

Sistemas Previsionales, Salud y Reformas en América Latina

Alvaro Franco G.¹

¹ Médico. M. Sc. Salud Pública. Especialista en Administración de Hospitales. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín. Tel. 5106845. E-mail: afranco@guajiros.udea.edu.co.

RESUMEN

Es importante debatir de manera integral el tema de la seguridad social. Éste recobra actualidad gracias a nuevas propuestas de reforma que se desarrollan como consecuencia de los ajustes acordados entre el alto gobierno y el Fondo Monetario Internacional. El presente artículo explora esas posibilidades, analizando las principales propuestas y vertientes de reforma de la seguridad social que se dan en el mundo pero con mayor especificidad en América Latina. Analiza algunas alternativas en el caso de pensiones (los sistemas previsionales) y otras en salud, la "reforma sectorial". Parte, en el orden internacional, de la gran megatendencia de finales del siglo XX, la globalización, condicionante y determinante de los diferentes procesos de reforma y de la crisis de la seguridad social; pero, a su vez, eje importante de debate de las reformas en salud y seguridad social integral en el mundo. Se identifican algunas tendencias en pensiones y en seguridad social de acuerdo con recientes estudios internacionales.

Palabras claves: Seguridad social, reforma, salud, globalización, América Latina.

ABSTRACT

Previsional systems, health and reform in Latin America

It is important to debate, in a comprehensive way, the topic of social security. This gains currency thanks to new reform proposals that are developed as a consequence of the adjustments agreed to between the high government and the International Monetary Fund. The present article explores those possibilities, analyzing the main proposals and tendencies of social security reform that happen in the world, but with more specificity, in Latin

America. It analyzes some alternatives in the case of pensions (previsional systems) and others in health ("health sector reform"). Beginning, in the international order, with the great mega-tendency of the end the XX Century: globalization, conditioning and determinant of the different reform processes and of the social security crisis, important axis of debate of the reforms in health and pensions. Some tendencies in pensions and in social security are identified in accordance with recent international studies.

Key Words: Social security, health sector reform, globalization, Latin America.

El escenario de hoy es el de la crisis de la seguridad social. El tema que nos deja inmersos en la globalidad no es propiamente la seguridad social sino su crisis, ante todo por los problemas del financiamiento y su estrecha relación con la macroeconomía; por eso indicadores tan de moda como las tasas de interés, la política de vivienda, la inflación, la devaluación, etc., tienen nexos inevitables con aquella. Pero si algo debemos destacar como determinante de la seguridad social es el empleo; éste es el núcleo de la misma, como lo señalara uno de los magistrados de la Corte Suprema de Justicia: "el empleo es la savia de la seguridad social" (1). Hoy el principal problema que azota a la humanidad es el desempleo, y por ende, fuente de todas las carencias.

Sobre otro tema, en el mismo contexto, el debate académico y político incide acerbamente sobre la reforma sectorial. En los diferentes foros internacionales se tocan grandes problemas de orden técnico y financiero: el financiamiento, la extensión de coberturas, las modalidades de aseguramiento, los modelos de organización y gestión, los mecanismos de participación social, la salud medioambiental, la promoción y la protección de la salud, fomento de la calidad, la regulación sanitaria (2). El aspecto más importante es el de accesibilidad y equidad en los servicios de salud, pero no existe consistencia en los países en la aplicación de los procesos; podría argumentarse que lo válido es el control de costos, la reducción del gasto por institución, la adaptación al "ajuste estructural". Para tal efecto son definitivos los modelos de financiamiento, los modelos de gestión y la atención gerenciada, más que los cambios estructurales en los sistemas.

En el año 2000, la prensa nacional e internacional inundó sus páginas con informaciones y reacciones a la clasificación hecha por el informe anual de la OMS, sobre Colombia como el mejor sistema de atención médica de Latinoamérica y se situó en el puesto 22 en el mundo (Francia ocupó el primer puesto; EE.UU., el 37; Cuba, el 39; Chile, el 33; y, Costa Rica, el 36). Para

el escalafón, se tuvieron en cuenta variables como el estado de salud de la población, disparidades de la salud de la población, grado general de reactividad del sistema de salud, satisfacción de los enfermos, reparto de ella en la población, reparto de la carga del costo del financiamiento en la población. Paradójicamente Colombia, que aparece como el mejor sistema de salud en Latinoamérica, según el informe (3), ocupa un modesto puesto en "estado de salud"; los logros de salud están muy lejos de los países latinoamericanos mencionados, ocupando solo el puesto 74 en el estudio (en el aspecto fundamental, de acuerdo con la finalidad que se debe trazar cualquier sistema de salud, como es la salubridad), en tanto que en los aspectos financieros, guarda un buen equilibrio en contribuciones por toda la población, según el informe, lo que ha llevado al ranking establecido. Las reacciones han sido muy significativas, al develar (en las concepciones de los organismos internacionales y nacionales) tendencias económicas muy negativas para la salud de la población.

A esta variada temática hace alusión el presente artículo, al considerar varias tentativas de reforma a la seguridad social y a los sistemas de salud en los diferentes países de Latinoamérica. Se retoman temas como globalización, crisis de la seguridad social, sistemas de previsión social, reforma sectorial, evaluaciones a los mismos sistemas en diferentes países y se presentan en debate algunos elementos que permitan perfilar una conciencia sanitaria y política más estructurada y basada en las estrategias propias de la salud pública. Es innegable en esta perspectiva que el globalismo ha marcado otra veta en el análisis de los procesos de reforma sectorial y pensional y como tal se asume en esta disertación.

GLOBALIZACIÓN Y CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La globalización se entiende como los procesos de integración de los países, de las comunidades, de las naciones o de los Estados, entremezclados en una nueva red de instancias y actores transnacionales, perdiéndose la soberanía de los primeros e incrementando el poder o generando nuevas formas en los segundos. Se integra pero no a todos, la globalización no es con todos los seres humanos, gran parte de éstos quedarán sometidos al marginamiento, a la exclusión, a la miseria, pierden el derecho a la salud, a la educación, a la seguridad social, a la vivienda y, por supuesto, a una vida digna. En este orden supranacional no parece válida la pretensión pluralista, ni el reconocimiento de la diversidad, ni la integración de todos en los más altos valores, comprendidos en la multiculturalidad universal.

