

## La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano \*

Carlyle Guerra de Macedo

### 1. El Problema

Un consenso universal está construyéndose: la pobreza y las desigualdades entre y dentro de los países, son el mayor problema de la humanidad. Y ello no se hace principalmente por consideraciones éticas; es principalmente por la evidencia, que se acumula, de que pobreza y desigualdad son las mayores restricciones a la expansión sustentable de la producción y factores esenciales de la estabilidad requerida por los negocios. Otro consenso se construye a partir de ese primero: la solución no vendrá automáticamente por el “derrame” de los beneficios de un posible crecimiento económico; exige propuestas y acciones específicas que tienen que ser puestas en práctica por los estados, liderando el esfuerzo de toda la sociedad. La falsa alternativa entre el Estado omnipotente y todo proveedor y el Estado mínimo, observador inerte de un mercado de todas las respuestas, viene siendo sustituida por la búsqueda de un mejor equilibrio y complementación, en que un Estado activo regula y orienta las innegables ventajas del mercado en la producción de bienes individuales, reduce la inestabilidad e incertidumbre de los mercados financieros, y garantiza la provisión de bienes públicos o socialmente requeridos asegurando la protección social necesaria en un régimen político democrático y de derecho.

El discurso es casi común de la derecha a la izquierda democráticas; en las Naciones Unidas y en las instituciones de Bretton Woods; en el primer y en los otros mundos; en los “museos de Florencia y los Palacios de Berlín y en los claustros académicos”; de los activistas políticos y sociales y hasta de mega inversores. Abundan las resoluciones, declaraciones, planes de acción y hasta convenciones y tratados, en el plano internacional. En los países, la retórica llega a veces a concretarse en legislación e incluso ser inscripta en las constituciones nacionales. Sin embargo, la realidad poco cambia. Al contrario, parece continuar la tendencia de la concentración de riqueza y la “impotencia o abulia social” de los gobiernos. La pobreza, si no absoluta por lo menos relativa, continúa aumentando y la exclusión social no es modificada.

Líderes nacionales, que pregonan el cambio y políticas públicas socialmente activas en los foros internacionales, en sus países aplican las recetas macro económicas del más puro fundamentalismo neoliberal del superado consenso de Washington. Promesas electorales son inmediatamente olvidadas con la posesión del poder. Los gobiernos se guían por lo que se dice son las expectativas del mercado, y en los países periféricos, además, por las decisiones de los países centrales y del capital financiero.

En efecto, las disparidades entre ricos y pobres son cada día mayores. En 1960, el ingreso medio per cápita del 20% más rico de la población mundial era 30 veces el ingreso per cápita promedio del 20% más pobre; en el 2000 esa relación es posiblemente de 86 a 1. Los activos combinados de las tres personas más ricas del mundo son más que el Producto Nacional Bruto de los 48 países más pobres. Las 200 mayores fortunas personales equivalen al ingreso de los 2,5 millardos de personas más pobres, y el patrimonio combinado de las 500 mayores empresas (Fortune, 2000) es mayor que el PIB de toda la América Latina.

Una expresión particularmente dolorosa de esa situación son las desigualdades en salud. La expectativa de vida al nacer en algunos países africanos es la mitad, énfasis, la **mitad**, de la de los países más adelantados. Lo mismo ocurre dentro de los países. Si la esperanza de vida es medida en años de vida saludables, excluido el tiempo de incapacidad por enfermedades y lesiones, la diferencia es todavía mayor; puesto que en su corta vida los pobres sufren muchas veces más agresiones a su salud con mucho menos posibilidades de recibir la atención requerida que los ricos. El acceso, o su ausencia, a servicios de salud de calidad es, de hecho, un indicador basal de la exclusión social: la negación del derecho al cuidado de la propia vida.

---

(\*) Documento presentado en el V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, celebrado en Santo Domingo, República Dominicana, del 24 al 27 de octubre de 2000.

¿Por qué eso ocurre, cuando la humanidad dispone de medios para evitarlo? Más allá de la engañosa protección de los privilegios y de las barreras ideológicas del fundamentalismo económico liberal de mercado, están la insuficiencia de los medios disponibles de intervención y la impotencia de los excluidos para participar del poder político en cada sociedad -aun en regímenes regidos por la democracia representativa. La mayor parte de los modelos de políticas sociales, relativamente útiles en el pasado, agotaron su capacidad de inclusión social y los postulados de las doctrinas económicas (recetario) hegemónicas restringen la creación de nuevos instrumentos de acción, a pesar del discurso sobre la necesidad del cambio. Pero es en el campo del ejercicio del poder que realmente están las amarras del progreso: la concentración del poder y su ejercicio, en correspondencia con la concentración de la riqueza, de la información, de las oportunidades, etc., limita y hasta impide el desarrollo y la mejor distribución de sus beneficios. Los **sin** ingreso, **sin** vivienda, **sin** educación y **sin** salud, son también, y especialmente, los **sin** poder.

