo en la agenda política, sino en la vida cotidiana de la sociedad civil.

La coexistencia de un sector público extenso, creado bajo el principio de una atención sanitaria única, pública y gratuita, con un sector privado al que acceden las personas con mayor capacidad adquisitiva, sigue marcando las diferencias de clase social que persisten en la sociedad española. La verdadera diferencia estriba en la utilización dual de que hacen gala las clases altas: el médico especialista o los hospitales privados para evitar las listas de espera, el Sistema Nacional de Salud cuando les es rentable por el coste del tratamiento o la intervención quirúrgica. La polémica de la igualdad de acceso se inicia ya en los años setenta, cuando todavía se vivía bajo el modelo de expansión del mercado sanitario y se agrava en la década de los ochenta por el cambio drástico hacia un modelo de reorganización. Ante la denominada crisis del Estado de Bienestar, desde el sector público se advierte de que el Sistema Nacional de Salud ya no puede garantizar todos los servicios sanitarios a todos los ciudadanos.

El SNS no es cuestionado en su esencia por los ciudadanos, tal como reflejan todas las encuestas, pero sí fuertemente criticado en cuanto a su organización y gestión en aras de una mejor eficiencia y

reducción de sus costes. Los trabajadores, a los que se les descuenta del salario un porcentaje destinado a sufragar el llamado régimen general de la Seguridad Social, no quieren oír hablar de una subida en la base de cotización. El objetivo prioritario ya no es incrementar el acceso de la población a los recursos del sector, sino reducir el coste sanitario. Uno de sus problemas radica en cómo priorizar el gasto, puesto que en una situación de crisis financiera como la actual, queda por decidir qué sector está más necesitado de inversión, si el hospitalario o la atención primaria de salud. El sector hospitalario demanda fuertes inversiones en tecnología, puesto que hay grandes sectores dentro del sistema hospitalario público que tienen un equipamiento sanitario deficitario y/u obsoleto. Al mismo tiempo, la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud fija como uno de los objetivos, concretamente el nº 28, potenciar la atención primaria de salud, cuya red -junto con la de atención especializada ambulatoria- es defectuosa. La atención primaria no se ha convertido, tal como propugnaba la LGS, en el eje del sistema sanitario, bien por falta de interés o de capacidad política, o de ambas a la vez. El sistema sanitario español sigue centrado en los hospitales. Habría, pues, que mejorar ambos sectores a la par, lo que conlleva una difícil reducción del gasto.

El futuro de la sanidad en España puede ser bien distinto de su inmediato pasado. Ya no vamos a ser testigos de grandes reformas ni de polémicas ideológicas sobre el modelo sanitario. Más bien asistiremos a reformas de carácter administrativo y organizativo. La primera de ellas está orientada hacia la implantación de los sistemas de gestión privada dentro de los hospitales de titularidad pública vía la fórmula legal de creación de fundaciones sanitarias privadas. Dichas fundaciones facturarán al sistema nacional de salud por las prestaciones sanitarias realizadas a la población, quedando por solventar, entre otros muchos aspectos, cuál será el régimen laboral de los trabajadores en plantilla, vinculados en su mayoría al hospital por su condición de funcionarios y pagados por tanto por la sanidad pública y el posible conflicto con los profesionales que en un futuro se contraten directamente por el ente gestor, en unas condiciones de mercado salarial liberalizado muy distintas. Otro aspecto que suscita recelos entre los defensores de un único modelo de gestión pública es la posibilidad de que estos hospitales “privatizados” sólo acepten las intervenciones más sencillas clínicamente hablando y más rentables desde el punto de vista económico (cirugía menor, por ejemplo), desechando los casos en que se requiera de una dotación tecnológica altamente especializada, los enfermos crónicos, los de previsible larga estancia, etc. En cualquier caso, tanto en el sector privado como en el público, se ha popularizado ya la idea de una gestión profesional mediante la creación de una nueva clase de gestores y administradores, no necesariamente pertenecientes a la profesión médica. Ese nuevo estrato ocupacional alta practica la idea de la eficacia y la racionalidad, la maximización del coste/beneficio y la defensa de los intereses de la industria.

Es posible que, en un futuro, asistamos a la puesta en marcha de un modelo sanitario pensado para dos clases sociales: una atención médica sofisticada y tecnológica para las clases altas, que sufragarán su costo mediante la suscripción de pólizas individuales de seguros y una atención primaria y hospitalaria básica para las clases bajas. El debate queda abierto.

3. El Sistema de Prestación de Servicios

El sistema sanitario español se configura como un Sistema Nacional de Salud, con atención sanitaria universal, y gratuita en el punto de prestación del servicio. Esta provisión es principalmente pública, tanto en la propiedad de los distintos recursos, como en la gestión.

Los principios de la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986, establecen que el sistema será:

- De cobertura universal, con acceso libre a la atención sanitaria para todos los ciudadanos
- Financiado públicamente, principalmente a través de impuestos
- Compuesto por la integración de diferentes redes de servicios bajo la estructura del Sistema Nacional de Salud
- Con una devolución política a las Comunidades Autónomas (transferencia de servicios sanitarios) y organización de los servicios sanitarios regional, basada en áreas de salud y zonas básicas de salud
- Con desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria de salud, con énfasis en la promoción, prevención y rehabilitación en este nivel.

Respecto a la cobertura, la Ley General de Sanidad establece que la cobertura será universal para los españoles y extranjeros residentes en España. Aunque actualmente la cobertura efectiva es del 99,4 por ciento de la población, todavía no existe una legislación de universalización de la asistencia, y esta cifra se ha conseguido mediante la ampliación a diversos colectivos de la asistencia otorgada mediante el derecho de seguridad social. Es decir, inicialmente el sistema sanitario español otorgaba el derecho a la asistencia sanitaria pública por el hecho de trabajar y, por tanto, cotizar a un sistema de Seguridad Social (cobertura del trabajador y su familia). Posteriormente se han incorporado a este derecho a la asistencia colectivos tales como personas con escasez de recursos económicos o diferentes grupos de enfermos crónicos. También se han incluido, pero mediante cotización, profesionales autónomos y diversos grupos de profesionales liberales. Pero lo que aún falta es una verdadera normativa que configure el derecho a la asistencia sanitaria, por el mero hecho de la residencia, sin requisitos adicionales. Tras esta falta de normativa que desarrolle lo ya establecido en la Ley General de Sanidad de 1986, se encuentra el problema de financiación adicional del 0,6 por cien de la población que falta (ya que actualmente la financiación de la sanidad procede de impuestos y no ya de cotizaciones), y también el problema de la cobertura de los funcionarios públicos, que más adelante veremos.

En cuanto a los extranjeros con residencia legal en el país, la cobertura es igual que la de los españoles, y según los mecanismos expuestos en el párrafo anterior. Para los extranjeros sin residencia legal, la adhesión de España a la Carta de Derechos del Niño hace que toda la asistencia sea pública y gratuita, es decir, la normal del sistema, para los menores de 18 años y las mujeres embarazadas. En el caso de los adultos, la asistencia gratuita sólo se prestará en caso de urgencia; en el resto de los casos se prestará, sujeta a facturación, como para todas aquellas personas que carecen del derecho.

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública se obtiene mediante la denominada Tarjeta Individual Sanitaria, documento de identidad donde figura el nombre y domicilio de la persona y el número aún denominado de Seguridad Social. La mera presentación de este documento, otorga el derecho a ser atendido, aunque con las limitaciones en cuanto a elección de centro que veremos a continuación.

Ya hemos señalado que la propiedad de los recursos sanitarios es principalmente pública. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud. Éste es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración el Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (o regiones).

Esto quiere decir que el sistema sanitario es un sistema con tendencia a la descentralización de los servicios hacia las 17 Comunidades Autónomas, aunque por el momento sólo se han transferido estos servicios a 7 comunidades.

En este sistema con vocación de descentralización, es necesaria una coordinación. Ésta aparece a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud y entre ellos y con la Administración del estado, e

integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado. Existe además el Comité Consultivo, vinculado con el Consejo Interterritorial, e integrado por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales

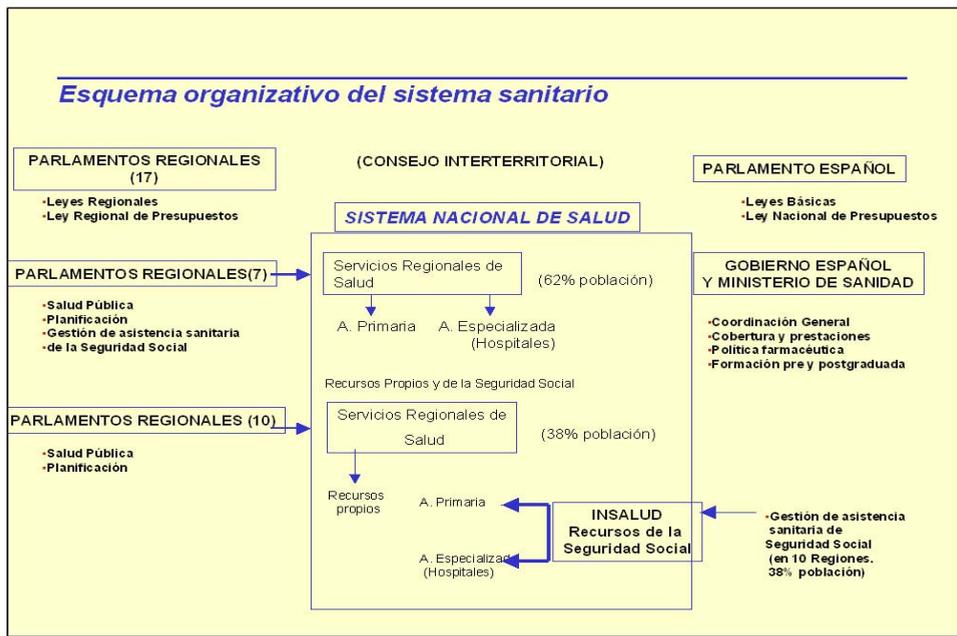
Como hemos visto en párrafos anteriores, en este momento, las competencias en salud pública están transferidas a todas las comunidades autónomas, mientras que la gestión de la asistencia sanitaria sólo lo está a 7: Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco y Valencia (1988), Navarra y Galicia (1991) y Canarias (1994). Éstas son las denominadas regiones o nacionalidades históricas o asimiladas y suponen el 62 por ciento de la población.

Hay, sin embargo, competencias que –según la ley- nunca se transferirán o descentralizarán. Son competencias exclusivas del estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.

También son competencias básicas del Estado:

- La coordinación general y bases generales de la sanidad
- La financiación y regulación de los aspectos financieros de la seguridad social
- La definición de las prestaciones garantizadas por el Sistema Nacional de Salud
- Las relaciones internacionales
- La política farmacéutica
- La formación pregraduada y postgraduada
- Las políticas de recursos humanos

Figura 1



El Ministerio de Sanidad y Consumo es el Departamento encargado de la rectoría y regulación de la salud en España. Aparte de las correspondientes Direcciones Generales encargadas –a través de 2 Secretarías de

Estado- de Salud Pública, Farmacia, Recursos Humanos y Financieros, Planificación Sanitaria, Consejo Interterritorial y Alta Inspección, se compone de un cierto número de organismos autónomos:

- Insalud (Instituto Nacional de la Salud) gestiona la atención sanitaria en las 10 Comunidades Autónomas no transferidas (38% de la población).
- Instituto de Salud Carlos III: que se ocupa de la investigación biomédica, evaluación de tecnologías, asesoría técnica, formación en salud pública y gestión de servicios, laboratorios nacionales de referencia.
- Organización Nacional de Transplantes: coordinación de la extracción y transporte de órganos y selección de receptores.
- Instituto Nacional de Consumo: inspección, arbitraje, investigación, formación y otras tareas relacionadas con el campo del consumo
- Plan Nacional del SIDA: coordinación de la investigación, información, prevención y tratamiento del SIDA
- Agencia del Medicamento: asegurar que los productos farmacéuticos registrados en España cumplen los criterios de calidad, seguridad y eficacia clínica.

El papel de los gobiernos regionales consiste en la planificación sanitaria en su territorio, la política de salud pública, las leyes regionales y la gestión de la asistencia sanitaria cuando la tienen encomendada.

Los ayuntamientos o corporaciones locales no tienen ningún papel en la prestación de atención sanitaria, aunque sí en medio ambiente y salubridad. Sin embargo, Madrid y Barcelona conservan competencias de atención: atención de urgencias en vías urbanas en el caso de Madrid y más amplias, con centros de salud, en el caso de Barcelona.

Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Cada Área de salud extiende su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. En todo caso, cada provincia tiene, como mínimo, un área. En la práctica, existen áreas de salud que sobrepasan los 250.000 habitantes, como ocurre, por ejemplo, en la Región de Madrid, que, con 5 millones de habitantes, dispone de 11 áreas de salud.

Cada Área de Salud está vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud, que atienden a una población que oscila entre 5000 y 25000 habitantes.

El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada. La población deberá poder acceder al centro de salud, con los medios habituales de locomoción, en el tiempo máximo de treinta minutos.

Los Equipos de Atención Primaria –con base en el Centro de Salud- tienen como ámbito de actuación la Zona de Salud, y se componen de médicos de Medicina General y Pediatría, Diplomados en Enfermería, Matronas, Auxiliares de Clínica, Farmacéuticos, Veterinarios, Trabajadores Sociales, y personal administrativo.

Los hospitales son el último nivel asistencial. Existe un hospital de referencia como mínimo por área de salud y toda la población tiene garantizado el acceso a todo tipo de servicios de internamiento. El acceso a los hospitales se hace mediante un sistema de referencia-contrarreferencia. Los médicos generales se convierten en puerta de entrada al sistema (gate-keeper), y son los que, en caso de considerarlo necesario, derivan a los pacientes hacia el médico especialista. Éste será el encargado de la derivación al hospital en caso necesario. En la práctica, se utiliza el servicio de urgencias del hospital como puerta de entrada al mismo, saltándose los mecanismos de control establecidos.

Los Servicios especializados ambulatorios proporcionan atención especializada, siendo el nivel intermedio entre atención primaria y hospitalaria, pero al ser dependientes de los hospitales y normalmente con el mismo

equipo asistencial, que rota para cubrir estas visitas ambulatorias, en España no se habla de tres niveles de atención, sino únicamente de dos: atención primaria y atención especializada (y ésta puede prestarse de manera ambulatoria o en internamiento).

En 1984 empieza a implantarse lo que se denomina el “nuevo modelo de atención primaria”. Esto supone que la atención no se presta por médicos generales que trabajan solos, con una dedicación de dos horas y media diarias más a la atención a domicilio, sino mediante Equipos de Atención Primaria, donde se trabaja en equipo, 7 horas diarias. El porcentaje de población cubierta por el nuevo modelo de atención primaria varía según las comunidades autónomas, aunque la media nacional para el año 2000 es de aproximadamente el 80 por ciento, con variaciones entre el 50 (Madrid) y el 100 por cien (Navarra).

La atención primaria se presta siempre en el día o al día siguiente y, dada la burocratización del sistema –aunque en proceso de cambio- un gran número de visitas se deben a razones administrativas –reiteración de tratamientos en enfermos crónicos, obtención de certificados de baja laboral, etc.-. Por ello, también, es alto el número de visitas por médico y escaso el tiempo de visita.

Los nuevos equipos, más progresivos, ponen mayor énfasis en el uso de historias clínicas y protocolos, efectúan menor número de prescripciones y referencias, dedican más tiempo por paciente, y, según las encuestas de satisfacción, brindan un servicio de mayor calidad.

El número de consultas hospitalarias (consultas externas) sigue siendo, sin embargo, alto, y la utilización de las urgencias hospitalarias excesiva, incluso durante las horas de funcionamiento normal de los servicios de atención primaria. Esto se debe tanto a la mayor confianza en los servicios diagnósticos hospitalarios, como al deseo de saltar las listas de espera –problema fundamental del sistema sanitario- tanto para la atención, intervención, como realización de pruebas diagnósticas.

La elección del proveedor es posible, en teoría, para el médico de atención primaria. En la práctica se ve limitada por el número restringido de pacientes que pueden formar parte de la lista de un determinado médico, o por la dificultad en conseguir un médico fuera de la zona básica de salud de residencia que acepte convertirse en médico de referencia, ante las dificultades que encontraría para los desplazamientos en el caso de atención a domicilio. Para el médico especialista y el hospital, todavía no existe regulación a nivel nacional.

Las prestaciones sanitarias -o paquete de beneficios- cubiertas por el sistema sanitario público no estaban inicialmente bien definidas. La extensión de los tratamientos disponibles ha sido un proceso gradual, a menudo en respuesta a los avances en tecnología y ciencia médica y sin intento previo de evaluar su efectividad o eficiencia. El fallo en la evaluación de las nuevas intervenciones amenazaba –y lo sigue haciendo- tanto la calidad de la atención como los esfuerzos para controlar los costes.

El Real Decreto 63/1995 pasó a definir los servicios cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, completando la carta de derechos de los ciudadanos contenidos en la LGS, con una lista de beneficios garantizados en todo el país, manteniendo lo que ya estaba disponible, aunque de manera muy genérica. Se regulaba la introducción de nuevos servicios y tecnologías, aplicando los criterios de efectividad, seguridad, calidad y eficiencia.

Sin embargo, los avances o la introducción de nuevas prestaciones se han limitado a prestaciones ortoprotésicas, productos dietéticos y oxigenoterapia, sin una verdadera regulación de nuevas tecnologías-prestaciones, aunque se están realizando intentos de trabajar en lo que se denomina uso tutelado de algunas técnicas o procedimientos, previas a su inclusión en el sistema, aunque con la paradoja de que para evaluarlas, hay que introducirlas en algunos centros y, una vez introducidas, parece difícil parar su utilización. Ha habido modificaciones en lo relativo a medicamentos, algunos de los cuales han sido excluidos del sistema.

Los beneficios o prestaciones del sistema son:

- Atención primaria de salud: medicina general y pediatría, en consulta y a domicilio, y programas de prevención de enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación.
- Atención especializada, tanto ambulatoria como hospitalaria y cubre todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

- Medicamentos y productos farmacéuticos: el usuario paga 40 por cien del precio de los medicamentos, con excepción de los pacientes hospitalizados, los jubilados, inválidos, y personas que han sufrido accidentes laborales, para los cuales no existe ningún copago. Los medicamentos para enfermedades crónicas tienen un copago del 10 por ciento, con un máximo de 500 pesetas, actualizables anualmente. Desde diciembre de 1995, esta contribución reducida se extiende a todos los pacientes con SIDA. Los funcionarios del estado pagan 30 por ciento del coste de los medicamentos, independientemente de su situación laboral (activos o jubilados).
- Prestaciones complementarias: incluyen prótesis, ortesis, sillas de ruedas, transporte sanitario, productos dietéticos y oxigenoterapia a domicilio. Recientemente se han incluido los audífonos para niños. En general no existe el copago.

Históricamente, no se incluye la atención social y comunitaria, en manos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y parcialmente descentralizada a las comunidades autónomas, que suelen mantener esta misma división entre salud y servicios sociales. Esto crea ciertas dificultades de coordinación, sobre todo en los límites entre lo que es atención sanitaria o social para enfermos crónicos o ancianos, ya que los centros de media y larga estancia son escasos, y las residencias asistidas para pacientes de más de 65 años quedan dentro del ámbito de servicios sociales y, por tanto, conllevan un pago de los usuarios ya que el número de residencias públicas es escaso. Esta distinción entre atención sanitaria (gratuita) y atención social (de pago) da lugar a disfuncionalidades, reivindicaciones y actualmente es el principal punto del programa de gobierno: la denominada atención sociosanitaria.

Quedan expresamente excluidos:

- los tratamientos de: psicoanálisis e hipnosis;
- cirugía de cambio de sexo (actualmente en estudio tras presión política de las asociaciones de transexuales);
- balnearios y curas de reposo;
- cirugía plástica no relacionada con accidentes, enfermedades o malformaciones congénitas;
- atención dental (sólo se incluyen las extracciones y educación sanitaria y servicios de diagnóstico durante el embarazo; algunas Comunidades Autónomas con competencias sanitarias, han introducido diferentes modalidades de atención, principalmente en menores de 14 años).

Los criterios de exclusión son la falta de pruebas científicas de su efectividad; el fallo para establecer claramente que es efectiva para la prevención, tratamiento o cura de la enfermedad o de que contribuye de forma significativa a la conservación o mejora de la esperanza de vida, autoayuda o eliminación o alivio del dolor y el sufrimiento; y su clasificación como actividad de placer, descanso o confort.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, es el organismo encargado de establecer estos criterios de inclusión/exclusión para prestaciones concretas. Existen también agencias en algunas comunidades autónomas.

Se introdujeron dos listas negativas de medicamentos en 1993 y 1998, excluyendo de la financiación pública productos de efectividad clínica no probada. La Agencia del Medicamento tiene a su cargo la evaluación de la efectividad clínica de nuevos productos y autorizar su registro comercial, desde 1999.

En cuanto a la educación y formación de las profesiones sanitarias, el Ministerio de Educación es el responsable de la educación de pregrado, con autonomía de las Universidades para el establecimiento de sus programas de estudios. El número de profesiones sanitarias se ha extendido en los últimos años, pues a las tradicionales enseñanzas universitarias de grado superior (Medicina, 6 años; Odontología, 5 años; Farmacia, 5 años, Veterinaria, 5 años), y medio (Enfermería y Fisioterapia, 3 años), se añaden nuevas profesiones de grado superior y medio (como Podología, Nutrición Clínica, etc.) y un gran número de enseñanzas de Formación Profesional (no universitarias).

La formación postgraduada reglada depende de las universidades (mediante los denominados títulos propios) y, por tanto, indirectamente del Ministerio de Educación.

El sistema de especialización depende del Ministerio de Sanidad y Consumo. La especialización es obligatoria para los médicos desde 1995: 3 años de especialización previos a poder ejercer la profesión.

En 1978 se puso en marcha el sistema que fija el número de plazas disponibles anualmente. Existe una comisión nacional compuesta por representantes de sociedades científicas, profesores universitarios, profesionales sanitarios, residentes y colegios médicos para esta determinación. El sistema de especialización es único, mediante examen nacional simultáneo para todos los hospitales y especialidades y con elección de ambos por estricto orden de puntuación. El número de plazas convocadas varía actualmente entre 4.500 y 5.000, aunque en los años 80 era de 2.000 y el número de graduados era de 8.000. Esto ha hecho que haya un “pool” de médicos sin especializar. En 1996 comenzó a haber un número de plazas ligeramente mayor que el número de graduados, pero aún se debía absorber el excesivo número de licenciados de años anteriores.

La especialización de enfermeras sólo existe actualmente para salud mental y matronas, y se rige por el mismo sistema de concurso público.

No existen programas oficiales de formación para gestores, aunque existen escuelas de salud pública.

4. La Financiación y El Gasto Sanitario

El sistema sanitario español se financia a través de impuestos generales. Este sistema ha reemplazado al sistema basado en seguros que existía tradicionalmente. Los impuestos son recaudados centralmente y otorgados con base per cápita a las comunidades autónomas.

El sistema se basa en el principio de solidaridad: la población contribuye de acuerdo con su nivel de bienestar o renta y tiene acceso de acuerdo con su nivel de necesidad.

Históricamente, el sistema estaba basado en contribuciones de seguros (sistema clásico de seguridad social), que eran suplementadas con fondos del presupuesto estatal. La transición hacia un sistema nacional de salud se inició en 1986 con tránsito hacia sistema de impuestos, con fondos del estado. Actualmente está basado totalmente en impuestos.

Hacia 1970 el sistema de seguridad social cubría aproximadamente dos tercios del total de gasto sanitario, mientras el tercio restante era cubierto por presupuestos estatales. En 1989, el modelo era el contrario por primera vez, con los fondos del estado aumentando hasta el 70 por ciento y las contribuciones de seguridad social disminuyendo hasta el 30 por ciento. Durante los años 90, el papel de las contribuciones de la seguridad social ha ido decreciendo continuamente y en 1999 ha desaparecido completamente.

Actualmente el 98 por ciento de la financiación sanitaria procede de los impuestos (se excluye el sistema de los funcionarios), mientras que el 2 por ciento restante se genera de atención proporcionada a pacientes con otro tipo de cobertura (algunos pacientes privados y, principalmente de recuperación de costes de la atención en el caso de accidentes de tránsito, con pago a cargo de las compañías de seguros de automóvil).