Un hecho importante dentro de las formas del globalismo económico es la transnacionalización en salud y en los sectores sociales: la infiltración perversa del capital financiero internacional (multinacional) en el campo sanitario y social. Se conoce muy bien que las reformas del sector salud fueron apoyadas todas por el crédito y la cooperación de los organismos multilaterales de orden financiero; hoy, en otro momento, impulsan reformas de los sistemas previsionales con grandes recortes a los derechos adquiridos por los asegurados. "Estas reformas facilitan la inserción del capital financiero multilateral en los países latinoamericanos", como bien lo demuestra Iriart (4), en su análisis de la experiencia Argentina: se trata de la ubicación de dicho capital en el sector privado y de las formas organizativas de los fondos y empresas de la seguridad social en el campo de la salud y aún de las mismas prestadoras de servicios de orden estatal; llama la atención también, la forma como ha venido penetrando la denominada atención gerenciada en nuestro medio y la tendencia a hacer más eficiente el proceso; finalmente, el propio capital multinacional y el interés privado han propendido por la integración de los antiguos subsectores de la seguridad social, oficial y privado (4).

El capital financiero internacional está penetrando en América Latina a través de empresas de seguros extranjeras (estadounidenses y europeas) o mediante la colocación de fondos propios de salud o pensiones en cualquier sector de alta rentabilidad económica (4), expandiendo así los negocios en la seguridad social y la atención de salud pública en nuestros países. Otro mecanismo que se estila es la asociación o el establecimiento de alianzas estratégicas entre empresas nacionales y transnacionales en el campo de los seguros.

Igual que ocurre en algunos sectores de la economía, la transnacionalización del sector salud se acompaña de exigencias a los países y a las empresas nacionales (también a las del sector social) acerca de la reducción de costos de producción y de flexibilización del mercado laboral; de manera similar, se recomienda el equilibrio financiero en los sistemas de salud y pensiones, la autoresponsabilidad en la protección de la salud, para ampliar los mercados: como en el caso de las "Obras Sociales" argentinas o de las E.P.S. (Entidades Promotoras de Salud) colombianas.

De otro lado, está en el orden del día de las agencias internacionales, dudar de la importancia de la seguridad social; hoy se aduce pérdida de relevancia y hasta se sugiere su abolición, como bien lo anuncian algunos autores (5). Se asocia el desprestigio de la seguridad social con las críticas al Estado de Bienestar, fundamentalmente por los defensores del mercado, proclives a la "individualización" y amparados en la libertad que supuestamente

les garantiza; lo que antes debía resolverse por la vía de la solidaridad intergeneracional, hoy podría quedar como tantos otros servicios sociales sujeto a la dinámica del mercado. Es decir, predomina la preocupación por los resultados económicos frente a los réditos sociales derivados de una política dada. Se desconocen, así, las responsabilidades de unas generaciones frente a otras o de unos sectores sociales hacia otros, en las áreas de la seguridad social. Es importante seguir el debate europeo y de los países de capitalismo avanzado, al respecto, que cuestionan seriamente la asistencia pública y la seguridad social. La alternativa propuesta es la privatización, la cual toma mayor fuerza en el ámbito internacional.

En Colombia, este debate en lo que respecta a salud, ha alcanzado más de 7 años desde que se promulgó la ley 100 de 1993, pero en lo referente a los regímenes pensionales de la seguridad social apenas toma forma con las recientes exigencias del Fondo Monetario Internacional antes de otorgar préstamos de alto valor al país. El Banco Mundial, por su parte, sigue impulsando la privatización y la gestión comercial de la seguridad social en todos los países (6). Midgley (5), refiriéndose al tema anota que "tanto en Gran Bretaña como en los Estados Unidos se aboga más frecuentemente por la idea de privatizar la seguridad social", pero sabemos que el "mandato" del Banco es para todos.

La principal crítica que se les hace a los sistemas de previsión social es su inviabilidad en el mediano plazo, esencialmente en lo relacionado con los regímenes de reparto simple, tradicionales en el sistema público. No obstante, contrariamente a los argumentos esgrimidos, es necesario reconocer la posición opuesta que defiende el papel del Estado, para regular y garantizar un sistema con transferencias intergeneracionales; para estos últimos, en términos de solidaridad, el Estado es garante de unos derechos sociales y no sólo regulador de un mercado. Los argumentos de inequidad, endilgados a los fondos con base pública, en esta réplica contra la seguridad social, son contrarios a la realidad de los efectos solidarios intergeneracionales, aunque debe reconocerse que históricamente se pudieron equivocar al dar privilegios a los trabajadores sobre la base de una imposición general, con beneficios sólo para la clase obrera.

La crisis

El debate se ha dado siempre; se aducen faltas a la ética, pérdidas en el ahorro individual, etc. Pero hoy se ha generalizado la discusión, dos fenómenos parecen incidir en esta conducta: las dificultades administrativas por las que

atravesan la mayoría de los regímenes y el atreverse a cuestionar algunos de los principios de la Seguridad Social.

Afloran otros argumentos explicativos de esta crisis de la seguridad social:

- La modernización de las economías nacionales. "Se expresan crecientes dudas sobre la capacidad de los gobiernos de decidir sobre el tipo y nivel de protección social que brindarán a sus poblaciones en un mundo en el que controlan cada vez menos su propio destino económico y financiero" (7).

- El mercado como modelo socio-económico. Se impulsan las formas de capitalización y ahorro individual. Se aduce que otras formas de seguridad social aumentan el desempleo y disminuyen el ahorro.

- Pérdida de confianza en la acción planificadora del Estado. Pérdida de legitimidad de lo público: "pérdida de confianza ... respecto de la capacidad de las naciones de tomar decisiones colectivas que garanticen durante algún tiempo la prosperidad económica, manteniendo al mismo tiempo un cierto nivel de justicia social o solidaridad, entre los miembros de la población" (7).