En América Latina la situación se repite con las connotaciones particulares de nuestra región. Las desigualdades internas de nuestros países están entre las mayores del mundo. No hay otra región del planeta que haya experimentado con más ahínco y dedicación las “recetas” macro económicas liberales que la nuestra. Y a pesar del largo tiempo ya transcurrido en esa aplicación, y de los resultados por lo menos discutibles socialmente, los gobiernos han sido capaces (¿o inducidos?) de mantener su fe y perseverancia en esa orientación. “No hay alternativa”, se repite, mientras nos estancamos o crecemos insuficiente y descontinuadamente. Se ha intentado llenar el vacío de políticas sociales efectivas con remiendos de casi siempre lamentables resultados: “programas compensatorios”, “reformas sectoriales privatizantes o eficientistas”, etc. Hoy día, nuestros (en América Latina) indicadores de concentración del ingreso (Gini) están aun más altos; los pobres son estimados en alrededor de 200 millones, 36% de la población regional, y los miserables en 90 millones, 15% de la población. La salud de la población ha mejorado mucho, pero bastante menos de lo que debería en relación con nuestro nivel de desarrollo: la mortalidad evitable, en nuestra situación, se estima en aproximadamente un millón de muertes anuales; un millón de vidas perdidas innecesariamente es un genocidio de proporciones obscenas. La población sin acceso regular a la atención básica de salud es de, por lo menos, 120 millones de personas. La situación varía entre los países pero no hay uno que no padezca, en menor o mayor intensidad, del mismo síndrome.

Ese es el problema que pretendemos discutir en sus aspectos concernientes a la salud y en la perspectiva de apuntar “soluciones”, o caminos posibles para la solución.

## **2. La salud que queremos**

El objetivo es crear condiciones y mecanismos para una protección social universal y la más completa posible en salud. ¿Pero qué salud queremos proteger?

El ideal sería alcanzar la definición inscrita en el preámbulo de la Constitución de la OMS: “salud es el completo estado de bienestar físico y mental y no sólo la ausencia de enfermedad”. Aunque no factible, esa definición permanece como un referencial de lo deseable. Otra aproximación sería: la salud que el estado de desarrollo de la ciencia y de la técnica permite; toda la atención que la técnica disponible permite prestar. Ese concepto tiene, por lo menos, dos limitaciones difícilmente superables: restringe la “producción” de salud a la atención específica, mayoritariamente médica, y tendría costos que ni siquiera las sociedades más ricas pueden solventar. El extraordinario movimiento de “salud para todos” y su estrategia principal - “la atención primaria en salud” -, en su plenitud, ofrecen un camino posible de grandes potenciales. Si a ello se agregan los objetivos explícitos en los acuerdos internacionales sobre los derechos del hombre, que estipulan que “todos tienen el derecho al más alto nivel de salud (OMS) alcanzable”, la definición de lo que buscamos (¿qué salud?) estará resuelta. Queremos una salud para todos, sin diferencias debidas a restricciones de acceso a las condiciones y bienes que producen salud y que sea la máxima posible en cada circunstancia. Queda por definir el

“nivel posible” y los determinantes de salud (condiciones y bienes). Trataremos específicamente la primera (nivel posible) en el desarrollo de los apartados siguientes.

Salud, como proceso social, tiene muchos determinantes. En este documento, dejando de lado los factores biológicos sobre los cuales las políticas sociales tienen poco que hacer, los clasificaremos como:

- a) Condiciones o factores que conforman las “condiciones de vida” o, en general, contribuyen al bienestar y a una vida saludable y que no son específicos a las acciones de atención a la salud. En resumen, estos factores resultan de la naturaleza y nivel del desarrollo nacional, del medio físico en que la población vive y de la cultura. Son particularmente importantes para la protección de la salud, los comportamientos individuales y colectivos, la salud ambiental y las políticas públicas (saludables o no) que definen la naturaleza del proceso de desarrollo.
- b) La atención específica a la salud -individual y colectiva-, realizada por los sistemas de salud o de atención de salud, que caracteriza la oferta de servicios.
- c) El aseguramiento (financiamiento) de la demanda y, por extensión, de la oferta de servicios, una función que trasciende los sistemas de salud.
- d) La cooperación internacional en el contexto de la nueva "globalización", que se explicita aquí, por su pertinencia al propósito de la conferencia.

La protección social de la salud, para ser realmente efectiva, debe contemplar las cuatro mencionadas categorías de determinantes en forma articulada, complementaria y sinérgica. En esta oportunidad, sin embargo, no discutiremos el primer grupo a), a pesar de su importancia capital para la protección social en salud, por su inespecificidad sectorial. El énfasis será dado al ítem c) aseguramiento, con breves comentarios al b) atención a la salud, y al d) cooperación internacional, en ese orden.