Los funcionarios civiles del Estado, así como los funcionarios de la Administración de Justicia y las Fuerzas Armadas, tienen sus propios sistemas de cobertura sanitaria (MUFACE, MUGEJU, ISFAS). El que mayor número de personas incluye es, evidentemente, MUFACE. Los funcionarios no cotizan a un sistema de seguridad social, sino a su propio sistema, en dos fondos diferenciados, tanto por lo referente a la asistencia sanitaria, como por la propia cobertura social que dará lugar a prestaciones económicas (pensiones, enfermedad, otra cobertura social).

A la hora de recibir atención sanitaria, los funcionarios pueden elegir entre la prestada por compañías privadas de asistencia sanitaria, o la prestada por el Servicio Nacional de Salud. En ambos casos, por cada usuario, MUFACE transfiere una cantidad fijada de antemano, para la atención sanitaria con las mismas prestaciones que las definidas para el sistema público. Por tanto, se da la paradoja de que el funcionario que escoge la atención sanitaria prestada por el servicio nacional de salud pagaría dos veces por el servicio: una, mediante su cotización al fondo de MUFACE de asistencia sanitaria y otra, mediante su pago de impuestos, al ser sostenido el sistema público vía impuestos. Por otro lado, tiene la ventaja de poder elegir si prefiere asistencia privada o pública. El sistema tiene sus defensores y detractores, pero, al ser un sistema diferente, es utilizado por uno y otro bando político a la hora de tratar la universalización y la posibilidad de elegir del usuario.

La mayoría de los impuestos se recaudan a nivel central, debido a la autonomía fiscal limitada de los gobiernos regionales y locales. Por ejemplo, en 1996 los impuestos generados por las Comunidades Autónomas representaron menos del 9 por ciento de la financiación sanitaria pública total, mientras que el equivalente para los gobiernos locales fue del 0,3 por ciento. Estas cifras no tienen en cuenta el copago de los usuarios del sistema nacional de salud, que sólo se aplica a los medicamentos y algunos productos ortoprotésicos.

La transferencia de recursos a las Comunidades Autónomas se hace con una base capitativa para aquellas comunidades con total responsabilidad en atención sanitaria. En 1997 se firmó el acuerdo de financiación 1997-2001, que establece algunas modificaciones en cuanto a esta financiación puramente capitativa, y debe revisarse próximamente.

Se calcula que, en 1997, aproximadamente el 24,9 por ciento del gasto sanitario total es privado (seguros privados, copagos de productos farmacéuticos y pagos directos al sector privado). Datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1998, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, señalaron un descenso de esta cifra hasta el 19,7 por ciento. Se calcula que el gasto sanitario privado supone el 1,8 % del PIB, igual que la media de la Unión Europea. Hasta 1999, se podía descontar el 15 por ciento del gasto sanitario privado en la declaración individual anual de impuestos. Se suprimió en dicho año, y se reemplazó por otras medidas fiscales, dirigidas a la compra de seguros privados por parte de los empresarios.

El copago en medicamentos supone el 8 por ciento del total de la factura farmacéutica, y el 1,5 por ciento del total de gasto sanitario.

El gasto sanitario directo de bolsillo supone el 16,9 por ciento del total del gasto sanitario (el resto sería pago a seguros privados): 40 por ciento copago de medicamentos y productos ortoprotésicos; 57 por ciento pago privado directo; y 3 por ciento pago directo de hospitalización.

Los seguros sanitarios privados cubren aproximadamente al 8,9 por ciento de la población y se concentran en las grandes ciudades. Esta cifra se eleva hasta el 13,1-18,7 por ciento (según fuentes) si se incluyen los funcionarios del estado que optan por cobertura privada, y los seguros comprados directamente por los empresarios.

El gasto sanitario total aumentó del 6,9 por ciento en 1990 al 7,4 por ciento del PIB en 1997.

La estructura del gasto no ha variado prácticamente en los últimos diez años. Para 1996, el 16,2 por ciento del gasto público total se dedicó a atención primaria; el 54,0 por ciento a atención especializada; el 19,5 por ciento a medicamentos; el 2,7 por ciento a inversiones; el 5,2 por ciento a salud pública, costes de gestión, y formación e investigación; y el 2,5 por ciento a otros gastos.

Para el año 2000, la financiación per capita es de 110.000 pts (U.S.\$=186 ptas a fecha 1/9/2000), según los presupuestos del estado.

El gobierno central tiene poco grado de control real sobre el gasto en las comunidades autónomas con competencias sanitarias y eso hace que se haya disparado en algunas de ellas, habiéndose llegado a acuerdos compensatorios en el acuerdo de financiación 1997-2001.

El aumento del gasto sanitario que se produce en España, al igual que en todos los países de nuestro entorno, se debe tanto al incremento de precios como al incremento de utilización y por tanto de actividad (aumento del abanico de procedimientos y técnicas disponibles, al tiempo que se van reduciendo las restricciones individuales para su aplicación, tales como la edad u otras condiciones).

Deben añadirse como factores de incremento de gasto, la introducción de tecnologías que no han demostrado su óptima relación coste-efectividad y en alguna ocasión, ni siquiera han probado su eficacia, y el aumento en gasto de prescripción farmacéutica y de personal.

Este aumento de gasto debería compensarse con un aumento de ingresos, mediante mayor participación en el total de presupuestos del estado al presupuesto de sanidad, aumento de impuestos (sería mal visto, pero podría obtenerse mediante fondos suplementarios), fondos territoriales adicionales (compensación por atención a pacientes de otras comunidades), e impuestos sanitarios finalistas, introducción de recursos privados en el sistema (inversión privada en infraestructuras públicas, seguros privados, copagos). Pero esto forma parte aún de las discusiones sobre mantenimiento del sistema.

También deberían estudiarse los mecanismos de priorización de las prestaciones y la financiación adicional para cualquier nueva prestación que se introduzca en el sistema. Actualmente las Comunidades Autónomas deben financiar con sus propios fondos los costes de nuevas prestaciones que superen las prestaciones básicas y obligatorias definidas por el sistema.

El personal sanitario tiene una consideración “cuasifuncionarial”. Esto supone que la relación de los profesionales con el sistema nacional de salud es prácticamente vitalicia. El pago se realiza por salario en el caso de los hospitales y por salario con una modificación por el número de pacientes asignados, en el caso de la atención primaria. Los incentivos son prácticamente inexistentes. Los costes de personal son fijos y elevados, al no existir la más mínima flexibilización en la contratación.

Los centros sanitarios, incluidos los hospitales, se financian mediante un presupuesto fijo, con mínima autonomía de gestión actualmente. Tampoco existen incentivos o desincentivos a la buena gestión, dado que los déficits presupuestarios son absorbidos por el presupuesto global, y los beneficios, igualmente.

5. Hacia Una Reforma Del Sistema Sanitario. Luces y Sombras

En los últimos años se han producido avances muy importantes en el sistema sanitario español, como la extensión de la cobertura de la atención sanitaria. Permanecen ciertos problemas, tales como el pobre poder del ciudadano, la difícil integración de niveles asistenciales, el aumento del gasto y el presupuesto siempre insuficiente, la existencia de listas de espera imposibles de eliminar, la innovación lenta, el ejercicio de la medicina no siempre basada en pruebas científicas, un sistema de incentivos perverso y un estilo de gestión jerárquico.

En la actualidad se mantiene la unidad de regulación, financiación, compra y provisión.

En 1991 se creó la denominada Comisión Abril, para la revisión del SNS, con objeto de evaluar los principales problemas del sistemas y formular propuestas de cambio, publicándose el documento conocido como “Informe Abril”.

En cierto modo, además de la sensación de que era preciso efectuar ciertos cambios, el origen de esta comisión fue el informe Blendon, realizado en dicho año, que mostró que la satisfacción con el sistema sanitario en España era menor que en otros países europeos: el 77 por ciento de la población opinaba que el sistema sanitario necesitaba cambios fundamentales o debería ser completamente reconstruido. La insatisfacción se debía principalmente a temas de organización y gestión, mientras que dos tercios consideraba que la calidad clínica era buena. En 1998 sólo 35 por ciento de la población consideraba necesarios esos cambios fundamentales

El Informe de la Comisión Abril propuso cambios fundamentales, donde numerosos partidos políticos y población vio la amenaza de privatización del sistema. Cualquier tipo de propuesta en esta dirección se ha bloqueado.

En los primeros días de la legislatura 1996-2000, tras la victoria del Partido Popular (PP), se anuncia la creación de una Ponencia Parlamentaria para que, a través del consenso, se enfrente la reforma del sistema sanitario. Por otro lado, y como consecuencia del pacto con los nacionalistas catalanes, se replantea el problema de la financiación de la Sanidad, pues siempre ha sido insuficiente para mantener un modelo asistencial sin definir.

De aquí surgen tanto el Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997 como el Acuerdo de Financiación 1997-2001. La mayoría de los actores y de la población está en contra de propuestas radicales de cambio. Por ello, el Real Decreto sobre nuevas formas de gestión, que proporciona mayor autonomía a los hospitales y facilita su constitución en institutos independientes con facultad de contratar y comprar, ha tenido numeroso detractores, que ven la amenaza de la privatización encubierta.

El Acuerdo Parlamentario señala como retos fundamentales del sistema y, por tanto, propuestas de reforma:

1. Aseguramiento:
 - Derecho universal a la atención médica bajo condiciones de acceso equitativo, libertad de elección de proveedor y tiempos de espera y calidad garantizados
 - Paquete de prestaciones definido y regulado (coste-efectivo)
 - Diversidad de estructuras organizativas para la provisión de servicios
21. Financiación:
 - Aumento del gasto sanitario como porcentaje del PIB, para alcanzar la estabilidad en las fuentes de financiación
 - Disciplina presupuestaria y responsabilidad compartida sobre la generación de ingresos
 - Distribución per cápita ajustada a las Comunidades Autónomas (con costes diferenciales)
3. Estructura organizativa:
 - Autonomía funcional de los hospitales y otros centros de provisión, con separación de funciones de financiación, compra y provisión
 - Promover el papel gestor de los profesionales sanitarios
 - Libertad de elección del proveedor
4. Autoridad sanitaria y coordinación:
 - Completa descentralización territorial
 - Reforzamiento del papel de liderazgo del Ministerio de Sanidad
 - Mejorar la coordinación a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Existen otros temas pendientes, como los referentes al personal del sistema y su siempre inacabado Estatuto Marco, que conferiría unas condiciones de igualdad laboral, independientemente del servicio regional de salud en el que trabajasen, dando también respuesta a la demanda de una carrera profesional.

Otro tema pendiente es el de las transferencias a las comunidades autónomas. Cerrada la primera fase en 1994, con la transferencia a Canarias, a aquellas comunidades consideradas históricas o asimiladas, quedan pendientes 10 comunidades, y el compromiso de efectuar las transferencias durante la presente legislatura 2000-2004. Existe el problema de que, además de no históricas, las comunidades restantes son las más problemáticas, bien por su condición de comunidades uniprovinciales, pequeñas, y que no podrán sostenerse con la asignación de presupuesto per cápita y tampoco podrán mantener todos los servicios especializados, ya que sería ineficiente por el volumen de población que tienen; o aquellas de población fundamentalmente rural y aislada, grandes en extensión pero no en población, donde también sería ineficiente el mantenimiento de grandes equipos en todas las áreas. Un caso especial es la Región de Madrid, comunidad de referencia con gran cantidad de servicios de alta especialización (que prestan asistencia a desplazados de otras comunidades autónomas), los cuales no podrán mantenerse por la simple asignación per cápita. El recurso del cobro de pacientes de otras comunidades autónomas, se contrasta siempre con la amenaza por parte de éstas de impulsar servicios de alta especialización en cada comunidad, aunque el número de pacientes no lo aconseje. Por tanto, comienza a hablarse del establecimiento de un fondo de compensación intercomunidades, manejado por el estado, para compensar a las comunidades receptoras de pacientes, y que formaría parte del nuevo acuerdo de financiación a partir de 2001.

Dentro de este nuevo modelo de financiación de la sanidad, la duda estriba en si la asignación estatal a las Comunidades Autónomas sería de igual modelo al actual, finalista, es decir, un montante dirigido exclusivamente a sanidad, o global, en el que el estado transferiría un montante por todos los conceptos (educación, sanidad, etc.) y éstas deberían distribuirlo entre las diferentes áreas y necesidades, dando cuenta a sus ciudadanos de las prioridades escogidas.

Otros problemas del sistema son más subjetivos, o dirigidos a las relaciones dentro del mismo. El sistema sanitario español ha adolecido de un excesivo paternalismo y, consecuentemente, de una falta de autonomía personal

Tradicionalmente, la actitud de profesionales y usuarios se ha dirigido de manera excesiva a la atención curativa, frente a la atención preventiva y paliativa.

Cada vez se habla más del derecho del ciudadano a la información: sobre el catálogo de prestaciones, sobre la organización del sistema sanitario, sobre la cartera de servicios y organización de los cuidados de cada uno de los proveedores, sobre indicadores relevantes para los ciudadanos respecto a los procesos sanitarios, sobre los resultados obtenidos por los centros o los profesionales. Con todo ello, el ciudadano participa de su propia salud y puede elegir haciendo efectivo el derecho a libre elección de proveedor y, en el futuro, de centro sanitario.

Deben solucionarse los problemas de organización que existen actualmente, como los tiempos escasos de atención, las listas de espera incluso para pruebas diagnósticas y un circuito de atención burocrático y complejo, así como problemas de entorno, como la falta de intimidad y las salas de espera abarrotadas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades autónomas deben redefinir su papel estratégico como financiadores/reguladores y distanciarse de la gestión directa, revisando las funciones que son transferibles a agencias externas y autónomas. De esta forma se separaría la financiación, compra y provisión. Para ello también deben utilizarse las herramientas de gestión de que se dispone, tales como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y los costes por procesos, que, hoy por hoy, constituyen sólo un ejercicio teórico.

También se debe incidir en una política farmacéutica más eficiente, autorizando sólo aquellos productos que demuestren una eficacia superior a lo que ya existe, liberalizando y desregulando la distribución.

La diferente velocidad de desarrollo entre las Comunidades Autónomas es más una oportunidad que un problema si se transfiere el know-how de unas Comunidades a otras de manera eficaz. Para ello debe efectuarse una adecuada utilización del Consejo Interterritorial para cubrir esa función de transferencia de know-how. Vemos, por tanto, que no son pocos los retos que se plantean al Sistema Sanitario Español, una vez conseguido el objetivo principal de la cobertura universal de manera efectiva y el mantenimiento de la financiación pública. El debate, pues, continúa abierto.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Dardet, C.; Peiró, S. (edit.) Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2000. 461 p.

Bengoa, R. (dir.). Sanidad, la reforma posible. Navarra: Edit. Bega Comunicación. 1997. 153 p.

Catalá Villanueva, F.; de Manuel Kenoy, E. (edit.) Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el Futuro del Estado de Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1998. 462 p.

Comisión de las Comunidades Europeas. Informe sobre la salud de los jóvenes en la Unión Europea. Documento de trabajo de los servicios de la Comisión, Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. 2000. 60p.

de Miguel, J. M. (dir.) "Salud y Sanidad" pp 823-1106 en Quinto Informe Sociológico sobre la Situación Social en España. Madrid: Fundación FOESSA/Cáritas. 1994 2 vol, 2313 p.

El Médico (28/04/00) N° especial 750. pp 27-38

Gil López, E.; González Alonso, J.; Villar Alvarez, F. (coord) Informe sobre la Salud de los Españoles: 1998. Madrid Ministerio de Salud y Consumo. 1999. 344 p.

Navarro, V; Benach, J. Desigualdades Sociales en Salud en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Madrid. Ministerio de Salud y Consumo. 1996. 197 p.

Regidor, E; Gutiérrez-Fisac, J.L.. Indicadores de Salud. Cuarta Evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999. 345 p.

Rodríguez, J.A.; de Miguel, J.M. Salud y Poder. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/Siglo XXI de España Editores. Colección Monográfica nº 112. 1990. 271 p.

Sociedad Española de Sañlud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2000: La Salud Pública: Nuevos Desafíos ante un Nuevo Siglo. Sevilla: SESPAS. 1999. 242 p.

World Helath Organization, Regional Office for Euriope. Health Care Systems in Transition. Spain. Copenhagen: WHO. 1996. 49 p.

World Helath Organization, Regional Office for Euriope. Highlight of Health in Spain. Copenhagen: WHO. 1996. 45 p.

World Helath Organization, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO. 2000. 215 p.

[PARTE IV]

REPENSANDO LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

LECTURAS OPUESTAS DEL PAPEL DE LA EPIDEMIOLOGIA Y LA REFORMA EN SALUD¹

*Jaime Breilh*²

La *reforma en salud* se ha convertido paulatinamente en un tema estelar, cuya discusión ha penetrado la literatura de las distintas ramas de la salud pública contemporánea.

Como todo tema que convoca al debate por concentrar intereses opuestos, alrededor de él se acumuló rápidamente una abundante bibliografía en la década actual.

Un simple ejercicio de análisis de contenido sobre las publicaciones latinoamericanas registradas en el sistema bibliográfico internacional [BIREME/OPS-OMS 1999] pone en evidencia el contraste entre el escaso interés institucional por dicho tema durante las décadas anteriores -reflejado en la casi ausencia de publicaciones-, y el creciente aumento de las mismas a partir de mediados de los 90s; una súbita inflexión en la tendencia, pues la curva de producción bibliográfica no sólo se eleva desde entonces, sino que pasa casi a igualar el monto total de publicaciones reconocidas como del campo general de la atención en salud y salud pública (ver figura N° 1). Fenómeno que también se refleja unos años más tarde en las páginas de Internet y que expresa una especie de irrupción de voluntad política de promover la reforma en las instituciones, pues luego de años de silencio en la “net”, aparecen súbitamente 186 sitios o “páginas web” sobre reforma en salud, financiados por fondos internacionales y que se acumulan desde 1996 [Altavista 2000].

El fenómeno descrito no es sólo de crecimiento cuantitativo, pues el tema de la reforma se sitúa en el ojo del huracán de la política de Estado y hay que comprenderlo más allá de los límites estrictamente técnicos. Desde nuestra perspectiva, en esencia, de lo que se trata ahora es de descifrar las distintas lecturas del papel de la epidemiología ahora que se habla de transformar lo público, y comprender ¿cuál sería el papel de esta

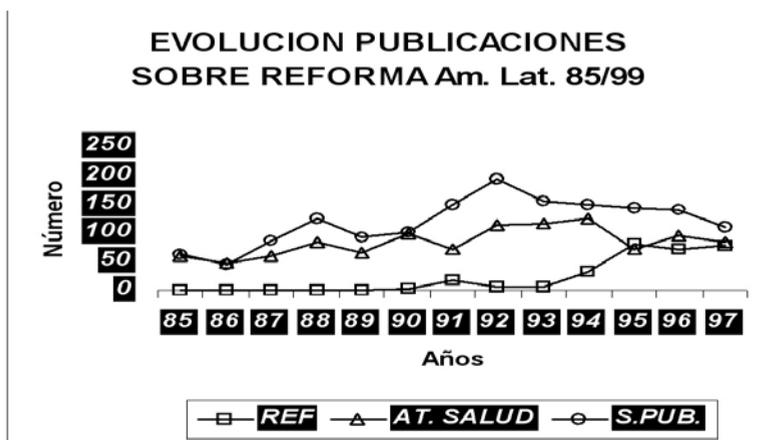
¹ Poenencia presentada al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil) ¹ Poenencia presentada al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil) Mayo 2000

² Presidente del Centro de Investigaciones para el Desarrollo y Director Científico del CEAS (Asturias N2402 y G. de Vera (La Floresta) Quito, Ecuador / Tel: (593-2)506175 / C. Electr.: jbreilh@ceas.med.ec Mayo 2000

disciplina ante la disyuntiva de apoyar una política oficial de ajuste y cancelación de los programas de salud, o más bien apoyar la lucha de los movimientos sociales que representan una opción real de una reforma democrática del sistema de salud, frente a un Estado que es drásticamente clausurado como espacio de negociación histórica y redistribución?

Es evidente que ni aun en las décadas de apogeo de su etapa benefactora o keynesiana el Estado en los países latinoamericanos representó la voluntad mayoritaria, ni respondió en profundidad a la necesidad social, pero por lo menos en dichas décadas la correlación de fuerzas permitía mantener vivo el pacto social de posguerra, y una especie de código de honor -o de temor por lo menos-, determinaba que exista un mínimo respeto a los llamados “derechos humanos y sociales inalienables” que hasta merecieron la suscripción por todos los países del planeta de un “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” [NNUU 1966]. En esas épocas, era impensable siquiera plantear abiertamente la cancelación de conquistas como los derechos laborales y la seguridad social, o como la responsabilidad estatal por la salud, labradas en siglos de lucha por la equidad y la justicia, y a costo de miles de vidas. Ni el más obcecado empresario se habría atrevido en esos tiempos a esgrimir el fin de los sindicatos o de los derechos de protección del trabajador o del derecho a la cobertura en salud por parte del Estado. Pero claro, eran épocas en que el espíritu de cuerpo de la clase trabajadora mostraba mayor fortaleza, estaban más frescas en los telares, minas y maquinas de las industrias, las huellas de la inmisericorde explotación que hizo posible la acumulación del capitalismo de la Gran Industria y el nacimiento de los monopolios, y existía un clima de demanda de los derechos, aun no contaminado por las ideas de renuncia y flexibilización que impregnan la episteme “posmoderna”.

Figura N° 1



Fuente: BIREME-OPS. CD Lilacs 33° 1999

Lo que aconteció después del derrumbe del pacto social en los años 80 es una historia distinta. Por un lado, el fortalecimiento histórico de la estructura monopólica, con el mayor sometimiento de los escuálidos capitales del mundo periférico a los monopolios del primer mundo -posibilitado por la acelerada reconversión de las más poderosas empresas, en empresas-red de alta competitividad- [Castells 1999] y, complementariamente, la ampliación del abismo tecnológico gracias al dominio de las empresas monopólicas sobre la nueva base productiva, su control del conocimiento y de los instrumentos de la comunicación digital, la telemática y los hipermedia.

En los países de la periferia, tal consolidación monopólica se construyó sobre un proceso de reconversión productiva muy especial, basado en una variante radical de la flexibilización, sin atenuantes “toyotistas”³, la cual penetró el aparato productivo de manera desigual y combinada [Breilh 1999a],

como es el caso de América Latina. No se trata entonces, simple y llanamente, de una nueva era de depredación por el capitalismo financiero como “dinero salvaje”, ni sólo de anarquía que haya desbordado los Estados Nacionales y roto la regulación keynesiana estatal, ni es tampoco que la sola contradicción capital-trabajo haya sido desplazada por el antagonismo de las finanzas y las sociedades civiles excluidas, más bien, en el fondo estructural de la crisis actual lo que se ha producido es una desvalorización masiva de capitales [Astarita 1999] y nuevas formas de sometimiento real como la dolarización, que están arrasando con la producción nacional, mediana-pequeña, expropiando los recursos y medios estratégicos y depreciando masivamente la fuerza de trabajo, con lo cual se establecen las bases de un desplome masivo de la calidad de vida, un retroceso de los derechos económicos y sociales del pacto, y un colapso obligado de los servicios y funciones distributivas del Estado. En definitiva, un escenario de deterioro social, crecimiento sin empleo y alta rentabilidad del desempleo, con hondas repercusiones en los perfiles epidemiológicos⁴.

Para los fines de la discusión que aquí se plantea sobre la reforma y la epidemiología, es necesario destacar que dicha estrategia económica neoliberal, tiene que acompañarse de una política reformista, llamada modernización del Estado, que asegure una cancelación paulatina de derechos sociales como el de la salud, y que, como no puede enunciarse abiertamente, requiere de un maquillaje y de medidas mitigantes que impidan una violenta deslegitimación. La más nítida y gravitante expresión de ese tipo de reforma está contenida en la agenda para salud del Banco Mundial; combinación perfecta para el neoliberalismo económico, la cual incorpora como su quintaesencia los procesos de privatización y focalización. Es decir, así como el eje de la nueva subordinación económica radica en ese movimiento de desvalorización y concentración monopólica, no es menos importante la estrategia de privatización de las áreas sociales, pues la apropiación privada de las actividades del bienestar social, la salud y la educación es apetecida porque llega a representar en América Latina rubros que van del 13% al 45% del PIB [Laurell 1999], es decir, constituye un bocado seductor para los mecanismos lucrativos. Y a la vez, las privatizaciones como dedicatoria para las empresas aseguradoras y financieras, tienen su contraparte para los pobres que es la focalización de los residuos presupuestarios en poblaciones de extrema miseria. Privatización y focalización de mínimos para la supervivencia en extremas condiciones, son entonces dos caras de la misma estrategia, en un mundo donde la totalización del llamado capitalismo salvaje, va de la mano con la globalización epidémica, ante lo cual la Epidemiología tiene que dirimir su papel histórico.