Estas tres nociones que hemos esbozado no son solo determinantes de la seguridad social, peor aún, son formas de pensamiento en torno a la misma que nos pueden hacer concluir que ella está en retroceso.

No obstante el debate ha tomado otros rumbos, en las propuestas de reforma en algunos países y de contrarreforma o reforma a la reforma, en otros; no podría ser diferente la situación dado que, como lo señala Hoskins (7): los riesgos cubiertos por la seguridad social están aumentando, peor en la más grave crisis de desempleo al final del siglo; igual pasa con el aumento de la pobreza; otras, como el aumento de la longevidad, el ajuste estructural consecuente con el globalismo económico ha traído más pobreza (8) y disminución de las políticas sociales paliativas, otrora defendidas desde el Estado; disminución de los servicios de cuidado sanitario, del empleo, de la educación; pérdida de los programas compensatorios de la seguridad social; aumento del deterioro social, globalización del delito y de la delincuencia; decrecimiento de los principales indicadores de salud y bienestar social.

En tal sentido, se necesita una actitud planificada y positiva ante el envejecimiento de la población, en relación con las pensiones y la salud de los ancianos. En estos dos campos, en salud y pensiones, se centra el debate sobre privatización de la seguridad social y las debilidades del Estado al res-

pecto. La seguridad social no solo debe garantizar un ingreso, sino ayudar a las personas a lograr su independencia. Parece un sentir general, como lo demuestran manifestaciones contrarias a la globalización económica, ya no solo en países del tercer mundo sino también en Europa: la necesidad de construir un nuevo orden económico y social, que permita una mejor redistribución de la riqueza, que aumente la producción y el empleo simultáneamente, que facilite el progreso y el intercambio tecnológico, garantizar el equilibrio entre el desempeño económico y la protección social.

LOS SISTEMAS PREVISIONALES EN AMERICA LATINA

Podríamos anunciar que en América Latina se presenta una gran ola reformista y posteriormente sus experiencias son analizadas con mucho interés en el resto del mundo: las reformas han cobijado principalmente pensiones y salud, pero como se sabe por el ejemplo colombiano, también en riesgos profesionales y legislación laboral.

La reforma en pensiones muestra varios perfiles dependiendo de la forma de inserción del sector privado. Diferentes regímenes (ahorro individual, reparto simple, reparto simple enmendado, sistemas de cobertura de capitales, sistemas de prima móvil escalonada, sistemas de prima media con prestación definida, sistemas mixtos o de pilares, capitalización colectiva, etc.) se entrecruzan dando origen a los más variados modelos. A continuación se destacan algunos propuestos por Aichmann (9), sin desconocer otras clasificaciones y la importancia de los sistemas de “reparto simple” o “reparto modificado” en varias de sus formas, de tanta tradición en nuestros países.

Modelos de sistemas pensionales:

- Modelo privado sustitutivo: ejemplo, Chile, Bolivia y México-1997. El Estado es reemplazado por aseguradoras privadas.
- Modelos paralelos: ejemplo, Colombia y Perú. Se opta por el sistema estatal o por el privado.
- Sistemas mixtos: ejemplo, países europeos, Argentina-1994, Uruguay-1996. Componente estatal complementado por un pilar privado.
- Reforma del sistema público: ejemplo, México-1991, Costa Rica-1992, Brasil-2000. Mantienen la estructura estatal de pensiones, aunque más recientemente han entrado en procesos mixtos.

Existen ventajas y desventajas en cualquiera de los modelos: mayor estabilidad financiera, en los privados, estimulan la economía pero no son solidarios, se afectan por fluctuaciones en el mercado de capitales. Pareciera re-

comendable, la mezcla de varios de los sistemas, siendo más atractivo el sistema mixto, repartiendo aún más los riesgos entre ambos sectores; no basta el mercado. Según el estudio de la AISS (9), "el Estado y la comunidad" son indispensables.

Es necesario reconocer profundas diferencias en los países de América Latina. Schulthess (10) destaca tres factores claves: "la estructura poblacional, el grado de desenvolvimiento económico, la edad y nivel de desarrollo de los regímenes previsionales".

En general antes de las recientes transformaciones del sistema de previsión social en América Latina, todos se regían por el sistema de reparto simple (contrato social de solidaridad intergeneracional, aspecto éste, fundamental para plantear la defensa del régimen de reparto frente a la capitalización). Hoy cabría decir, sin embargo, que lo ideal es mantener regímenes de reparto solidario con posibilidad de capitalización colectiva, asimilables éstos, en gran parte a los modelos públicos de fuerte tradición durante el siglo XX.

En los países desarrollados, los sistemas previsionales de reparto empiezan a hacer crisis y a ser reformados, lo cual es explicable por la madurez y antigüedad del modelo (cumplen un ciclo); explicación que no es válida para los países de América Latina, que intenta las mismas reformas pero no por la lógica del sistema sino por razones económicas macro o de incumplimiento en la financiación. Schultess (10) diferencia esta situación, atribuyéndole la crisis al envejecimiento mayor de la población en Europa y en nuestro caso, a los efectos del pago de la deuda externa. Mientras que los regímenes europeos maduran, los nuestros no logran pleno desarrollo; ellos se preocupan por ajustar variables de edad mínima de jubilación, cuotas, movimiento de pensiones. Los nuestros, deben resolver el cumplimiento de los aportes por el Estado y empleadores, resolver problemas de inequidad en la ecuación aportes- beneficios, ganar confianza en el sector público afectado por falsas promesas, realizar estudios actuariales serios y cumplir con las variables definidas en cada caso; garantizar la rentabilidad de los fondos así sean de reparto modificado.

El problema de los pagos de la deuda externa se asocia además a graves desajustes macroestructurales de orden económico, que se resuelven echando mano de los recursos de la seguridad social. Así se propone en la nueva reforma colombiana, gracias a las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (11); ya antes algo de ello sucedía en la aplicación de la Ley 344

de 1996 de Colombia que afectó tanto los recursos de pensiones como los de salud.