### **3. El aseguramiento (financiamiento) de la demanda**

El financiamiento de la atención de salud es el más conspicuo factor en la conformación de la demanda de cuidados de salud y crucial para la equidad en su acceso. Es también la base para la factibilidad de la oferta. Por eso es visto como el aspecto definitorio del aseguramiento de la atención, especialmente en una visión economicista liberal de la organización de la producción de servicios de salud: una demanda con capacidad de pago (financiero) generaría la oferta correspondiente. Ello explica la dominancia del tema en la discusión del aseguramiento<sup>1</sup> de la protección social en salud. En cualquier perspectiva, sin embargo, el financiamiento es un tema central para la protección social en salud. Lo discutiremos, en esta sección, en tres aspectos fundamentales:

- a) el volumen absoluto y relativo a la riqueza nacional de recursos destinados a la salud, que mide el nivel del esfuerzo de la sociedad o país para atender las necesidades de salud de la población, o sea, la prioridad nacional de la salud;
- b) las formas (fuentes) del origen de esos recursos, que expresan la distribución social del esfuerzo (costo) y su contribución a la equidad o a la iniquidad en salud; y
- c) condiciones de su recaudo y agregación y de su asignación global, que permiten mayor o menor eficacia y eficiencia de su utilización.

En el numeral siguiente, trataremos aspectos relativos a la utilización real de los recursos.

El análisis del financiamiento está orientado por principios que caracterizan la finalidad a que sirve:

- i) suficiencia y permanencia máximas posibles en las condiciones del desarrollo nacional;
- ii) solidaridad al servicio de la equidad y de la universalidad de la cobertura;
- iii) máxima eficiencia para la mayor eficacia social.

Es a la luz de esos principios básicos que discutiremos los aspectos indicados en los párrafos siguientes.

### 3.1 Volumen del financiamiento

El total de recursos destinados a la salud y su participación en el total de recursos disponibles (PNB) miden la prioridad de la salud en momento y circunstancia concretos. El nivel de gasto en salud no es, sin embargo, sólo el producto de una voluntad política; es también, y decisivamente, una cuestión de posibilidad.

Hay una relación positiva entre el gasto total en salud y el ingreso nacional, que expresa la elasticidad del gasto de salud en el plano individual. El nivel de gasto en salud en los países ricos es en general superior al 10% del PIB, mientras que en los países más pobres es inferior al 5% del PIB. La correlación está lejos de ser fija dejando margen para la acción de otros factores, especialmente de las políticas públicas específicas dentro de límites variables, como lo demuestra la comparación entre países de desarrollo (PIB per cápita) idéntico. Un factor explicativo principal para las variaciones es la estructura del financiamiento: los países donde el gasto público o colectivizado (seguros) es mayor tienden a presentar un gasto total en salud también mayor. Eso parecería indicar que el gasto personal (familiar) directo tiende al límite máximo de la situación de ingreso y que las políticas más efectivas para aumentar el gasto en salud deben privilegiar los mecanismos “públicos” de financiamiento.

La discusión cambia para la macroeconomía: el nivel de gasto en salud compatible con los objetivos del desarrollo. En la visión liberal dominante, el gasto privado en salud puede aumentar en el mercado pero el gasto público debe ser contenido por razones fiscales y otras prioridades. El resultado es un subfinanciamiento público en relación con la capacidad de la economía. Además, no se discuten las relaciones virtuosas entre salud y producción (salud como inversión) y entre salud y bienestar (salud como finalidad del desarrollo).

En América Latina esta situación es particularmente evidente. El gasto en salud varía entre 3% y 10% del PIB, aproximadamente, y hay grandes diferencias entre países de ingreso per cápita idéntico. El gasto público varía todavía más: de poco más del 1% al 7/8% del PIB, y del 3% a más del 25% del gasto público total. Dos aspectos en relación con el gasto público en América Latina merecen consideración especial:

- a) el gasto público total como proporción del PIB es, en general, bajo (menos del 20% en promedio) en comparación con los países desarrollados (más del 35%); y
- b) la estructura del gasto público, con excepción de Costa Rica, Cuba y Panamá, pone la salud en situación subvalorada.

Aun considerando un nivel proporcional (% del PIB) menor de capacidad contributiva de los países latinoamericanos, las mismas diferencias entre los países (12 al 32%) indican que hay margen significativo para el aumento del gasto público total en relación con el PIB en América Latina. La argumentación de que cualquier aumento de la carga tributaria inhibirá la inversión productiva y, por ende, el mismo desarrollo, es por lo menos exagerada. La discusión debiera concentrarse en el rol del Estado y en sus funciones esenciales -el Estado necesario-, y en las condiciones para los fines de un desarrollo humano sustentable.

Por otro lado, la asignación de recursos a la salud en los presupuestos públicos padece de la misma miopía del fundamentalismo liberal de mercado. En el Brasil, por ejemplo, las cargas financieras de la deuda pública (sólo el pago de los intereses) consumen más de la mitad de la recaudación neta fiscal del gobierno federal y más de cuatro veces el presupuesto para la salud. Hay, por lo tanto, en general, también un significativo margen para el aumento de los recursos para la salud en los presupuestos públicos.

La discusión anterior evidencia el hecho de que “el derecho al más alto nivel de salud posible” no está siendo asegurado en América Latina, puesto que el financiamiento público es en casi todos los países menor del que sería posible y recomendable para la situación del desarrollo nacional. El

financiamiento, y particularmente el financiamiento público, es uno, y quizás el principal, de los factores que definen la salud posible.

### **3.2 Las formas de financiación**

Las múltiples formas y fuentes posibles de financiación de la salud serán agrupadas, para nuestro propósito, en sólo tres grandes grupos: el pago directo de los individuos/ familias; los seguros públicos o privados; y la financiación pública con recursos fiscales generales.