REFORMISMO, RETROCESO DEL DERECHO Y DEGRADACIÓN DEL PAPEL DE LA EPIDEMIOLOGÍA OFICIAL

Cuando la historia humana abandonó la etapa colectivista en la que se producía y distribuía según la necesidad, para entrar de lleno en los diferentes períodos del productivismo y apropiación privada, la construcción social de la necesidad fue desplazada a un segundo plano. El productivismo posibilitó la monopolización del poder y significó la derrota de la construcción colectiva de la vida social, al punto que en la Era Moderna, el centro absoluto de toda la vida humana giró primordialmente alrededor de la acumulación en todos los órdenes y la concentración de los bienes materiales y culturales acumulados.

³ El término “toyotista” se aplica a la forma de reconversión dada en algunos países de Europa continental y Japón, basada en un redireccionamiento del taylorismo y la reorganización del trabajo por medio del involucramiento de los trabajadores, buscando productividad a cambio de estabilidad

⁴ En el centro de la purificación del capitalismo y de la intensificación de su capacidad explotativa, se encuentran esas desvalorizaciones masivas que redefinen las relaciones empresariales del mundo y permiten que las compañías, especialmente norteamericanas, en cuidadosa articulación con el Fondo Monetario (FMI) y el Banco Mundial (BM), en contubernio con los grupos de poder de nuestros países, orquesten un plan de saqueo de los bienes estratégicos de los países más pobres, el asalto a su reserva monetaria [Chossudovsky 1999] y el incremento de las tasas de ganancia basado en la reducción de los salarios reales, y la expresa creación de altos índices de desempleo.

En el mundo hegemónico la acumulación es mayor, pero se encuentra igualmente monopolizada, mientras que en el mundo subordinado del capitalismo periférico el contraste es mayor porque los centros de acumulación se nutrieron de una masiva carencia de los bienes más elementales; pero en uno y otro caso la acumulación constituye ahora más que nunca un obstáculo insalvable frente a la reforma [Benítez 2000].

La acumulación basada en la explotación del ser humano, creó una distancia cada vez mayor, entre lo que se produce y lo que se reparte; entre la naturaleza y el ser humano; entre el saber y la conciencia; entre la necesidad colectiva y la tecnología; entre las posibilidades de comunicación y lo que sabemos de los otros, aspectos todos que guardan estrecha relación con las condiciones de salud. Así la monopolización y racionalidad competitiva de la actualidad son una barrera radical a cualquier intento de reforma, pues nos ahogan en miseria en medio de la opulencia; nos llenan de ciencia pero sin conciencia; nos incomunican culturalmente en medio de la incommensurable capacidad de la comunicación digital; nos ahogan en epidemias -algunas de las cuáles ya habrían prácticamente desaparecido-; y todo eso en medio de una tecnología cada vez más evolucionada, pero que se halla estructuralmente impedida de volcarse en beneficio colectivo [Breilh 1998].

La historia reciente de América Latina ha determinado entonces, una expansión acelerada del sistema capitalista que profundiza ahora la esencia del interés privado, gracias a una purificación de ciertas *impurezas o rezagos de lógica social o solidaria*, que pudieron persistir como producto de las luchas del pueblo y las concesiones del keynesianismo. Ese abismo entre la necesidad humana insatisfecha, por un lado, y la producción y el poder que la sostiene por otro, alcanza su máxima expresión en el período neoliberal, cuyo brazo administrativo es el FMI y su agente financiero el Banco Mundial (BM).

El Debate sobre la Necesidad: Básico para la Evaluación de la Reforma

La reflexión actual sobre la reforma como marco de la Epidemiología, pasa por un análisis de las visiones opuestas que giran alrededor de varias *categorías*⁵ de la planificación que son claves para definir los contenidos y metas de la acción.

Una de esas categorías, la que inicia el análisis es la de *necesidad*, que es leída de acuerdo con distintos *criterios de definición* de la misma, y usada según interpretaciones distintas acerca de porqué y cómo se da la *distribución* de las necesidades en una sociedad.

En la actualidad se confrontan dos *grandes corrientes* alrededor del tema de la definición de la necesidad: la que define la necesidad humana como un valor relativo que depende de opciones individuales y de las posibilidades que cada persona y su familia tienen para adquirirlas en el mercado (corriente liberal); y la que define la necesidad como un proceso determinante de la vida, cuya realización se constituye de esa manera en un derecho humano inalienable, al que debe accederse bajo una distribución equitativa para todos/as los/as miembros de una sociedad, acceso que debe construirse solidariamente para el máximo bien común (corriente solidaria).

Es muy importante aclarar esas acepciones y direcciones posibles, porque sorprendentemente, la tesis de responder a la necesidad humana se encuentra, tanto en los discursos de los sectores más retardatarios que respaldan la corriente liberal, así como en las propuestas alternativas de las organizaciones sociales y núcleos científicos más innovadores que impulsan la visión solidaria y la experiencias reciente parece indicar que la reivindicación aparente de las necesidades humanas por parte de los sectores hegemónicos no es más que una forma de sustituir el derecho por la necesidad y así preparar el terreno para la mercantilización de la misma. Si la atención de la salud y los programas de prevención ya no son derechos inalienables sino “necesidades” discrecionales, entonces el poder

⁵ Categorías como *necesidad humana* porque delimita las metas del bienestar; *calidad* de los programas y servicios; y *control* de la gestión.

tiene la potestad de decidir, cuáles las incluye en un paquete mínimo para pobres, y cuáles las deja para el mercado y el “libre” albedrío de los “clientes”.

El debate contemporáneo sobre la *definición de la necesidad humana* podría en primera instancia delimitarse así: para unos, todos los seres humanos tenemos las mismas necesidades básicas -*teoría objetiva*-, mientras que para otros las necesidades son una construcción socio-cultural -*teoría subjetiva o “relativismo”*- [Doyal & Gough 1991].

Esa delimitación general, si no es analizada con mayor cuidado, puede crear confusión en el campo teórico y técnico, sobre todo ahora que la nueva derecha maneja el relativismo a su favor aduciendo que las necesidades son construidas por cada población o incluso por los deseos individuales -para sustentar el empobrecimiento neoliberal de las necesidades-, y como se dijo antes, la idea de que las necesidades válidas deben definirse, por último, en el mercado y en el libre albedrío individualista.

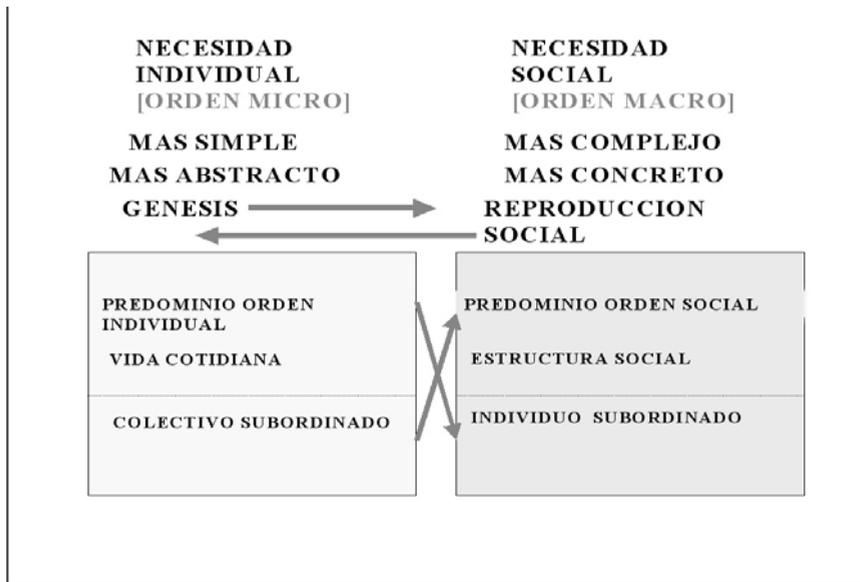
La discusión del tema rebasa los límites de este trabajo pero basta con decir aquí que el *proceso de definición de necesidades* en los grupos humanos no es, ni solamente objetivo en respuesta de condicionamientos individuales inmediatos, ni es solamente subjetivo, adquirido o mediado por condicionamientos históricos, económicos y culturales. Aunque una discusión profunda de esta disyuntiva interpretativa rebasa los límites de este trabajo, caben algunas breves consideraciones.

El conocimiento de la necesidad podría enfocarse desde perspectivas distintas. Hay quienes sostienen que la necesidad no es más que un fenómeno objetivo de la naturaleza, un “en sí” que sólo puede reflejarse en nuestro pensamiento, y al que se responde con la consecución de “satisfactores” como un proceso reflejo. Esta *teoría objetiva* se inscribe en un enfoque positivista que desconoce que toda necesidad objetiva contiene elementos subjetivos, que si los borramos nos dejan una abstracción vacía e indeterminada. Por el contrario, hay quienes sostienen que la necesidad no es más que una construcción a partir de un esquema subjetivo “a priori”. Esta *teoría relativista* se inscribe en un enfoque fenomenológico que desconoce que la necesidad construida sólo puede serlo en relación con una necesidad concreta, es decir, que la necesidad construida lleva el sello de la necesidad básica objetiva. O sea que, los elementos objetivos como la sed, la sensación de hambre existen en la naturaleza humana desde antes, pero marcan y están presentes en las necesidades que construimos sobre su base [Breilh 2000].

Pero el conocimiento científico de la necesidad humana no tiene como punto de partida ni un elemento objetivo abstracto, ni un esquema subjetivo abstracto, sino la actividad práctica social de seres concretos históricamente dados. Este *enfoque praxiológico* evita hacernos caer en abstracciones vacías que reducen el conocimiento.

La construcción de la *necesidad* como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social) [Samaja 1997]. En el orden individual priman los *procesos fenotípicos básicos*, es decir las (necesidades fisiológicas y psicológicas), en otras palabras, son las personas y las familias en su cotidianidad las que determinan los movimientos detallados del consumo, con sus preferencias y de acuerdo a sus obstáculos (estilos posibles y deseables de vida), pero dichos estilos (preferencias y obstáculos) no operan en un vacío social, sino que se desarrollan en espacios sociales concretos, enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos (modos de vida típicos) que en cada clase social y de acuerdo a las relaciones étnicas y de género que las caracterizan son factibles y probables.

Figura N° 2 Génesis y Reproducción de la Necesidad



Las relaciones históricas en que vive el ser humano hacen cambiar su fenotipo y su psiquismo y entonces mudan las necesidades básicas de orden biológico y psíquico; en otras palabras, los procesos históricos del orden macro social implican la construcción de necesidades colectivas, o la *dimensión colectiva de las necesidades* que luego se mantienen como patrones de reproducción social en los que se encuadra la necesidad individual. El consumo de agua y la respuesta para realizarlo, por ejemplo, no es discrecional sino objetivamente determinado por un requisito fenotípico; pero la cuantía de esa necesidad, así como las modalidades de su consumo y las concepciones que lo reproducen varían de acuerdo con las circunstancias y exigencias de cada momento y lugar.

Por tanto, si la construcción de las necesidades -incluidas las que se relacionan más directamente con la salud-, no es exclusivamente un fenómeno psico-cultural individual sino un proceso histórico colectivo que abarca todas las dimensiones de la reproducción social, entonces no puede asumirse únicamente la clasificación axiológica de las necesidades humanas que ha sido propuesta a manera de una matriz [Max-Neef & Elizondo & Hopenhayn 1986], sino más bien, en una primera instancia, habría que colocar las dimensiones sociales de la necesidad como criterio de clasificación:

- Necesidades humanas del proceso de trabajo
- Necesidades humanas de la vida de consumo y cotidianidad
- Necesidades humanas de la vida organizativa.
- Necesidades humanas de la vida cultural.
- Necesidades humanas de la relación con las condiciones naturales del entorno.

Dicha clasificación corresponde a demandas que no se realizan ni responden sólo a nivel individual o desde la perspectiva de los individuos. De esa manera enfocamos un nivel de análisis colectivo que atiende las necesidades reproducidas por una estructura social, aunque estas hayan sido generadas por el concurso de las necesidades básicas biopsicológicas. Lo cual no quiere decir que no debemos prestar atención a las necesidades específicas de los individuos, sino que debemos organizar la lógica del pensamiento y la acción primero en relación con lo colectivo y sólo luego adentrarnos en lo micro.

Solo tiene sentido plantearse la necesidad en el seno de los procesos concretos de reproducción social. Si por el contrario, se entra directo a una matriz como la propuesta por Max-Neef et al. [Max-Neef & Elizondo & Hopenhayn 1986] se atomiza la visión y el análisis en lo individual, pues si bien en el plano formal abstracto las necesidades básicas son semejantes, en cambio ya en el terreno concreto de la vida social son parte de procesos y determinaciones distintos, cuyas especificidades ameritan enfoques diferenciados. Problema que no se resuelve con la propuesta de Max-Neef de distinguir entre necesidad y satisfactor – por ejemplo, entre la “necesidad de protección” y el “satisfactor sistema de salud”-, porque las necesidades que él reconoce, tales como la protección, no se producen ni existen como un hecho natural espontáneo, sino que son procesos en movimiento con características y modos de devenir determinados por las condiciones socio estructurales y conflictos de intereses a los que ellas corresponden, con especificidades que si no son tomadas en cuenta llevan a serios errores de interpretación y acción. Así también, si bien es verdad que la “subsistencia” por ejemplo, es una necesidad esencial en toda sociedad, pero hablar de ella en el vacío, sin insertar ese análisis en los procesos históricos determinantes de la reproducción social (proceso de producción y consumo que define la cuota y calidad de bienes que toca a cada grupo; proceso de poder político en el Estado que condiciona la cuota y calidad de servicios que se asigna por esa vía también; etc.) es como crear una abstracción inútil, si lo que se desea es desencadenar una acción emancipadora; es como recortarle al proceso de subsistencia su raíz y mirarlo incompleto, lo cual sería solamente útil funcionalmente y equivaldría a un modelo de acción cosmética que reproduce las mismas condiciones esenciales. Pero aún más, una necesidad como la subsistencia, que tiene que ser solidaria y digna para ser humana, no es simplemente una necesidad, sino que ha devenido históricamente en un derecho que no puede ser sometido a negociación alguna, de la misma manera que no pueden negociarse los principios.

Vistas las cosas de esta manera, la “subsistencia” no comienza como una necesidad natural en sí, que se refleja en la búsqueda de un satisfactor como el agua y la alimentación, sino que es un proceso que comienza en su forma de determinación histórica y se proyecta hasta los procesos de satisfacción, como una unidad dinámica que el análisis no debe quebrar en pedazos; hacer lo contrario es un fraccionamiento positivista tan falaz como la ruptura de la realidad en factores para estudiar en forma positivista las “causas” de enfermedades. Lo que sí se puede hacer con dichas categorías axiológicas (valores: subsistencia; protección; afecto; entendimiento; participación; ocio; creación; identidad; libertad)⁶

En síntesis, los procesos básicos se subdividen en fisiológicos y concienciales. Entre los primeros surgen: las necesidades como el consumo alimentario adecuado a la actividad y al medio ambiente, por ejemplo, que cae entre las necesidades humanas universales o básicas [Doyle & Gough 1991]. Igual cosa

⁶ En síntesis, los procesos básicos se subdividen en fisiológicos y concienciales. Entre los primeros surgen: las necesidades como el consumo alimentario adecuado a la actividad y al medio ambiente, por ejemplo, que cae entre las necesidades humanas universales o básicas [Doyle & Gough 1991]. Igual cosa puede decirse de una necesidad básica como la de trabajar en un lugar sin estresores físicos y procesos destructivos. En el primer caso de la necesidad de alimentarse, aunque ese proceso lo realizan individuos en última instancia, no obedece sólo a una libertad u opción individual –como lo sostendría el liberalismo social de Sen- sino que está profundamente determinado por el contexto social; de igual manera puede decirse que en el segundo caso del trabajo libre de estresores y procesos destructivos, es evidente que aquello tampoco es producto de una restricción o agresión que condiciona la necesidad de una persona aisladamente, sino que es parte de un modo de vida que pertenece a un conjunto social.

Las *necesidades fisiológicas básicas* tienen que integrarse como referente a cualquier medición de la calidad de vida que debe incluir, por tanto, el grado de consumo adecuado de valores de uso básicos según la edad, el género y la actividad en componentes tales como: alimentos; protección respecto al clima (vestido y vivienda); descanso o reposo y ejercicio físico adecuado; reparación y mantenimiento de la salud. El acceso a dichas necesidades básicas es *una parte decisiva de un paquete integral de salud* como derecho y aspiración legítima de todo pueblo. Pero igualmente, existen *necesidades básicas ligadas al psiquismo* y su desarrollo, que en la especie humana son necesidades concienciales especialmente vinculadas al consumo ampliado, tales como: identidad; aprendizaje; disfrute de soportes afectivos y solidarios; capacidad de interpretación crítica y ausencia de ataduras al pensamiento; recreación formativa y de reproducción de la capacidad física e intelectual; participación consciente en las decisiones que dan contenido y dirección a la vida humana, bajo equidad. *También estas son necesidades básicas –las más conculcadas por las sociedades de desigualdad- que deben formar parte de un paquete integral de calidad de vida y tienen que ser incorporadas a su medición.*

puede decirse de una necesidad básica como la de trabajar en un lugar sin estresores físicos y procesos destructivos. En el primer caso de la necesidad de alimentarse, aunque ese proceso lo realizan individuos en última instancia, no obedece sólo a una libertad u opción individual –como lo sostendría el liberalismo social de Sen– sino que está profundamente determinado por el contexto social; de igual manera puede decirse que en el segundo caso del trabajo libre de estresores y procesos destructivos, es evidente que aquello tampoco es producto de una restricción o agresión que condiciona la necesidad de una persona aisladamente, sino que es parte de un modo de vida que pertenece a un conjunto social.

Las necesidades fisiológicas básicas tienen que integrarse como referente a cualquier medición de la calidad de vida que debe incluir, por tanto, el grado de consumo adecuado de valores de uso básicos según la edad, el género y la actividad en componentes tales como: alimentos; protección respecto al clima (vestido y vivienda); descanso o reposo y ejercicio físico adecuado; reparación y mantenimiento de la salud. El acceso a dichas necesidades básicas es una parte decisiva de un paquete integral de salud como derecho y aspiración legítima de todo pueblo. Pero igualmente, existen necesidades básicas ligadas al psiquismo y su desarrollo, que en la especie humana son necesidades conciencales especialmente vinculadas al consumo ampliado, tales como: identidad; aprendizaje; disfrute de soportes afectivos y solidarios; capacidad de interpretación crítica y ausencia de ataduras al pensamiento; recreación formativa y de reproducción de la capacidad física e intelectual; participación consciente en las decisiones que dan contenido y dirección a la vida humana, bajo equidad. También estas son necesidades básicas –las más conculcadas por las sociedades de desigualdad– que deben formar parte de un paquete integral de calidad de vida y tienen que ser incorporadas a su medición. es insertarlas en el marco dinámico de la reproducción social y en los postulados solidarios y socialmente contruidos de la acción.

Por eso, no compartimos la lógica de dicho autor, cuando restringe el análisis a la relación inductiva “necesidad \neq satisfactor”, como que si fuera una relación lineal dada en la dimensión individual del albedrío singular y descontextualizada de las formas colectivas de organización. No es en los individuos donde se explica y realiza el vínculo de la necesidad con la forma de respuesta social a la misma, pues la estructura colectiva determina los modos de creación y reproducción de necesidades, las formas de producción y circulación de los bienes producidos y, consiguientemente, los modos de satisfacer las necesidades. Así por ejemplo, la macdonalísación del consumo, no es el producto de la sumatoria de gustos nacidos en muchas personas, sino el producto de la transformación de un patrón de consumo alimentario y lúdico en las sociedades del capitalismo monopólico urbano; tampoco el consumo globalizado de Coca Cola es el resultado exclusivo de un “satisfactor” perfectamente adecuado a un fenotipo y estilo humano natural, sino que es el producto de un complejo proceso de construcción comercial cultural de escenarios y afinidades altamente compatibles con la sociedad moderna; ni muchos menos la pérdida de terreno en las sociedades urbanas de la fiesta de difuntos y su transmutación al “Halloween” son la respuesta a un condición psico-cultural inherente a la “naturaleza” humana, sino la imposición de patrones lúdicos y comerciales respaldados por el poder del dinero. En todos esos casos, la estructura productiva es determinante puesto que determina los condicionamientos decisivos de la construcción de necesidades y las maneras de satisfacerlas. Las necesidades son históricamente producidas y no generadas por sujetos aislados; son esencialmente un producto del movimiento de las opciones y opciones individuales en medio del movimiento determinante de lo colectivo; y lo que es más importante, la producción económica de los bienes y la distribución de aquellos que reparte el Estado, no son simples instrumentos al servicio de la satisfacción de necesidades pre-existentes [Boltvinik 1994], sino que están ligadas a los intereses de las clases hegemónicas que crean esos “satisfactores” de acuerdo a su conveniencia. Es en ese contexto que deben estudiarse las valoraciones y comportamientos de las colectividades frente a los servicios de salud públicos y privados, así como los de los profesionales y técnicos que ahora favorecen una reforma de salud regresiva que está modificando el perfil de desarrollo de la Epidemiología institucional.

En efecto, los abordajes liberales sobre la necesidad, la plantean como problema individual ligado al consumo y al albedrío personal, y en los planes retardatarios de reforma esto adquiere una importancia capital porque así los ciudadanos dejan de ser “derechohabientes” y pasan a ser “clientes”. La necesidad así planteada sustituye al derecho, y el reparto insuficiente de servicios –que es ocasionado por la monopolización

de la riqueza, pero que no se lo reconoce como tal-, pasa a constituir un recurso de supervivencia, medido por múltiples técnicas como las de la “línea de la pobreza”(umbral de ingreso/gasto mínimo) o como la de la “satisfacción de necesidades básicas (lista mínima de satisfactores de necesidades básicas) a las que pueden acceder los clientes del mercado [Desai 1994].

En este trabajo, al discutir los modelos de desarrollo humano que inspiran o influyen la planificación y las propuestas de reforma trataremos de impulsar una visión contraria, que enfoca necesidad no en términos de bienes y satisfactores, sino como recursos indispensables para la humanización de las dimensiones de la reproducción social primero, y luego en el orden micro, proponemos la recreación de propuestas como la de Sen, reinsertando su análisis en una estructura de poder e inequidad, que es donde se explican las desigualdades resultantes y donde se determinan esas capacidades (“capabilities”) tan distintas que surgen en diferentes clases sociales, grupos étnicos y de género, y que con justa razón preocupan al Nobel bengalí. Nuestra propuesta para el *análisis de la necesidad en salud*, por tanto, opera en dos movimientos: la inserción del análisis en la estructura de poder; y la inserción de las intervenciones en la organización colectiva de los grupos subordinados en dicha estructura de poder. En otras palabras, los determinantes de la salud operan en las distintas dimensiones de la vida social (reproducción social), en todo el espectro de bienes materiales y espirituales a los que cada grupo social accede de acuerdo con la calidad de su actividad laboral, de sus modalidades típicas de consumo, y hasta de sus formas y relaciones organizativo-políticas, culturales y ecológicas [Breilh 1997].

Una vez analizada la definición de la necesidad, hay que abordar inevitablemente el problema de su *distribución*, y en este punto es absolutamente pertinente rescatar el cuestionamiento a la tesis de una supuesta capacidad distributiva del mercado que subyace en toda la construcción teórica de la doctrina neoliberal o de Walrace [Valenzuela 1991]. El mercado no sólo no es un distribuidor óptimo de los bienes y del acceso a las necesidades, sino que por su estructura oligopólica es el acelerado reproductor de grandes abismos de inequidad.

¿Derecho o Necesidad Humana? El Patético Ejemplo de la Privatización del Agua en Bolivia

El caso reciente de la aplicación de este tipo de lógica mercantil en la distribución de agua para consumo humano en la región de Cochabamba (Bolivia) es el ejemplo más patético de la falacia distributiva mediante la privatización y mercantilización de una necesidad básica para la salud como es el agua. En efecto, siguiendo las directrices del Fondo Monetario y su financiador el Banco Mundial -cuyos personeros sostienen que la crisis de acceso al agua fresca en la humanidad tiene que resolverse mediante la privatización de los sistemas de agua potable-, el estado boliviano bajo el régimen del ex dictador Banzer empujó el cambio de las leyes para permitir un proceso de privatización y la prohibición de los subsidios para el agua. De esa forma no sólo entregó a la transnacional de ingeniería Bechtel la comercialización del agua potable, sino que, increíblemente, cambió la legislación para facultar el cobro por recolección y uso humano del agua lluvia (sic).