En América Latina, se agregan más argumentos frente a la crisis de su sistema previsional: bajas coberturas (alrededor del 10 % de su población económicamente activa), inequidades entre beneficiarios, en razón de la segmentación, la presencia de varios regímenes especiales de acuerdo con intereses de grupos de trabajadores (militares, docentes, congresistas, trabajadores de petroleras, etc.) con beneficios adicionales pero en detrimento de la solidaridad, desequilibrio entre aportes y beneficios, problemas regresivos en la redistribución del ingreso, alta evasión, ninguna rentabilidad de los capitales previsionales, altos costos administrativos.

A manera de conclusión de esta sección, se exponen algunas recomendaciones que se originan en diversos proponentes ("Iniciativa de Estocolmo", "Fondo Monetario Internacional", Reforma Colombiana, etc.) pero modificando en algunas, su sentido:

Hacer mayor énfasis en coberturas poblacionales, independientes del empleo. No hipotecar a las futuras generaciones, mantener la solidaridad intergeneracional, con un ingrediente ético importante allí incluido. Mantener los sistemas colectivos, pero garantizando cuentas particulares a los aportantes. El Estado debe jugar un papel más decisivo, bien sea que se arrogue iniciativas neoliberales o sociales, debe ser garante, controlador, financiador, subsidiador, gestor, en diferentes grados.

REFORMA SECTORIAL SANITARIA

Se entiende por reforma sectorial "el proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población" (12). Se trata de una fase intensificada de la transformación de los sistemas de salud de la población, no solo en Colombia o en América Latina sino en todo el mundo. Varían las tipologías pero se conserva la intencionalidad.

En 1987, el Banco Mundial presenta una "Agenda para la Reforma" en el "Informe sobre el financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo" (13), a partir de una serie de problemas que logra identificar en los servicios de salud, entre ellos: gastos insuficientes en acciones relacionadas con la salud que resulten ineficaces en función de los costos, ineficien-

cia interna de los programas públicos, desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud, grandes presiones sobre los sistemas de salud sin posibilidades de aumentar el gasto público en salud, incapacidad de los prestadores para proporcionar tipos básicos de servicios. En la Agenda se propone, en consecuencia, restringir el gasto público en salud solo a servicios con beneficio para toda la población, en ese sentido la atención curativa debe ser pagada por quien la recibe y los recursos estatales solo se destinarán para los llamados "bienes públicos". Destaca como causa fundamental del desfase el empeño del gobierno en sufragar todos los costos en la vía de una atención universal a la salud con los recursos fiscales. Las políticas que se presentan en la "Agenda para la reforma" son de ese tenor: cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud, provisión de seguros, protección frente a riesgos, descentralización de los servicios, empleo de recursos no gubernamentales.

Después del informe del Banco Mundial, en 1987, que abogaba por introducir reformas en Latinoamérica, aparece en 1993 el "Informe sobre el desarrollo mundial", también del Banco: "Invertir en salud", el cual se convirtió prácticamente en la política de salud y en informe técnico, instrumento para los diferentes países. Resumiendo de ellos, en su arsenal reformista se incluyen intervenciones costo efectivas, definición de externalidades, focalización del gasto público, riesgos compartidos entre financistas y prestadores, separación de funciones (prestación, administración, financiamiento, modulación), copagos y cuotas moderadoras, privatización, subsidiaridad del Estado; y la competencia administrada como modelo de gestión.

En 1994, en "la cumbre de las Américas" y en 1995, en la "reunión especial sobre reforma del sector salud" la OPS, los gobiernos, el BID, y el Banco Mundial asumen estrategias para apoyar lo relacionado con la reforma del sector salud. En 1997, la OPS y la "agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional", lanzaron la "iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe" para apoyar a un buen número de países en los procesos de reforma (14).

Según esta "Iniciativa", se destacan varios procesos en la reforma sectorial de los últimos 15 años: políticas de descentralización gerencial (en casi todos los países de América Latina), introducción del Seguro Nacional de Salud, recuperación de costos, focalización del gasto, estimación de planes básicos de atención, renovación de los modelos de contratación, privatización de los servicios de salud, descentralización financiera.

Según otros, "las reformas de los sistemas de salud formaron parte de los programas de estabilización y ajuste estructural que recorrieron todo el continente bajo el influjo del Fondo Monetario Internacional" (15). De acuerdo con ellos se dieron grandes diferencias entre países por las tensiones políticas, a pesar de la presión para copiar un modelo estandarizado en los países del continente: algunos aplicaron la receta de los organismos financieros; otros se limitaron a la reducción de gastos; otros más desarrollaron procesos de optimización de los sistemas de salud, manteniendo su concepción de salud y desarrollo, su historia, su cultura, sus logros, concepción filosófica de equidad y derecho a la salud, justicia social y solidaridad. En general, siguiendo a Granados, las reformas en nuestros países han tomado distintos tipos:

- El ajuste estructural macroeconómico;
- Racionalidad financiera en salud;
- Nuevo contrato social en salud (recorte de lo social);
- Cambio en las intervenciones en salud (sectorial, intersectorial, institucional, sistemas de salud);
- Producción social de la salud (políticas públicas);

Sus estrategias también son variadas, de acuerdo con Sojo (16): Nuevos mecanismos de financiamiento, regulación pública, reformas de gestión (evaluación de desempeño), impulso de compañías sanitarias, articulación del Sistema Nacional de Salud, descentralización y Silos, prestaciones básicas universales, focalización en grupos vulnerables y riesgos, subsidios a la demanda, autocuidado, atención ambulatoria, separación de financiamiento de producción de servicios, cuasimercados, especialización en funciones regulatorias, financieras, evaluadoras y proveedores, mezcla público y privada.

ALCANCE DE LA REFORMA EN SALUD EN AMERICA LATINA

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su Informe de 1996, "Progreso económico y social en América Latina", describe una tipología de sistemas de salud en América Latina, que puede caracterizarse así: intensivos en el uso de contratos (en este predominan los mercados privados), el fragmentado (según segmentos tradicionales), el sistema público integrado (predomina el eje estatal) y sistemas públicos administrados de contratos (el estado regula pero contrata con otros la provisión de servicios). De ahí surgen varias tendencias de la reforma sectorial sanitaria, que se exploran más adelante.

