



Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados

Asa Cristina Laurell¹

Recibido: 30 de septiembre de 2015 / Aceptado: 04 de mayo de 2016

Resumen. Se analizan dos tipos de reformas de salud en América Latina: la basada en el aseguramiento y mercantilización y la de los sistemas únicos y públicos de salud de los gobiernos progresistas. El aseguramiento con paquetes explícitos de servicios no ha cumplido sus propósitos de cobertura universal, acceso equitativo a los servicios de salud requeridos y mejoramiento de las condiciones de salud pero ha convertido a la salud en un ámbito de generación de ganancias de los aseguradores y prestadores privados de salud. Los sistemas únicos y públicos de salud como obligación del gobierno han ampliado los servicios territorializados y aumentado sustancialmente el acceso de la población mayoritaria. Su adopción de una política social integral y amplia ha impactado el bienestar de la población. Enfrentan algunos problemas derivados de los sistemas de salud previos y del poder del complejo asegurador y médico-industrial.

Palabras clave: Política de salud; reforma de salud; neoliberalismo; gobiernos progresistas; América Latina.

[en] Health reforms in Latin America: processes and results

Abstract. Two types of health reforms in Latin America are analysed: one based on insurance and service commodification and the one referred to the unified public systems of progressive governments. Health insurance with explicit service packages has not fulfilled their purposes of universal coverage, equal access to necessary health services and improvement of health conditions but has opened health as a field of profit making for insurance companies and private health providers. The national health services as a state obligation have developed territorialized health services and widened substantially timely access to the majority of the population. The adoption of an integrated and wide social policy has an impact on population well fare. It faces some problems derived from the old health systems and the power of the insurance and medical complex.

Keywords: Health policy; health reform; neoliberalism; progressive governments; Latin America.

Sumario. 1. Introducción. 2. Trayectoria de las reformas neoliberales. 2.1. Las reformas de salud y la lucha política. 2.2. El financiamiento. 2.3. Cobertura y acceso. 3. La salud en los gobiernos progresistas. 3.1. La salud en la lucha política. 3.2. Cobertura y acceso. 3.3 Gasto social y gasto en salud. 4. Condiciones de salud en las reformas. 5. Algunas conclusiones. 6. Bibliografía.

Cómo citar: Laurell A. C. (2016) Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34(2), 293-314.

¹ Universidad Autónoma Metropolitana, Distrito Federal, México
E-mail: laurell9998@gmail.com

1. Introducción

América Latina ha sido un laboratorio de la reorganización global de la sociedad basada en el principio del mercado desde hace más de tres décadas. El país pionero fue Chile después del golpe militar en 1973 cuando Pinochet encargó a los *Chicago Boys* instrumentar un modelo de desarrollo que destruyera el proyecto socialista y democrático del Presidente Allende. En el resto de los países de la región la crisis de la deuda externa fue la ocasión para introducir las nuevas políticas, neoclásicas en lo económico y neoliberales en lo ideológico. Esta crisis fue provocada por un incremento en las tasas de interés, que se sextuplicaron al inicio de los años 80, y que llevó posteriormente a una transferencia neta de recursos de América Latina al Norte en promedio de 15 mil a 20 mil millones de dólares anuales (Borja, 2012). La crisis introdujo al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial (BM) como los principales diseñadores de la política económico-social, bajo los designios del Consenso de Washington con el auxilio de gobiernos nacionales.

Durante la llamada “Década Perdida” se impusieron los ajustes fiscales seguidos por el cambio estructural, o sea, la plena instrumentación del nuevo modelo en prácticamente todos los países latinoamericanos. Este modelo dio como resultado la destrucción de las economías nacionales con la agudización de la pobreza, el incremento del desempleo y la caída estrepitosa de los salarios hasta en un 80%. La creciente precariedad de las condiciones sociales y económicas contribuyó a deslegitimar a los gobiernos militares totalitarios, mientras que el movimiento democrático se afianzó en la sociedad. Cayeron los regímenes dictatoriales y se establecieron gobiernos de democracia representativa.

Sin embargo, las nuevas democracias mantuvieron con frecuencia las políticas neoliberales en lo económico y social y en algunos países se profundizaron, lo que impulsó un nuevo ciclo de luchas anti-neoliberales. De estas luchas surgieron los gobiernos progresistas o de izquierda con una base social movilizada y participativa. Rompen, al menos en lo social, con el credo neoliberal y se proponen disminuir la desigualdad, mejorar las condiciones sociales y redistribuir la riqueza nacional.

El sector salud fue uno de los blancos del ajuste estructural. Durante el ajuste fiscal inicial la salud fue uno de los sectores que sufrió el mayor recorte presupuestal hasta en un 50%. El desfinanciamiento y subsecuente deterioro del sector público facilitó ideológicamente el cambio estructural, consistente en la entrada de las aseguradoras privadas de salud y la privatización de la prestación de los servicios. El papel del FMI y del BM en el proceso fue decisivo. Así el FMI condicionó sus préstamos a la instrumentación de estas políticas, mientras que el BM asumió el papel de diseñador supranacional de las políticas de salud marginando a la OMS de este papel.

A grandes rasgos la reforma neoliberal en salud ha transitado por dos etapas, a veces sobrepuestas. La primera, lanzada con el informe del BM *Invertir en Salud* (Banco Mundial, 1993), postulaba que la salud es responsabilidad de los individuos al ser un ‘bien privado’ y ellos deben resolver sus necesidades a través del mercado o en la familia. El gobierno sólo debería proporcionar un paquete de servicios costo-efectivo y financiado con recursos públicos para los pobres así como responsabilizarse de la salud pública o los ‘bienes públicos’ de salud. A ello

se añadió la política de descentralización de los servicios públicos y distintas formas de autogestión de ellos. La segunda etapa, unida a la segunda Reforma del Estado (Ozlak, 1999), está centrada en el aseguramiento, la definición y establecimiento de costes de paquetes de servicios, la competencia y el subsidio público para respaldar el mercado. Este es el modelo hegemónico que hoy se conoce como la ‘Cobertura Universal de Salud’ (CUS). En ambas etapas se suprime la idea del derecho universal a la salud, vigente durante todo el periodo de la segunda posguerra, y tienen una fuerte orientación mercantilizadora y privatizadora. Se trata pues de abrir el sector salud a intereses privados para la generación de ganancias y acumulación de capital. En el texto se ejemplifican estas reformas con los casos de Chile, Colombia y México.

Los gobiernos progresistas rechazan esta política y su planteamiento básico es que la salud es un derecho universal, social y humano, que el estado está obligado a garantizar a todos por igual mediante un sistema público, único, solidario y redistributivo que en la literatura latinoamericana se denomina el Sistema Único de Salud –SUS. Sin embargo, la instrumentación de este modelo se da sobre sistemas de salud con diversas historias de constitución, con profundos vestigios de las reformas neoliberales y con sectores privados económica y políticamente poderosos. Para ejemplificar estas políticas se analizan a Brasil, Venezuela y Ecuador-Bolivia con mención a Argentina y El Salvador por sus condiciones particulares.

Es necesario advertir que los gobiernos progresistas de América Latina enfrentan actualmente una ofensiva para reintroducir sus países en el campo neoliberal. Esta constatación no niega que estos países tengan problemas pero la ofensiva tiene característica de una guerra de baja intensidad con elementos políticos y económicos.

2. Trayectoria de las reformas neoliberales

La reforma neoliberal de salud busca abrir este terreno a las ganancias privadas debido a su gran importancia económica al representar del 6 hasta 18% del PIB. Antes de la reforma, los sistemas de salud latinoamericanos fueron predominantemente públicos pero segmentados con tres subsistemas: el de seguro social laboral, público o cuasi-público²; el público del Ministerio de Salud para la población sin un seguro laboral y el privado.

La concepción subyacente en la reforma es separar las distintas funciones del sistema de salud: la regulación-modulación que correspondería al estado/gobierno; la administración de los fondos de salud y la compra de servicios que debería ser privada y/o pública y; la prestación, pública y/o privada, de servicios. Corresponde cercanamente al modelo de la gerencia regulada de Enthoven que frecuentemente se denomina *pluralismo estructurado* (Londoño y Frenk, 1997) en América Latina.