Como no podía ser de otra manera, la medida arrojó en poco tiempo algunas lamentables consecuencias que afectaron gravemente a los habitantes de la región y agravaron la inequidad social. Los costos del agua se triplicaron y las ganancias de la transnacional se incrementaron en el 700%; se instalaron formas de corrupción en el reparto; cayó la calidad del agua; y un alto porcentaje de usuarios dejaron de comprar ese preciado bien humano [Barlow 2000]. Por fortuna la movilización masiva de las organizaciones políticas y sociales de la región logró hace poco revocar esas inhumanas disposiciones legales, frenar la privatización del agua y expulsar a la gigante Bechtel. Pero no hay duda de que en Bolivia, como en el resto de los países latinoamericanos, se han impuesto medidas de ese tipo que afectan a todos los bienes esenciales de los que depende la salud, y luego se esgrimen como paliativos ciertos servicios mínimos focalizados a cuyo conjunto se lo denomina irónicamente “reforma y modernización del Estado”.

Este ejemplo, no es sólo un mentís rotundo a las supuestas bondades del “milagro” boliviano neoliberal, sino que pone de manifiesto la flagrante contradicción entre el discurso de “equidad”, de mejoramiento de “calidad de los servicios” y de participación en el “acceso” de la población ante los malos antecedentes de la gestión estatal, y las verdaderas intenciones que se esconden tras de ese tipo de reforma.

Son circunstancias que exigen a los investigadores e intelectuales una gran objetividad y cautela al hablar de reforma, porque son tan profundas las condiciones de inequidad y carencias en las que viven nuestras poblaciones y son tan evidentes los obstáculos estructurales que existen ahora para el tan anhelado reparto de los bienes en los que se basa la salud, que un discurso de reforma no ligado a una propuesta de renovación integral y remoción de esos obstáculos estructurales está condenado a ser una vacía retórica, y pasa a ser un instrumento de la propia hegemonía.

De ahí que una pregunta central para nuestro análisis es: ¿Cómo es que el BM, propulsor de las políticas neoliberales ha financiado una agenda reformista -con profunda influencia en las agencias de cooperación internacional- y hasta lo ha hecho bajo un discurso de equidad, esgrimiendo tesis progresivas en apariencia, como son: el seguro universal de salud; la equidad social, de género y étnica; la descentralización y la calidad de los servicios? ¿Cómo explicar tal paradoja que amenaza con confundir nuestra reflexión epistemológica?

En efecto, tomando el caso ecuatoriano como paradigmático, el Banco Mundial, por encima y a pesar de que el pueblo de Ecuador expresó su rechazo a la política neoliberal mediante el voto adverso (60% de voto nacional contrario) en dos consultas nacionales, dos revocatorias del mandato presidencial y tres levantamientos generales, ha sostenido un proyecto reformista centrado en las privatizaciones y tesis como las enunciadas. Y es que cuando se mira más cuidadosamente el sentido del discurso banco mundialista se descubre que no hay tal paradoja, puesto que: “equidad”, significa focalizar facilitando selectivamente cierto acceso de los pobres, para acortar la brecha pero hacia abajo, igualando a los miserables con los pobres; “universalización”, significa extender la cobertura de salud a ciertos focos poblacionales de alta miseria con paquetes de servicios mínimos; expansión del “empleo”, significa la multiplicación del trabajo a tiempo parcial a bajísimas remuneraciones; “descentralización”, es la disolución de la responsabilidad del Estado y un camino para la recomposición de la estructura de poder sobre el fortalecimiento de los cacicazgos regionales, mediante procesos simultáneos de delegación de actividades no rentables a gobiernos seccionales pobres y de baja capacidad, la transferencia de empresas, recurso y mercado desde el gobierno central al sector lucrativo local, y la restricción de la autonomía social mediante el aumento de control sobre las vulnerables estructuras de poder popular y estatal por empresas inversionistas y caciques locales [Collins & Green 1994; CEAS 1997]; “equidad de género” es la adaptación funcional y restringida de las tesis de igualdad, a sus expresiones liberales, psico-personales y culturalistas, de manera de crear un gran distractor para la lucha femenina y separarla de las reivindicaciones generales; “equidad étnica” es también una estrategia de gobernabilidad para el control de las tendencias emancipadoras levantadas por los indígenas y los grupos afroamericanos.

En el trasfondo de esa estrategia con su política de mínimos de supervivencia focalizados en los más pobres, subyace un hecho estructural y social de enorme trascendencia que explica la lógica que aplica el capitalismo tardío a los pobres acumulados como masa de marginales informales. En épocas anteriores –hasta los 70s- la *superpoblación excedente relativa* constituyó un verdadero ejército industrial de reserva, pues entonces fueron claves para la reproducción del sistema las funciones de *reserva* de brazos para las épocas ascendentes del ciclo económico y de *presión salarial* para bajar las remuneraciones en las épocas de crisis [Weffort & Quijano 1970]. Pero en años posteriores, para las empresas monopólicas sólo una fracción pequeña de los desocupados siguieron cumpliendo las funciones de reserva y salarial, mientras que la población sobrante se acumuló en demasía, dejando insubsistente la función de reserva y, por algunos años, la acumulación monopólica permitió incluso márgenes de remuneración relativamente altos que atenuaron también la importancia de la función de reducción salarial, entonces, ese numeroso “residuo” social pasó a constituir una masa “afuncional”, no ligada a las empresas, y cuyo trabajo excedente dejó de ser importante para éstas, con lo cual todos los bienes

y servicios –incluidos los de la salud- de los que depende la reproducción de esa masa excedente, dejaron de ser una necesidad o prioridad económica, tornándose más bien una preocupación política (Nun 1970). Desde la década de los 80, sólo una pequeña fracción de los desocupados o subocupados que fueron acumulándose, siguió operando como ejército de reserva para los monopolios, mientras que el resto fue conformando dicha masa marginal, excluida de la economía monopólica hacia circuitos secundarios de la economía [Sabrosa & Toledo & Osanai 1992]. El crecimiento de la terciarización de la economía y de un sector informal que copó más del 87% de los puestos creados en América Latina desde 1990 a 1995, expuso desde entonces a una mayoría a la supervivencia “informal” o “desregulada”, excluida de los derechos, de la protección de las leyes y obviamente de la máxima protección y cobertura de su salud. Esta abultada masa marginal informalizada –que puede fácilmente superar el 50% de la fuerza en edad laboral-, y que es un caldo de cultivo del deterioro masivo de la calidad de vida y un rompecabezas para la cobertura del Estado, es la que constituye el objeto de preocupación de la reforma conservadora y de la epidemiología oficial de los mínimos, que acaba tornándose herramienta del “ajuste con rostro humano” planteado con diversas variantes por el BM y sus agencias satélite para mitigar esa bomba de tiempo del sistema monopólico.

La Epidemiología y los Mínimos de Miseria Sustentable

La exploración de los niveles mínimos de miseria sustentable es la esencia misma de la nueva gobernabilidad capitalista. Congelación de salarios reales, flexibilización, desregulación, líneas de pobreza, son parte de la misma doctrina del “baseline” o “bottomline” que penetra el discurso científico y técnico, para facilitar en cambio, la maximización de las ganancias, y la aceptación de la competencia entre desiguales y la capacidad concentradora del mercado como características naturales de la vida humana.

Para que el ajuste estructural sea aceptado se torna importante un cambio de racionalidad que permita construir la nueva hegemonía neoliberal: deben limpiarse los residuos de toda lógica colectivista y solidaria; debe desacreditarse todo megarelativo o interpretación integral; deben limitarse las aspiraciones y sueños de las masas a lo posible dentro un exiguo reparto que no afecte la viabilidad de los monopolios; y sobretodo debe moldearse el pensamiento de los pueblos y sus técnicos para que acepten como progreso y equidad, el logro de esos mínimos reservados para los pobres. Todo lo cual requiere una estrategia de contrarreforma filosófica, un cambio de los paradigmas integrales de las ciencias, una renovación de la política y un cambio de los conceptos sobre gestión.

Y es que en la matriz de ese discurso mediatizador y neofuncionalista –lamentablemente secundado ahora en países como el Ecuador por entidades como la OPS/OMS, que ostentaron en el pasado hojas de vida independientes, dignas y democráticas-, se ha ido perdiendo la independencia de la salud pública oficial y la vitalidad de su movimiento de Medicina Social, que fueron reconocidos en décadas anteriores como una promesa, y que ahora se han desfigurado en medio del flujo financiero del Banco Mundial y los dólares de otras entidades de cooperación internacional, convirtiéndose en instrumentos de contrarreforma. Eso ha sucedido lamentablemente, utilizando el talento de muchos técnicos e intelectuales seducidos por ese tipo de discurso modernizador o por la tentación de las remuneraciones en promedio más altas que ofrecen esas entidades. Así se explica como, en un país como el Ecuador, que había acumulado una masa crítica de expertos y científicos con potencialidades para generar un modelo alternativo realmente democrático, las tres únicas propuestas de reforma con amplia difusión y financiamiento que hasta el presente han sido publicitadas, han surgido bajo el auspicio y exigencia de los bancos (Mundial y BID), como lo sostienen conocidas expertas sobre la modernización del estado [Echanique & Velasco 1996].

Quienes hemos vivido desde las décadas anteriores una lucha por un avance integral de la Epidemiología –conceptual, metodológico y técnico-, enmarcados en una corriente continental que empezó a dar frutos científicos invaluable, afianzados en espacios de reflexión, planeación e intervención que fueron formándose en núcleos tanto universitarios como extrauniversitarios, todos ellos estrechamente vinculados a la lucha de los pueblos y sus organizaciones, es decir quienes vivimos con

intensidad las dos primeras décadas de ese movimiento de la Epidemiología Crítica, que multiplicaba respuestas e instrumentos de impacto práctico, los cuales empezaron a concitar la atención de una ola creciente de investigadores y técnicos de la región y fuera de ella, miramos ahora con indignación como el dinero regado por el BM y las agencias de cooperación, y un conjunto de intelectuales reclutados de las filas del progresismo, se han encargado de montar un gran proceso de contrarreforma que impregna la mentalidad de los nuevos postgrados de la región, y alimenta una nueva devoción por las viejas y prestigiosas fórmulas de la Epidemiología del Primer Mundo, con su atrayente poder técnico en algunas áreas como los modelos matemático formales y las técnicas de medición de algunos fenómenos, pero con su rígida armazón formal que se yergue como un *obstáculo epistemológico para la nueva construcción del objeto* de la epidemiología y que, con su posición funcionalista, desconectada de la vertiente emancipadora de la lucha social, asoma como un *obstáculo político para la nueva construcción del sujeto* de la epidemiología.

Ese es el escenario en que pasa a jugar un nuevo y lamentable papel funcionalista la epidemiología oficial que, cuando no está entrapada en los sofisticados círculos académicos que manipulan la formalidad matemática de fenómenos a los que se ha desarticulado de sus raíces históricas y de la conflictividad de las relaciones de poder, recae entonces en los círculos de las burocracias y tecnocracias nacionales e internacionales como herramienta para el cálculo de las focalizaciones; triste función impuesta por el poder a una desnaturalizada y servil epidemiología que, como la he calificado en otro escrito, es la *epidemiología de los mínimos de supervivencia, ciencia para el cálculo de los mínimos de miseria sustentable* [Breilh 1998]. Es decir, el reformismo neoliberal para congelar y disminuir los ingresos reales de los más pobres y de la clase media tiene que empujar hacia abajo los salarios, flexibilizar los mecanismos de contratación, desregular las normas del trabajo y de la vida social, y para eso, requiere de una reforma regresiva en la que la epidemiología, como otras ciencias sociales, pase a enfocar su poder en el cálculo de la focalización; la creación de paquetes mínimos, pisos o planes de atención básica; cálculo de las medidas de reducción del gasto y de los subsidios a la demanda; reducción de nuestra mirada a la óptica de las llamadas enfermedades evitables, para calcular el famoso “global health burden” al que se quiere atacar en lo superficial, mientras se lo fomenta con el modelo capitalista en su conjunto. La epidemiología, ha sido convertida así, en la ciencia de la máxima resistencia gobernable de la población ante la creciente pobreza, una ciencia utilizada para suplantar la lógica de las aspiraciones máximas para la salud integral del pueblo, que la inspiró desde su nacimiento, y que movió a la creación de la Epidemiología Crítica Latinoamericana [Breilh 1998].

REFLEXIONES Y CAMINOS ALTERNATIVOS PARA LA EPIDEMIOLOGIA.

La reflexión sobre la reforma del Estado y la epidemiología nos introduce de lleno en el terreno de la discusión de los modelos de desarrollo humano en que debe necesariamente inscribirse una propuesta epidemiológica alternativa; y como ese es un vasto campo de análisis que rebasa los límites de este trabajo, cabe aquí sólo intentarse una delimitación introductoria.

Las doctrinas sobre el desarrollo humano han sido siempre un terreno para el enconado debate y no es de extrañarse que en el más inhumano período de la historia, proliferen numerosas propuestas y versiones de la teoría de la necesidad y del desarrollo humano, con implicaciones distintas para el quehacer de la Epidemiología.

MODELOS DIFERENTES Y OPUESTOS PARA EL DESARROLLO HUMANO

En el intento por establecer una tipología básica podrían distinguirse varias tendencias generales, que más que encontrarse químicamente puras en nuestras sociedades -siempre caracterizadas por su complejidad y sincretismo-, están presentes en forma desigual y combinada, pero respondiendo a diferentes intereses sociales.

Es factible distinguir dos grandes vertientes teórico-políticas: [a] los modelos de desarrollo humano que parten de una aceptación de las condiciones estructurales, reglas del juego y concepciones de la sociedad capitalista, sea para modernizarlas y profundizarlas, o sea para figurarse la posibilidad de un capitalismo social o benigno; y [b] los modelos pensados desde una perspectiva emancipadora, la cual se proyecta, ya como una subversión de las bases del Poder –incluidas las formas de alta concentración de la propiedad que sustentan el Poder económico–, de tal manera que pueda terminarse el proyecto inacabado de la Modernidad; o sea como la superación de tales bases, mediante la entrada a una era de liberación (¿posmoderna?), en la que desaparezcan los componentes sustantivos de la modernidad capitalista (predominio de la razón científica y el pensamiento Ilustrado; noción de progreso y acumulación ascendente; uniculturalismo; e imposición de dominio sobre la naturaleza).

Los *modelos de desarrollo del primer grupo* que se inscriben en una defensa del sistema capitalista o que buscan su remozamiento o suavizamiento, asumen cuatro posiciones básicas:

*Los que denominaremos *neoliberales*, impulsan la concentración monopólica como elemento de lozanía y fortaleza competitiva; propugnan la desregulación total y flexibilización de la vida social para que opere la plena capacidad del mercado como distribuidor; propugnan la legalización de toda informalidad, asumiendo la pobreza como inevitable y merecedora de paliativos focalizados –tales como los subsidios a la demanda de servicios o bonos de salud o educación para pobres–, que en todo caso son temporales, cubren apenas niveles básicos de supervivencia, y son soportados sobre los hombros de las consumidores medios y sectores remunerados, más no sobre los de las empresas [Valenzuela 1991].

*Los modelos *empresariales modernos* que enfocan el desarrollo alrededor de condiciones facilitadoras del avance moderno de empresas pequeñas, medianas y grandes –individuales o cooperativamente asociadas–, e incluso de emprendimientos individuales o familiares; como unidades competitivas, formalmente constituidas, ajustadas a parámetros gerenciales modernos, y apoyados o regulados por programas del Estado [Coraggio 1998].

*Luego existen algunas versiones de modelos pensados *alrededor del Estado* o de las políticas institucionales. En este grupo se pueden destacar los modelos de *gerencia social o neokeynesianos*, centrados en la reingeniería del Estado mediante paradigmas de gestión de alta eficiencia, que otorgan importancia –teórica al menos– a la gestión del frente social como elemento de gobernabilidad, pero incorporándole principios empresariales. También una variante que podríamos designar como *programa de desarrollo humano del PNUD*, concentra el interés en la modificación puntual de algunos indicadores de acceso al consumo básico educativo y de salud, así como del ingreso, que son perfectamente compatibles con las políticas de focalización social desligada de la economía [Breilh y col 1997; Coraggio 1999]. En oportunidades el otorgamiento de subsidios a la demanda que hace parte de algunos de los modelos anteriores, puede a su vez desprenderse como modelo, y es conocido como el *ingreso ciudadano* que presupone un reconocimiento de los llamados derechos de ciudadanía como vía para levantar la equidad, desvinculando el ingreso del trabajo o de la producción de bienes o servicios, y garantizando acceso a una canasta básica prefijada, cuestión esta última que si es universal presupone una contradicción con el mercado global que penaliza a estas sociedades que reducen la ganancia debido a la redistribución [Coraggio 1999].

*Una corriente en la que confluye una variada gama de propuestas, que aunque aceptan en última instancia las premisas de la sociedad capitalista, encarnan un ideal de suavizamiento o humanización de esta, son los modelos de *economía privada colectiva* [Varios], también el de *liberalismo social* [Sen 2000] y de *desarrollo a escala humana* que por su interés para la construcción de una contra alternativa emancipadora, los vamos a analizar con más detenimiento. Estos modelos enfocan especialmente lo que puede hacerse desde la “sociedad civil” y refuerzan estrategias para robustecer el privado social, el mercado local y nacional y un Estado más democrático que acompañe esos procesos de la sociedad civil.

Interés de los Modelos de Desarrollo Humano “Transicionales”

Un conjunto de propuestas que establecen una ruptura parcial con la dominación del productivismo y las políticas sociales que lo secundan, y que se muestran a favor de tesis redistributivas y humanas, aunque no terminan de enraizar el análisis en la estructura de poder, las podríamos designar como *modelos de transición*.

En este grupo se incluyen las propuestas de *economía privada colectiva* que articulan trabajos independientes ligados al mercado pero potenciados por relaciones cooperativas y, en algunos casos, por vínculos solidarios de raíz cultural, o religiosa o por movimientos de reivindicación específica como los étnicos o de género. Incluyen en primer lugar a los modelos de *economía colectivista*, tales como sistemas cooperativos o mutuales solidarios, sin fines de lucro, que están dirigidos a la reproducción y mejoramiento de sus asociados. En oportunidades asumen la forma redes de microempresas locales destinadas a la producción o comercialización, lo que les facilita el acceso al crédito y tecnología. Una variante cercana es la de las *empresas comunitarias* que a diferencia de las anteriores centran su acción en la comunidad ampliada y no sólo en asociados, orientándose al beneficio comunitario (aquí se incluyen asociaciones de producción artesanal, redes de trueque, ferias de consumo popular). En este grupo se destacan también las experiencias de *economía solidaria* muy ligadas a la doctrina de la opción cristiana por los pobres y que rebasan la sustentación meramente económica, abriéndose al trabajo voluntario y a las donaciones cuya validez se establece en términos éticos. Y finalmente hace parte de esta vertiente el modelo de la *empresa social*, que agrupa a sectores especiales y desprotegidos para darles una cohesión productiva, cuestionando el asistencialismo y buscando no sólo la producción de mercancías sino de un valor social agregado en la forma de comportamientos e instituciones alternativos; para este modelo el mercado no es alienante ni excluyente sino que es una intersección entre la empresa y el mercado con respecto a la asistencia social [Coraggio 1999].

Muchas de las variantes descritas anteriormente se concibieron desde la conflictiva década de los 70s - época estremecida por movimientos obrero-estudiantiles y un intenso debate de alternativas-, y fueron influidas tanto por el pensamiento socialista de entonces, como por el llamado *socialismo liberal* que ya desde entonces acumuló importantes avances en el campo de la ciencia económica, entre otros asuntos, en torno al cuestionamiento del crecimiento económico como criterio central y medida del desarrollo social. Se empezó a cuestionar la “dictadura del PIB” como indicador omnipresente y profusamente usado por las entidades internacionales para formular sus estadísticas de pobreza. Esta última corriente tuvo en su centro la doctrina de la *libertad individual como compromiso social* de Amartya Sen, que se inspira en el principio ético de la libertad individual como un valor central que tiene una dimensión positiva (la libertad de hacer algo) -en la que cuenta sobretodo la libertad de preferencia o elección- y otra dimensión negativa (ser libre de algo). El rescate de la libertad individual es clave para esta doctrina, puesto que una de sus metas primordiales es la superación de las tesis clásicas del utilitarismo (elaborado por Jeremy Bentham y desarrollado por John Stuart Mill), para el cual de lo que se trata es de lograr la “máxima felicidad del mayor número de personas”, alcanzar el placer o bienestar (“utilidad”), rechazar el dolor o infelicidad, y cumplir el llamado “óptimo de Pareto”, que proclama un estado ideal cuando es imposible aumentar la utilidad de un individuo sin disminuir la de otro; meta a la que se llega con la precisión del “cálculo de utilidades”.⁷

La *teoría de la libertad como compromiso social* supera la fría racionalidad del crecimiento económico y de la disponibilidad de ingresos, e incorpora las dimensiones afectivas, morales y culturales que determinan la capacidad de las personas para funcionar y buscar que sus elecciones maximicen las utilidades [Sen 1970; Sen 1982; Sen 1985]. En su camino de construcción teórica se encontró primeramente con el problema de cómo definir la felicidad y el bienestar y, en segundo lugar, con la necesidad de superar el utilitarismo clásico, únicamente preocupado por la suma de utilidades, pero no de su distribución desigual en la sociedad.

⁷ Pero bajo esa óptica, una sociedad con opulentos y miserables puede encontrarse en el óptimo pues es imposible mejorar la vida de los miserables sin lesionar los intereses materiales de los ricos.

Para resolver estos dilemas, Sen asumió la teoría de la justicia de John Rawls⁸ y sostuvo que, de lo que se trata es de distribuir de modo equitativo no sólo ingresos y recursos, sino las capacidades y funciones humanas fundamentales, o sea, capacidades de vivir una vida digna y sensata más que de acumular bienes [Saint-Upéry 2000]. En definitiva, el modelo de Sen desplaza la atención desde los bienes primarios y los recursos hacia las capacidades y las libertades, con lo cual pretende desatar el nudo de la estrecha óptica de la desigualdad como diferencia de recursos y accesos, para considerar la desigualdad como resultado de determinantes de otro tipo (clase, género, capacidad física y hasta ubicación geográfica) de ahí que para él, la libertad individual sea un compromiso social. Un enfoque que afecta, sin duda, las formas convencionales de medir la pobreza, que de ese modo dejan de reducirse a indicadores del bajo ingreso, para incluir términos que caracterizan la libertad insuficiente, incompatible con una existencia adecuada y demostrativos de una carencia de capacidad [Sen 2000]. De esa manera, se rescata la importancia de reconocer como aspecto clave del nivel de vida la facultad de transformar los ingresos y bienes en capacidad y libertad.. El neoutilitarismo de Sen se despliega, entonces, en tres planos de análisis: el de las capacidades, el de los funcionamientos y el de los bienes. El ambiente físico y social, así como las características personales determinan las características materiales/bienes requeridos para garantizar capacidades de las personas para funcionar; las cuales por último, y bajo un cierto estado psíquico, determinan la utilidad que obtienen. Lo que hace en otras palabras este modelo neoutilitario de Sen, es insertar la mediación de las capacidades, pues el modelo neoclásico simplemente relaciona (en el caso típico de un consumidor) la libertad de elección y el funcionamiento (consumo) de la persona bajo un estado psíquico (gustos), situando como único constreñimiento el de los recursos disponibles, sin tomar en cuenta las capacidades [Desai 1994].

Sen insiste en el hecho de la facultad diferente de las personas para transformar los ingresos y bienes en capacidad y libertad dependen de condiciones sociales que las políticas deben modificar, y señala que, por ejemplo, “el estado de la salud pública y del ambiente epidemiológico puede tener una profunda influencia en la relación entre el ingreso personal, por un lado, y la libertad de gozar de buena salud y larga vida, por el otro...pues algunos de los países más ricos...[como los Estados Unidos...] son muy atrasados en ese sentido...y la libertad positiva de vivir sin una mortalidad prematura es un compromiso de la sociedad.” [Sen 2000].