Aún así, es necesario insistir en las diferencias que existen entre los países de América Latina ante los procesos de reforma; diferencias en acceso,

desigualdades de salud, recursos financieros y técnicos, coberturas que oscilan entre el 30 % y el 100 % de la población (16). Los cálculos generales siguen señalando un 25 % aproximadamente de la población de nuestro continente, sin ninguna atención sanitaria (17). Los servicios de salud, por su parte, a más de la tarifa, implican grandes costos de oportunidad para los pobres. En idéntico sentido, los países con mayores desigualdades y menor cobertura tienen más altos costos administrativos que los sistemas integrados. Así, la equidad se constituye en uno de los mayores retos para las reformas.

También, los problemas de accesibilidad, eficacia y calidad son permanentemente mencionados por los investigadores en todas las latitudes. Ha sido además el argumento para introducir los modelos privados en salud.

El componente público cada vez se ha deteriorado más en lo financiero y por ende, en el servicio. El resultado ha sido la preponderancia de lo privado que poco a poco evidencia grandes fallas y efectos negativos como en el caso de Chile. En las reformas siempre se ha hecho énfasis en el papel de las instituciones privadas frente a los de orden gubernamental. Pero la reforma va más allá de la mera privatización, se preocupa por garantizar el mercado, con su lógica propia, no siempre acorde con los principios de igualdad, solidaridad, equidad, universalidad.

Fortalezas, según países (16):

- Articulación del Sistema Nacional de Salud: Brasil y Costa Rica
- Rectoría del Ministerio de Salud: Chile
- Sistemas Locales de Salud: Costa Rica, Nicaragua, Perú
- Descentralización: Argentina, Colombia, Chile, Perú
- Mezcla público privada: Argentina, Colombia, C. Rica, Chile, Nicaragua
- Regulación mercados: Argentina, Colombia, Chile
- Reestructuración de Hospitales: Argentina, Brasil, Chile
- Separación y especialización de funciones: Argentina, Colombia, Chile
- Contrato de desempeño con prestadores públicos: Argentina, Colombia
- Incentivo al desempeño: Brasil, Chile
- Mejoramiento de la gestión de recursos humanos: Costa Rica, Chile
- Uso de pagos por capitación: Argentina, Colombia, Chile
- Pagos prospectivos (GDT, grupos de diagnóstico y tratamiento): Argentina, Brasil, Colombia, Chile
- Solidaridad y equidad en financiamiento: Argentina, Brasil, Colombia, Chile
- Prestaciones básicas universales unificadas: Colombia, Costa Rica, Nicaragua

- Ampliación de coberturas (universal y focalizado): Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Nicaragua.

Núcleos de reforma:

También, de acuerdo con el análisis, sobresalen en cada país algunas áreas de énfasis en sus tendencias de reforma, así:

- Argentina: Transformación de las “obras sociales”, la libre elección, unificación de afiliación y contribución al Seguro Nacional de Salud.
- Brasil: Unificación del Sistema (Sistema Unico de Salud, servicios públicos más servicios de la seguridad social). Tiene indefinición de funciones. Regulación del sector privado (es muy alto en atención hospitalaria).
- Chile: Sistema de Salud dual, con distintas lógicas y propietarios, sin competencia. Lógica pública de reparto, privado por riesgos individuales. Busca hoy, reforzar el sector público. Introduce cuasimercados, separar funciones FONASA, Minsalud y Servicios; mediciones de desempeño (eficiencia micro).
- Colombia: Descentralización del gasto. Competencia regulada. Sistema de Seguridad Social Integral y Solidario. Transición del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda.
- Costa Rica: Sistema Integrado (no estratificado). Separación de funciones: Ministerio (rector y promotor), la Caja del S.S. (actividades operativas). Impulso de equipos básicos de atención integral en salud. Gerencia hospitalaria y desempeño. Sistema Nacional de Evaluación.
- Países de habla Inglesa- Caribe: Sistemas públicos fuertes e integrados. Seguro Nacional de Salud.

Sobre el desempeño de los sistemas

En parte, el análisis de seguimiento y evaluación a los procesos de reforma sectorial en América Latina y el Caribe, se hace de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, con base en la información derivada de los "perfiles del sistema de servicios de salud"(18). Los estudios han tomado forma a partir del año 2000 y los resultados son dispares o disímiles en cada nación, pero poco a poco nos permiten algunas conclusiones muy globales, como se describe más adelante. El desempeño de los procesos de reforma (19) se ha venido evaluando sobre criterios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, participación social y sostenibilidad, cuya significado se indica adelante.

El indicador de equidad: con respecto a equidad en cobertura, según el estudio, hay disminución de la brecha en la población cubierta por un conjunto básico de prestaciones, en inmunizaciones, control prenatal, uso de anticonceptivos; pero esto solo en algunos países (Brasil, Costa Rica, El Salvador y México). Igualmente, señala el autor mejoras en pocos países, en relación con la distribución de recursos.