El pago directo por la atención de salud es la más simple y espontánea forma de financiación de la atención de salud. Resulta de una decisión individual respaldada por una capacidad de pago personal. No es solidaria y no requiere solidaridad; no se vincula al objetivo de la equidad o de la universalidad pero puede contribuir a ellas o dificultarlas. Genera una atención de alta calidad en la perspectiva individual, que es, al mismo tiempo, generalmente ineficiente e ineficaz en la dimensión social. Exige, para una atención integral, niveles de ingreso altos, que en la situación de América Latina son privilegio de una minoría. No puede, en consecuencia, ser un mecanismo preferente para la expansión de la protección social en la región. Sin embargo, las necesidades de salud son en extremo impositivas: tienden a aumentar con la elevación del ingreso y a ser casi irreductibles en los ingresos más bajos. En efecto, los pobres gastan directamente, en proporción al ingreso, mucho más en su salud que los ricos cuando no hay una protección social efectiva. Un ejemplo doloroso de eso es el costo absoluto y proporcional del agua para las poblaciones no servidas por redes de abastecimiento público, o el costo adicional de padecimientos crónicos o repetitivos, o los costos indirectos de la atención pública. Los pobres llegan a pagar más de 60 veces lo que pagan los ricos por unidad de agua que consumen, gastando hasta más de  $\frac{1}{4}$  de su ingreso por un agua escasa y de peor calidad; pueden tener costos permanentes (medicamentos, etc.) similares al de los ricos por los padecimientos crónicos; y, en general, gastan más tiempo, transporte y otros ítems para obtener la atención que requieren. Esa situación es central en la opción de mecanismos de protección social socialmente justos y eficaces.

Los seguros (prepagos) responden a la necesidad de evitar situaciones catastróficas debido a la imprevisibilidad individual de la enfermedad o lesiones, distribuyendo solidariamente los riesgos entre muchos; pueden aumentar la eficiencia en relación con los pagos directos, por mejor previsibilidad, mejor gestión de los recursos y la competencia entre ellos. Cuanto más amplios e integrados sean, mayor será su eficacia social. Los seguros voluntarios tienden a ser selectivos por niveles de ingreso; aumentan el riesgo moral y, por ende, su contribución a la equidad es restringida y puede ser negativa (cotizaciones diferenciadas por riesgos, selección adversa de asociados y de coberturas, y subsidios públicos explícitos o implícitos socialmente perversos, etc.). Los seguros universales obligatorios corrigen muchas de esas deficiencias pero plantean problemas en la selección de la(s) base(s) de contribución. Los seguros locales, de base poblacional comunitaria o de grupos funcionales, presentan dificultades de sustentabilidad y de insuficientes coberturas; justificándose, en general, sólo cuando están asociados (son complementarios de ) a esquemas más amplios y públicos de aseguramiento.

La financiación pública y universal vía tributos generales tiene el mayor potencial de solidaridad y de contribución efectiva a la equidad, a la universalidad y a la integralidad de la atención; es, en principio, la forma preferente y socialmente más eficaz de financiación de la salud. Las grandes interrogantes son su viabilidad política y factibilidad económica en volumen y manera adecuados. La financiación pública general será equitativa, solamente si la tributación (régimen tributario) que la sustenta es socialmente justa, económicamente positiva para la producción y con la capacidad de alcanzar los niveles de suficiencia y permanencia requeridos y posibles en las condiciones del desarrollo nacional. Depende, en definitiva, del sistema tributario que, incluso, debe constituir por sí mismo un instrumento de protección social, en la medida que favorezca el empleo y el ingreso y el consumo básico de los pobres. Hemos visto (ítem 3.1) que hay campo para progresar mucho en este sentido en América Latina si hubiese condiciones de viabilidad política. El obstáculo, por lo tanto, para

un aseguramiento público (financiación) general vía recursos tributarios, es (dentro de límites) más político que económico.

Para la aplicación de los principios y objetivos deseados, la expansión de la protección social en salud debe ser una responsabilidad de todos bajo la conducción del Estado. Ya no cabe la discusión sobre la responsabilidad principal del Estado al respecto. El Estado verdaderamente moderno es un Estado de bienestar renovado, que al mismo tiempo amplíe efectivamente su rol de dinamizador y regulador de los mercados. No hay contradicción entre esos roles; al contrario, pueden y deben ser complementarios y sinérgicos entre sí.

Como consecuencia de todo lo anterior, el aseguramiento financiero de la salud debe ser el “seguro” público universal, financiado con recursos tributarios generales: el mecanismo más incluyente, solidario, integrador y equitativo, siempre que esté sustentado por un sistema tributario adecuado. Una alternativa podría ser un seguro público universal y obligatorio con cotizaciones socialmente progresivas y cobertura uniforme. En las condiciones de América Latina, tal seguro es prácticamente inviable: los regímenes de seguridad actuales son una plataforma insuficiente para ello (base de cotización, insuficiencia actuarial para los regímenes de pensión y otras prestaciones financieras, etc.), y un nuevo y específico seguro para la salud sería de muy difícil aprobación e implantación.