Otra propuesta transicional es el *modelo de desarrollo a escala humana* [Max Neef & Elizondo & Hopenhaydn 1986; Max Neef 1999], interesante ofensiva contra el productivismo y el instrumentalismo aunque no corta amarras respecto a su base estructural -perspectiva muy próxima a la de Sen-. Plantea una economía humanista que, según sus autores, implica fundamentalmente lograr la transformación de la persona-objeto en persona-sujeto y la correspondiente sustitución de los “indicadores de crecimiento cuantitativo de los objetos”, por “indicadores del crecimiento cualitativo de los sujetos”. Este modelo identifica la calidad de vida con la posibilidad de las personas de satisfacer adecuadamente su sistema de necesidades; el cual sería esencialmente idéntico en todas las sociedades, difiriendo únicamente en los correspondientes satisfactores. Aquí la clave es desentrañar la dialéctica entre necesidades, satisfactores y bienes económicos, bajo una concepción de la necesidad y de la relación necesidad-satisfactor cuyas insubsistencias ya fueron analizadas en una sección anterior y que los autores exponen en la forma de una “matriz de necesidades y satisfactores”.

Las que hemos calificado como teorías transicionales parten en definitiva de un postulado básico que centra el desarrollo en las personas y, es ahí donde radica justamente la fortaleza y a la vez debilidad de su propuesta. Colocan el fulcro de su interés en la dimensión humana y en la protección integral de la calidad de vida y cuestionan que aquella no puede medirse por un per-cápita del producto interno, ni por el gasto/

⁸ John Rawls plantea que de los que se trata es de distribuir equitativamente los que llama “bienes primarios”, cuyo justo reparto estaría dado por dos principios básicos de justicia: cada persona tiene el mismo derecho de un esquema de derechos y libertades básicos, y el mismo esquema para todos; y además, las desigualdades sociales se justifican sólo por cargos más altos abiertos a todos en igualdad de oportunidades, pero en posiciones desde las que se debe ofrecer el máximo beneficio para los menos privilegiados.

ingreso familiar promedio, lo cual está muy bien, pero, aíslan su visión en lo individual con lo cual quiebran de raíz la posibilidad de una emancipación humana y social verdaderas.

Modelos Emancipadores para el Desarrollo Humano

La clave que unifica los anhelos de los sectores que defendemos lo popular con un sentido democrático es la *voluntad de emancipación*, que significa la búsqueda organizada y solidaria de ruptura con todas las ataduras materiales, políticas y culturales que ha creado la concentración monopólica del poder en la sociedad capitalista y las bases para la propagación de las epidemias viejas y modernas. La lucha por la emancipación unifica todas las utopías construidas para liberar al ser humano de la explotación económica, de la dominación política, de la coartación de la cultura y la subjetividad, así como de las relaciones ecológicas antihumanas, todo para posibilitar la plena liberación de la vida y el pensamiento, la vigencia del bien común y la construcción de sociedades más saludables.

Los *modelos de desarrollo humano del segundo grupo*, que ostentan una intencionalidad emancipadora y una independencia respecto al sistema capitalista pueden desagregarse en tres tipos de posiciones principales: [a] aquellos que se plantean la apertura de una economía popular paralela al sistema económico capitalista; [b] los modelos que propugnan la superación radical de las bases del poder económico que reproducen la inequidad; y [c] aquellos que se proponen la superación o liberación (¿posmoderna?) no sólo respecto a las ataduras de la estructura económica del capitalismo, sino la superación de los fundamentos filosóficos, racionales y estructurales de la Era Capitalista Moderna. Las propuestas de esta índole que circulan en los partidos de izquierda y movimientos sociales no se ajustan con pureza a esta nomenclatura que aquí proponemos con fines analíticos, pero se apoyan con mayor énfasis en dichos lineamientos.

El primer tipo de modelo lo denominaremos de *economía popular paralela*, puesto que sustentan la necesidad de iniciar una construcción de una economía popular y construir desde las bases de la nueva sociedad. En esta línea destaca la propuesta de *autocentramiento o de acumulación popular autocentrada y descentralizada* que ha sido defendida para las sociedades andinas [Schuldt 1995]. Este modelo apuesta a un proceso de acumulación popular descentralizado geográficamente y políticamente, enmarcado en un proyecto político nacional de base regional, incorporando a las masas heterogéneas al proceso de toma de decisiones –local, regional y nacional- a la par que se configuran y refuerzan las bases económicas de los segmentos populares en un proceso acumulativo dirigido a responder a las “necesidades básicas” y redefiniendo para ello los patrones de producción y consumo. Para lograrlo, se plantea una dinámica de producción basada en la interacción acordada de actividades *de y para* el mercado interno y en el encadenamiento de productores de bienes sencillos de masas y medios de producción que estén a su servicio, sobre un pluralismo tecnológico, que desplace a lugar secundario la producción de bienes y servicios de lujo.

El eje de este modelo es, por tanto, el incremento de capacidad y habilidad “personales”, que refuercen las comunidades y sujetos sociales (locales), y desde ahí caminar hacia el control de la acumulación nacional; control local de la distribución de excedentes, del mercado, de los recursos naturales y de las tecnologías. Un modelo de desarrollo que tiene la virtud de plantearse como una oposición a la reproducción dependiente centrada en las exportaciones y los bienes de consumo de lujo, y cuyo autocentramiento procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de derechos, capacidades y realizaciones propios, sobre todo de las comunidades locales y pequeños grupos cuyas identidades y sujetos sociales se construirían así “desde abajo”, aprovechando las experiencias y los saberes y esa “racionalidad escondida” que serían indispensables para retomar el control de la acumulación. Todo esto, claro está, con el apoyo de un estado nacional democrático que en el corto plazo contribuya al desarrollo de esa fuerza productiva doméstica y del mercado interno, y en el plazo largo trabaje para el redireccionamiento del modelo primario exportador, sin desaprovechar los “nichos rentables” del mercado mundial [Acosta 1998; Acosta & Schuldt 1999].

Por otro lado, hace parte también de esta línea el modelo de *economía popular* que se autodefine como “no economicista” y que gira su foco de interés desde la acumulación hacia la reproducción ampliada de la vida humana, subordinando la acumulación a la satisfacción de las necesidades básicas de todos, para colocar la producción como medio y la reproducción como sentido, lo que para su autor equivale a poner los equilibrios psico sociales por encima de los equilibrios macro-económicos [Corragio 1998; Coraggio 1999].

La estrategia que se propone para lograr sus propósitos es la construcción de un subsistema e economía popular centrado en las unidades domésticas de trabajadores de campo y ciudad, formales e informales, manuales e intelectuales, bajo un programa abierto que no se cierra ni en la conexión ni en la desconexión respecto a la economía capitalista dominante. La clave de este modelo sería el dar un salto para lograr la solidaridad orgánica entre los diferentes elementos y actividades populares, lo que supone fortalecer la interdependencia entre unidades domésticas y comunidades a través del intercambio recurrente mediado por el mercado o por relaciones directamente sociales. Escoge la unidad doméstica porque su objetivo último es la reproducción ampliada de la vida que no se reduce a niveles básicos de necesidad sino a una búsqueda de calidad en la vida sin límites intrínsecos y además porque su principal recurso es el fondo de trabajo de sus miembros.

Es evidente la influencia de los modelos que antes denominamos transicionales en estas dos últimas propuestas, que buscan un giro emancipador y democrático para la economía. Pero el carácter que más preocupa es que puede ser muy aventurado el plantear la posibilidad de una separación viable entre la economía empresarial monopólica, la economía pública y la economía popular, y construir un proceso de reforma profunda con opción emancipadora, cuando persisten intocados los elementos claves de la estructura de poder y hegemonía y cuando pareciera que se quiere dejar librada a ese tipo de construcción espontánea “desde abajo” de redes comunitarias y de ciudadanos democráticos la construcción política.

De ahí la necesidad de dar algunos pasos más adelante y proponerse un *modelo de emancipación humano popular* [Breilh 1995; Breilh 1999b; Hidalgo 2000] que articule algunas de las contribuciones que se han delineado anteriormente pero bajo una visión integradora, que las inserte en un proceso de liberación económica respecto al sistema de propiedad monopólica; que integre la construcción desde abajo a la construcción de un bloque popular contrahegemónico, que construya poder popular, para transformar no sólo la estructura de poder económico, sino el sistema de poder político, desmantelando el Estado actual para disolver el poder vigente y viabilizar el desarrollo de la democracia por fin, del avance multicultural y de la incorporación de todos los saberes en la edificación de una nación multicultural y pluricultural donde quepan todos los proyectos populares gestados desde la lucha de los partidos y movimientos sociales, desde los movimientos étnicos y de género, pero institucionalizando los procesos de descentralización profunda, desburocratización y disolución de todas las estructuras clientelares, tejiendo una trama de estrecha comunicación entre dichos proyectos.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS POSIBILIDADES DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL MODELO HUMANO POPULAR

El escenario histórico de América Latina ha facilitado un reagrupamiento de las fuerzas de resistencia de los pueblos y ha determinado la consecuente recomposición de su lucha. Ahora miramos el desafío de reagrupar democráticamente el talento que existe en nuestros países en el campo de la Salud Colectiva, recuperando la memoria de ese movimiento de Salud Colectiva que empezó a ser desmantelada alrededor de la agenda del Banco Mundial y recuperando críticamente la riqueza del pensamiento crítico que empezó a ser secuestrado y deconstruido por el neofuncionalismo de la Salud Pública internacional y oficial.

La seguridad humana integral; el problema de la necesaria y triple equidad de acceso y participación – social, étnica y de género-; la conquista del derecho universal a servicios y programas de la más alta calidad; el impulso urgente de un proceso de humanización y protección de la vida en todas sus dimensiones – laboral, del consumo, de la reproducción cultural y subjetiva, de la promoción y defensa de una ecología saludable y de la implementación de una construcción multicultural de las formas y sentidos de la organización-. Todos estos son puntos nodales de la nueva política por la que luchó el movimiento de la medicina social latinoamericana desde su nacimiento en los años 70 y desde su aparición formal en el Congreso de Ouro Preto en 1985, y que ahora gracias a la alquimia de unos cuantos tecnócratas obsecuentes se han borrado de las agendas o han sido trasmutados en ellas a simples elementos de una confusa retórica neofuncionalista.

Desde la perspectiva social que inspira estas páginas, es importante rescatar esa línea emancipadora y aportar al desarrollo de un proyecto de reforma alternativo, que no está más encarnado en las instancias que

lo apoyaron en las dos décadas anteriores, sino que se expresa en la agenda ampliada del debate social de las asambleas y congresos de los pueblos, que están formulando salidas verdaderamente novedosas para el entrapamiento de América Latina. Hacerlo significa deslindar el tratamiento de la reforma de la lógica funcional y regresiva que se ha apoderado de los foros y talleres hegemonzados por la doctrina del Banco Mundial y todas las agencias de cooperación que han terminado sometiendo a esa agenda. En otras palabras, es necesario airear los espacios de debate de la reforma y develar la lógica que está por detrás de este repentino interés institucional por dicho tema, que en otras épocas fue marginado del ideario oficial y que sólo se debatió en las publicaciones de la literatura contrahegemónica.

En el presente trabajo se ha planteado una discusión de esa ambivalencia retórica que históricamente esconde contradicciones cruciales para el avance de la reforma de la salud y haciéndolo desde una perspectiva realista pero llena de optimismo, pues partimos de la convicción de que muchos de los posicionamientos que consideramos errados, no necesariamente son producto de un conciente retroceso a posiciones abiertamente conservadoras, ni peor aun, de un cuestionamiento de la idea de asumir una construcción alternativa de la salud; muy por el contrario, vivimos una época de búsqueda de paradigmas alternativos para todo, pero lamentablemente el esfuerzo de reformulación se encuentra entrapado por la hegemonía del marco doctrinario del Banco Mundial y sus apéndices institucionales, sustentado en el crecimiento de unas ciencias sociales neoconservadoras que han desarticulado todo análisis de sus raíces estructurales, revistiéndose el discurso de la reforma de una terminología innovadora en apariencia, impulsora de cambios meramente formales o retrocesos que, como en el caso de las políticas de salud trazadas por la reforma en Colombia, lo que lograron es aumentar las cotizaciones, elevaron los requisitos y posibilidades del derecho a la salud y la edad para las pensiones, pero eso si se recortaron los beneficios y ahora las personas aportan más para recibir menos [Redondo & Guzmán 1999].

Y es tenemos que empezar a llamar a las cosas por su nombre y mirar el camino de la reforma con ojos distintos, más abiertos y críticos, más atentos a las aristas y contrapistas que nos ha tendido el pensamiento hegemónico, debemos insertar todo análisis en el escenario actual de los países del mundo periférico y en esa línea tenemos que volver atrás y mirar las propuestas de la nueva epidemiología, sin perder la memoria de nuestra lucha pero reconociendo que nuestro paradigma se ha enriquecido notablemente.

El trabajo epistemológico cumplido nos permitió formular avances importantes, y en años más recientes de madurez del proceso de (re)construcción teórica, empezamos a comprender que aun nos estaba claro el objeto de la epidemiología y en esa línea se han adelantado reflexiones de enorme trascendencia [Almeida 1999]. Creo que la presión actual nos hace reconocer que no sólo tendremos que trabajar en la construcción del objeto, sino que es tanto o más urgente el *trabajar en la construcción del sujeto de la epidemiología*, pues si somos consecuentes con el desafío de la segunda ruptura epistemológica de reencuentro de la ciencia con el sentido común y los otros saberes [Santos 1995], el pensamiento epidemiológico deberá incorporar más de esos “otros saberes” y no exclusivamente centrarse en la línea académica “Occidental”, por importante que esta pueda ser y, peor aun, en el elitismo arrogante de ciertos círculos científicos enquistados en la lógica formal de los modelos exclusivamente asociativos y cuantitativistas. Sólo así podrá recuperar la epidemiología su capacidad para aportar aun a la crítica de los modelos de gestión, ventilando el campo de análisis mediante la ruptura de la camisa de fuerza del enfoque de riesgo [Castellanos 1994].

Es en relación a todo lo dicho que cobra nuevo sentido el trabajo de renovación teórica, metodológica y técnica de la epidemiología; articulándolo a un modelo integral de desarrollo humano e incorporando toda la riqueza del cambio actual de paradigmas y de asimilación del pensamiento humano con un sentido multicultural.

En el terreno altamente condicionado de lo que se hace en las instituciones oficiales bajo la llamada *epidemiología en servicios* hay mucho más que hacer que sólo desarrollar una rutinaria y burocratizada “vigilancia epidemiológica”, pues si la noción de salud colectiva es más que la problemática sumatoria de casos atendidos o “en riesgo”, entonces al abrir el concepto de servicio hacia la integralidad del desarrollo humano encontramos variados campos de aplicación en la planificación participativa de las acciones en todos los campos de desarrollo de la necesidad social de salud que antes describimos, constituyéndose en una herramienta de planificación estratégica, de monitoreo participativo de los procesos críticos de la salud, de

diseño de mecanismos de control y evaluación social [Breilh 1999c] y de reconstrucción de los sistemas de información para superar la derrota del conocimiento por una información mal construida aunque ampliamente divulgada, paso necesario para pensar en el desarrollo humano y de la epidemiología, desde una perspectiva emancipadora [Breilh 1999d].

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACOSTA, ALBERTO (1998). El Estado Como Solución. Quito: Friedrich Ebert/ ILDIS.
- ACOSTA, ALBERTO; SCHULDT, JÜRGEN (1999). La Hora de la Reactivación: El Mito de la Falta de Alternativas. Quito: Edición de ILDIS y ESPOL, p. 120
- ALMEIDA NAOMAR (1999). La Ciencia Tímida. Buenos Aires (en prensa)
- ALTAVISTA WEB BROUSER (2000). Advanced Search With (Reforma~Salud)AND(Reform~Health). Jan 1st.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas, 1966
- ASTARITA, ROLANDO (1999). La Crisis Económica, Interpretaciones y Perspectivas. Quito: Espacios, 9: 97-106.
- BARLOW, MAUDE (2000). Desperate Bolivians Fought Street Battles to Halt a Water for Profit Scheme. Toronto, Globe and Mail, May 9th.
- BENITEZ, MILTON (2000). La Acumulación en la Era Moderna y la Necesidad de Revolución. Quito: Comentario en lanzamiento de Libro sobre Alternativa Popular y Bloque Popular, Casa de la Cultura, mayo.
- BIREME-OPS/OMS (1999). CD Lilacs 33ª Edición, Enero.
- BOLTVINIK, JULIO (1994). La Pobreza en América Latina. Análisis Crítico de Tres Estudios. México: Frontera Norte, Número Especial sobre Pobreza.
- BREILH, JAIME (1995). Democracia Profunda: Mirada Militante de una Construcción Política Alternativa. Quito: Espacios, 5/6: 43-56.
- BREILH, JAIME (1997). Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: Quito: Ediciones CEAS, 3era ed.
- BREILH, JAIME (1998). La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología. Río de Janeiro: Conferencia al IV Congreso Brasileño de Epidemiología, Centro de Convenciones, Agosto (en prensa Rev. Brasileira de Epidemiología, 1 (3).
- BREILH, JAIME (1999a). Eficacia del Poder, Retroceso del Derecho y Degradación del Trabajo. Brasilia: Conferencia al Encuentro Nacional de Salud del Trabajador del Brasil, Junio
- BREILH, JAIME (1999b). Postmodernismo o Pensamiento Liberador: Una Visión Desde los Sin Poder. Quito: Espacios: 9: 123-142.
- BREILH, JAIME (1999c). Nuevos Paradigmas en la Salud Pública. Rio de Janeiro: Conferencia a la Reunión Internacional sobre Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana, FIOCRUZ, noviembre.
- BREILH, JAIME (1999d). Derrota del Conocimiento por la Información: Una Reflexión Necesaria para Penar en el Desarrollo Humano y la Calidad de Vida Desde Una Perspectiva Emancipadora. Rio de Janeiro: Revista da ABRASCO Ciencia e Saúde Coletiva (en prensa).
- BREILH, JAIME (2000). Epidemiología Crítica: Una Visión desde el Realismo Dialéctico y el Multiculturalismo. Salvador: Proyecto de Investigación para el ISC.
- BREILH, JAIME; CAMPAÑA, ARTURO; GRANDA, EDMUNDO; PAEZ, RUBEN; COSTALES, PATRICIA; YÉPEZ, JOSE (1997). El Deterioro de la Vida. Quito: Corporación Editora Nacional.
- CASTELLANOS, PEDRO (1994) A Epidemiologia e a Organização dos Sistemas de Saúde em Rouquayrol, M. "Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medís, p.477-484.
- CASTELLS, MANUEL (1999). Globalización, tecnología, Trabajo, Empleo y Empresa. Se obtiene en: <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/castells7.htm>

- CEAS (1997). Reforma Democrática y Desarrollo de la Información: Necesidades Urgentes de las Municipalidades del Ecuador en “Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario”. Quito: Ediciones CEAS.
- CHOSSUDOVSKY, MICHEL (1999). Brasil Hostage to IMF's Designs. *Le Monde Diplomatique* Digital, march.
- COLLINS, C.; GREEN, A. (1994) Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries. *Baltimore: International Journal of Health Services* 24(3): 459-475.
- CORAGGIO, JOSE (1998). Economía Urbana: La Perspectiva Popular. Quito: Abya-Yala.
- CORAGGIO, JOSE (1999). Política Social y Economía del Trabajo. Madrid: Miño y Dávila Editores.
- DESAI, MEGHNAD (1994). Poverty and Capability: Toward an Empirically Implementable Measure. *Frontera Norte, Número Especial sobre Pobreza*.
- DOYAL, LEN; GOUGH, IAN (1991). A Theory of Human Need. London: Macmillan.
- ECHANIQUE, PATRICIA; VELASCO, MARGARITA (1996). Secretaría Técnica del Frente Social.- “Políticas de Reforma del Sector Salud Ecuador 1996-2005. Quito: PNUD/UNICEF.
- HIDALGO, FRANCISCO (2000). Alternativas al Neoliberalismo y Bloque Popular. Cuenca: CNDES / U. De CUENCA / CETRI.
- LAURELL, CRISTINA (1997). La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. México: Ediciones ERA.
- MAX-NEEF, Manfred (1999). Crecimiento Económico y Calidad de Vida. Medellín: Universidad de Antioquia.
- MAX-NEEF, MANFRED; ELIZALDE, ANTONIO; HOPENHAYN, MARTÍN (1986). Desarrollo a Escala Humana una Opción Para el Futuro in “Development Dialogue”, Special Number CEPAUR and Dag Hammarskjöld Foundation.
- NUN, JOSE (1970) Superpoblación Relativa, Ejército Industrial de Reserva y Masa Marginal. Nd: Proyecto Marginalidad (mimeografiado).
- REDONDO, HERNAN; GUZMÁN, FERNANDO (1999). La Reforma de la Salud y la Seguridad Social en Colombia: El Desastre de un Modelo Económico. Bogotá: Asociación Médica Colombiana.
- SABROSA, P.; TOLEDO, L. ; OSANAI, C. (1992). A Organização do Espaço e os Processos Endêmico-epidêmicos en “Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (Leal MC el al organizadores) vol. 2. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, p. 57-77.
- SAINT-UPERY, MARC (2000). Amartya Sen, o la Economía como Ciencia Moral en “La Libertad Individual como Compromiso Social” (Sen, A.). Quito: Abya-Yala.
- SAMAJA, JUAN (1992). Epistemología y Epidemiología. Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología.
- SAMAJA, JUAN (1997). Epistemología y Metodología: Elementos para Una Teoría de la Investigación Científica. Buenos Aires: EUDEBA.
- SANTOS, BOAVENTURA (1995).
- SCHULDT, JURGEN (1995). Repensando el Desarrollo: Hacia una Concepción Alternativa para los Países Andinos. Quito: Centro Andino de Acción Popular.
- SCHULDT, JURGEN(1993).- Modalidad de Acumulación y Reforma de Estado: Hacia Una Perspectiva desde la Economía Popular. Quito: Memorias del Encuentro de Intelectuales y Dirigentes Populares, p. 71-134.
- SEN, AMARTYA (1970). *Collective Choice and Social Welfare*. San Francisco: Holden Day.
- SEN, AMARTYA (1982). *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford: Blackwell-MIT Press.
- SEN, AMARTYA (1985). *Commodities and Capabilities*. Ámsterdam: North Holland.
- SEN, AMARTYA (2000). *La Libertad Individual*. Quito: Abya-Yala.
- VALENZUELA, JOSE (1991). *Crítica del Modelo Neoliberal*. México: Colección América Latina de la Facultad de Economía de la UNAM.
- WEFFORT, FRANCISCO y QUIJANO, ANIBAL (1969). *Populismo, Marginalización y Dependencia*. Nd.

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Dr. Joaquín Molina Leza¹
Dra. Nadine Gasman Zylberman²*

INTRODUCCIÓN

No todos los países y sistemas de salud resuelven de modo idéntico cuestiones básicas de los servicios de salud, como son: ¿quiénes tiene acceso?, ¿a qué tienen acceso?, ¿cómo se financian y proporcionan los servicios de salud?, ¿cuáles son las regulaciones con que funciona el mercado de salud?, ¿cómo se vigila el cumplimiento de las normas establecidas?

Las respuestas a estas preguntas básicas nos remiten a describir y analizar los sistemas de salud, lo que realizaremos agrupando a las instituciones que lo conforman en públicas, de seguridad social y privadas, atendiendo a que estos tres sectores coexisten como prestadores de servicios de salud en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe,³ aunque con diferentes grados de desarrollo institucional, modelo de atención, cobertura y aceptación por los usuarios. Aclaramos que por el término público nos referimos a los servicios que administran los Ministerios de Salud (Secretaría de Salud para el caso de México) y sus estructuras subnacionales.

Para comprender mejor la situación presente de estos sectores, es necesario revisar qué ha pasado en los países de las Américas a consecuencia de los procesos nacionales de reforma del sector salud (RSS), dada la trascendencia de las transformaciones que estos introdujeron, que una evaluación reciente, realizada por la OPS/OMS, considera que han estado centradas en los cambios financieros y estructurales de los sistemas de salud, así como en reajustes de la organización y administración de la atención a la salud.

¹ Master en Salud Pública. Consultor de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Representación de la OPS/OMS en México.

² Doctora en Políticas de Salud. Directora de IPAS México.

³ Las excepciones más notables son Cuba, Chile y los países del Caribe inglés y francés, donde no hay instituciones de seguridad social. En Cuba la práctica privada es casi inexistente.

En la mayor parte de los países de América Latina las RSS se instrumentaron en la última década del siglo XX, aunque en países como Chile y Cuba las modificaciones más sustanciales que hoy caracterizan sus sistemas de salud se introdujeron hace más de un decenio.