Criterios	Variables
Equidad	desagregación en cobertura, distribución de recursos y uso de servicios
Distribución recursos	gasto total en salud <i>per cápita</i> , gasto público en salud <i>per cápita</i> , médicos por 10.000 habitantes, y otros recursos
Efectividad	mortalidad infantil, mortalidad materna, recién nacidos con bajo peso al nacer, mortalidad por cáncer cervicouterino, incidencia de SIDA, enfermedades inmunoprevenibles, mortalidad por diabetes, hipertensión esencial en mayores de 25 años
Calidad técnica	porcentaje de establecimientos de primer nivel con comité de calidad, porcentaje hospitales con comité de calidad, disponibilidad de medicamentos esenciales, incidencia de infecciones hospitalarias, pacientes con informe de alta
Calidad percibida	selección del prestador de atención primaria por usuarios, establecimientos con programa de mejora de calidad, establecimientos con procedimientos de orientación al usuario, centros que hacen encuestas de opinión, grados de satisfacción del usuario
Eficiencia en asignación	introducción de mecanismos de asignación de recursos más eficaces; asignación de recursos por unidad territorial, para el desarrollo de acciones intersectoriales, para prevención de patologías de alta prevalencia
Sostenibilidad	legitimación o aceptabilidad de las instituciones, disponibilidad de información sobre gasto público y privado por unidad territorial, sostenibilidad de incremento de cobertura por programas o por servicios, capacidad de ajustar ingresos y gastos en el sector público, porcentaje de hospitales con capacidad de cobrar a terceros pagadores
Participación social	grado de participación y control social en los distintos niveles y funciones del sistema de servicios de salud

El análisis de efectividad del sistema, sólo dos países sugieren mejoras en este indicador como consecuencia de la reforma sectorial (Brasil y Costa Rica). En calidad técnica solo Costa Rica responde favorablemente a los intereses de la reforma sectorial. En calidad percibida, sólo Costa Rica, México y Chile muestran mejoría de la calidad.

En relación con eficiencia en asignación de recursos, Argentina, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Chile responden apropiadamente, es decir, que la reforma sectorial los ha vuelto más eficientes.

Los resultados de sostenibilidad, según el informe: sólo Brasil y Honduras han aumentado la legitimación; Argentina, Honduras, Chile, Salvador, Brasil, Guatemala, sugieren mejoras en alguno de los indicadores de sostenibilidad, a partir de la reforma.

Los resultados en participación social: hay mejoría en la mayoría de los países: en Salvador, Honduras, México, Perú, Paraguay, Panamá y República Dominicana, atribuyen la mejoría en la participación local y municipal como consecuencia de la reforma.

En asignación de recursos sobre indicadores específicos (cobertura por agua potable, alcantarillado, porcentaje del presupuesto de salud destinado a servicios de salud pública, porcentaje del gasto de salud en atención primaria) sólo Brasil sugiere mejoría a partir de la reforma. En cuanto a asignación de recursos para actividades de alta externalidad, sólo en Salvador y Chile hay datos que permitan suponer mejoras atribuibles a la reforma (re-asignación de recursos).

En gestión de recursos (19) solo Argentina, Costa Rica y Chile usan de medidas de actividad y rendimiento estandarizado; Costa Rica y Chile muestran mejoras en Rendimiento hospitalario; igual sucede con centros hospitalarios que han "negociado compromisos de gestión"; sólo en Argentina los establecimientos responden al gasto usando menos ingresos (a raíz de la reforma); los mismos países mejoran el número de centros con presupuestos basados en criterios de actividad.

No existen en las propuestas, mecanismos de evaluación de impacto ni de vigilancia del desarrollo de la reforma. El principal problema, como tantas veces se ha denunciado, son las carencias en la sistematización de la información: poca disponibilidad de ella, incompleta, dispersa, inoportuna; por ejemplo sobre equidad, acceso a servicios y uso de los mismos, la información es muy precaria (preocupante por la importancia de estas categorías para la salud pública).

No obstante lo anterior, de acuerdo con el estudio mencionado (19):

- La equidad mejora con base en reducción de la brecha en cobertura de servicios básicos, en la mitad de los países. La equidad en distribución de recursos es poco plausible.

- La efectividad global del sistema, la calidad técnica y la calidad percibida demuestran mejoras en pocos países. Es decir que en términos de políticas de salud, que se relacionan con estos indicadores, la situación es más lamentable.

- La eficiencia en asignación de recursos mejora en la mitad de los países analizados en lo referente a asignación de recursos, pero con la eficiencia global y reasignación para acciones intersectoriales el panorama es muy inconsistente y débil en los países en general (no puede olvidarse que estas categorías de la eficiencia han estado en el centro de la atención tanto de las motivaciones de la reforma y de su gestión).

- En lo que sí parece haber consistencia en los procesos de reforma es en la introducción de "compromisos de gestión"; podríamos concluir que se intenta en la forma pero los resultados en eficiencia tampoco son satisfactorios (en procedimientos estandarizados, rendimientos hospitalarios, empleo autónomo por nuevas fuentes de ingresos según establecimientos sanitarios públicos, presupuestos con criterios de actividad).

- Salud pública: siendo ellas una especie de censor para la salubridad, resulta alarmante que las acciones intersectoriales de alta externalidad y programas de prevención no tengan mejor consideración en los procesos de reforma. En ese punto se evidencia claramente el deslinde entre salud pública y reforma.

- La sostenibilidad, apenas deja ver intentos de los países por ajustarse al nuevo modelo: ajuste de ingresos y gastos en el subsector público y cobro a terceros, mejoran información desagregadas sobre el gasto en salud; pero los programas no son aún sostenibles en el mediano plazo, y las instituciones públicas no mejoran su legitimación.

- Existe contención del gasto y recuperación de costos, como corresponde a una reforma que siempre se ha considerado de un perfil fundamentalmente económico.

- De las instituciones públicas, se anotan grandes debilidades en sostenibilidad, en legitimación y en autonomía financiera.

- Participación comunitaria y descentralización salen bien libradas en este análisis, aunque cabría discutir su enfoque de autogestión, de autofinanciación, de perfilarse en la vía de asumir responsabilidades las comunidades y

las localidades por la ausencia del Estado y la preeminencia de la privatización.

En resumen, se encuentran problemas en: la efectividad global, la calidad técnica, la calidad percibida, la salud pública (atención a externalidades, como causas), la legitimación institucional pública, la sostenibilidad financiera en el largo plazo y la seguridad en el acceso a los servicios.