El financiamiento público de base tributaria, aun en condiciones óptimas, no será suficiente en muchas situaciones. Una complementación inteligente con otros mecanismos puede ser necesaria y hasta ventajosa por sí misma:

- i) la minoría de altos ingresos estará siempre dispuesta a pagar más por coberturas adicionales, comodidades y privilegios en la atención. Esa posibilidad debe ser mantenida y hasta estimulada con incentivos fiscales moderados y selectivos, que además ayuden a reducir la evasión y elisión tributarias;
- ii) la contribución directa de contrapartida puede ser utilizada como moderadora de demanda en situaciones seleccionadas o como complemento de coberturas no prioritarias;
- iii) seguros voluntarios, bien regulados, pueden absorber parte de la demanda de sectores pudientes de la población, aliviando la presión sobre el financiamiento público principal. El poder público, además de regular la operación de esos seguros, puede incentivarlos en la misma manera que el pago directo (i), pero evitando los subsidios del financiamiento central. Un caso especial lo constituyen los seguros (micro) de base local/ comunitaria o funcional; esos seguros pueden ser promovidos como formas complementarias de cobertura e instrumentos de expresión o facilitadores de la participación social, en la medida que funcionen en forma articulada con el “seguro” universal.

Un sistema mixto, como el caracterizado arriba, controlaría la excesiva segmentación y podría ampliar rápidamente la protección social en salud en la región, en concordancia con los principios y objetivos enunciados para la salud deseada.

### **3.3 Recaudo, agregación y asignación**

La gestión del financiamiento modulado, como se ha descrito anteriormente, debe constituir una función específica en el sistema de salud. Mecanismos específicos, propios de la función, deben ser establecidos para recibir (del Tesoro Nacional) y recaudar (como ingresos propios) los recursos. Estos mecanismos cumplen, además, la función de agregar o articular los recursos para la salud aumentando la integración del sistema; dicha función unifica los recursos públicos en cada nivel de gobierno y articula por medio de regulación, información y monitoreo especial, los recursos de los seguros privados. Esa agregación/ articulación facilita la tarea de asignación general de recursos con el objetivo de aumentar la eficiencia y, sobretodo, la eficacia global del sistema, orientando la demanda y la oferta. La asignación de los recursos puede ser cumplida por el mecanismo común ya mencionado, de acuerdo con los criterios y prioridades definidos por la rectoría del sistema de atención y utilizando

procedimientos que los maximicen. Cuando la “asignación” implica compra de bienes y servicios entre proveedores en competencia, esa tarea será mejor cumplida por una instancia diferente en el sistema de salud. Por último, el mecanismo de gestión financiera debe monitorear la utilización de los recursos y evaluar todo el proceso.

El nivel de suficiencia del financiamiento en un sistema como el descrito se eleva significativamente, permitiendo la ampliación de coberturas y la inclusión de los excluidos actualmente. Pero no habrá suficiencia plena. La escasez relativa de los recursos frente a necesidades y costos en expansión exige difíciles decisiones de limitación de coberturas y de priorización de necesidades a ser atendidas. El relacionamiento de la atención se dará de alguna forma en el componente público y no hay “recetas” perfectas de cómo hacerlo mejor. Es, sin embargo, inaceptable que los procedimientos adoptados impliquen la exclusión de grupos en detrimento de la equidad. La focalización en la utilización de recursos públicos, en prioridades justificadas y en grupos poblaciones en desventaja, es una estrategia adecuada si está bien ejecutada.

#### **4. Oferta de servicios**

El aseguramiento financiero de la salud favorece la demanda, que expresa necesidades percibidas, y remueve una de las principales barreras del acceso a la atención de salud. Es un instrumento indispensable para la protección social en salud, pero queda lejos de ser suficiente para garantizar el nivel de protección necesario y posible. Aun en relación con la prestación de servicios que responden mejor a una demanda financiada (atención personal curativa), la respuesta privada en el mercado no es adecuada; orientada por la perspectiva de rentabilidad, tiende a concentrarse en los renglones en que la rentabilidad es mayor (remuneraciones más altas, aumento de prestaciones con mayor riesgo iatrogénico, etc.) y a adoptar estrategias para la maximización del retorno de la inversión aun en detrimento de la eficacia. Esa preferencia del mercado lleva a la concentración en la atención médica curativa, en desmedro de la integralidad de la atención con las acciones indispensables de promoción y prevención. La competencia y consecuente selección de compra no resuelve todos los problemas, incluso operando en condiciones ideales. Con frecuencia no hay competidores, y la definición de parámetros controlables en los contratos de compra es tarea compleja y con muchas incertidumbres dada la naturaleza de los eventos (salud y atención) y la gran asimetría de información entre prestador y paciente/cliente.

Es pues necesaria una intervención significativa del poder público (Estado) en la conformación de la oferta para adecuarla a los objetivos, principios y requerimientos de la atención. No se trata sólo de regular la creación de capacidad productiva, incluso utilizando el mecanismo de financiamiento; debe asumir la responsabilidad de la conformación efectiva de esa capacidad, incluso por la vía de la creación de servicios públicos, siempre que sea necesario para la consecución de la salud deseada. Un área en que la acción directa del Estado es reconocida como necesaria es la relativa a la satisfacción de necesidades cuya expresión en la demanda espontánea es deficiente (por ejemplo: promoción y prevención), o a la prestación de bienes de naturaleza pública o de mérito social (externalidades significativas) que en gran medida corresponden a lo primero.