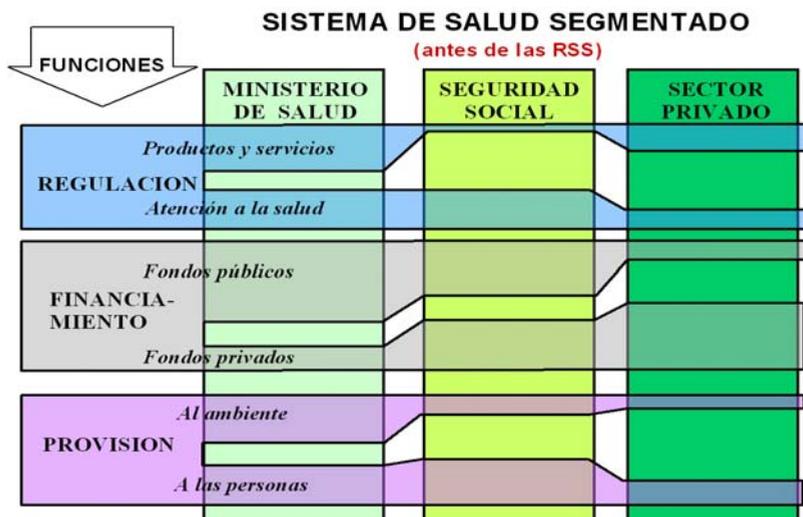
En la primera parte de este texto presentamos una caracterización del ejercicio de las funciones de los sistemas de salud y los cambios ocurridos en las principales instituciones prestadoras de servicios de salud a consecuencia de los procesos nacionales de RSS, mencionando los países y circunstancias en que estos se dieron. En la segunda describimos un conjunto de desafíos de los Ministerios de Salud, Institutos de Seguridad Social y agentes privados, para que puedan contribuir de manera más eficaz a las metas globales de equidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud. Finaliza con algunas reflexiones sobre áreas de los sistemas y servicios de salud poco tratados en las RSS.

LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LAS REFORMAS DEL SECTOR

Las RSS han dejado un saldo indudable de cambios y transformaciones en los principales prestadores de servicios de salud (Ministerios de Salud (MINSAL), Institutos de Seguridad Social (SS) y Privados), que explicaremos a través de un gráfico donde relacionamos las instituciones con las funciones más comúnmente aceptadas para los sistemas de salud.⁴ No hay consenso en cuanto a las funciones de los sistemas de salud. En 1995, Frenk y Londoño mencionaron como las cuatro más importantes: modulación, financiamiento, articulación y prestación. En 1997, la OPS, en su documento técnico sobre rectoría de los Ministerios de Salud en las reformas, cita conducción, regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. El informe sobre la salud en el mundo 2000 de OMS expresa rectoría, creación de recursos, financiamiento y prestación de servicios.

Para ello partimos del funcionamiento de un sistema de salud segmentado, antes de las RSS, el cual se observa en el gráfico 1.

GRÁFICO 1



⁴ No hay consenso en cuanto a las funciones de los sistemas de salud. En 1995, Frenk y Londoño mencionaron cuatro más importantes: modulación, financiamiento, articulación y prestación. En 1997, la OPS, en su documento técnico sobre rectoría de los Ministerios de Salud en las reformas, cita conducción, regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. El informe sobre la salud en el mundo 2000 de OMS expresa rectoría, creación de recursos, financiamiento y prestación de servicios.

La función de regulación dividida en dos áreas: una, “de productos y servicios”, referida a los registros y a la emisión de licencias y permisos para la producción y comercialización de bienes y servicios relacionados con la salud; y otra, “de la atención a la salud”, vinculada al conjunto de regulaciones (leyes, reglamentos, normas) que determinan la apertura y operación de las unidades para la atención de las personas.

El grosor del área de cada una ilustra, de modo comparativo, el peso relativo que la misma tiene en los tres tipos de instituciones de salud. Así, el MINSAL tiene el mayor peso comparativo en la regulación de productos y servicios y también en la atención a la salud; ésta última en igual proporción que en la seguridad social.

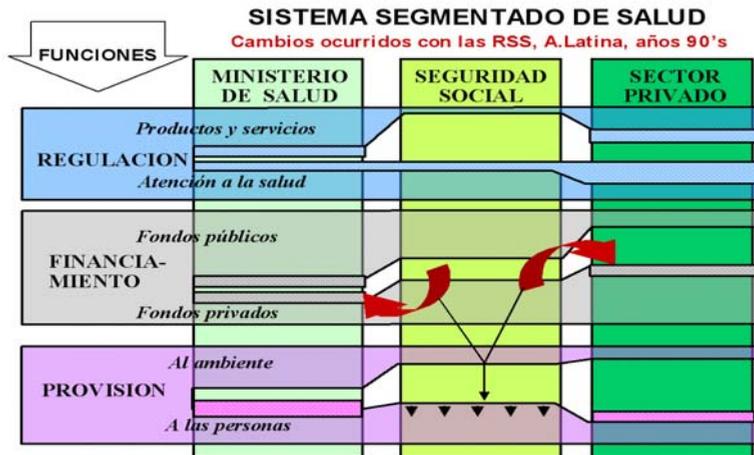
Para la función de financiamiento, dicotomizada en fondos “públicos” y “privados”, según su origen, observamos que el MINSAL concentra mayor cantidad de fondos públicos que los restantes prestadores, al tiempo que para los fondos privados es a los prestadores privados a quienes se les representa con la mayor proporción.

La función de provisión de servicios se subdivide en: “al ambiente” y “a las personas”. Para la primera de estas subdivisiones corresponde al MINSAL la mayor proporción de prestaciones en comparación con los dos restantes, mientras que a la Seguridad Social se le asigna el mayor espacio en la atención a las personas.

Para cada país se puede construir un esquema de esta naturaleza, representando su realidad antes (gráfico 1) y después de los procesos de RSS, como veremos en el gráfico 2, que incorpora los resultados de los principales cambios y transformaciones introducidos por los procesos de RSS. Dichos cambios se representan con figuras de fondo punteado y flechas que muestran el movimiento ocurrido.

El resultado de los procesos de reforma, al igual que los cambios adoptados, son propios de cada país y no admiten encontrar un patrón idéntico para un grupo de países. En el gráfico 2 se asume el reto de representar los resultados de las reformas más aceptados como tendencia por analistas y organizaciones de cooperación técnica “incluida la OPS” para América Latina.

GRÁFICO 2



Los procesos de RSS incrementaron la regulación de la atención a la salud, que en casi todos los países afectó a los tres tipos de instituciones prestadoras de servicios de salud, siendo en particular notable para el sector privado, que era el de menor regulación en la práctica establecida. En México el saldo es evidente en el alto número de Normas Oficiales Mexicanas, leyes y reglamentos puestos en vigor en el periodo 1995-2000, entre los que destacamos -por su trascendencia previsible- el de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y los Trámites que estas deben hacer ante la Secretaría de Salud (SSA,) publicados ambos en el *Diario Oficial de la Federación* en mayo y diciembre de 2000, respectivamente.

En la regulación de productos y servicios, numerosos procesos nacionales de RSS generaron condiciones para que el sector privado incrementara la autorregulación -México es un buen ejemplo de ello-, a través de la aplicación de estándares de calidad, como las normas ISO, y comportamientos éticos generados en las cámaras o en las asociaciones de productores, el desarrollo de procesos de certificación llevados a cabo por voluntad propia, la operación de “terceros autorizados” para la evaluación de estándares establecidos, etcétera.

Con respecto a la función de financiamiento, un saldo de las RSS fue el aumento de los fondos públicos invertidos en el sector salud, ocurrido en varios países por préstamos de instituciones financieras internacionales y donaciones de agencias bilaterales de cooperación, con el riesgo en estos casos de regresar a la situación original una vez que concluya el préstamo o donativo; o debido a programas específicos financiados por el Estado, del corte del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) de México, implementado entre 1996 y 2001, sustituido en 2002 por el Programa Oportunidades. Asimismo, en un importante número de países crecieron los fondos de origen privado captados por el MINSAL a causa de la instrumentación o sistematización del cobro de cuotas por la atención médica.

En algunos países, particularmente aquellos que implementaron modelos de competencia entre prestadores públicos y privados de servicios de salud, se incrementó la concentración de fondos en los prestadores privados, lo que se señala en el gráfico 2 con una flecha que indica lo sucedido a expensas del traslado de fondos de la seguridad social; como en los casos de Chile, al impulsar los planes privados de salud (ISAPRES)⁵, y en Argentina y Nicaragua,⁶ cuando la seguridad social permitió a los usuarios la selección del prestador de servicios de su preferencia. Asimismo, algunas nuevas modalidades de gestión de los servicios contribuyeron al traslado de fondos públicos hacia el sector privado: las cooperativas médicas en Costa Rica y la subrogación de servicios públicos al sector privado, que se practica en varios países del continente.

En la prestación de servicios, un primer saldo para muchos países de América Latina fue el incremento de las acciones de salud y la cobertura de la población por parte de los MINSAL y, en menor frecuencia, los seguros sociales, orientados por lo general a las personas sin acceso regular a la atención sanitaria. Para México está claro este resultado con el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC) y el PROGRESA ejecutados por la Secretaría de Salud (SSA) y con la apertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a grupos de población tradicionalmente no cubiertos por esta institución, como son los jornaleros agrícolas, los pescadores agrupados en cooperativas, los vendedores de billetes de lotería y los afiliados voluntariamente a un nuevo seguro de salud familiar.

Otro saldo para varios países es el aumento de la prestación de servicios por los agentes privados, lo que ocurrió cuando se instrumentaron esquemas de competencia entre prestadores públicos y privados, rompiendo la tradicional segmentación de acceso de la población a los servicios. Esto ha sucedido en Chile, Colombia y Argentina (sector de Obras Sociales), por citar sólo los casos más comentados, aunque cada uno con modalidades y esquemas diferentes, que rebasan el marco de este documento y no se entran a detallar.⁷

La mayor utilidad de estos gráficos es representar los cambios ocurridos antes (gráfico 1) y después de las RSS (gráfico 2) en los países donde se mantienen funcionando los principales tipos de instituciones prestadoras de servicios de salud, lo que permite evidenciar los resultados del proceso en relación con las funciones del sistema de salud.

Sobre los sistemas de salud segmentados cabe señalar que generalmente las instituciones que lo conforman brindan diferentes beneficios y calidades en la atención, variaciones difíciles de corregir debido a las construcciones históricas y leyes que los marcan. Así, los distintos montos de presupuesto que ejerce cada institución, las formas de financiamiento a las unidades de atención y los incentivos al desempeño que aplican, determinan grados variables de eficacia en la solución de problemas y de eficiencia en la gestión. Por

⁵ El caso de Chile tiene características de excepción para América, porque estos cambios se implementaron a principios de la década de los años ochenta bajo un régimen militar.

⁶ En Nicaragua un cierto número de cotizantes a la seguridad social seleccionó como proveedor de servicios a establecimientos del MINSA especialmente habilitados para esto.

⁷ Para ampliar la información sobre la RSS en Chile, Argentina y Colombia, recomendamos revisar los artículos de la bibliografía que mencionan estos países.

otra parte, la corporativización dentro de cada segmento en una o pocas instituciones, brinda posibilidades de lograr economías de escala y gastos administrativos más reducidos, que en sistemas más fraccionados.

Algunos países, entre los cuales Colombia tiene los mayores avances⁸, se propusieron romper la segmentación del sistema de salud, generando uno de otra naturaleza denominado por los analistas “de competencia regulada”, que conllevó al surgimiento de instituciones nuevas en el sector con atribuciones específicas en el aseguramiento de la prestación, el financiamiento y la calidad de la atención, siendo un rasgo distintivo del mismo la separación de las funciones básicas del sistema y su ejercicio diferenciado según instituciones.

El gráfico 3 ilustra las relaciones en el sistema de competencia regulada, apreciándose cinco tipos de agrupaciones o instituciones:

1. Los usuarios de los servicios de salud, nombre que deviene en una síntesis de ciudadano, a quien se le debe rendir cuenta por la calidad y oportunidad del servicio.
2. Las administradoras de fondos, que son intermediarias que concentran el dinero de los asegurados y compran servicios en el mercado, con lo que conforman redes de servicios.
3. Los prestadores de los servicios, que pueden ser públicos o privados.
4. El rector o regulador del sistema.
5. El supervisor, quien en esencia media en las relaciones entre usuarios y prestadores, conviniendo que no lo haga de forma “imparcial”, sino de manera decidida en favor de los usuarios, dada la asimetría de esta relación.

GRÁFICO 3
SISTEMA DE COMPETENCIA REGULADA



Entre los usuarios, las administradoras de fondos y los prestadores de servicios se establecen relaciones contractuales, que precisan el conjunto de reglas básicas más relevantes, como son: los montos per cápita para la atención de la salud, las prestaciones a ser otorgadas y su oportunidad, las competencias técnicas y las condiciones para la atención. Las administradoras de fondos y los prestadores comparten por lo general el riesgo que conlleva dar un conjunto de atenciones por un monto preestablecido. El rector suele ser el MINSAL, con poder regulador que ejerce mediante la elaboración y el control del cumplimiento de las normas para el funcionamiento del sistema. Hay que aclarar que en algunos países la función reguladora es

⁸ Resultado de esta modificación, en Colombia se expandió el aseguramiento en salud del 20% que tenía la seguridad social al 53% (otros autores señalan hasta 57%), aunque sin resolver las diferencias en beneficios que brindan los denominados regímenes contributivo y subsidiado.

compartida, como en Colombia, en donde el MINSAL la comparte con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Finalmente, tenemos el supervisor, que cumple tareas relacionadas con la garantía de la calidad de la atención y la defensa de los usuarios, atendiendo las quejas de éstos, actuando de oficio en desviaciones que detecte y, más importante aún, previniendo conflictos y abusos, mediante recomendaciones a los contenidos de las normas y a los prestadores de servicios de salud. En Colombia, la superintendencia está encargada también de autorizar la constitución y el funcionamiento de las aseguradoras para el régimen contributivo.

Cada país adopta nombres diferenciados para las instituciones participantes en este sistema. En efecto, las administradoras de fondos o aseguradoras en Colombia se denominan Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), según trabajen con fondos del régimen contributivo o subsidiado; en Chile son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), según operen como seguros privados o con fondos para el sistema público; en México son las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que funcionarán exclusivamente con seguros privados. En Colombia, Chile, Brasil, Perú y Paraguay existen las superintendencias de salud, con grados diversos de desarrollo y diferencias en cuanto a sus atribuciones.

Aun cuando los sistemas de salud de competencia regulada son muy jóvenes en América Latina y tienen un desarrollo incompleto en los países que los están implementando, las evidencias apuntan a que los costos administrativos y de transacción del sistema en su conjunto pueden ser elevados, sobre todo si las administradoras de fondos están muy atomizadas. Asimismo, si no hay una buena regulación y supervisión de su ejercicio, hay riesgos ciertos de que las administradoras de fondos y los prestadores de servicios traten de incrementar sus ganancias en detrimento de la calidad o de elevar los costos de la atención. Cabe mencionar también que los beneficios potenciales de este sistema son atribuidos a que la competencia entre instituciones, la selección del usuario y la especialización por funciones de las instituciones introduce estímulos a la eficiencia, la productividad y la calidad de la atención.

Una conclusión sobre los procesos de RSS en América Latina a la que se puede llegar, después del análisis realizado, es la gran variedad de saldos de estos procesos, aceptando incluso que el propio término de reforma no tuvo ni tiene la misma connotación en todos los países.

No obstante lo anterior, en la reunión especial sobre Reformas del Sector Salud en las Américas, celebrada en septiembre de 1995 en el marco del Consejo Directivo de la OPS, convocada conjuntamente por un grupo grande de organizaciones de cooperación técnica e instituciones financieras internacionales que trabajan en salud, y contando con la asistencia de representantes de Ministerios de Salud, Institutos de Seguridad Social, Ministerios de Hacienda y Economía de los países participantes, se adoptó la definición siguiente:

La reforma del sector salud es un proceso orientado a introducir *cambios sustantivos* en instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar *la equidad* de sus beneficios, *la eficiencia* de su gestión y *la efectividad* de sus prestaciones, para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un *proceso cambiante, complejo e intencionado*, realizado durante un periodo *determinado de tiempo* y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan.⁹

La misma reunión avanzó en la definición de cinco principios rectores para las reformas, que debían guiar la marcha de las transformaciones, y que resulta claro que no siempre se tuvieron en cuenta; no obstante, hay consenso acerca de que las reformas no deben oponerse a estos criterios. Ellos son: Equidad, Eficiencia, Efectividad y calidad, Sostenibilidad y Participación social.

⁹ En letra cursiva aparece lo que a juicio de los autores de este artículo son los elementos cardinales del contenido e implementación de los procesos de RSS.

Estos principios rectores están siendo utilizados en prácticamente todos los países del continente como una guía para evaluar los resultados de los procesos de RSS, como parte de la descripción de los perfiles de los sistemas de servicios de salud que la OPS recopila y actualiza periódicamente.¹⁰

Cambios en los servicios de salud a consecuencia de los procesos nacionales de reforma del sector

Las transformaciones señaladas en los sistemas de salud se acompañaron de modificaciones al interior de los servicios de salud, particularmente en los modelos de atención y de gestión con que operan las unidades de atención a la población del sector público. Dichos cambios se pueden agrupar en cinco direcciones principales, a saber: ¹¹

- Reducir las exclusiones en salud
- Incrementar la eficiencia y productividad de los servicios
- Mejorar la eficacia de las prestaciones otorgadas
- Aumentar la calidad de los servicios
- Ampliar la participación ciudadana en salud

A cada una de estas directrices corresponden iniciativas diversas implementadas o alentadas por la autoridad sanitaria, que rebasa el marco de este trabajo poder detallar, por lo que nos limitaremos a su mención de los países donde se han llevado a cabo y en la descripción muy breve de algunas de ellas.

Buscando reducir exclusiones en salud, se ha instrumentado por los gobiernos o desde la sociedad civil seguros o microseguros para población pobre y marginada (Perú, Ecuador y Bolivia) y en México desde 2002 con el Seguro Popular de Salud, estando este último dirigido a familias sin acceso a la seguridad social y ofrecido por los servicios públicos de la SSA. Atado a los seguros o también en el marco de estrategias de extensión de la cobertura, las autoridades sanitarias han definido conjuntos de prestaciones garantizadas a la población, cuyos contenidos varían entre países dependiendo del alcance, las circunstancias y el financiamiento asignado (México, Colombia y Chile). Otra práctica en los servicios públicos ha sido introducir pagos y copagos a los usuarios al momento de utilizar los servicios, declarando las autoridades que están dirigidos a moderar el consumo excesivo, al tiempo que se busca captar fondos adicionales para la reinversión en el sistema o para solventar gastos operativos no cubiertos por el presupuesto (México en la SSA, República Dominicana y Argentina en los hospitales).¹² Otra vertiente son los programas focalizados de alimentación suplementaria, vacunación, para poblaciones indígenas, a la madre y niño@s, entre los más frecuentes, aplicados en casi todos los países de la región.

Dirigidas a mejorar la eficiencia y productividad de los servicios, los gobiernos han implementado varias estrategias: introducción de nuevas prácticas en atención ambulatoria sustituyendo procedimientos hospitalarios como son la cirugía ambulatoria y la hospitalización domiciliaria (Cuba, México y Chile); controlar los costos de las atenciones, que ha debido transitar por conocerlos primero, para luego disminuirlos o de frenar su incremento (prácticamente todos los países han hecho esfuerzos en ese sentido); generar procesos de autogestión de los hospitales públicos (Argentina y Colombia, al tiempo que Panamá, México y República Dominicana declaran la intención); fomentar el uso de medicamentos genéricos (México, Brasil y Argentina); e implementar acuerdos de gestión entre el nivel central y los niveles subnacionales, esto es cuantificar de algún modo los productos y resultados que se obtendrán con el presupuesto transferido (varios países, siendo Chile la experiencia más acabada).

¹⁰ Para consulta: [HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG)

¹¹ No se colocó la equidad en salud una variable, pese a ser declarada como una de las principales intenciones en los procesos de transformación de los sistemas de salud, por ser una categoría más amplia que las anteriores, vinculada a los efectos de varias de las estrategias de cambio mencionadas.

¹² No obstante los fines declarados, generalmente los copagos devienen en un factor que limitan el acceso a los servicios de quienes tienen menores recursos económicos, aún cuando exista la posibilidad de exoneración.

Relacionado con el mejoramiento de la eficiencia de las prestaciones en salud, las iniciativas llevadas a cabo son numerosas, pudiendo señalar como las más reiteradas: desarrollar un enfoque o modelo de medicina familiar en el primer nivel de atención (Cuba y Brasil son las más extendidas); intensificación de las acciones de prevención de enfermedades y desarrollar la promoción de salud desde los servicios médicos (prácticamente en todos los países, al menos en la intención declarada); la mercantilización —o competencia entre proveedores— de la prestación de servicios de salud (Colombia, Chile, Argentina en las Obras Sociales, Perú en la Seguridad Social), mediante la apertura para que los usuarios seleccionen la institución de su preferencia, lo que convenientemente debería ser acompañado por una labor de *marketing social* llevada a cabo por la autoridad sanitaria y organizaciones de la sociedad civil, difundiendo información útil para que los usuarios puedan ejercer de modo más efectivo del poder de selección; la subrogación de servicios del sector público al privado (Chile, Bolivia y Perú); y finalmente, novedosas fórmulas de vigilancia y control de la atención, como las Superintendencias existentes en Colombia, Chile, Perú, Argentina y Paraguay, o la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en México, aunque esta última con funciones diferentes, pero en la misma línea de protección a los usuarios de servicios de salud.

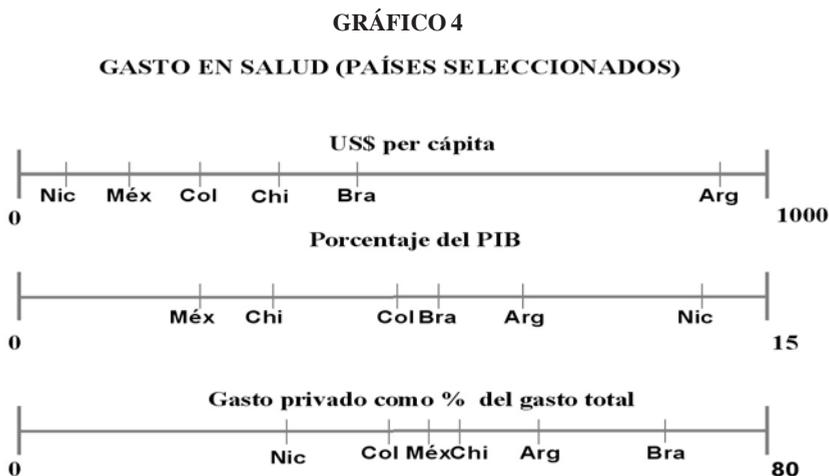
La calidad fue tal vez el componente menos trabajado al inicio de los procesos nacionales de RSS, recibiendo posteriormente una mayor atención. Las prácticas desarrolladas en este sentido son numerosas y nos limitamos a señalar las más reiteradas en la región: mayor normatividad técnica de los procedimientos y prácticas asistenciales, ocurrido en prácticamente todos los países aunque no siempre acompañada de la adecuada supervisión de su cumplimiento; definición y aplicación de indicadores y estándares de acreditación o certificación de establecimientos de salud, particularmente de los hospitales (México y Argentina); certificación de créditos académicos y competencias de profesionales (México); la evaluación de tecnologías (Uruguay, Argentina, Colombia y Brasil), aunque más acomodado a la gestión tecnológica y la difusión de estudios de otras regiones que a la evaluación autóctona; e iniciativas diversas para una información más acabada sobre salud y derechos de los pacientes, donde el trabajo de organizaciones no gubernamentales ha sido importante en numerosos, sino todos, los países. Merece señalar el desarrollo en México de una Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a partir de 2001, con abordajes múltiples alentados e implementados por la autoridad sanitaria que incluyen el monitoreo de indicadores de calidad, subvención financiera de proyectos locales, suscripción de acuerdos de gestión acompañando la entrega de presupuesto y una mayor apertura a recibir opiniones de los usuarios.

Por último, los cambios dirigidos a la ampliación de la participación de las personas, familias, comunidades y el nivel local en salud. Un primer grupo de iniciativas se encuadran en la adecuación de los servicios a las condiciones locales, con destaque para las relacionadas con los pueblos indígenas; los procesos de descentralización desde el nivel nacional hacia los niveles subnacionales de gobierno (Chile, Colombia y Brasil) o dentro sistema de salud (México); el aliento a la creación de comités de ciudadanos en las instancias de dirección o de los servicios de salud, para vigilar y participar en la toma de decisiones; y finalmente, un renovado énfasis en la responsabilidad individual por la salud evidenciado en la capacidad adquirida por los usuarios para seleccionar el proveedor de servicios, el médico de atención u obtener beneficios adicionales en la póliza de seguro para quienes adoptan prácticas “saludables” como no fumar, control del peso corporal y otras.

