



LOS PROYECTOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA DOS VISIONES, DOS PRÁCTICAS

LA TENSIÓN ENTRE LAS IDEAS DE SALUD COMO ÁMBITO DE LUCRO Y REALIZACIÓN DE DERECHOS REFLEJA LAS DIFERENCIAS ENTRE EL ENFOQUE DE LOS ORGANISMOS FINANCIEROS INTERNACIONALES Y LOS GOBIERNOS PROGRESISTAS DE LA REGIÓN.

por ASA CRISTINA LAURELL

Médica, sanitarista y socióloga. Ex Secretaria de Salud del gobierno de la Ciudad de México 2001 a 2006.



Las políticas de salud en América latina siguen siendo un terreno de definición política y, cada día más, un campo disputado de actividad económica. Para el capital la salud debe incorporarse plenamente como ámbito de lucro en las dimensiones de: producción de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica; construcción de hospitales; administración de fondos de salud (seguros), y prestación de servicios. Para los gobiernos progresistas el derecho a la salud es un ámbito básico de realización de derechos y, por lo tanto, responsabilidad indeclinable del Estado.

El escenario concreto donde se desenvuelve la disputa entre una y otra visión es el de los sistemas de salud, gravemente debilitados y desorganizados a raíz de las políticas de ajuste y cambio estructural de los ochenta y noventa. Esta situación ofrece una ventaja discursiva a los promotores de la mercantilización-privatización de la salud y representa un problema complejo para los gobiernos progresistas ya que se enfrentan a sistemas segmentados y fragmentados con componentes privados importantes y poderosos.

En la etapa actual de reformas de la política de salud la participación de los organismos financieros supranacionales –el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo– se inscribe en el

contexto de la segunda reforma o “modernización” del Estado y de las recomendaciones a raíz de la crisis económica de 2008-2009. La reforma que promueven, y que está en boga en América latina, es el “aseguramiento universal” con los añadidos y restricciones de la crisis.

Los negocios de la salud

Se puede argumentar que la salud ha sido un ámbito importante de acumulación de capital desde hace décadas. Es cierto y abundan los análisis del “Complejo Médico-Industrial” que lo demuestran. Sin embargo los negocios de salud se están ampliando e incorporando nuevos espacios. Habría que mencionar sólo algunas áreas. Así la gran industria farmacéutica está apostando en tres terrenos: las vacunas, la medicina personalizada y la salud mental. Existen bastantes estudios sobre el gran empuje para introducir vacunas sin que se haya comprobado su eficacia y seguridad. Dos casos controvertidos y muy debatidos son las del VPH contra el cáncer cérvico-uterino y las vacunas contra las Influenzas AH5N1 y H1N1. La “medicina personalizada”, que se vincula con la nueva biotecnología diagnóstica, cuyo mercado es valuado en 50 mil millones de dólares por PriceWaterHouseCoopers –consultora internacional que también prevé la pérdida de mercados por la política pública internacional de uso de

Para el capital, la salud debe incorporarse plenamente como ámbito de lucro en las dimensiones de: producción de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica; construcción de hospitales; administración de fondos de salud (seguros), y prestación de servicios.

genéricos cuando expiran las patentes (la “erosión genérica” de las ganancias)–, recomienda intensificar el cabildeo con los parlamentos y gobiernos y concentrarse en los países emergentes grandes. Simultáneamente han salido múltiples estudios sobre la importancia de la depresión y otros padecimientos mentales en la “carga global de enfermedad”, medida que ha sido muy cuestionada. Estos estudios han justificado el boom en la prescripción de distintos tipos de psicofármacos.

La innovación incesante de la tecnología médica, sin ventajas terapéuticas o diagnósticas comprobadas, es otra fuente de grandes ganancias como por ejemplo Waitzkin ha documentado magistralmente en el caso de las unidades de cuidado coronario. Adicionalmente el *high tec* médico se identifica en el imaginario social con la “buena medicina” gracias a intensas campañas publicitarias.

Otro ámbito de ganancias privadas son los contratos de Asociación Público-Privada (PFI) de financiamiento, construcción-equipamiento y administración de hospitales. Están adquiriendo tal importancia que el Instituto del Banco Mundial tiene un departamento dedicado a su promoción. La novedad de estos contratos es que la iniciativa privada no sólo construye y equipa los hospitales sino que consigue su financiamiento en el mercado privado y cobra al gobierno por su uso y administración; esquema que triplica o cuadruplica los costos para el erario público. Este diseño implica por un lado desresponsabilizar al Estado de garantizar la infraestructura pública de salud y por el otro abre un nuevo acceso del capital financiero en el sector salud.