La generación de capacidad de atención y la conformación de la misma atención (calidad) son factores también imprescindibles para la protección social en salud y dan contenido práctico al financiamiento. El hecho lleva a la consideración de las características esenciales de los sistemas de salud y de atención en salud.

Un sistema de salud comprende todas las acciones cuya finalidad principal es la salud. El concepto trasciende los límites del llamado Sector de la Salud, para incluir acciones de otros sectores desarrolladas con el propósito final de proteger la salud de la población. Son ejemplos corrientes muchas de las acciones dirigidas al ambiente (salud ambiental), a la alimentación, a la prevención de riesgos o lesiones (accidentes, abuso de drogas, violencia, etc.), o a la producción de factores e insumos

específicos de salud. El sistema de salud engloba buena parte del primer factor de protección social de salud a que nos referimos en el capítulo 2, los determinantes del bienestar, y que dijimos no sería objeto de mayor discusión en este documento. Nos concentraremos en una somera caracterización de los sistemas de atención de salud.

Un sistema de salud tiene dos objetivos finales básicos: **producir salud** y generar **satisfacción** al hacerlo. Salud y satisfacción son las expresiones o resultados del mismo proceso de atención y definen, al final, el desempeño del sistema. En relación con la protección social en salud, lo que más importa es la dimensión colectiva o social de la salud y de la satisfacción: la eficacia social del sistema. Para alcanzar esos objetivos, el sistema es organizado y administrado de acuerdo a principios relacionados con los valores esenciales de preservación y calidad de la vida y de la dignidad del ser humano, y a requerimientos técnicos que hacen a la eficiencia y a la eficacia o efectividad en el uso de los recursos; y (el sistema) realiza las funciones que definen su operación.

En América Latina, en general, y por lo menos en el discurso, se reconocen seis principios básicos y estructuradores de los sistemas de atención de salud: i) la **equidad**, corrigiendo las disparidades/iniquidades existentes y como la principal estrategia para alcanzar la **universalidad**; ii) la **integralidad** (exigencia de la equidad y de la eficacia) y la **jerarquización** (regionalización) de la atención (exigencia de la eficiencia y de la eficacia); iii) la **eficiencia** en el uso de los recursos en relación con los objetivos establecidos; iv) la **participación y control sociales** efectivos; v) la **gestión descentralizada y participativa**, con responsabilidades balanceadas y complementarias entre todos los niveles; y vi) la **promoción de la salud** como eje para el diseño del modelo de atención (eficacia). La importancia de estos principios es determinante para la conformación de una oferta de servicios (atención) que complemente el aseguramiento de la protección social en salud, a tal punto que, operacionalmente, pueden ser considerados objetivos *per se*, intermediarios, en la realización de los objetivos finales (salud y satisfacción social).

Los sistemas de salud (de atención de salud) cumplen múltiples funciones que pueden ser agrupadas, para el propósito de esta discusión, en cinco categorías que están siempre presentes, que pautan también la organización de los sistemas, y expresan su operación:

- a) la **rectoría** del sistema, englobando su orientación general (políticas y planificación), su conducción, la modulación del financiamiento y la organización de la provisión de servicios, incluyendo los propios de la Salud Pública, etc.;
- b) la creación de capacidad productiva (inversiones), incluyendo la capacidad física, los recursos humanos y la administración del conocimiento (producción e incorporación);
- c) la provisión de servicios, personales y no personales, de atención;
- d) la información para “control” general del sistema, pero especialmente para la capacitación de la población para asumir su parte de responsabilidad por la propia salud y participar efectivamente en todo el proceso, inclusive por el ejercicio del control sobre él y, en particular, de sus componentes públicos; y
- e) el financiamiento (aseguramiento).

El financiamiento pleno de un sistema de atención de salud con esas características generales es la mejor garantía de una protección social específica en salud; que aunada a las otras condiciones generales del bienestar, asegurarán una protección en el límite de lo posible en cada país. Aquí, como se ha indicado, el rol del Estado es también crucial y debe ser particularmente activo. Es responsabilidad pública la conducción de todo el proceso. Además de las funciones generales de rectoría, propias e indelegables de la Autoridad Sanitaria, y de financiamiento que analizamos en el capítulo 3, el Estado debe asumir la función de información, típica de la Salud Pública e inscrita en una responsabilidad mayor del Estado: el fortalecimiento de la ciudadanía como base principal del perfeccionamiento del Estado democrático de derecho y del aumento de la legitimidad del proceso político (representación y funcionamiento). En relación con las dos funciones generales restantes -



creación de capacidad productiva y provisión de servicios-, el Estado las comparte con otros actores sociales, preferentemente de naturaleza pública no estatal, pero también privados propiamente tales (mercado); no puede, sin embargo, abdicar de la responsabilidad de orientar y regular la participación de todos en defensa de la salud. En el cumplimiento de sus funciones, el Estado debe ser el gran movilizador y catalizador de los esfuerzos de todos; sólo así podrá cumplir satisfactoriamente sus responsabilidades y alcanzar los objetivos propuestos. El liderazgo democrático es así también un requerimiento de la protección social en salud.