Es evidente el problema del influjo del mercado sin unos controles suficientes en la mayoría de los países. El enfoque de este artículo está de acuerdo con quienes señalan que "dada la competencia imperfecta, los límites de la soberanía del consumidor, las desigualdades de información y los diversos mecanismos de exclusión propios de los mercados de salud, es también fundamental impulsar un adecuado marco regulatorio...en los ámbitos público y privado" (16). Basta con observar algunos de los problemas de la privatización: producción excesiva de servicios y en otros, negación del servicio, selección adversa de beneficiarios, altos costos de intermediación, marginamiento de los sectores más pobres, alzas desmesuradas en planes de salud, cruce de subsidios del sector público al privado, poca atención a enfermedades más costosas, descuido de la tercera edad y otros ampliamente descritos en varios de los estudios considerados.

ALTERNATIVAS Y DEBATE

Es necesario presentar algunos puntos de síntesis y otros de debate alrededor de las propuestas de reforma a la seguridad social integral:

La AISS (7) define algunos criterios para la reforma de la seguridad social; con base en sus conceptos se pueden plantear los siguientes: equidad entre generaciones, mitigación de la pobreza; oportunidad para educación, empleo, cuidado familiar, jubilación; transparencia en las políticas de seguridad social y en las disposiciones sobre sus regímenes; congruencia entre seguridad social, empleo y movilidad profesional; cobertura universal ante los principales riesgos y contingencias. Estas son preocupaciones generales a la seguridad social que nos tienen que llevar a plantear estrategias para reorientarla en varios campos de un modelo Integral.

En esa vía, los sectores académicos y gremiales vienen auscultando diferentes alternativas en seguridad social integral y reforma. Entre ellas se consideran algunas propuestas:

- Basarse en el desarrollo humano y sus componentes: desarrollo humano productivo, empleo y atención de salud; alimentación, vivienda y satisfacción de necesidades básicas; universalización del régimen de pensiones de carácter público, para vejez, invalidez, sobrevivientes e incapacidad laboral; protección en riesgos profesionales, protección ambiental y de los recursos naturales; deporte, educación y cultura; defensa de la seguridad social, de la dignidad de la nación y de los ciudadanos; acceso integral al conocimiento, a los beneficios de la tecnología, a los derechos humanos y a las relaciones civilizadas entre los seres humanos y los pueblos en general.
- Definir un régimen integral de orden pensional: con carácter universal, que cubra las contingencias mínimas en vejez, invalidez, sobrevivientes, incapacidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; fortaleciendo el aporte estatal en la cofinanciación junto al sistema productivo, mediante un régimen colectivo que tome en cuenta no solo las contingencias sino también las posibilidades de disfrute de un lapso de vida suficiente como contrapartida al esfuerzo vital de varias décadas (equilibrio activo/pasivo, tanto en tiempo como en compensación económica). Debe pensarse en un sistema mixto y complementario, diferente al dualismo excluyente desarrollado actualmente en Colombia.
- Reconocer las estrategias propias de la salud pública: el arsenal tecnológico de la salud pública tradicional, desde el informe Dawson de 1920, pasando por el informe Beveridge de 1944, la estrategia del APS (de Alma Ata 1978), los Silos (1986), algunas propuestas de Ottawa (Canadá, 1984), los sistemas de salud de distrito de corte inglés y las "ciudades saludables" europeas, entre otros muchos. Como se puede interpretar, más que un cambio técnico o una reforma lo que se está solicitando es un cambio de enfoque, de actitud; pero ante todo, transformar las relaciones de poder en la sociedad y en el sistema de salud.

Específicamente, acerca de la reforma de los sistemas de salud, como lo hemos expuesto, varios autores (23,24), coinciden en que éstos se originaron a partir de presiones económicas y sociales, tras la inserción de los países en el comercio mundial a finales del siglo XIX y principios del XX, durante la época de consolidación de los estados nacionales para la incorporación al capitalismo industrial. De ahí se derivaron sistemas fragmentados para ricos y propietarios de empresas, para obreros y trabajadores asalariados, para pobres e indigentes, etc; el mutualismo y la seguridad social, la asistencia pública, el sector privado. Pero hoy, después de más de una década de implan-

tados los procesos de reforma, como el colombiano, el panorama no es diferente: grandes diferencias entre ricos y pobres, gradualismo en las modalidades de atención según capacidad de pago y posibilidades de inserción en los diferentes segmentos del mercado; se ha generado un modelo mucho más atomizado que el existente antes de las reformas del último cuarto de siglo. En ese orden de ideas, se exponen algunas iniciativas que se deben seguir impulsando, en el debate, hacia la búsqueda de opciones políticas más acordes con la realidad de nuestros países:

- En convivencia con la globalización. No se trata de abstraernos o peor aún, de enfrentarla, sino comprenderla en su cabal dimensión de orden social, solidario y de desarrollo humano (distinto es el globalismo económico que nos asfixia y sojuzga al final del milenio). Alternativamente el gran esfuerzo político debe centrarse en garantizar la inserción de nuestras naciones, con toda su política social y estructuración acorde con su propia realidad y cultura en el mundo globalizado; en ningún momento arrastrados por el mercado mundial. Al respecto Garay, habla de la constitución de esas instancias supranacionales (20) "las que se anuncian dentro del concepto ideal de democracias "cosmopolitas", definidas por la participación consciente y efectiva de los seres humanos en las decisiones por encima de cualquier consideración particular, como pueden ser las derivadas de nacionalidad raza religión..." No podríamos apartarnos de la única posibilidad digna que le queda a nuestros países de hacer parte de un mundo relativamente nuevo; superando la etapa del oscurantismo y de los apetitos económicos del individualismo de finales del siglo XX.
- Contra la determinación exógena de la reforma. Evitar la transnacionalización del servicio de salud y la infiltración del capital financiero internacional (multinacional) en el campo sanitario, como en tantos otros. A pesar de que las reformas del sector salud fueron apoyadas todas por el crédito y la cooperación de los organismos multilaterales de orden financiero, es necesario permitir a los recursos humanos propios de cada país que desarrollen toda la infraestructura de aseguramiento y prestación de servicios. Reconocer, además, en los actores nacionales su capacidad de presión y generación de conflicto de intereses en la perspectiva de su propio modelo de reforma.
- La discusión frente al neoliberalismo no puede ser ajena o paralela a una propuesta de reforma en seguridad social. Si algo caracteriza al Neoliberalismo es esto último, apropiarse de los espacios sociales para extraer riqueza y ganancia de ello. La razón del debate a la intermediación no

sería otra, no es porque haya más actores sirviendo a los intereses sanitarios ni (solamente) porque el producto final resulte más caro. No es solo eso, peor aún cuando la intermediación toma las formas de la transnacionalización de los servicios y de la atención gerenciada; encarecer los servicios significa "extraer ganancia" para el capital y los empresarios internacionales, es sacrificar las posibilidades de atención para grandes sectores empobrecidos de los países de la periferia como Colombia. Más que decirle si o no a la intermediación es necesario aclarar y luchar contra esta lógica perversa de orden financiero.