La separación de funciones es crucial por ser la condición necesaria para crear el mercado de salud y la competencia entre los administradores y entre los

² Por ejemplo, las Obras Sociales bajo conducción sindical.

prestadores. En este esquema el papel regulador del gobierno estaría enfocado a corregir las conocidísimas fallas del mercado de salud y evitar abusos de los administradores y prestadores como, por ejemplo, la selección adversa, la negación del servicio, el incumplimiento de los contratos entre administradores, prestadores y pacientes/clientes, etcétera. En vista de que este esquema, modelado a imagen del seguro privado, se centra en la atención médica del individuo, el gobierno asume las funciones de seguridad sanitaria y de salud pública o colectiva (Laurell, 2013a: 24-31). Paradójicamente el modelo asemeja al de los EUA a pesar de que se reconoce como el más caro y con menos resultados en salud.

El proceso específico de la reforma se distingue de un país a otro; sin embargo, el aseguramiento público y/o privado ha alcanzado cierta maduración como elemento básico de estas reformas. En el caso chileno (Tetelboin, 2003) se hizo obligatorio el seguro de salud con la ley de 1981 y se crearon dos sistemas paralelos de aseguramiento y prestación de servicios. El privado está conformado por las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) con distintos prestadores propios y el público con el FONASA (Fondo Nacional de Salud) y los prestadores públicos. Sin embargo, los sistemas se han entremezclado de manera creciente.

Colombia también legisló la obligatoriedad del seguro de salud en la *Ley 100* en 1993 (Hernández, 2003) que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) pero constituyó un fondo único, FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), que reparte el dinero a las administradores de fondos o EPS (Empresas Promotoras de Salud), privadas y públicas, que a su vez compran servicios para sus asegurados a prestadores privados o públicos.

En México (Laurell, 2013a) se ha adecuado el sistema de salud al modelo del *pluralismo estructurado* a través de reformas sucesivas. Se mantienen los institutos públicos de seguro social laboral³, obligatorio para la población asalariada, pero se reformaron en 1995/1997 y 2007. En 2003 se legisló un seguro público voluntario para la población sin seguro social laboral, el Seguro Popular, financiado con recursos fiscales y una prima de los asegurados. Adicionalmente se ha facilitado el aseguramiento privado, sea con seguros de gastos médicos mayores o aseguradoras privadas de salud así como la inclusión de los privados como prestadores al sector público.

2.1. Las reformas de salud y la lucha política

Las políticas sociales y de salud son parte de los proyectos políticos y expresan valores y visiones del mundo. Son por ello un campo de lucha política. Es entonces falsa la idea, promovida por la tecnocracia neoliberal, de que son cuestiones técnicas que deben resolverse por los expertos.

En Chile la reforma de salud formó parte del proyecto pinochetista de destrucción de los cambios estructurales introducidos por el gobierno socialista, pero tuvo un sentido ideológico especial al pretender suprimir el Servicio Nacional de Salud (SNS) iniciado por Allende en los años 50 del siglo pasado (Waitzkin, 2011: 44) y fortalecido durante su gobierno. Aunque los gremios médicos jugaron

³ El seguro social mexicano es público y sus principales instituciones son el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) para los trabajadores del sector privado y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados públicos.

un papel en el derrocamiento del gobierno constitucional, no apoyaron la reforma, plasmada en ley en 1981, por tener una orientación que favorecía a las aseguradoras y la empresa médica antes que a los médicos y sus gremios (Tetelboin, 2003).

La nueva estructura del sector salud desarticuló el SNS pero el sistema público sobrevivió con FONASA y los prestadores públicos, hoy llamado el Sistema Nacional de Seguridad Social (SNSS). Atiende además a la inmensa mayoría de los chilenos y tiene niveles de aceptación razonables en las encuestas de opinión. El sistema privado se consolidó rápidamente y sus dueños adquirieron gran poder económico y político. Con la transición democrática en 1988 y la llegada al gobierno de la *Concertación* se volvió a poner en la agenda la reforma de salud, particularmente a partir de 2000 con Lagos y luego con Bachelet como presidentes (FONASA, 2007). Durante su primera presidencia Bachelet, médica de profesión, incrementó el presupuesto público de salud e invirtió en infraestructura y personal. El cambio más conocido fue la introducción de las Garantías Explícitas de Salud (GES o AUGE) obligatorias en 2005 en ambos sistemas. Adicionalmente se fortaleció la regulación de las ISAPRE y se hizo más difícil seguir privatizando las ganancias y socializando las pérdidas. Sin embargo, no avanzó en la reestructuración del sistema para desmontar el sistema privado debido a su gran fuerza política. Esta estrategia política al parecer buscó el desplazamiento del sector privado al fortalecer y mejorar el sistema público.

La fragilidad de estas medidas se manifestó con el regreso de la derecha al gobierno, cuando el presidente Piñera propuso avanzar en la privatización subrogando los hospitales al sector privado; política que no alcanzó a aplicarse. Con la llegada de la *Nueva Mayoría* al gobierno con Bachelet como presidenta en 2014 se estableció una comisión presidencial (Comisión Asesora Presidencial, 2014) encargada de hacer una propuesta encaminada a hacer cambios especialmente en el sistema ISAPRE. Las propuestas parecen encaminadas a corregir múltiples problemas, incluyendo a la creciente judicialización, pero sin una reforma estructural a fondo.

La reforma del sistema de salud en la lucha política colombiana se inserta en los intentos de legitimar el gobierno ante un país convulsionado por la violencia y la creciente neoliberalización (Franco, 1999: 27-46). Después de la fracasada tentativa de pacificar el país con una nueva constitución con cierto perfil de garantías de ciudadanía social, se procedió a la plena instrumentación del proyecto neoliberal en salud con la *Ley 100* (Hernández, 2003). Formalizó el *pluralismo estructurado* y se presentó como la reforma que garantizaría la cobertura universal de la salud de todos los colombianos. La reforma ha tenido resonancia internacional porque cumple con los lineamientos neoliberales y parece corregir las fallas de la reforma chilena. Se ha presentado durante años por los organismos supranacionales como el caso exitoso a seguir, particularmente a raíz de su alta calificación de desempeño en el impugnado informe de la OMS en 2000 (Almeida et al, 2001).

En el escenario doméstico la reforma pronto se convirtió en una cuestión de alta conflictividad (Torres, 2013) con un claro perfil político. Durante los dos gobiernos de Álvaro Uribe (2002-2010) los actores privados en salud tuvieron un fuerte apoyo político y económico gubernamental mientras que los actores contrarios al

nuevo modelo (trabajadores de la salud, usuarios, ONG y académicos) fueron descalificados e incluso reprimidos.

Cuando la población descubrió todas las trabas burocráticas y la negación frecuente de servicios, recurrió al poder judicial invocando su derecho constitucional a la vida, y desde 1999 en adelante se presentaron más de un millón de tutelas o amparos de salud (Torres, 2015). La lucha se intensificó y amplió cuando Uribe declaró una emergencia social en 2008 por la quiebra del sistema que le permitiría legislar por decreto pero fue declarada inconstitucional. Actualmente la oposición a la reforma ha logrado avances importantes con su propuesta de ley (Franco, 2015).

El caso mexicano (Laurell, 2011) es paradigmático de la forma como las reformas neoliberales van avanzando. En vísperas de la crisis de la deuda externa el gobierno nacionalizó la banca asumiendo su deuda. En 1983 acordó con el FMI un préstamo puente condicionado a un severo ajuste fiscal que significó la caída del presupuesto público de salud en un 35% y la introducción de pagos en los servicios. La segunda ola de la crisis se presentó en 1987 con nuevos préstamos de rescate y otro ajuste fiscal con una nueva reducción del gasto público. Cuando el descontento popular llevó al candidato opositor progresista a triunfar en la elección presidencial en 1988, se impuso con un fraude a Carlos Salinas en la presidencia. Salinas inició la reconversión neoliberal a gran escala, intentó contrarrestar su falta de legitimidad con un discurso de “liberalismo social”, un programa de combate a la pobreza y cierta recuperación del presupuesto público para la salud y la educación.