## **5. Cooperación internacional**

Los países pobres, en desventaja crónica y secular, están viendo crecer esas desventajas con la moderna globalización y sus consecuencias. Los más pobres no podrán salir de la pobreza e impotencia que maniatada y oprime a la mayoría de sus poblaciones, si no se establece, internacionalmente, mecanismos de apoyo y dinamización. En esos casos, los mecanismos de protección social en salud que sugerimos son prácticamente inviables: la población, en la indigencia, apenas se esfuerza por sobrevivir, sin proyectos de futuro y casi sin perspectivas, frecuentemente resignada con su “destino” y sin capacidad de reacción. El Estado, empobrecido, desfigurado por intereses dominantes de los privilegiados, tiene una capacidad muy limitada de acción. Para esos países, la cooperación internacional puede (y debería) ser el apoyo necesario para ayudarles a escapar del vicioso círculo de la miseria. Para otros países, con mayor capacidad de acción, la cooperación internacional contribuye al enfrentamiento de problemas compartidos o “importados” y a la consolidación de la voluntad política y de la capacidad de formulación y de gestión de las “soluciones” requeridas para la protección de la salud de sus poblaciones.

En esta perspectiva, una profunda reformulación en las formas y mecanismos de la cooperación internacional para el desarrollo, y particularmente en la salud, debiera ocurrir. El paso de la retórica a la acción en niveles efectivos, y la liberación parcial de la cooperación del yugo de las burocracias internacionales permanentes serían dos “revoluciones” necesarias.

En relación con la salud en los países más pobres, la construcción de asociaciones multiagenciales, multilaterales y nacionales, para interactuar con los países (gobiernos y sociedad) concernientes en función de un plan estratégico común, debería ser un camino a construir para sumar esfuerzos y aumentar la efectividad de la cooperación. Tales coaliciones tendrían como objetivo central asegurar una cobertura básica de atención, compatible con el potencial del país y con un apoyo externo proporcional al esfuerzo nacional. Esta cobertura básica particularizaría (prioridad) el control de daños y riesgos de salud de mayor relevancia social y vulnerabilidad (alto costo/beneficio), la respuesta a calamidades, y el apoyo específico al desarrollo del sistema de salud y de la capacidad nacional de auto sostenerse. Una cooperación así ampliaría la posibilidad de una protección social en salud más completa.

En los países más desarrollados, la cooperación se orientaría a la superación de obstáculos al desarrollo nacional y de problemas específicos de mayor significación social y estratégica, y a la construcción de mecanismos para la solución de problemas comunes. Aquí también la cooperación internacional podría ser más significativa para la protección social en salud.

## **6. Viabilidad**

La propuesta que reseñamos, ¿es ella viable? Acredito que sí, sobretudo porque la viabilidad se construye y el paso inicial de su construcción es exactamente una propuesta de acción. El cambio, más allá de su inevitabilidad histórica, es un proceso de construcción, que empieza exactamente cuando se contesta el *status quo* y se piensa más allá de la realidad presente. Esta es la intención de este trabajo: plantear la necesidad del cambio y proponer los lineamientos de un cambio posible que sirva para construir su propia viabilidad y hacerlo factible al tiempo que es modificado en ese proceso.

La propuesta delineada, premeditadamente sin detalles, no es sin embargo radical; está formulada a partir y sobre la base de experiencias concretas parciales o incluso integrales. No hay, en efecto, nada que no esté en práctica en alguna situación. La originalidad, si alguna existe, estaría en su articulación y en los posibles esfuerzos para adoptarla. La posibilidad está por lo tanto probada.

Construida bajo el supuesto de un Estado socialmente activo y responsable, la propuesta parece contrariar los cánones más liberales del marco ideológico de las políticas macroeconómicas en curso. No contraría, sin embargo, el discurso en expansión sobre el Estado necesario para la consolidación de una economía sustentable y socialmente virtuosa de mercado. La contradicción ideológica tiende a ser más formal o virtual que real, lo que podría reducir una barrera importante para la construcción de la viabilidad.

Hemos visto también que, excepto en pocos casos extremos, es un proyecto económicamente factible si es viable políticamente. Implica, sin duda, un cambio importante de los estados: sus responsabilidades y roles en lo social (salud) y sus relaciones con la sociedad civil y el mercado. La jerarquía entre esas tres grandes instancias sociales ha sido subvertida concediéndose al mercado una centralidad excesiva y relegándose la sociedad. El debate actual trata, en esencia, de reubicar la sociedad en su posición de primacía, reconociéndose su soberanía sobre el Estado que, en su nombre, debe regular el funcionamiento del mercado como mecanismo superior para la producción de bienes individuales. Para ello, Estado y sociedad deben cambiar.

La naturaleza de los cambios en el Estado está siendo discutida más ampliamente. Kliksberg, en un reciente trabajo todavía inédito<sup>2</sup>, menciona, con mucha propiedad, nueve aspectos de una nueva reforma para la creación del “Estado social inteligente” y algunas condiciones para la realización de dicha reforma. Dos de esas condiciones son el apoyo de la sociedad y el fortalecimiento de la democracia.