El contexto de las reformas del sector salud en las Américas

Los cambios y las transformaciones de los sistemas de salud se dan en un mosaico de realidades diferentes en cuanto a niveles de desarrollo sociocultural, económico, de situación sanitaria y de las instituciones de servicios de salud en los países de América Latina. Asimismo, las estrategias adoptadas han recibido énfasis variados en cada país, dependiendo del grado de consenso con que contaban, de la continuidad recibida luego de cambios de gobierno y del marco regulatorio aplicado, temas todos que han generado un debate enconado y que tienen una influencia indudable en los caminos adoptados y en los saldos de los procesos nacionales de reforma del sector salud.

Para ilustrar algunas de las diferencias, se presenta en el gráfico 4, realizado con base en los datos proporcionados en el cuadro 1, el comportamiento del gasto en salud en tres áreas: per cápita, como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y el gasto privado como porcentaje del gasto total de seis países del continente.



CUADRO 1

Países Seleccionados	Gasto per cápita en salud en US\$	Gasto en salud como porcentaje del PIB	Gasto privado como % del gasto total en salud
Argentina	947	11.5	58
Brasil	417	8.7	67
Chile	297	5.9	52
Colombia	184	8.1	45
México	141	4.1	49
Nicaragua	58	13.3	32

Fuente: Molina R. y col., "Gasto y financiamiento en salud: Situación y Tendencias", en *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Argentina tiene el gasto per cápita en salud más elevado entre los países seleccionados, siendo poco más del doble que Brasil, del triple que Chile, del quintuple que Colombia, del séxtuplo que México y 16 veces más que Nicaragua (véase gráfico 6). La situación cambia al revisar el gasto total en salud como porcentaje del PIB; aquí Nicaragua tiene la frecuencia más alta, seguida por Argentina, mientras que las menores corresponden a Chile y México, éste último tres veces menor que Nicaragua. Finalmente, la tercera barra nos muestra el comportamiento del gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, siendo Brasil el país que lo posee más elevado, seguido de Argentina y Chile, los tres por encima del 50%, correspondiendo a Nicaragua el más pequeño entre los representados.

El gráfico 5 sirve para representar un análisis comparativo entre países sobre tres importantes variables que caracterizan los sistemas de salud, ubicando a cada uno en el lugar que le corresponda en las respectivas rectas hipotéticas. La primera es para visualizar la mezcla pública y privada en la prestación de servicios de salud de los países. Para las Américas, encontraríamos cercano al polo de prestación "totalmente pública" a Cuba, Bahamas, Jamaica, Granada, Trinidad y Tobago y Costa Rica, éste último con la peculiaridad de que los servicios de atención personal son brindados mayormente por la seguridad social, y probablemente quien en la región esté más cercano al polo "totalmente privada" sea Estados Unidos de América.

La segunda recta del gráfico es para colocar a los países según la proporción de fondos de origen público y de origen privado del gasto en salud. Cabe señalar que a escala mundial, en general son los países desarrollados quienes tienen un mayor aporte proporcional de fondos públicos a sus sistemas de salud, mientras que en los países en desarrollo encontramos la paradoja de mayor gasto privado. En América Latina y el Caribe, alrededor de 15 países tienen un gasto privado en salud proporcionalmente superior al público, siendo República Dominicana el mayor con 75%, mientras que Guyana y Costa Rica con 24 y 25%, respectivamente, representan el polo opuesto.¹³ La tercera recta del gráfico es para valorar la concentración proporcional de los fondos invertidos en salud según tipo de instituciones. Los datos sobre este particular suelen ser escasos y aquí de nueva vuelta, tal vez sea Estados Unidos de América quien en la región se sitúe más cercano al polo “con fines de lucro”, mientras que Cuba, Costa Rica y los países del Caribe inglés posiblemente serían los más próximos al polo “sin fines de lucro”.

GRÁFICO 5

ESPACIO “HIPOTÉTICO” DE LOS SISTEMAS DE SALUD



El gráfico 5 también puede utilizarse para un análisis comparativo entre antes y después de introducir importantes modificaciones en materia de financiamiento y aseguramiento en salud en un determinado país, para evidenciar los movimientos ocurridos en estas tres relevantes variantes económicas de los sistemas de salud.

Aunque no es objetivo de este trabajo debatir la situación futura de los sistemas de salud como resultado de las reformas del sector salud, conviene revisar algunas tendencias visualizadas por los analistas y cuestionar la atribución que les hacen como evolución posible o deseada de los sistemas de salud. En el gráfico 6 se presentan dos de las perspectivas apuntadas para los países de América Latina.

En relación con las bases económicas de los sistemas de salud, se ha señalado la posibilidad de avanzar en dos direcciones: hacia un seguro de salud universal o hacia un servicio nacional de salud de tipo público. Esta división es clásica de los países europeos, y viéndola en la realidad americana encontramos que Cuba, Costa Rica y los países del Caribe inglés son representativos del esquema de servicio nacional de salud, mientras que el sistema de Colombia está orientado claramente al seguro sanitario. Para el caso de Chile, se ha señalado que su modelo de reformas, iniciado en los años ochenta del siglo XX, aspiraba a alcanzar un seguro universal para la población, con un segundo momento donde se crearan “ISAPRES populares” y la privatización de los hospitales públicos, lo cual no se alcanzó.

Con respecto al aseguramiento de la protección a la salud, la dicotomía presentada en el gráfico 6 remite a las opciones de moverse hacia esquemas de seguros privados o, en contraposición, hacia la seguridad social

¹³ Datos de 1998. No está considerada Cuba en este análisis por no disponer del dato exacto, pero con seguridad el aporte de fondos públicos con respecto a fondos privados debe ser muy elevado en este país.

universal. En la región es Estados Unidos de América el mejor ejemplo de la primera opción y Costa Rica la más acabada de la segunda.

GRÁFICO 6



A juicio nuestro, ambas dicotomías son falsas y su aceptación puede conducir a errores tácticos y operativos en el desarrollo de los procesos de RSS. La experiencia enseña que las instituciones, una vez establecidas, suelen perpetuarse y por consiguiente, resulta difícil su rompimiento y desaparición, lo que se explica por la compleja trama de intereses creados entre actores sociales diversos durante la evolución institucional. Esto no quiere decir que no se puedan instrumentar cambios de fondo en los sistemas de salud, mucho menos que sea inevitable mantener el *status quo* actual, tampoco negar espacio a los nuevos actores y organizaciones del sector salud.

Conviene reflexionar sobre los argumentos esenciales de los procesos de RSS. La justificación primera para realizar cambios trascendentes en los sistemas de salud es que las más caras aspiraciones y metas de los sistemas de salud aún están por lograrse, que persisten rezagos inaceptables e inequidades que lastiman a la población y el gobierno, y muy importante, que existen las condiciones técnicas y políticas para resolver los problemas. Corresponde a la sociedad en su conjunto trabajar por la consecución de las más caras aspiraciones de salud, teniendo un papel de vanguardia los trabajadores y directivos sectoriales.

La aceptación de las ideas precedentes es conducente a que el primer esfuerzo de las RSS se encamine a la visualización clara en cada país de las fortalezas y los desafíos que tienen las instituciones de servicios de salud, de sus limitaciones y características esenciales en la práctica cotidiana, así como de los requerimientos de cambio en el corto, mediano y largo plazo.

Si en un país y momento histórico determinado, el acuerdo entre actores sociales, el marco legal vigente y la decisión política del gobierno y los demás poderes establecidos se inclinan hacia la modificación sustancial de su sistema de salud, para privilegiar valores, modelos y prácticas asistenciales distintos a los que imperaban, la RSS deberá tomar lo mejor de cada una de las instituciones de salud existentes y el sistema reformado emergerá entonces de lo conveniente de mantener y lo necesario de mejorar. Cabe señalar que si la ruptura o transformación de un sistema de salud se realiza abruptamente, hay riesgos ciertos de retroceder en los logros de salud alcanzados.

Una vez presentados los rasgos esenciales de procesos nacionales de RSS ocurridos en el continente y planteadas las consideraciones sobre las perspectivas del desarrollo de los sistemas de salud, pasamos a realizar una revisión crítica de los Ministerios de Salud, los Institutos de Seguridad Social y las entidades privadas que trabajan en la prestación de servicios de salud.

DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS PÚBLICO, DE SEGURIDAD SOCIAL Y PRIVADO DE ATENCIÓN A LA SALUD¹⁴

El análisis que presentamos a continuación se enfoca esencialmente a los desafíos de los prestadores públicos y privados de servicios de salud desde el contexto de la práctica establecida, y la relevancia que pueden alcanzar para contribuir al logro de las metas globales de bienestar que persiguen los sistemas de salud.¹⁵

No es un objetivo de este trabajo debatir las perspectivas ni hacer un análisis comparativo de los sistemas público, de seguridad social y privado de atención a la salud. Asumimos de nuevo el reto de emitir juicios para la región desde la posición más aceptada como tendencia, reconociendo que la realidad de cada país es particular.

Desafíos de los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social

Hay desafíos de desarrollo comunes para los Ministerios de Salud y los Institutos de Seguridad Social, como son los siguientes:

- Superar los racionamientos implícitos, expresados en forma de lista de espera para cirugía y consultas especializadas, atenciones que no se brindan por falta de tecnología, u obligar a los pacientes a realizar aportes económicos para acceder a ciertas prestaciones, entre otros.¹⁶
- Elevar los niveles de satisfacción de los usuarios, ocasionados por los racionamientos implícitos y la insuficiente adecuación de la atención a las necesidades de los pacientes. En general, la oferta de servicios responde más a los criterios de los prestadores que a los intereses de los pacientes, lo que ha llevado a que algunos analistas consideren que la selección del prestador del servicio de salud puede contribuir de manera importante a resolver la falta de adecuación mencionada.
- Mejorar la rigidez en el manejo financiero, impuesta por los órganos de control (Hacienda, Contraloría y otros), que, si bien es necesaria desde el punto de vista de la administración pública, no cabe duda que le resta eficiencia a la gestión.
- Incorporar incentivos al desempeño, lo cual es una necesidad evidente porque trabajadores con rendimientos y calidades diferentes en su labor, reciben las mismas percepciones económicas.

Asimismo, hay otros desafíos que, a diferencia de los anteriores, caracterizamos como propios de los Ministerios de Salud:

- Asegurar el acceso universal a los servicios de salud para todos los ciudadanos, en particular los pobres y marginados del desarrollo socioeconómico. Eliminar toda barrera de acceso funcional y económico a la población pobre, como ocurre cuando los establecimientos de salud se ubican en lugares alejados de donde habitan estas personas, son inadecuados a la realidad social o el cobro de cuotas es colocado como un incentivo para el prestador de los servicios.

¹⁴ En esta sección se incorporan reflexiones extraídas de países de América del Norte y de otros continentes, particularmente en lo referido al sector privado, por lo que rebasa el marco de América Latina y el Caribe enunciado en el título.

¹⁵ La palabra desafío es utilizada en el sentido de retos de las instituciones para superarse a sí mismas

¹⁶ El término racionamiento implícito provoca por lo general rechazo, cuando no una reacción violenta, en los políticos, las autoridades de salud y los usuarios, por lo que muchas veces es adoptado en los servicios públicos sin declararlo explícitamente.

- Instrumentar la regulación de los seguros públicos y privados de salud y de los prestadores de servicios, lo cual es muy importante cuando ha ocurrido la separación estructural de las funciones del sistema de salud.
- Evitar -cuando exista segmentación institucional en la prestación de servicios- los subsidios cruzados que se producen al atender en instalaciones públicas a personas aseguradas.
- Incrementar las comodidades y la calidez en la atención.
- Contar con un presupuesto público más ajustado a las necesidades de gasto, que para gran parte de los países se puede traducir en disponer de los fondos necesarios para cubrir los gastos de inversión y de operación de los servicios.
- Generar condiciones para el desarrollo de programas de garantía de la calidad en el sistema de salud.

Los desafíos identificados para las instituciones de seguridad social en particular, son los siguientes:

- Aumentar su contribución a las metas globales del sistema de salud, incluida la promoción de la salud y la atención de salud al ambiente, válido en particular cuando la prestación está limitada esencialmente a actividades curativas.
- Establecer acuerdos con otros prestadores y subrogar servicios cuando los afiliados viven y trabajan en localidades alejadas de las unidades -contribuyendo a eliminar los subsidios cruzados desde lo público-, estén rebasadas las capacidades de atención o se pueda reducir costos.
- Incrementar la desconcentración administrativa, ya que proverbialmente son instituciones con importante grado de centralización.
- Generar modalidades de afiliación para personas y familias no vinculadas a la actividad económica formal.
- Dar opciones a los usuarios de elegir el médico de atención y abrirse más a la participación social en la gestión local de la salud.

Desafíos del sistema privado de prestación de servicios de salud

Para abordar este tema en el sistema privado de atención a la salud, conviene tratar por separado los que trabajan en la modalidad de pago por servicio (*fee for service*), los que ofrecen seguros de salud y de las organizaciones sin fines de lucro.

Los desafíos comunes a los modelos de pago por servicio y de seguro de salud son los siguientes:

- Contribuir a las metas sociales de equidad en salud, que también puede verse desde la perspectiva de cómo la autoridad sanitaria evita que estos modelos aumenten las inequidades en el acceso y uso de los servicios de salud.
- Aumentar su contribución a que la población esté “más informada” sobre salud.
- Informar a los sistemas de estadísticas nacionales de salud.

Otros desafíos que se observan, en particular para el sistema de pago por servicio, son:

- Abatir el consumo de servicios innecesarios desde el punto de vista técnico (la evidencia empírica es contundente en este sentido).
- Aumentar el uso de medicamentos genéricos.
- Poner más énfasis en la promoción de la salud¹⁷ y la integralidad de la atención.
- Evitar la instalación de prácticas “defensivas” en el ejercicio de la profesión.

¹⁷ Se reconoce que el desarrollo amplio de la promoción de la salud rebasa el marco de la prestación de los servicios personales de salud, para concernir a las causas socioeconómicas y biológicas de las enfermedades. Aquí nos referimos a la labor que puede ser desarrollada por los trabajadores de salud para alentar estilos de vida y prácticas más saludables en la población y en los pacientes.

Para el sistema de seguro privado, mencionamos como desafíos los siguientes:

- El reconocimiento de la selección adversa y la superación de los límites de “mercados interesantes”, lo que también puede verse desde la perspectiva de cómo la autoridad sanitaria evita que emerjan estos efectos indeseables, ya que aumentan las inequidades para las personas y los grupos de población con desventajas socioeconómicas.
- El uso de medios diagnósticos y terapéuticos sin cortapisas en los protocolos de atención o normativas que en ocasiones implantan las administradoras de seguros.
- La generación de condiciones para la competencia en el mercado sobre la base de la calidad y no de la contención de los costos.
- Poner freno a los costos de transacción.
- Evitar las glosas en los pagos¹⁸ y, en general, la instauración del respeto a las “reglas del juego” en las complejas relaciones usuario-asegurador-prestador de servicios, que se establecen en los seguros de salud.

Para el modelo privado sin fines de lucro, que por su naturaleza suele ser muy amplio y con organizaciones de muy diversos intereses, los desafíos más evidentes son:

- La posibilidad de que las múltiples experiencias existentes encuentren mecanismos de articulación con el resto del sistema de salud.
- La garantía de la sostenibilidad financiera de las prácticas instauradas.
- La integralidad de la atención a la salud.
- La superación del dogmatismo, en algunos casos.
- El incremento de la documentación de las experiencias, en la medida que brinda la posibilidad de generalizar las experiencias exitosas.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

No obstante las particularidades de la RSS en cada país, se observa un modelo dominante para la región que concentra su atención en los cambios financieros y estructurales del sistemas de salud, así como el reajustar la administración de la atención a la salud de las personas, con poco impulso a mejorar la provisión de servicios de salud al ambiente y la salud pública comunitaria, pese a los atrasos acumulados en esta área. Un notable esfuerzo para modificar esta orientación son los desarrollos teóricos y metodológicos realizados por la OPS junto con otros socios y los gobiernos de los países, para definir las funciones esenciales de salud pública y medir su desempeño en los países de Las Américas.

En varios países, las RSS se orientaron al fortalecimiento del papel del mercado en actividades anteriormente restringidas a la competencia del Estado, evidenciado en que los fondos públicos para la salud dejaron de utilizarse de manera exclusiva por los prestadores públicos y también en los cambios hechos a las leyes para iniciar o promover los seguros de salud desde el sector privado. El impacto de estas prácticas en la equidad, la eficiencia, la eficacia, la calidad técnica y los costos ha sido poco medido o faltó rigor cuando se intentó hacerlo, pero lo que puede resultar más preocupante es que los intereses económicos y empresariales creados por estas medidas, pueden ahora resultar una barrera poderosa para revertir los cambios instrumentados si así se estimara conveniente para los fines superiores de mejorar la salud.

Varios países de América Latina y el Caribe necesitan imperiosamente aumentar su inversión en salud. Los más necesitados son los nueve países que no alcanzan 100 usd per cápita, quienes requieren de un apoyo más decidido de la cooperación internacional en el corto plazo. En la región, 25 países no alcanzan

¹⁸ Se refiere a la práctica del asegurador de devolver las facturas a los prestadores con cualquier excusa ¼letra ilegible, solicitud de explicaciones complementarias¼, lo que demora los pagos.

un gasto nacional en salud del 6% del producto interno bruto, de los cuales 16 ni siquiera llegan a 5%, cuando el promedio de América Latina es de 7.3%.¹⁹ Estos países deben otorgar una mayor prioridad a la inversión en salud en sus políticas de desarrollo.

La planificación y el desarrollo de la gestión de los recursos humanos es un gran ausente en los programas y políticas declaradas de RSS, aún cuando en numerosos procesos nacionales los trabajadores se hayan visto involucrados de manera directa al adoptarse nuevos sistemas de contratación, de pagos de honorarios y de incentivos al desempeño, así como al asumir nuevos contenidos laborales y aceptar modificaciones en las condiciones del puesto y la composición del equipo de trabajo. Los recursos humanos son vitales en la instrumentación de los cambios y transformaciones que caracterizan las RSS; la prestación de servicios de salud depende, en última instancia, de los conocimientos, las actitudes y las motivaciones de los trabajadores de la salud. Su desarrollo y adecuación a las nuevas condiciones en que operan los sistemas y servicios de salud es un desafío para todas las instituciones formadoras de recursos humanos y prestadoras de servicios, que necesita de más conocimiento y atención, so pena de retrasar o impedir el logro de las metas que persiguen las reformas sanitarias.

Otra área poco trabajada en las RSS es la salud de la mujer, que en varios países se limitó a un cierto impulso a la atención materno-infantil, mientras que en otros países hubo un retroceso claro al empezar a cobrar servicios de ese ámbito, que antes de las reformas eran prestados gratuitamente. Particular atraso acumula en varios países de la región el acceso efectivo de las mujeres y las parejas a información adecuada sobre planificación familiar y a los medios para su práctica. Igualmente, es común un desarrollo insuficiente de la atención médica integral a las mujeres que son víctimas/sobrevivientes de violencia, incluida la sexual, y de la atención postaborto con calidad en los servicios públicos de salud.

A modo de conclusión final, opinamos que los modelos de sistemas de salud, en las realidades heterogéneas de las Américas, difícilmente pueden ser únicos y homogéneos. Nada debe hacer pensar que las experiencias de unos países pueden repetirse en otros, sin un buen análisis de factibilidad y conveniencia. Podemos y debemos aprender de las experiencias de otros, pero en cuanto al modelo de salud deseado y posible para cada país, nada sustituye la reflexión propia, informada, participativa y autónoma de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Berman, P., "Health sector reform: Making health development sustainable", en *Health Policy*, Núm. 32, p.13-28, 1995.

Carr-Hill, R., "Efficiency and equity implications of the health care reform", en *Social Sciences and Medicine*, Vol. 39, Núm. 9, p. 1189-1201, 1994.

Celedón C., Noé C., "Reforma del Sector Salud y participación social", en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Cohn, Amelia, "Reforma de los sistemas de salud y sus problemas: Financiamiento, privatización, cobertura, descentralización y equidad", ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Coyoac, estado de Morelos, México, del 2 al 6 de julio de 1997, publicada en *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina*, México, EDAMEX, S.A. de C.V. e Instituto de Salud Pública de México, 1999.

¹⁹ Ver Indicadores Básicos 2002, publicados por la OPS

Fleury, S., S. Belmartino y E. Baris, *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*, California, Estados Unidos, IDRC, 2000.

González-Rossetti, A. y T. Bossert, “Orientaciones para Mejorando la factibilidad política de la Reforma en Salud en Latinoamérica. Un análisis comparativo de Chile, Colombia y México”, en *Iniciativa de Reforma del Sector Salud*, Latinoamérica y Caribe/Reforma del Sector Salud (LAC/RSS), Núm. 37, junio de 2000.

Hannan, E., “The continuing quest for measuring and improving access to necessary care”, en *JAMA*, Vol. 284, Núm. 18, 2000.

[HTTP://www.health-sector-reform.org](http://www.health-sector-reform.org), *Perfiles de los sistemas de servicios de salud de los países de las Américas*.

Infante, A., I. de la Mata y D. López-Acuña, “Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Knowles, J.C. y C.H. Leighton, *Measuring results of health sector reform for system performance: A handbook of indicators*, Bethesda, Maryland, Estados Unidos, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc., 1997.

Laurell, A., “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”, ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, estado de Morelos, México, del 2 al 6 de julio de 1997, publicada en *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina*, México, EDAMEX, S.A. de C.V. e Instituto de Salud Pública de México, 1999.

Londoño, J. y J. Frenk, “Pluralismo estructurado, hacia un modelo innovador para las reformas de los sistemas de salud en América Latina”, en *Observatorio de la Salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1997.

López-Acuña, D. *et al.*, “Hacia una nueva generación de reformas/Toward a new generation of reforms”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

López i Casanovas G. y V. Ortún, *Economía y salud, Fundamentos políticos*, Madrid, Ediciones Encuentro, 1998.

Maceira, D., “Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: Incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo”, en *Iniciativa de Reforma del Sector Salud*, LAC/RSS, Núm. 7, agosto de 1998.

Madies, C., S. Chiavetti y M. Chorny, “Aseguramiento y cobertura: Dos temas críticos en las Reformas del Sector de la Salud”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Molina, J., “Seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en las Américas”, en *Memorias del II Seminario de Reformas de la Seguridad Social en Materia de Salud, Análisis de procesos en marcha*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Estudios Núm. 47, México, Secretaría General, 1999.

Molina, Joaquín, *et al.* *Verificación de la cobertura universal de los servicios de salud: la experiencia de la Organización Panamericana de la Salud en México*. México, D.F.: OPS, Representación en México, 2002.

Molina, R. *et al.*, “Gasto y financiamiento en salud: Situación y tendencias”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Newbrander, Williams, et al. *Ensuring equal access to health services: user fee systems and the poor*. United States of America, Boston, MA: Management Sciences for Health, Inc., 2002.

OECD, WHO, *Poverty and Health*. Organisation for Economic Co-Operation and Development, World Health Organization. Paris, France, 2003.

Olsen, I., “Sustainability of health care: A framework for analysis”, en *Health Policy and Planning*, Vol. 13, Núm. 3, p. 287-295, 1998.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*, Documento preparado para la Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe, México, nov-dic de 1999, RRMEX-EST. 1s.

OPS, *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*, Washington, D.C.: OPS, 1997.

La rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial, Documento CD 40/13 del XL Consejo Directivo de la OPS, Washington, D.C., OPS, septiembre de 1997.

La Salud Pública en Las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002.

Situación de Salud en Las Américas. Indicadores Básicos 2002. Programa Especial de Análisis de Salud, Washington, D.C.: OPS, 2002.

Repercusiones de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Documento preparado para la 132ª Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud., Washington, D.C.: OPS, 5 de mayo de 2003.

Putney, P., “Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales: La función de las ONG en la Reforma del Sector Salud”, en *Iniciativa de Reforma del Sector Salud*, LAC/RSS, Núm. 26, marzo de 2000.

Reich, M. R. Public-Private Partnerships for Public Health in *Public-Private Partnerships for Public Health*, edited by Michael R. Reich. Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, MA, USA, April 2002.

Roberts, M., Breitenstein, A.G., and Roberts C., The Ethics of Public-Private Partnerships in *Public-Private Partnerships for Public Health*, edited by Michael R. Reich. Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, MA, USA, April 2002.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Argentina), “La Reforma de las Obras Sociales en Argentina”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

Stocker, K., H. Waitzkin y C. Iriart, “The exportation of managed care to Latin America”, en *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, p. 1131-1136, 1999.