- El dilema entre el mercado y el Estado en términos de posibilidades para garantizar logros sociales en salud sigue vigente. Cada vez más el consenso parece acercarse a la idea de que el mercado "no suministra la eficacia deseada y si socava la equidad necesaria para alcanzar niveles de justicia social adecuados" (21); urge delimitar de una mejor manera la relación Estado / mercado y la mezcla pública / privada. No podemos desconocer que el mercado es un hecho y que hoy su voracidad penetra hasta los más impensables resquicios sociales.
- La mezcla con el mercado. Dado que el modelo de mercado irrumpe con fuerza, se aconseja debatir aún más algunas estrategias basadas en el mercado público, en la atención gerenciada y el empoderamiento; será importante cuidarse de la transnacionalización de los servicios de salud, perjudicial para las comunidades, el sistema de salud y para las posibilidades de trabajo de los profesionales de la salud. Es necesario debatir más a fondo la propuesta de los cuasimercados (son mercados artificiales), según el informe de la CEPAL del año 2000 (22), una de sus estrategias para instrumentar el componente público y la atención médica especializada, a través de la acción privada.

En síntesis, Colombia ha sido el país más obediente(24) de América Latina (lo cual no puede asumirse como una virtud, a pesar del Informe de la OMS del 2000, sobre el desempeño de los sistemas de salud), en cuestión de aplicación del modelo recomendado por los organismos internacionales (ajuste estructural y secuencia neoliberal); su modelo se ha caracterizado como cercano al pluralismo estructurado y competencia regulada o administrada, propugnado por varios reformadores (25): Colombia integra varios mecanismos en los cuales se agrega a la mezcla del mercado el componente regulación (aunque solo sea en teoría y diseño), basado en el intento de llegar a la equidad a través de la eficiencia. Otros países han asumido modalidades menos complejas: Argentina y Uruguay, afianzan modelos de mercado pero reformulan la participación estatal con énfasis en el control; Brasil, un

modelo de sistema único de salud basado en contratos; Chile, consolida un sistema de mercado con dualidades ricos y pobres pero busca, hacia el final de la década, la vía pública; México introduce los cuasimercados o mercados internos institucionales, con dificultades para aplicar a fondo las reformas ortodoxas; Costa Rica, a pesar reforzar la gestión económica y la mezcla público - privado, mantiene su tendencia universalista de la seguridad social; y Cuba sostiene su concepción estatal. Así se perfilan las tendencias de reforma sanitaria en nuestro continente ♦

REFERENCIAS

1. Herrera R. El sistema pensional colombiano. Santafé de Bogotá: Legis;1999. p 8.
2. Equipo editorial. Revista Administración Sanitaria; 2000. 4 (13).p. 10.
3. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performans. Geneva, Switserland, 2000.
4. Iriart C. La Atención Gerenciada. Su Papel en la Reforma de los Sistemas de Salud. En: Salud Problema y Debate, año XI. No. 21. Buenos Aires;1999.p. 5.
5. Midgley J. ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? Revista internacional. de Seguridad Social –AISS; 1999. 52 (2):111-121.
6. Banco Mundial. Informe Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Nueva York: Oxford University Press; 1994.
7. Hoskins DD. El rediseño de la seguridad social. Revista Estudios de la Seguridad Social. Buenos Aires: Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS); 2000. No. 87. p. 6.
8. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial. La tarea acuciante del desarrollo. Washington, D.C. 1991.
9. Aichmann B. Seguro de pensiones, sistema de salud, lucha contra la pobreza: evolución reciente en América Latina. Revista Estudios de Seguridad Social. Buenos Aires: AISS; 2000. 87. p. 46.
10. Schulthess WE. La iniciativa de Estocolmo: Un análisis del proceso de reforma en América Latina. Revista Estudios de Seguridad Social. Buenos Aires: AISS; 2000. 87.p. 81-110.
11. República de Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Acuerdo extendido de Colombia con el Fondo Monetario Internacional. Bogotá; 1999.
12. OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C.; 1997.
13. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. Bol. Of. Sanit Panam.;1987. 103 (6):87.
14. Crocco P. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la salud; 2000. 8(1/2): 13.

15. Granados RT, Gómez MC. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Rev. Salud Pública*; 2000. 2(2):97-120.
16. Sojo A. La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumento. En: UNICEF. Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de políticas sociales. San José; 1997.
17. Equipo editorial. Los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Administración Sanitaria*; 2000. 4(13):10.
18. HSP-OPS/OMS.[Internet] <http://www.americas.health-sector-reform.org>; _Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países y lineamientos metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud. Latin American Health sector reform initiative; Julio 24, 2000.
19. Infante A. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Administración Sanitaria*; 2000. 4 (13): 29-46.
20. Garay LJ. Construcción de una sociedad. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo editores; 1999, p. 38.
21. Cano E. Cátedra abierta sobre la reforma de los servicios de salud en el mundo. Medellín: Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Octubre de 2000. Documento inédito.
22. Sojo A. Los cuasimercados en salud. En: CEPAL. Informe del año 2000, serie de políticas sociales No. 39.
23. Médici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H., Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID, Centro de estudios , salud y futuro; 2000. p. 9.
24. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Ponencia en: XI Congreso de la Asociación Internacional de políticas de salud. La Habana; 3- 7 julio, 2000. p 9.
25. Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar. En: *Cuestión Social*; 1998. 42: 24-37.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>