El cambio estructural del sistema de salud fue inaugurado en 1995 después del tercer derrumbe de la economía mexicana. Como parte del acuerdo con el FMI el gobierno aceptó la “condicionalidad” para reformar el sistema público de salud, empezando por el IMSS, y abrirlo a administradores y prestadores privados así como garantizar crecientemente su presencia (Laurell, 1998). En un ambiente político de alta conflictividad esta reforma fue impugnada masivamente por diversos sectores sociales –trabajadores y altos ex-funcionarios del IMSS, académicos y ONG. Esto explica el hecho por el que no se instrumentó plenamente el *pluralismo estructurado* (Laurell, 2011).

Los nuevos gobiernos declaradamente de derecha (2000-2014) profundizaron la reforma neoliberal con la introducción del Seguro Popular en 2003 y una reforma del ISSSTE en 2007. Ambas reformas se convirtieron en conflictos políticos. El primero de ellos confrontó al gobierno federal con el gobierno de izquierdas de la ciudad de México que había iniciado un proceso de instrumentar otra reforma de salud para defender el derecho universal a la salud. La reforma del ISSSTE movilizó a cientos de miles de trabajadores públicos que impugnaron su constitucionalidad. A pesar de convertir la cobertura universal de salud en una de sus principales banderas políticas, el gobierno federal no propuso unificar el sistema de salud sino planteó tres ejes operativos para alcanzar la universalidad: la portabilidad del seguro con libertad de elección; la convergencia entre las instituciones de salud a través de protocolos de tratamiento y costeo de servicios; y el desarrollo del mercado de salud (Laurell, 2014). Al perder el partido de derecha la elección presidencial en 2014 su proyecto ha sido retomado por el nuevo gobierno neoliberal (Juan López et al, 2015) pero no ha concluido por desacuerdos internos y falta de recursos financieros.

2.2. El financiamiento

Según los economistas neoliberales el financiamiento es el problema principal del sistema de salud. Por ello la reforma se ha centrado en nuevas formas de financiar los servicios de salud donde una parte importante recae sobre los propios usuarios. Las reformas de Chile y Colombia hicieron obligatoria la cotización al seguro de salud. En ambos casos se puede además hacer aportaciones voluntarias al esquema básico que amplían los servicios cubiertos y dan mayor acceso.

En Chile se estableció una cotización del 7% sobre el salario o ingreso pagado exclusivamente por el trabajador, liberando al empleador de su anterior contribución (Comisión Asesora Presidencial, 2014: 47). Hay distintos tipos y niveles de co-pagos en los dos sistemas, por ejemplo para medicamentos y una serie de servicios lo que repercute en un nivel alto de gasto de bolsillo. Las ISAPRE cobran en promedio un 3% adicional sobre el ingreso y evaden clientes con baja cotización. Esto explica que concentren el 46% de la recaudación del sistema de salud pero sólo atiendan al 17% de la población. Alternativamente, ofrecen una cobertura baja de servicios o sumas aseguradas bajas o co-pagos altos. Paradójicamente el establecimiento de la obligatoriedad de las GES incrementó los ingresos de las ISAPRE al representar una proporción baja de sus atenciones pero con un monto fijo en su cálculo de la prima. Su gasto en administración y ventas corresponde al 17% y la ganancia promedio anual, de 2004 a 2013, fue el 44.5%, 18% o el 10.8% según el método de cálculo (Comisión Asesora Presidencial, 2014: 44-5). No se dispone del cálculos de las ganancias de los prestadores privados que generalmente no aceptan contratos con pago capitado.

El régimen de financiamiento del seguro de salud colombiano (ISAGS, 2012: 388) es un esquema supuestamente solidario y redistributivo. La cotización obligatoria es de 12.5% sobre el ingreso pero no puede ser menor a la que corresponde al salario mínimo. De esta cotización dos tercios corresponden al empleador y un tercio al trabajador. Todas las contribuciones se canalizan al FOSYGA que transfiere recursos a las EPS para sus afiliados y canaliza una parte a una subcuenta de solidaridad para financiar al régimen subsidiado que además recibe recursos fiscales por distintas vías. La aportación estatal al régimen subsidiado tiene un techo anual fijo.

En 2008 el presidente Uribe declaró la controvertida “emergencia social de salud” (Ardón et al, 2010) que reveló varias cuestiones de suma relevancia. El más obvio fue que el SGPSSS no disponía de suficientes recursos financieros y literalmente quebró a causa de sus enormes deudas con los prestadores, particularmente los públicos. Además se puso en evidencia una extensa corrupción y colusión que había facilitado fraudes y desvíos de muchos recursos, por ejemplo intervenciones no realizadas, falsificación de diagnósticos, etcétera (Morelli, 2012). La intención de la emergencia social fue autorizar al presidente legislar por decreto y subordinar el derecho a la salud a la disponibilidad de recursos financieros que dependía de las decisiones políticas del mismo gobierno. La tentativa fue desmontada por la Corte Constitucional que declaró la emergencia anticonstitucional.

En el caso mexicano supuestamente se uniformó el esquema de financiamiento con un modelo tripartita del seguro social público. Sin embargo, los esquemas son

diferentes para el seguro obligatorio de seguro social y el voluntario, es decir, el Seguro Popular. La aportación fiscal federal es la misma para todos los seguros y corresponde a 13.9% del salario mínimo ajustado por la inflación. En el IMSS se pasó de una cotización patronal proporcional al salario a una cuota fija con la reforma de 95/97 mientras que los trabajadores con 3 salarios mínimos o más pagan una cuota proporcional a su salario. Se cotiza además un exiguo 1.5% sobre la base salarial para atender a los jubilados que no cotizan. El esquema reformado ha contribuido a desfinanciar importantemente los servicios. En el ISSSTE tanto el empleador como el trabajador paga una aportación proporcional para el seguro de salud de 11.47% sobre el salario base aproximadamente en la proporción de dos a uno. El Seguro Popular recibe una cuota fija de recursos fiscales federales y otra variable, aparentemente alta pero en la práctica muy baja. La aportación fiscal de las entidades federativas es inestable y la prima de los asegurados casi no se aplica. Los seguros públicos están todos sub-financiados y los seguros privados, individuales o como prestación laboral, cubren menos del uno por ciento de la población (Gutiérrez et al, 2012: 35).

Resulta interesante constatar que los nuevos esquemas de financiamiento no han cumplido con su cometido y, en cambio, han contribuido a encarecer los gastos de transacción y son susceptibles a distintas formas de fraudes y desvíos de recursos particularmente en las transacciones privadas. Sin embargo su gran ventaja desde el punto de vista neoliberal es que son un mecanismo para garantizar el mercado con recursos públicos; problema que la primera reforma no resolvió.

Es complejo conocer la proporción del PIB dedicado a salud y su distribución entre el gasto público y privado por problemas de las formas de cálculo tanto del PIB (Piketty, 2014) como del gasto en salud que ambas están cambiando a raíz de las reformas neoliberales⁴. Sin embargo todos los países aquí analizados han incrementado moderadamente el gasto público en salud pero una parte importante ha sido absorbida por el costo de transacción o canalizada a los seguros privados.

2.3. Cobertura y acceso

En los discursos y la literatura dominantes se confunde sistemáticamente cobertura con acceso a los servicios. Es decir, se insinúa que los asegurados tienen acceso a los servicios requeridos. Los datos de “cobertura” son además tramposos porque sólo se refieren al aseguramiento, ocultando que la población no-asegurada antes tuvo acceso a los servicios del ministerio de salud. Esto es particularmente notable en el debate actual sobre la Cobertura Universal de Salud (Heredia et. al, 2014). Es por tanto importante distinguir entre cobertura de un seguro, su cobertura de servicios y el acceso real a los servicios aún teniendo derecho a ellos.