WHO. *World report on violence and health*. Edited by Etienne G. Krug. World Health Organization. Geneve, 2002.

Yepes, F. y L. Sánchez, “La Reforma del Sector de la Salud en Colombia: ¿Un Modelo de Competencia Regulada?”, en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 8, Núm. 1/2, 2000.

[SOBRE LOS AUTORES]

Encarnación Aracil Rodríguez

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid (España), 1983. Master en Demografía Médica por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidad de Londres (Reino Unido), 1987. Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid (España), 1996. En la actualidad es Asesora Técnica en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno Regional de Madrid (España). Desde su incorporación al Gobierno Regional en 1982, ha trabajado como socióloga especializada en salud y demografía sanitaria en temas de planificación sanitaria, sistemas de información y análisis estadístico. Ha publicado libros y artículos en revistas nacionales e internacionales y participado como ponente en congresos científicos de carácter nacional e internacional. Es, asimismo, miembro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de la Asociación Europea para Estudios de la Población y de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Forma parte, desde 1998, de la Junta Directiva del Comité de Investigación 41 de la Asociación Internacional de Sociología. Está vinculada, desde 1988, a la Universidad Complutense de Madrid como Profesora Asociada en el Departamento de Métodos y Técnicas de Investigación Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, donde ha impartido, coordinado y/o dirigido numerosos cursos de pre y post-grado.

Elva D. Arias-Merino

Médico Cirujano y Partero (Universidad de Guadalajara, México, 1978); Maestra en Salud Pública (Universidad de Guadalajara, 1982); y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica (Universidad de Guadalajara, 1999). Ha sido Profesora e Investigadora en la Universidad de Guadalajara, Directora, -entre 1986 y 1989- del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y coordinadora de la Maestría en Gerontología desde 1995. Es en la actualidad Profesora-Investigadora Titular “C” del Departamento de Salud Pública. Entre 1999 y 2002 fue miembro del Grupo de Liderazgo Académico “Salud y Población”. Ha ocupado distintos puestos directivos en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) Jalisco. Ha publicado artículos científicos en revistas indexadas, con arbitraje y de circulación internacional. Es autora de

un libro y de varios capítulos de libros. Ha participado como ponente en diversos congresos científicos tanto de carácter internacional como nacional.

Maria Isabel Baena Parejo

Licenciada en Farmacia por la Universidad de Sevilla y Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Delegada de Salud de la Junta de Andalucía en Granada desde 1993 a 1998, ha colaborado con la EASP en diversas actividades académicas relacionadas con la Salud Pública y la Gestión de Servicios de Salud. Ha dirigido las pasantías de profesionales chilenos de atención primaria de salud en la EASP los años, 1999, 2000 y 2001. En la actualidad, realiza su Tesis Doctoral en la Universidad de Granada en torno a los Problemas Relacionados con los Medicamentos.

Francisco Javier Barrera Sánchez

Médico Cirujano y Partero (Universidad de Guadalajara, México, 1980); Maestro en Salud Pública (Instituto Nacional de Salud Pública, México 1989); Diplomado en Preparación y Evaluación Socioeconómica de Proyectos (Instituto Tecnológico de Monterrey, campus Guadalajara, 1995) y Diplomado en Innovación Gubernamental (Presidencia de la República-Secretaría de Educación Pública de México, 2002). Ha sido Profesor en distintas instituciones de México, como la Universidad de Guadalajara (desde 1990) y el Instituto Nacional de Salud Pública, tanto a nivel de pregrado como en postgrado donde ha asesorado y dirigido tesis y proyectos de investigación. Ha ocupado distintos puestos directivos en la Secretaría de Salud tanto a nivel estatal (en Jalisco) como federal, siendo actualmente Director General Adjunto de Desarrollo en Salud de la Dirección General de Equidad y Desarrollo de la Secretaría de Salud de México. Pertenecer al Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud desde 1999. Ha participado como ponente en diversos eventos académicos y es miembro de diferentes sociedades científicas.

Susana Belmartino

Licenciada en Historia por la Universidad Nacional del Litoral, Argentina (1965), y Doctor de la Universidad en Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de Aix-Provence, Francia (1968). Actualmente es Docente Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, a cargo de la Cátedra Historia Argentina Siglo XX; Investigadora Senior del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, (CESS), Miembro de la Comisión Asesora de Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, Secretaria de Redacción de la Revista Cuadernos Médico Sociales, Miembro del Consejo Editorial de la Revista Panamericana de Salud Pública y Co-editora de la Revista Socialis, publicada por la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad de Buenos Aires y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Ha sido directora de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario entre 1995 y 1999. Se ha desempeñado como evaluadora de proyectos de investigación para el CONICET, la Universidad de Buenos Aires, la Agencia Nacional para la Promoción de la Investigación Científica y Técnica, el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur y la Alliance for Health Policy and Systems Research, OMS. Su principal tema de investigación ha sido la historia del sistema de servicios de salud en Argentina, al que ha dedicado cuatro volúmenes. Ha publicados además libros sobre temáticas afines y artículos en revistas nacionales y extranjeras. Su interés actual se orienta sobre el proceso de Reforma de la Atención Médica y la problemática asociada de la organización y financiación de servicios.

Carlos Bloch.

Médico y Doctor en Medicina por la Universidad Nacional del Litoral, Argentina (1957 y 1960). Especialista en Salud Pública por la Academia Nacional de Medicina, Argentina (1992). Desde 1976 es Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales en Rosario, Argentina y de su publicación periódica Cuadernos Médico Sociales. Desde 1994 dirige un Instituto de formación de postgrado en Salud Pública, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario. Ha publicado libros y artículos en revistas nacionales y extranjeras relacionados con la problemática de Ciencias Sociales y Salud, en particular mercado de trabajo médico, organización y desempeño de servicios de salud, evaluación de programas, evolución histórica del sistema de

servicios de salud en Argentina, . Se ha desempeñado como Consultor de OPS y miembro de diferentes Comisiones Asesoras del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Ha sido evaluador de Carreras de Postgrado en la Comisión Nacional de Evaluación de la Actividad Universitaria (CONEAU), Ministerio de Educación, Argentina.

Jaime Breilh

Médico por la Universidad Central de Ecuador; Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco)-México; especialidad en Epidemiología y Bioestadística de la Universidad de Londres y Doctor en Epidemiología por la Universidad Federal de Bahía (Brasil). Recibió el reconocimiento oficial de Profesor Honorario de las Universidades de San Marcos (Lima) y San Andrés (Bolivia); Ha trabajado como profesor visitante en distintos postgrados y ha disertado en las universidades más importantes de América Latina, en las Universidades de Michigan (Ann Arbor), y California y en universidades de España y Portugal. Es actualmente presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina, Director Ejecutivo y fundador del CEAS, Director del Sistema Nacional de Investigación Agraria en Ecuador y Cofundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Es autor de de numerosos libros y artículos científicos publicados por editoriales y revistas de reconocido prestigio académico.

Roberto Briceño-León

Sociólogo, Doctor en Ciencias Sociales. Profesor Titular en las escuelas de Sociología y Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Director del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) y Secretario Mundial del International Forum for Social Sciences and Health. Es profesor invitado del Diplomado Internacional en Parasitología de la UNAM, México. Fue el coordinador del Programa de Pequeñas Becas del TDR-Organización Mundial de la Salud para América Latina y ha sido miembro de comités asesores de investigación de la OPS y OMS. Ha publicado extensamente en las áreas de enfermedades transmisibles, vivienda sana y participación comunitaria, violencia y salud pública. Entre sus libros pueden destacarse La Casa Enferma (Caracas,1990), Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea (Con J.C.Pinto Dias, Caracas, 1993), Salud y Equidad (Con M.C. Minayo y C. Coimbra, Río de Janeiro,2000) y Doenças Infecciosas: Abordagens sociais, culturais y comportamentais (Con R. Barada Barata, Río de Janeiro,2000)

Marisa Buglioli Bonilla

Doctora en Medicina, Facultad de Medicina-Universidad de la República, Uruguay 1989; Médico Especialista en Administración de Servicios de Salud, Escuela de Graduados-Facultad de Medicina-Universidad de la República, 1995; Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad de Barcelona y Pompeu Fabra de España, 1999.

Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Preventiva y Social-Facultad de Medicina-Universidad de la República de Uruguay. Ha desempeñado diversos cargos en gestión y asesoría en el área de los servicios de salud. Autora y co-autora de diversos artículos, libros y publicaciones sobre sistemas y servicios de salud. Ha participado en pasantías, cursos y conferencias en países del Mercosur y en Cuba, Estados Unidos, México y España.

Carlos E. Cabrera Pivaral

Médico Cirujano, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala; Maestro en Educación para la Salud y Doctor en Ciencias de la Salud, orientación socio-médica (1998) por la Universidad de Guadalajara. Fue Jefe de Investigación del Hospital de Especialidades -Centro Médico de Occidente- del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco, México y Coordinador de la especialidad de Educación para la Salud dentro de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Actualmente es Profesor Investigador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y Coordinador Delegacional de Educación en Salud del IMSS en el estado de Jalisco, México. Es además Miembro del Sistema Nacional de

Investigadores de México (Nivel I). Ha publicado artículos y libros sobre educación y salud en editoras de reconocido prestigio.

José Luis Canales Muñoz

Médico por la Universidad Nacional Autónoma de México (1978); Especialista en Epidemiología por la Escuela de Salud Pública de México (1982), Maestro en Ciencias por la Universidad de Guadalajara (1997), se encuentra actualmente terminando su tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud Pública en la Universidad de Guadalajara. Ha ocupado diversas responsabilidades tanto en el Instituto Mexicano del Seguro Social como en la Secretaría de Salud. Trabajó en el Área de Administración en Salud en la Escuela de Salud Pública de México y en Área de Desarrollo de la Investigación de Sistemas de Salud de la Unidad de Investigación en Epidemiología del IMSS en Jalisco. Es revisor de artículos científicos de revistas de reconocido prestigio. Es Profesor de Administración en Sistemas de Salud en la Universidad de Guadalajara. Actualmente funge como Coordinador de Área Médica de la Dirección Regional de Occidente, IMSS, México. Ha publicado artículos en distintas revistas de carácter nacional e internacional.

Juan Eduardo Céspedes Londoño

Se ha desempeñado durante toda su vida profesional como investigador, docente y consultor en políticas y servicios de salud. Sus credenciales académicas incluyen estudios de medicina en la Universidad Javeriana de Colombia; dos maestrías, en Medicina Tropical y en Epidemiología, ambas en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Diplomado en Higiene Tropical en el Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra; Posdoctorado, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins; y pasantías en las escuelas de salud pública de México y la Universidad de Harvard. Ha sido consultor del Banco Mundial, PNUD y del Minsalud de Colombia, entre otros organismos nacionales e internacionales. Participó en el diseño original del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS de Colombia, durante 1993, y desde entonces ha venido apoyando su implementación. Fue profesor durante 10 años y director durante 2 de los Posgrados en Administración en Salud de la Universidad Javeriana. Ha publicado tres libros y más de 50 artículos en revistas nacionales e internacionales. Actualmente es el Gerente y Consultor principal de la firma CONSULTORES INTERNACIONALES EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD Ltda. (CINSSA)

René Crocker-Sagastume

Médico Cirujano y Pediatra, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala; Maestro en Investigación en Ciencias de la Educación; Profesor Investigador Titular del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; Asesor de CONCERN-América en el Programa de Salud Maya Petén. Guatemala.

Guillermo Julián González Pérez

Sociólogo (Universidad de La Habana, Cuba, 1978); Demógrafo (Universidad de La Habana, Cuba, 1982); Doctor en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica (Universidad de Guadalajara, México, 1996). Ha sido Profesor e Investigador en distintas instituciones de Cuba y México; de 1999 a 2001 fue Coordinador General del Programa de Postgrado (Maestría y Doctorado) en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Es en la actualidad Profesor-Investigador Titular "C" y Director del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara (México). Ha publicado artículos científicos sobre ciencias sociales y salud y salud pública en prestigiosas revistas de circulación internacional. Es autor de varios libros y capítulos de libros. Es revisor de artículos científicos en varias revistas de circulación internacional y evaluador de proyectos de investigación de CONACYT. Es miembro de varias sociedades científicas internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México (Nivel II) y de la Academia Mexicana de Ciencias. Ha participado como ponente en diversos congresos científicos tanto de carácter internacional como nacional, y ha sido profesor invitado en distintas instituciones educativas mexicanas y extranjeras.

Nadine Gasman Zylbermann

Médica, Doctora en Salud Pública con énfasis en Políticas y Administración de Servicios de Salud. Graduada de médica en la Universidad La Salle de México con maestría en la Universidad de Harvard y Doctorado en la Universidad de Johns Hopkins en los Estados Unidos. Tiene amplia experiencia en el área de planificación y evaluación de políticas de salud, en especial en políticas farmacéuticas, recursos humanos y reforma sectorial. Trabajó en el área de investigación en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Ha realizado múltiples consultorías para la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial, la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos, el Sistema Económico Latinoamericano, las Agencias Sueca y Danesa de Cooperación Internacional y la Comisión Europea en las áreas de políticas de salud y farmacéuticas, sistemas y servicios de salud, gestión de recursos humanos, planificación y desarrollo gerencial en más de dieciséis países de América Latina y África. Se desempeñó como asesora de la Ministra de Salud de Nicaragua en el área de políticas de salud y Reforma Sectorial. Participó en el desarrollo del “Programa de Apoyo al Sector Farmacéutico de Nicaragua” financiado por DANIDA, en la reforma del sector de Nicaragua y fue coordinadora del Programa de Promoción de Uso Racional de Medicamentos de Nicaragua, financiado por el Banco Mundial. Ha escrito artículos y reportes nacionales e internacionales en estas áreas. Fue durante seis años Directora General del Grupo Latinoamericano para el Sector Salud (GLAS). Trabajo como asesora e investigadora del Consejo Nacional de Vacunación de la Secretaría de Salud de México, como editora de la publicación de la OMS “La situación de los medicamentos en el Mundo” y coordinadora del grupo de análisis de la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Actualmente es Directora de IPAS, México organización no gubernamental dedicada al mejoramiento de la salud de las mujeres.

Eduardo Hernán Ilabaca Plaza

Médico Cirujano (Universidad de Chile, 1963); Postgrado en Pediatría, Servicio Nacional de Salud de Chile (1965), Maestro en Epidemiología y Administración de Servicios de Salud y Salud Materno Infantil (Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, 1969). Desde 1975 es Profesor en la Universidad de Guadalajara, México, tanto a nivel de pregrado como en postgrado, donde ha participado en la formación de recursos humanos, asesorando y dirigiendo tesis y apoyando diversos proyectos de investigación; forma parte en la actualidad del Laboratorio de Salud Pública. Ha ocupado distintos puestos directivos tanto en el Servicio Nacional de Salud de Chile como en la Secretaría de Salud de Jalisco (México) y en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) Jalisco, siendo actualmente coordinación de Planeación de la Secretaría de Salud en Jalisco. Ha sido consultor de la Organización Panamericana de la Salud y Asesor del gobierno de Surinam en materia de salud. Ha participado como ponente en diversos eventos científicos de carácter internacional y nacional.

Luis Lazarov Essner

Economista egresado de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Diversos cursos de especialización: “Establecimiento y Gestión de Fondos de Pensiones: La Experiencia Chilena” Santiago de Chile, “Introducción a la Seguridad Social” Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), La Seguridad Social después del Estado del Bienestar” CLAEH. Ex Coordinador Académico del CLAEH en el Diploma de Economía de la Salud. Docente de Economía y Finanzas Públicas de la Facultad de Ciencias Económicas-Universidad de la República de Uruguay. Ha desempeñado diversos cargos en el área económico-financiera y de gestión de los servicios de salud. Autor y co-autor de diversos artículos, libros y publicaciones sobre sistemas y servicios de salud. Ha participado en pasantías, cursos y conferencias en países del MERCOSUR, Colombia y México. Asesor económico permanente integrando asimismo el Centro de Investigaciones y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay.

José Martínez Olmos.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada y Máster en Salud Pública por la Escuela Andaluza de Salud Pública. En esta institución es profesor y coordinador del Área de Gestión de Servicios de

Salud y desarrolla sus labores docentes, investigadoras y de consultoría tanto en España, como en diversos países entre los que pueden señalarse, Panamá, Guatemala, Argentina y Bosnia-Herzegovina. Ha publicado numerosos artículos en revistas de atención primaria, enfermería y gestión sanitaria. Ha sido director del Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la EASP a lo largo de 10 años y en la actualidad, es también asesor del grupo parlamentario del PSOE en Madrid.

Isabel de la Mata Barranco

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco (España), 1983. Master en Salud Pública (1986), Master en Administración Hospitalaria (1989) por la Universidad de Lovaina (Bélgica). Certificados en Estadística por la Universidad París VI (1987). En la actualidad es Subdirectora de Programas Sanitarios y Sociosanitarios, y Acreditación, Calidad y Prestaciones en el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Ha trabajado como Consultora de la Organización Panamericana de la Salud, así como en la Consejería de Salud del Gobierno Regional de Madrid (España), en el Servicio Vasco de Salud, y en la Universidad de Lovaina. Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales y participado como ponente en congresos científicos de carácter nacional e internacional. Es, asimismo, miembro del Comité Permanente de la Organización Mundial de la Salud (Región Europea), miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, y del Consejo Editorial de la Revista Gaceta Sanitaria, y es miembro de la Sociedad Internacional de Epidemiología.

Joaquín Molina Leza

Graduado de Estomatología en la Universidad de La Habana, Cuba, en 1977. Concluyó la Maestría en Teoría y Administración de Salud Pública en 1988 en la Facultad de Salud Pública de La Habana y cursó estudios de postgrado de Epidemiología en Budapest, Hungría (1985), y de Salud Internacional en la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. USA (1989-1990). Ocupó diferentes cargos como especialista en el área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública de Cuba y el Instituto Superior de Ciencias Médica de La Habana entre 1980 y 1989. Desde 1990 se vinculó a la Organización Panamericana de la Salud, inicialmente en la Oficina Regional en Washington y de 1991 a 1996 se desempeñó como Consultor de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS en Nicaragua y desde abril de 1996 a la fecha con el mismo cargo en México. Ha trabajado en las áreas de Regulación Sanitaria, Planificación y Gerencia de Servicios de Salud, Descentralización y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, Programas de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, Investigación y Evaluación de los Servicios de Salud, Medicamentos, Gestión de Recursos Humanos en Salud y Reforma del Sector Salud. Profesor y conferencista invitado de maestría, especialidad y cursos de postgrado de salud pública y administración de servicios en Cuba, Nicaragua y México (UNAM, CIESS, INSP, BUAP, IVSP), así como conferencista y disertante en congresos y eventos científicos en diversos países, principalmente de Las Américas. Autor de numerosas publicaciones en revistas especializadas y asesor de programas, documentos y normas técnicas en varios países.

Armando Muñoz de la Torre

Médico Cirujano y Partero (Universidad de Guadalajara, México, 1989); Maestro en Ciencias de la Salud Pública (Universidad de Guadalajara, México, 1999). Desde 1990 es Profesor-Investigador de la Universidad de Guadalajara, y en la actualidad es Profesor-Investigador adscrito al Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Es responsable del Cuerpo Académico “Ciencias Sociales y Salud”. Ha publicado artículos científicos en diversas revistas nacionales e internacionales y ha participado en varios eventos científicos de carácter nacional e internacional.

José Isidro Portillo Rodríguez

Doctor en Medicina, Facultad de Medicina; Especialista en Pediatría, Facultad de Medicina, Especialista en Investigación en Epidemiología (Facultad de Odontología); candidato a Magíster en Filosofía (Fac. Humanidades) de la Universidad de la República de Uruguay. Cursos de post-grado: Monográfico de Medicina

Social UAM-Xochimilco (México); Fundamentos Conceptuales de Salud Colectiva. Universidad Federal de Río Grande do Sul-Brasil; Organización y Financiación de los Servicios de Salud UBA-Argentina. Ex-Profesor Agregado del Dpto. de Educación Médica de la Facultad de Medicina; Coordinador del Programa Docente en la Comunidad. Autor de numerosos trabajos de investigación y ensayos en el área de las humanidades médicas. Autor, co-autor y compilador en la publicación de 10 libros.

Virginia Rodríguez

Estudios en Sociología en la Universidad Central de Venezuela y una Maestría en Psicología Social en la Universidad Simón Bolívar. Desde 1993 se desempeña como investigadora en el área salud del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO).

Francisco Rojas Ochoa

Médico por la Universidad de La Habana (1959), realizó su Servicio Médico Social Rural en Baracoa y en la Sierra Maestra (1960) Maestro en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México (1964); Doctor en Ciencias Médicas. Ha sido Director Provincial de Salud Pública en Camagüey (1961-1963); Director del Instituto de Desarrollo de la Salud en La Habana(1977-1981); Consultor de OPS/OMS en Nicaragua (1982-1984); Vicerrector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (1985-1996). Es Profesor e Investigador Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana; Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Salud Pública y miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba. Ha publicado libros y artículos científicos tanto en Cuba como en otros países.

Samuel Romero Valle

Médico (Universidad de Guadalajara, 1980); Maestro en Salud Pública (Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba, 1981), con especialidad en Administración de Hospitales (Brasil, 1984); ha ocupado diversos puestos directivos en la Universidad de Guadalajara; recientemente fue Jefe del Departamento de Ciencias Sociales en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). Actualmente es profesor e investigador Titular en dicho Departamento y Director de la División de Disciplinas Básicas para la Salud del CUCS. Es autor o coautor de diversos trabajos académicos. Ha ocupado distintos puestos de representación popular en el estado de Jalisco, México.

Maria Guadalupe Vega López

Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Guadalajara, México, 1974); Maestra en Salud Pública (Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba, 1983); Maestra en Sociología (Universidad de Guadalajara, 1992), y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica (Universidad de Guadalajara, 1998). Ha sido Profesora e Investigadora en diversos centros de la Universidad de Guadalajara (UdeG), Directora, - desde 1995 al 2001- del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) y Jefa del Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales del CUCS (2001-2004). Es en la actualidad Profesora-Investigadora Titular "C" de este Centro y Jefa del Departamento de Ciencias Sociales del CUCS. Ha publicado artículos científicos sobre ciencias sociales y salud en revistas de circulación internacional. Es autora de un libro y de varios capítulos de libros. Es miembro del Comité Editorial de la revista Investigación en Salud. Es miembro de varias sociedades científicas internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México (Nivel I). Ha participado como ponente en diversos congresos científicos tanto de carácter internacional como nacional, y ha sido profesora invitada en distintas instituciones educativas mexicanas y extranjeras.

Eugênio Vilaça Mendes

Especialista em planejamento de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e mestre em administração de empresa e doutor em odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). É consultor em sistemas e serviços de saúde prestando serviços a várias instituições nacionais e internacionais e Professor Visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará. Foi professor da Universidade

Federal de Minas Gerais e da Pontifícia Universidade Católica, Secretário-Adjunto da Saúde do Estado de Minas Gerais e consultor em desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Tem, vários trábalo publicados no Brasil e no exterior: 88 artigos em periódicos e monografias e 5 livros ou capítulos de livros.

Ignacio Villaseñor Urrea

Médico Cirujano y Partero (Universidad de Guadalajara, México, 1970); Maestro en Salud Pública y Administración Médica (Escuela Nacional de Salud Pública, México 1971); Maestro en Letras (Universidad de Guadalajara, 1979). Ha sido Profesor en distintas instituciones de México, como la UNAM y la Universidad de Guadalajara tanto a nivel de pregrado como en postgrado donde ha asesorado y dirigido tesis y proyectos de investigación; fue Director Fundador del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (1985-87) y nuevamente Director entre 1997 y 1999. Es en la actualidad Jefe del Laboratorio de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Ha ocupado distintos puestos directivos tanto en la Secretaría de Salud como en el ISSSTE a nivel estatal y federal, siendo actualmente Jefe de Departamento de Atención Médica del ISSSTE en Jalisco. Ha participado como ponente en diversos eventos científicos de carácter internacional y nacional y publicado trabajos en diferentes revistas académicas.

Los Sistemas de Salud en Iberoamérica, de Cara al Siglo XXI

del Dr. Guillermo Julián González Pérez, Dra. María Guadalupe Vega López y Dr. Samuel Romero Valle.

Con un tiraje de 1,000 ejemplares
esta obra fue digitalizada en los talleres de
Luis Gerardo Cruz Hueso, Montenegro 1031;
Col. Centro. Guadalajara, Jalisco
luishueso@hotmail.com

Primera Edición: julio 2004

Hecho en México / Made in Mexico



**Universidad de Guadalajara
México
Copyright 2004**

ISBN 970-27-0320-4