Sin duda el cambio es, en último análisis, un producto político. En las condiciones actuales de distribución y ejercicio del poder en las sociedades latinoamericanas, es muy poco probable que el Estado asuma las responsabilidades que de él se esperan: está demasiado comprometido con el *status quo* y con los privilegios, y la función pública está tan desmoralizada que el liderazgo requerido es casi imposible. Además, el movimiento hacia una sociedad más equitativa y justa, atemoriza injustificadamente a las elites y se hace con dolorosa lentitud. Hay que ampliar y profundizar la democracia mediante la capacitación acelerada de la ciudadanía, cuya participación efectiva cambiará la estructura y ejercicio del poder político. Entonces, lo que pareciera imposible o lejano se convertirá en lo normal y hasta obvio. El camino indicado parecerá demasiado demorado para la urgencia de los excluidos y, por qué no reconocerlo, de todos; porque el futuro no será feliz con tantos dejados de lado.

La protección social en salud es pues dependiente de la misma redención de los marginados. Su incorporación al proceso político y en la gestión de lo público, en un Estado democrático de derecho, es la fuerza principal para la transformación del Estado en Latinoamérica, la construcción del Estado necesario, el nuevo Estado promotor del desarrollo para el bienestar de todos, en que la protección de la salud sea prioridad esencial.

## Notas

<sup>1</sup> El término aseguramiento es usado aquí en su connotación de garantizar de alguna forma y no sólo en el sentido de hacerlo a través de un seguro.

<sup>2</sup> Kliksberg, B. “¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?”, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, BID, 2000.

## Bibliografía

CAMDESSUS, M. (2000) “Address to UNCTAD 10”, Bangkok, febrero.

CEPAL (2000) “Equidad, Desarrollo y Ciudadanía”, Vigésimoctavo Período de Sesiones, México.

- \_\_\_\_\_ (1998) “Panorama Social de América Latina”.
- CUNILL, Nuria (1991) “Participación Ciudadana”, CLAD, Venezuela.
- EVANS, Robert; Moris BARER y Theodore MARMOR, editors (1994) “Why are some people health and others not? The determinants of health of population” Aldine de Gruyter, N. York.
- HABERMAS, J. (1999) “Nos limites do Estado”, Caderno Mais, F. S. Paulo, julio.
- Health Canada (2000) “Salud de la población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense”, publicado por la OPS.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social (1992) “La Seguridad Social y el Estado Moderno”, Fondo de Cultura Económica, México.
- KLIKSBERG, B. (2000) “¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?” Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, BID.
- \_\_\_\_\_ (2000). “Desigualdade na América Latina. O debate adiado”, Corter Editora, UNESCO, Brasília.
- MESA-LAGO, C. (1992) “Health care for the poor in Latin American an the Caribbean”, PAHO Scientific Publication nr. 539.
- \_\_\_\_\_ (1978) “Social Security in Latin America”, University of Pittsburgh Press.
- MUSGROVE, Phillip (1996) “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”, World Bank, Human Development Department.
- OIT (1993) “Seguridad Social en las Américas: cuestiones y opciones”, Reunión Regional Tripartita.
- OIT/OPS (1999) “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”, Reunión Regional Tripartita, México.
- \_\_\_\_\_ (1999) “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe”, Reunión Regional Tripartita, México.
- \_\_\_\_\_ (1999) “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe”, Reunión Regional Tripartita, México.
- \_\_\_\_\_ (1999) “Síntesis de estudios caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe”, México.
- OPS (1999) “Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: El rol de los factores determinantes sociales y económicos”, División de Salud y Desarrollo Humano.
- \_\_\_\_\_ (1994) “Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa”, Serie Informes Técnicos n° 30.
- \_\_\_\_\_ (1999) “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de América Latina y el Caribe: en busca de respuestas eficaces a un problema creciente”, documento de trabajo, Reunión Regional Tripartita, México.
- \_\_\_\_\_ (1994) “Las condiciones de salud en las Américas”, Edición 1994, Vol. 1.
- \_\_\_\_\_ (1998) “Las condiciones de salud en las Américas”, Edición 1998, Vol. 1, Publicación Científica n° 569.
- \_\_\_\_\_ (1996) “Promoción de la Salud: una Antología”, Publicación Científica n° 557, Washington, DC.
- PNUD (1999) “Informe sobre el Desarrollo Humano 1999 (Una globalización con rostro humano)”, N. York.
- \_\_\_\_\_ (2000) “Superar la Pobreza Humana”, Informe sobre la Pobreza 2000, N. York.
- UN (2000) Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Twenty-Second Session, “The right to the highest attainable standard of Health”, Geneva, (unedited).
- WHO (1991) “Report of the International Meeting on the Public/ Private Mix in National Health Systems and the Role of the Ministries of Health”.
- \_\_\_\_\_ (2000). “The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance”,

Geneva.

WHO/ EURO (1991) "New Directions in Management of Health Care", Copenhagen.

World Bank (1997) "World Development Report 1997 - The State in a changing world", Oxford University Press.