Cobertura de aseguramiento

Ninguno de los países aquí analizados ha logrado la cobertura universal de un seguro de salud, si por universal se entiende para todos sin excepción. En Colombia (ISAGS, 2012: 377) un 12.3% carece de un seguro y la inclusión ha sido

⁴ Conceptualmente la obligatoriedad convierte la cotización en un impuesto, hecho que se refleja en que se clasifica como gasto público.

lenta. En 2000 sólo el 60% tenía un seguro, 31% del régimen contributivo y el 29% régimen subsidiado. En el período 2004 a 2010 la cobertura creció, particularmente el régimen subsidiado que alcanzó a casi la mitad de la población. O sea, el crecimiento principal se dio con recursos fiscales. En México el 18.2% de la población, es decir alrededor de 22 millones, carecía de cualquier tipo de seguro en 2014 (CONEVAL, 2015:19), a pesar de que el gobierno sostenía que la cobertura era universal. Esto se debe a un importante sobre registro administrativo de afiliados (Laurell, 2015a). El proceso ha sido semejante al colombiano puesto que el incremento del aseguramiento se debe a la inscripción al Seguro Popular de la población antes atendida por el gobierno en sus instalaciones. Incluso en términos porcentuales ha bajado la población adscrita al seguro social laboral. Chile es el país más cercano al aseguramiento universal con sólo el 3% no asegurado y con un 77% en el sistema público (Comisión Asesora Presidencial: 20, 25).

Acceso a los servicios requeridos

El principal obstáculo al acceso del modelo asegurador es que implica la definición y costeo de paquetes explícitos de servicios y los servicios excluidos son pagados por el paciente. Es decir, la cobertura de servicios depende del pago realizado, sea al asegurador, como co-pago o directamente al prestador de servicios. El resultado es niveles de inequidad considerables entre los asegurados de distintos tipos de seguros. A ello se añaden las barreras geográficas, burocráticas y culturales.

La reforma chilena es ilustrativa de muchos de los problemas inherentes al modelo que persisten a pesar de múltiples intentos de corregirlos (Comisión Asesora Presidencial, 2014). El sistema de salud presenta además una estructura muy compleja con modalidades y cobertura de atención variadas y se complejiza más con cada intento de hacerlo más justo, equitativo y regulado. A pesar de que el sistema público es el más importante por la población asegurada y por la obligatoriedad del seguro de salud, el sector privado impone su lógica a todo el sistema. Ocurre porque, por un lado, las ISAPRE acaparan casi la mitad del presupuesto y obligan a mantener la compra/venta de servicios. Por el otro, el FONASA contrata crecientemente prestadores de servicios privados por la carencia de prestadores propios, provocada entre otras cosas por su bajo presupuesto para inversión en infraestructura y en contratación de personal. Además, los prestadores privados, hoy ejecutores del 45% de los servicios, han crecido al amparo del modelo asegurador que les garantiza el pago de sus servicios.

Hay una gran variedad de esquemas de aseguramiento directamente relacionados con el monto cotizado o los subsidios, que dan acceso a distintos servicios y prestadores. El establecimiento de las GES, actualmente de 69 eventos, deben estar en todos los esquemas y atendidas en un lapso perentorio. Han aumentado la atención en el sector privado y retrasado la atención de otros padecimientos en el sector público. Aun entre los asegurados por el FONASA existen diferencias entre la modalidad básica y la modalidad de libre elección. Las ISAPRE ofrecen unos 12,000 distintos planes y tienen más de 3,000 códigos de prestaciones. Esto facilita diferentes maniobras para optimizar las ganancias. Por ejemplo, hay planes de topes de gasto bajos o co-pagos altos que puede impedir la atención por razones económicas o la búsqueda de atención en el sector público sin cotizar al FONASA. Otro es el uso fraudulento de códigos de alto costo por parte

de los prestadores, práctica documentada en sistemas semejantes (Dahlgren, 2014). A esto hay que añadir una clara selección adversa realizada por las ISAPRE que eligen como asegurados a la población de bajo riesgo de enfermar, básicamente hombres sanos en edad productiva. De esta manera el sistema público ha sido utilizado para transferir subsidios regresivos al privado. Aunque en principio el sistema público se adhiere a la Atención Primaria en Salud con redes de atención, este modelo no puede funcionar de cara a la maraña de decisiones individuales. Adicionalmente este arreglo institucional encuentra grandes dificultades para realizar las acciones de salud pública adecuadamente.

En Colombia (Torres, 2008) el acceso a los servicios está igualmente condicionada por el arreglo institucional que la reforma impone. La existencia de dos distintos paquetes básicos de servicios, el POS-Contributivo (POS-C) y el POS-Subsidiado (POS-S), significa de entrada inequidades estructurales. Así el POS-C incluye, en principio, la atención en los tres niveles de atención y los medicamentos pero tiene co-pagos y cuotas moderadoras. El POS-S sólo cubre el primer nivel y, en principio, los tres niveles para mujeres embarazadas y niños y algunos padecimientos de gasto catastrófico así como una lista de medicamentos genéricos. También tiene co-pagos. Los servicios públicos descentralizados están a cargo de la población no-asegurada.

El mecanismo de asignar los cupos para la inclusión en el esquema subsidiado, basado en un patrón general de familias pobres (SISBEN) manejado por los municipios, tiende a estratificar de otra forma la inclusión-exclusión. Así muchos pobres quedan excluidos de la atención porque no están en el SISBEN y no pueden pagar al régimen contributivo. A ello se añade que ha habido una política consistente de favorecer a las EPS privadas a tal grado que hoy sólo hay cuatro públicas, todas en el régimen subsidiado, versus 60 privadas (ISAGS, 2012: 366). Además los procedimientos burocráticos han prolongado la espera y dificultado enormemente el acceso. A raíz de ello se ha cuñado el concepto de “el paseo de la muerte” aludiendo a la búsqueda de atención, sea en situaciones de urgencias o esperando la autorización de la atención. La negación de la atención ha judicializado en extremo el ámbito de la salud por la violación del derecho a la vida.

El acceso a los servicios también se ha dificultado por el debilitamiento de los servicios públicos que incluso ha incluido la venta de hospitales y otros activos con despido masivo de personal. Como regla general los servicios privados tienen prioridad de pago y, en una situación de insuficientes recursos, se retrasa el pago a los prestadores públicos. Estos servicios han estado expuestos a la competencia desleal ya que no pueden, en primera instancia, bajar costos con los mismos mecanismos que los privados como por ejemplo el empleo precario, el pago a destajo, la falta de prestaciones, etcétera. Esta situación se ha agravado año con año y actualmente las condiciones de trabajo para la gran mayoría de los trabajadores de la salud son precarias; situación que repercute en la calidad de la atención.

El acceso a los servicios en México depende del régimen al cual se pertenece y es muy inequitativo (Laurell, 2013a). El Seguro Popular (SP) cubre un paquete explícito de servicios, CAUSES, de 285 intervenciones y algunos padecimientos de alto costo con medicamentos e insumos. Deja fuera a la mayoría de los padecimientos caros de los mayores de 18 años, entre ellos a algunas de las causas

de muerte más comunes como la mayoría de los cánceres en adultos, infarto de corazón en mayores de 60 años, accidente cerebral vascular, traumatismos graves, trasplantes de riñón, etcétera. En contraste, los institutos de seguro social cubren todo y sólo definen algunas pocas excepciones como la cirugía estética. Se calcula que el paquete del Seguro Popular a lo mucho corresponde al 20% de los servicios ofrecidos por el seguro social laboral (Muñoz, 2012). En 2007 se estableció un paquete especial y bastante amplio para los niños nacidos a partir de esta fecha. Por otra parte, hay discriminación dentro de los servicios públicos ya que los asegurados del SP tienen un trato preferencial respecto a otros usuarios. Se añade a esta inequidad el hecho de que no se haya acompañado la ampliación del aseguramiento con la inversión en infraestructura y personal, particularmente en el subsistema para la población del SP que de entrada era deficitario en estos rubros. Se está contratando más personal con recursos del SP pero con condiciones laborales precarias. La inversión también ha sido baja en el subsistema de seguro social pero en menor grado. Esto se traduce en dificultades de acceso y largos tiempos de espera que han empujado a la población a buscar servicios privados siempre y cuando los pueda pagar. El acceso oportuno a los servicios está así determinada por la condición económica de la persona. Aún así el 83% de la atención hospitalaria y el 61% de las consultas se dan en las instituciones públicas (Gutiérrez et al, 2012). El acceso es además geográficamente muy desigual y las entidades federativas más pobres no están en condiciones de ofrecer el paquete legalmente establecido (Lakin, 2010). Al igual que los otros casos nacionales revisados el modelo de atención está centrado en la atención a la persona y los incentivos se pagan por este tipo de atención, lo que ha debilitado las acciones de salud pública y colectiva a pesar de que el subsistema de atención a la población abierta está organizado territorialmente precisamente para poder seguir y atender estas acciones.

3. La salud en los gobiernos progresistas

Los “gobiernos progresistas” han tenido, esquemáticamente, dos distintas trayectorias históricas. En Brasil, Uruguay y Argentina, entre otros, las dictaduras fueron derrotadas y, posteriormente, se eligieron gobiernos progresistas. En Venezuela, Bolivia y Ecuador, estos gobiernos surgieron de rebeliones contra el neoliberalismo que desembocaron en una nueva constitucionalidad y elecciones democráticas que llevaron al gobierno a las fuerzas sociales emergentes que han dado lugar, propiamente hablando, a “Estados en transición” (García Linera, 2013). Todos son entonces Estados Sociales Democráticos aunque su proyecto de nación puede variar. Por ejemplo Venezuela es explícitamente socialista, Bolivia y Ecuador estados plurinacionales con raíces profundas en el mundo indígena que introdujeron en sus nuevas constituciones el concepto del *Buen Vivir* o *Sumak kawsay* con implicaciones importantes para salud.

Surgen todos de una intensa lucha política, con grandes movilizaciones populares y una participación social activa y sostenida. En el centro de su agenda está la cuestión social y la política social, incluyendo a la de salud. Parten de la idea de la salud como derecho social y humano y la obligación del Estado de

garantizarlo a toda la población. Para ello se proponen hacer una política de salud universal, solidaria, redistributiva y gratuita basada en instituciones públicas. Su paradigma es el Sistema Único de Salud (SUS) propio de un Estado Social. Esta política de salud ha sido un elemento de la gran aceptación de estos gobiernos. Sin embargo, sus sistemas de salud han tenido trayectorias históricas diversas lo que se traduce en distintas conformaciones y problemas (Laurell, 2014).

3.1. La salud en la lucha política

Aparte de Cuba, Brasil fue el país pionero en plantear el derecho universal de la salud como obligación del Estado. El llamado movimiento sanitario, compuesto por académicos, trabajadores de la salud y partidos de izquierda, se articuló durante la lucha contra la dictadura. Elaboró un planteamiento claro y lo promovió masivamente en todo el país y llevó a la Asamblea Constituyente una propuesta consensuada con apoyo social y político. Su propuesta constitucional de la salud como derecho y obligación del Estado y el SUS descentralizado a los municipios fue incluida en la nueva constitución en 1988. Sin embargo, la fuerza del sector privado llevó a una negociación legislativa que estableció a este sector como complementario al público (Cohn, 2008). La estrategia adoptada por el movimiento sanitario de ocupar puestos en el gobierno aún siendo éste de corte conservador-neoliberal resultó exitosa. Permitió empezar a construir infraestructura sanitaria pública, que era casi inexistente; sin embargo, los seguros y las prestaciones privadas de servicios seguían siendo importantes.

La conquista del gobierno por el Partido de los Trabajadores (PT) en 2003 parecía ser la ocasión propicia para expandir y fortalecer el SUS, pero se privilegió el programa *Bolsa Familia*⁵ por encima de salud así como un incremento generalizado de los salarios. En este contexto el sector salud perdió la puja distributiva y, a pesar de formas diversas de recaudación de fondos públicos y legislaciones específicas, el SUS siguió estando sub-financiado. Otra problemática fue la descentralización a los municipios, en muchos casos pequeños, que no podían sustentar la prestación de los servicios complejos. Ambas situaciones han abonado a la idea de que el SUS es para los pobres, impulsado con ello el aseguramiento privado e incrementado el poder del complejo asegurador-prestador privado.

Varios autores han señalado que la paradoja y principal obstáculo al fortalecimiento del SUS es que los grandes sindicatos y la alta burocracia pública han negociado seguros de salud privados (Cohn, 2008; Ocké-Reis, 2012). Es decir, los que deberían ser la base social y política del SUS lo han abandonado. No han visualizado que la lucha por el SUS es una lucha por la igualdad y la solidaridad sino que perciben a la salud como un bien de consumo y no como un derecho universal y de ciudadanía social (Salm y Bahia, 2013). El poderío del sector privado y la importancia económica del sector salud poco a poco se han hecho presentes; hecho que se ilustra por la decisión de la actual presidenta de abrir todavía más el sector salud a la inversión privada, nacional y extranjera, como

⁵ Bolsa Familia es un programa de transferencia de renta no condicionada.

palanca de desarrollo económico (CEBES, 2015). La salud que ha sido una política legitimadora de los gobiernos progresistas se ha convertido de esta manera en un elemento de deslegitimación, ha sido impugnada en la calle por cientos de miles de ciudadanos y ha sido aprovechada por el gran capital para incrementar su poder y por los opositores políticos para desprestigiar al gobierno.

La rebelión popular venezolana condujo al país a la Asamblea Nacional Constituyente en 1999, que incluyó en la nueva constitución a la salud como un derecho social y la obligación del Estado de garantizarlo, a través de un sistema nacional público de salud descentralizado y participativo, financiado con recursos públicos y bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad (Feo y Siqueira, 2004). Ante la resistencia de los médicos a trabajar en las zonas pobres, urbanas y rurales, el presidente Chávez inició el programa *Misión Barrio Adentro* que se formalizó en 2003 (Armada et al, 2009). El programa se desarrolló bajo un convenio con Cuba y con la participación masiva de la población rural y de los barrios urbanos pobres. Esta política ha conferido gran legitimidad al gobierno ya que amplió enormemente el acceso a los servicios de salud de calidad. Contribuyó además a construir el poder popular en este ámbito.

Aunque muy exitosa, esta política se ha enfrentado a algunos a problemas. No se ha podido integrar definitivamente en un sistema público, único, de calidad y redes de servicios adecuados; problema que además se agudiza debido a los cambios constantes de los ministros de salud. Otro obstáculo es que algunos sindicatos y empresas estatales ha conservado como privilegio seguros de gastos médicos pagados principalmente con fondos públicos (Melo, 2014). Así un 28% de la población se atiende en los servicios de salud privados y el 75% de los ingresos de los prestadores privados proviene del erario público.

En la actual situación de polarización política, la oposición ha aprovechado las fallas e inconsistencias del sistema público para deslegitimar al gobierno sosteniendo que es incapaz de ofrecer adecuadamente los servicios de salud. Uno de sus argumentos es el desabastecimiento de medicamentos que parece deberse a su ocultamiento en el marco de la guerra económica y distintas formas de obstrucción de algunos médicos opositores.

El gobierno argentino ha articulado una política de salud que evita desafiar el seguro social en manos de los grandes sindicatos (Obras Sociales/OS) y adaptarse a la profunda descentralización resultado de las reformas neoliberales de los años 90. El Plan Federal de Salud (ISAGS, 2012: 77) considera la salud como un derecho universal humano tutelado y como parte de la “cuestión social” y reconoce el papel del Estado como instrumento redistributivo para disminuir las desigualdades socio-económicas. La estrategia política ha estado orientada a promover programas como la gratuidad de medicamentos (REMEDIAR) y un conjunto de leyes como la de Salud Mental de 2010, la de Regulación de Prepagas en 2011 y la de Producción Pública de Medicamentos, reglamentada en 2014 (Stolkiner et al, 2011). Así mismo ha fusionado los servicios de salud de las OS de las fuerzas armadas, poniendo a disposición del Ministerio de Salud la capacidad de atención sobrante para la población sin seguro social. Estas acciones han abonado a la popularidad del gobierno y fortalecido el sistema público. Además el gobierno ha evitado enfrentarse con las OS cuyo poder político y económico creció enormemente con la reforma neoliberal y que se aliaron con los prestadores privados para atender a una

parte importante de sus afiliados. Las OS funcionan en la práctica como aseguradores privados y disponen de las aportaciones obligatorias del seguro social.

La construcción del SUS es un terreno de alta conflictividad política también en Bolivia. El centro del conflicto es el seguro social público laboral que abarca principalmente a los funcionarios públicos. Ha sido un ámbito de discordia entre la central sindical y el gobierno apoyado por los grandes movimientos sociales – indígenas, campesinas y de mujeres – que a raíz de las reformas neoliberales sólo tuvieron acceso a paquetes mínimos bancomundialistas.

3.2. Cobertura y acceso

El tema de cobertura y acceso es el mismo para los gobiernos progresistas. De su planteamiento de un sistema público y único de salud se sigue que haya en principio cobertura universal para toda la población. O sea, el tema de la cobertura ha sido introducido por aquellos que promueven el aseguramiento en salud como única vía de acceder a los servicios o a la financiación. Los problemas son entonces: ¿qué obstáculos al acceso existen?, ¿cómo puede una parte de la población franquear estos obstáculos con dinero? y ¿cuál es el papel de los seguros/prestación privada en la generación de inequidad entre grupos de la población?.

El caso brasileño resulta aleccionador por varias razones. A diferencia de otros países latinoamericanos y antes de la nueva constitución de 1988, el Ministerio de Salud sólo se encargaba de asuntos de salud pública y seguridad sanitaria y la vía de acceso a los servicios médicos fue el seguro social. El seguro social era eso, un seguro, casi sin servicios propios por lo que contrataba la atención médica con el sector privado. El SUS ha realizado una tarea de construcción de un tejido institucional, física, humana y organizativamente, muy importante (Laurell, 2013a). Tiene actualmente 64 mil unidades de atención primaria y 5,900 hospitales acreditados. Esto ha permitido que la cobertura de servicios de salud pasase de 30 millones a 190 millones de personas con la implantación del SUS y el 98% de la población accedió a los servicios al momento de buscarlos. La construcción del SUS abrió así el acceso a los servicios a la parte mayoritaria de la población que anteriormente carecía de ellos. Por ello su popularidad.

Sin embargo el sector privado asegurador ha aprovechado la universalidad excluyendo de sus esquemas de cobertura a los padecimientos más costosos mandando a los pacientes al sector público. Es decir, ha desarrollado una típica selección adversa imponiendo un subsidio cruzado regresivo para el sector público. La alta cobertura con un seguro privado, un 25% de la población, también se explica por el crecimiento de esquemas de aseguramiento limitados, que permiten acceder a los servicios privados para evitar los tiempos de espera en el SUS, particularmente en las grandes ciudades con una oferta privada importante. El gran tema de debate es actualmente la necesidad de cerrar la sangría de recursos públicos hacia el sector privado con regulación, y descongelar los techos de recursos públicos establecidos para consolidar el SUS, problemas que se ha agudizado con la actual política de austeridad. Debe subrayarse empero que es una problemática que involucra a los sectores medios y a la nueva “clase media” antes que a las grandes masas populares que exigen más recursos para salud, o sea, para el SUS (Salm y Bahía, 2013).

Un segundo problema tiene que ver con el congelamiento de empleo en el sector público que ha incrementado la subcontratación de servicios con fundaciones de interés público, pero de índole privada que extraen recursos del erario público y pueden generar ventajas económicas importantes a sus directivos (Cohn, 2010). Por último, la descentralización al nivel municipal funciona en los grandes municipios pero resulta inmanejable en los pequeños que sólo pueden ofrecer la atención de medicina familiar. A fin de enfrentar el problema se han desarrollado distintos tipos de asociación para crear redes de atención entre los municipios (Nogueira, 2010), pero siguen teniendo problemas por el insuficiente financiamiento público.

La política de salud chavista y *Barrio Adentro* (BA) incrementó drásticamente el acceso a servicios de calidad en Venezuela, particularmente para la población anteriormente carente de servicios (Armada et al., 2009). Así dio acceso a 17 millones de personas (57% de la población) que carecían de ellos. Esto fue posible por una rápida ampliación y fortalecimiento de la infraestructura de salud y la participación protagónica de los pobladores. Así BA contaba en 2009 con 6,708 consultorios populares y ha incrementado la complejidad de la atención con 600 Centros Integrales de Diagnóstico, 21 Centros de Alta Tecnología y 545 Salas de Rehabilitación Integral (Ministerio del Poder Popular en Salud, 2010: 207) organizados en redes de servicios. Destacan especialmente las Salas de Rehabilitación que se desarrollaron a sugerencia de la población. Otro acierto es la formación en el nuevo modelo atención de 14,000 médicos integrales-comunitarios venezolanos y con un compromiso con sus comunidades para disponer de médicos propios cuando los internacionalistas cubanos se retiren (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2014).

Está en proceso de integración los servicios de BA, los tradicionales del ministerio de salud y los del seguro social pero todavía no concluye y existen algunas ambigüedades en la Constitución respecto a que instancia debe hacerse cargo de la prestación de los servicios de salud. El Instituto Venezolano de Seguridad Social (IVSS) sigue prestando servicios a un 17% de la población a pesar de que represente una cobertura doble (ISAGS, 2012: 42). A esta doble cobertura entre IVSS y *Barrio Adentro* se añaden los seguros médicos privados a través de los cuales se atiende a un 12% de la población.

Los procesos de Bolivia y Ecuador son más recientes y es prematuro sacar conclusiones en relación con el impacto de la introducción en sus Constituciones del derecho a la salud como obligación del Estado. En ambos casos existen sistemas de salud segmentados, fragmentados y parchados con niveles altos de desconcentración y descentralización de la prestación de los servicios. Hay tensiones grandes entre los distintos subsistemas e inequidades notables entre los municipios pobres y los más prósperos. Aún así por ejemplo Ecuador está haciendo un esfuerzo grande de fortalecimiento de la infraestructura pública (ISAGS, 2012: 455). De igual importancia fue la decisión de introducir la gratuidad de la atención y los medicamentos en los servicios públicos así como la creación de un programa de protección social para enfermedades catastróficas.

En Bolivia es de resaltar que la constitución de una estado plurinacional se expresa en el ámbito de salud en la adopción del concepto del *Buen Vivir* y la

incorporación de la medicina popular e indígena que no sólo tiene profundas raíces sino además atiende a amplias capas populares.

3.3. Gasto social y gasto en salud

Caracteriza a los gobiernos progresistas sus políticas de redistribución de la riqueza nacional a favor de la población mayoritaria. Es necesario ver el financiamiento público a la salud en el contexto del enorme espectro de necesidades sociales insatisfechas: alimentación, vestido, educación, vivienda, etcétera. Es decir, hay que entender cómo se han trazado estrategias y fijado prioridades sociales. Es además preciso subrayar la diferencia entre el combate a la pobreza bancomundialista y la satisfacción tendencialmente universal de necesidades sociales en la concepción de los gobiernos progresistas. Instrumentan una política social considerando sus dos ejes básicos, o sea, el ingreso y el empleo por un lado, y los servicios y beneficios sociales por el otro.

La palanca principal para incrementar los ingresos estatales ha sido la reapropiación de la renta de los recursos naturales de la nación, anteriormente expropiada por los grandes consorcios transnacionales. Brasil es casi el único país que ha incrementado sus ingresos por vía de los impuestos progresivos aunque actualmente otros, por ejemplo Ecuador, están transitando por este camino para enfrentar la caída de los precios de las materias primas.

En Venezuela la movilización de recursos se hizo a raíz de la nueva ley de hidrocarburos, recursos que se canalizan por la empresa estatal petrolera o por un fondo especial para el desarrollo. Así la inversión social del periodo chavista (1999-2012) se incrementó en 770% respecto al periodo 1984 -1998 y el gasto social como proporción del PIB aumentó del 8% en 1998 a alrededor del 20% en 2007 (Alponte, 2010). La reapropiación de la renta también ha permitido a Ecuador y Bolivia incrementar su gasto social. En el caso boliviano se ha priorizado el incremento del salario mínimo y la transferencia de renta, por ejemplo, a los adultos mayores mientras que en Ecuador una parte ha ido a salud.

En Brasil el gasto social incrementó del 19.2% en 1995 al 25.2% del PIB en 2010 y el gasto social federal per cápita incrementó en un 60% entre 2003 y 2010 (Castro, 2013). La parte principal de este gasto, el 53%, se dedica a las transferencias de renta y 43% a bienes y servicios. El impacto redistributivo de este gasto, incluyendo el gasto público en salud, es particularmente importante para la población de menos recursos, reduciéndose de esta manera las desigualdades aunque no suficientemente. En cuanto al eje ingreso/empleo (Fonseca y Fagnani, 2013: 16) se crearon 20 millones de empleos formales entre 2003 y 2010 y el desempleo bajó de 12.3 a 5.5%. Así mismo el salario mínimo tuvo un incremento del 70% por encima de la inflación en el mismo periodo.

Argentina, Ecuador, Bolivia y El Salvador también han incrementado el ritmo de crecimiento de su gasto social a partir de la llegada al gobierno de las fuerzas progresistas (CEPAL, 2012: 41). Este incremento y la orientación de las políticas social y económica se expresa en una caída de la pobreza y la indigencia. Sobresale Argentina donde la pobreza bajó de 35% a 5.7% y la indigencia de 15% al 1.9% entre 2004 y 2011. En Bolivia la pobreza bajó de 62.4% a 42.4% y la indigencia de 37.1% a 22.4% entre 2002 y 2010 mientras que en Ecuador el porcentaje de

población pobre pasó de 49 a 32.4 y el porcentaje de indigencia de 19.4 a 10.4 entre 2002 y 2011. Estos datos son importantes para apreciar los cambios en las condiciones de vida y bienestar de la población que son determinantes de la salud y de una vida digna.

El presupuesto público de la salud en los países analizados ha tendido a aumentar con los gobiernos progresistas pero a veces menos que en otros del ámbito social. Por otro lado, la dependencia de los recursos fiscales significa que son frágiles en coyunturas de desaceleración o recesivas. Aunque el gasto público en salud como porcentaje del PIB de algunos de los países es bajo, ha habido un incremento en el gasto público per cápita muy importante (Laurell, 2014). Así entre 2002 y 2013 el gasto público per cápita creció en Argentina un 473%, en Brasil un 441% y en Ecuador 356%. El caso de Bolivia, con un crecimiento de un 191%, parece explicarse por la priorización de otros ámbitos de la política social. Estos aumentos son considerablemente más importantes que los de los países con gobiernos neoliberales con un promedio de crecimiento de la mitad de los progresistas. No hay datos comparables para Venezuela debido a la administración de los recursos para salud por los distintos fondos especiales.

El reto actual para estos gobiernos es transitar de la dependencia de los ingresos estatales de las materias primas a incrementar sus ingresos por la vía de los impuestos progresivos y no de los impuestos sobre el consumo que son regresivos. Esta tarea involucra problemas de legitimidad política y es susceptible a ser atacada por la oposición neoliberal.

4. Condiciones de salud en las reformas

Es problemático establecer una relación directa entre las reformas de salud y su impacto en las condiciones de salud por varias razones. La primera es que las condiciones de salud tienen una determinación socio-económica que se deriva de la estructura social (Comisión sobre Determinantes sociales, 2008). Una segunda es que el impacto en la salud no siempre se revela inmediatamente y pueden transcurrir lapsos variados antes de que se manifieste, particularmente en los padecimientos crónico-degenerativos. Una tercera es que la cultura de salud varía de un país a otro y pueden sobrevivir cambios en el sistema de salud para bien de la población. Adicionalmente es posible hacer intervenciones dirigidas a objetivos específicos que cambien indicadores establecidos, por ejemplo la mortalidad infantil, sin que mejoren las condiciones de salud.

Dicho esto es interesante recordar los hallazgos de una revisión sistemática de estudios sobre el impacto de los esquemas de cobertura universal, basada en el aseguramiento, en países en desarrollo realizado por el Banco Mundial (Giedion et al, 2013). Una de sus conclusiones es que no se observa un impacto unívoco de estos esquemas sobre las condiciones de salud; cuestión que los autores explican argumentando que no fue su propósito siendo una reforma financiera (sic).

Un ámbito donde hay un impacto directo del nuevo arreglo institucional neoliberal con su énfasis en la atención médica del individuo es sobre la salud pública y poblacional. En Colombia llevó al resurgimiento de malaria, un incremento en la TB, una baja en la cobertura de vacunación así como la

desaceleración de la esperanza de vida medida en AVISA al instrumentarse el nuevo modelo (Unger et al, 2006; Martínez, 2013). Otro ámbito de salud pública que se ha visto afectada por la reforma se refiere al incremento de los embarazos adolescentes tanto en México como en Colombia, probablemente a raíz del debilitamiento del modelo de atención territorializada.

Colombia y México han sufrido una epidemia de violencia homicida que coincide con la instrumentación de los proyectos neoliberales (Franco.1999; González-Pérez et al, 2012). Se puede argumentar que este fenómeno se debe a complejos procesos socio-económicos y políticos (Laurell, 2015b) pero es tan severo que ha llevado a una reversión de la esperanza de vida masculina en México donde también ha incrementado el suicido. O sea, la violencia es un problema de primer orden de salud pública. Debe señalarse que el tratamiento de traumatismos graves no está incluido en el Seguro Popular en México y tampoco en el POS-S en Colombia.

El incremento explosivo de algunas enfermedades en Latinoamérica como la obesidad/sobrepeso, la diabetes y el infarto de corazón se comparte con el resto del mundo. Aunque de nuevo se trata de padecimientos de una determinación compleja deben verse a la luz de los nuevos patrones de consumo y el estrés crónico que no son ajenos a la reestructuración neoliberal (Laurell, 2015b). Para evaluar el impacto de las reformas de salud se puede referir algunos datos de México. Es notable que el IMSS tenga resultados mucho mejores que entre la población atendida por el Seguro Popular en todas las enfermedades crónico-degenerativas tanto en las acciones preventivas y de control como en la mortalidad (IMSS, 2015: 141-50). Es decir el incremento en la cobertura del aseguramiento no se refleja en las condiciones de salud.

Las reformas progresistas abarcan todo el ámbito social y no sólo la de la salud. Como se ha visto anteriormente han tenido un impacto extenso sobre el bienestar social con un decremento de la pobreza, el desempleo y la desigualdad. Además han permitido fortalecer el tejido sanitario territorial y garantizar la cobertura de las acciones de salud pública y colectiva. Esto es particularmente importante en los países con un rezago grave de salud como son por ejemplo Bolivia donde la mortalidad en menores de 5 años bajo el 46% entre 2005 y 2013. Por otra parte, el fortalecimiento territorial del tejido institucional ha facilitado la disminución de la diferencia de mortalidad entre regiones. Por ejemplo en Brasil la brecha de mortalidad infantil entre la región más próspera y la más pobre bajó de 2.7 veces a 1.9 veces entre 1990 y 2007 (Laurell, 2013b).

Por otro lado este arreglo institucional ha permitido mejorar los registros administrativos que en ocasiones genera un efecto paradójico con aumentos de morbi-mortalidad a pesar de las mejoras reales en salud. Esto pone de manifiesto uno de los problemas de hacer comparaciones entre países y a lo largo del tiempo.

5. Algunas conclusiones

El análisis de las reformas de salud en América Latina permite comparar dos vías distintas de conceptualizar y organizar los servicios de salud, el modelo asegurador-mercantilizador y el modelo del sistema único y público de salud. Estas

reformas guardan relación directa con valores sociales y concepciones estructuradas sobre cómo llevar adelante el desarrollo económico y social de una sociedad: la neoclásica-neoliberal y la del Estado Social. Con excepción de Cuba todos los países latinoamericanos han experimentado procesos de ajuste estructural. Algunos permanecen en esta vía y otros ha cambiada su rumbo a raíz de la movilización popular masiva y sostenida contra sus efectos sociales y políticas llevando al gobierno a las fuerzas progresistas.

Los países que han instrumentado el modelo asegurador-mercantilizador, ejemplificados por Chile, Colombia y México, no han cumplido sus propósitos de cobertura universal, acceso equitativo a los servicios de salud requeridos y mejoramiento de las condiciones de salud. En cambio, han abierto la salud como un ámbito de generación de ganancias de los aseguradores y prestadores privados de salud. No inesperadamente ha sido un campo propicio del florecimiento de las prácticas perversas de las fallas del mercado, señaladas desde hace mucho tiempo por los economistas de salud. Además se han presentado fraudes y tráfico de influencia que en el caso colombiano han abonado a su quiebra. Sin embargo, una vez establecido y fortalecido política- y económicamente este modelo es muy complejo sustituirlo con un modelo público, universalista, redistributivo y equitativo.

Los países que han transitado al modelo del Estado Social, o sea, la obligación del estado de garantizar el derecho a la salud a través de un sistema único y público de salud, universal, redistributivo, equitativo y financiado con recursos fiscales, han hecho una labor de expansión amplia de los servicios y han incorporado millones de personas a sus beneficios. Esta política de salud se inscribe en una política social comprensiva que tiene dos ejes, el de ingreso/empleo y el de servicios y beneficios sociales. Así a la vez que se amplía el acceso a los servicios de salud también se está actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Este modelo, sin embargo, está enfrentando problemas en su implantación que tienen que ver con la estructura y relaciones de poder en el anterior sistema de salud.

La “Gran Recesión” y la baja de precios de las materias primas están afectando a los gobiernos progresistas de América Latina que además están enfrentando una ofensiva política y económica con rasgos de una guerra de baja intensidad. Las fuerzas transnacionales, por así decirlo, les están aplicando la pedagogía de la subordinación al proyecto neoliberal global al igual que en Europa.

6. Bibliografía

- Almeida, C. et al. (2001). “Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000”. *Lancet* 357: 1692–97.
- Alponte, C. (2010). “El gasto público social: 1999-2009”. *Cuadernos del CENDES* 27(73): 31-70.
- Ardón, N. et al. (2010). *Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Armada, F. et al. (2009) “Barrio Adentro and reduction of health inequalities in Venezuela”. *Int J Health Services* 39(1): 161–87.
- Banco Mundial (1993). *Invertir en Salud*. Washington DC: World Bank.

- Borja, R. (2012). *Enciclopedia de la Política*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
En línea
<http://www.encyclopediadelapolitica.org/Default.aspx?i=&por=d&idind=381&termino=>
Consultado 1/9, 2015.
- Castro, A. J. (2013). “Política social, distribuição de renda e crescimento económico”. En Fonseca, A y Fagnani, E. (org). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania I*. Sao Paulo: Fundação Perseu Abramo. pp. 167-95.
- CEBES (2015). *Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania*. En línea
<http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/>
Consultado 5/9, 2015.
- CEPAL (2012). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL
- Cohn, A. (2008). “La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal”. *Medicina Social /Social Medicine* 3(2): 71-81.
- Cohn, A. (2010). “Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21”. En Santos, N. R. y Amarante, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. 244-51.
- Comisión Asesora Presidencial (2014). *Estudio y propuesta de un nuevo marco jurídico para el sistema privado de salud*. Santiago de Chile: Palacio de la Moneda.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Informe final*. Ginebra: WHO.
En línea www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/ Consultado 26/9, 2015.
- CONEVAL (2015). *Medición de la pobreza en México*. En línea http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2014.aspx Consultado el 17/8, 2015.
- Dahlgren, G. (2014). “Why public health services?” *Int J Health Services* 44(3): 507–24.
- ENSANUT, 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca; Instituto Nacional de Salud Pública.
- Feo, O. y Siqueira, C. (2004). “An alternative to the neoliberal model in health: the case of Venezuela” *Int. J. Health Serv.* 34(2): 365–75.
- Franco, S. (1999). *El quinto: no matar*. Bogotá: Tercer Mundo Editores – IEPRI.
- Franco, S. (2015). “Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud”. En Tetelboin, C. y Laurell, A.C. *Los dilemas neoliberales y los avances hacia una agenda de atención universal a la salud latinoamericana*. México DF: CLACSO-UAM-X. (En prensa).
- FONASA (2007). *Protección social en salud en Chile*. Santiago de Chile: FONASA, Ministerio de Salud.
- Fonseca, A. y Fagnani, E. (2013). “Introducción”. *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania II*. Sao Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- García Linera, A. (2013). *Democracia, Estado y Nación*. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional.
- Giedion, U., Alfonso, E. A., Díaz, Y. (2013). *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Washington DC: The World Bank.
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Cabrera-Pivaral, C. E. (2012). “Impacto de la violencia homicida en la esperanza de vida masculina de México”. *Rev Panam Salud Pública* 32(5):335–42.
- Gutiérrez J. P. et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Heredía, N. et al. (2014). “The right to health: what model for Latin America?”. *The Lancet*, October 16.
- Hernández, M. (2003). “El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después”. En Franco, S. (Ed.). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia.
- IMSS. (2015). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, 2014-2015*. México DF: Instituto Mexicano de Seguro Social.
- ISAGS Instituto Suramericano de Gobierno en Salud . (2012). *Sistemas de salud en Suramerica*. Rio de Janeiro: ISAGS.
- Juan López, M. et al. (2015). “Reforming the Mexican Health System to achieve effective health care coverage”. *Health Systems & Reform*, 1(3): 181-88.
- Lakin, J. (2010). “The end of insurance? Mexico’s Seguro Popular 2001–2007”. *J. Health Polit. Policy Law* 35:3.
- Laurell, A.C. (1998). “El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS”. *Salud Problema* 3(4): 57-62.
- Laurell, A.C. (2011). “Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta”. *Ciencia & Saúde Colectiva* 16(6): 2795-2806.
- Laurell, A.C. (2013a). *El impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO. En línea <http://asacristinalaurell.com.mx/bibliografia-y-documentos/9-bibliografia-y-documentos/2-libros>. Consultado 3/9, 2015.
- Laurell, A.C. (2013b) *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos* En línea <http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf> Consultado 29/9, 2015.
- Laurell, A.C. (2014). “Contradicciones en salud”. *Saude em Debate*. 38(103): 853-70.
- Laurell, A.C. (2015a). “The mexican popular health insurance: Myths and realities”. *Int. J. Health Serv.*, 45(1): 105–25.
- Laurell A.C. (2015b). “Three decades of neoliberalism in Mexico. The destrucción of society”. *Int J Health Serv* 45(2): 246–64
- Londoño, J.L. y Frenk J. (1997). “Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America”. *Health Policy* 41:1–36.
- Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá: FEDESALUD. En línea www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf Consultado 1/9 2015.
- Melo, S. L. *El Sistema Público Nacional de Salud*. Carácas: La Rosa Roja, 2014.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010). *Anuario Estadístico 2009*. Carácas: MPPS
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). *Medicina Integral Comunitaria. Médicos y médicas para el pueblo*. Carácas: MPPS.
- Morelli, S. (2012). “Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria”. *Revista de la Contraloría General de la República. Economía Colombiana* 336
- Muñoz, O. (2012) *Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud*. México DF: Consejo Nacional de Evaluación.
- Nogueira, R. P. (2010) “O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais”. En: Rodrigues, N.y Amarante, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES.

- Ocké-Reis, O. (2012) *SUS o desafio de ser único*. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ozslak, O. (1999). “De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado”. *Nueva Sociedad* 160: 81-100.
- Piketty, T. (2014). *Capital in the XXI century*. New York: Oxford University Press.
- Salm, C., Bahia, L. (2013). “Tênis, bermuda, fone no ouvido... Vai saúde e educação também?” En: Bartelt, D. D. (Org). A “*Nova Classe Média*” no Brasil como conceito e projeto político. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, p. 115-123
- Stolkiner, A., Comes, Y., Garbus, P. (2011). “Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina”. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(6): 2807-281.
- Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile: 1973-1990*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Torres, M. (2008). “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado”. *Saude em Debate* 32:(78/79/80): 207-19.
- Torres, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: Ediciones CINEP.
- Torres, M. (2015). “Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud”. En Tetelboin, C. y Laurell A.C. *Los dilemas neoliberales y los avances hacia una agenda de atención universal a la salud latinoamericana*. México DF: CLACSO-UAM-X (En prensa).
- Unger J-P. et al. (2006). “Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries”, *Int Jour Integrated Care* 6: 18.
- Waitzkin, H. (2011). *Medicine and public health at the end of empire*. London: Paradigm Publishers.