Otra entrada del capital financiero, que está alcanzando cada día mayor importancia, es el aseguramiento y la administración de los fondos de salud. Debe subrayarse la función de administración de fondos como la actividad que mayores ganancias rinde por ejemplo en Colombia y Chile, mientras que la prestación de servicios tiende a generar menos lucro o incluso pérdidas. Es en este contexto que se debe analizar la segunda generación de reformas en salud y su promoción del aseguramiento “universal”.

La segunda reforma de salud -aseguramiento “universal”

A finales de los años noventa se constataba el fracaso de la primera generación de reformas, basada en el documento “Invertir en Salud” del Banco Mundial de 1993, que básicamente recomendaba ofrecer un Paquete Mínimo a los pobres y mercantilizar el acceso a los servicios para el resto de la población. Esta reforma dañó gravemente a las instituciones públicas y fue un fracaso social, ya que dificultó el acceso a los servicios de salud requeridos para la gran mayoría de la población. Contribuyó así al creciente descontento popular y a la pérdida de

En el campo de salud la propuesta de los organismos financieros supranacionales es el “aseguramiento universal” y la obligatoriedad del seguro médico de seguridad social separándolo de las pensiones.

legitimidad de los gobiernos impulsores del nuevo orden social. No menos importante fue que el rápido empobrecimiento de la parte mayoritaria de la población y la redistribución regresiva del ingreso dejaron sin mercado –demanda respaldada con recursos– al sector privado de salud. Se requería entonces reintroducir al Estado como garante del mercado. Es aquí donde entra la segunda reforma de salud con su propuesta del “aseguramiento universal”.

La lectura de los documentos sobre la modernización del Estado deja en claro que no se trata de restablecer la responsabilidad estatal en el terreno social sino conseguir que asuma un nuevo papel

en el impulso al mercado y logre reconstruir la cohesión social resquebrajada. El Estado modernizado debe así tener una orientación empresarial y capacidad de anticipación; estar descentralizado; orientarse hacia el mercado sin causar una competencia desleal con los privados, e incrementar la cohesión social.

En el campo de salud la propuesta de los organismos financieros supranacionales es el “aseguramiento universal” y la obligatoriedad del seguro médico de seguridad social separándolo de las pensiones. Sin embargo, la “universalidad” no se refiere al acceso a los servicios requeridos sino que sólo debería amparar un Paquete Básico de servicios para no generar desequilibrios fiscales. La implicación es que habrá seguros complementarios para los servicios no cubiertos y que la realización del derecho a la salud se subordina a la suficiencia presupuestal a criterio del gobierno en turno.

Por otro lado, el aseguramiento universal justifica que el gobierno instrumente subsidios focalizados financiados con recursos fiscales constituyendo fondos con administración privada o pública que garantizan la compra de servicios. La propuesta más radical es la de Levy, vicepresidente del BID, de derogar la aportación patronal al seguro de salud y sustituirlo con recursos fiscales recaudados vía un nuevo impuesto en aras de abaratar el costo del trabajo.

Los resultados de este tipo de aseguramiento obligatorio están a la vista en Colombia y Chile. Primero hay que advertir que ni con los subsidios se ha logrado universalizar el seguro de salud y alrededor del 10 por ciento no lo tiene. En cambio, se ha preservado y fortalecido un poderoso sector privado de administración de fondos y prestación de servicios de muy difícil regulación. En Chile los dos últimos gobiernos de la Concertación hicieron un esfuerzo grande de mejoramiento del sistema público pero el actual gobierno de derecha cuenta con la fortaleza del sector privado para revertir los avances y profundizar el proceso de mercantilización/privatización. Su propuesta es desarticular el Fondo Nacional de Salud y entregar sus recursos a administradores de fondos competitivos, públicos o privados, y constituir asociaciones públicas privadas para la administración y prestación de servicios en los hospitales públicos.

Las reformas progresistas

Las reformas progresistas o contrahegemónicas se cifran en la realización del derecho a la salud como derecho ciudadano exigible y garantizado por el Estado. Tienen como denominador común haber surgido de procesos constituyentes apoyados en la movilización popular masiva. Los casos más destacados son Brasil, Venezuela, Bolivia y Ecuador.

Simplificando, las nuevas constituciones decretan la conformación de un sistema público y único de salud (SUS) y obligan al Estado a garantizar el acceso gratuito a los servicios requeridos sin discriminación alguna. Es decir, defienden el derecho universal a la salud y su política se orienta a satisfacer las necesidades de salud y no por consideraciones económicas o de mercado. Salvaguarda de esta manera el interés colectivo o común en salud como un deber solidario de la sociedad y encarga al Estado organizarlo a través de la institución pública. Esta perspectiva también destaca que las condiciones de salud están determinadas por las relaciones sociales y económicas presentes en una sociedad y procura actuar sobre ellas.

Son muchos los escollos que estas reformas tienen que vencer en su trayecto hacia la realización de su proyecto. El primer obstáculo es que se enfrentan a sistemas de salud desorganizados, desfinanciados y débiles con un sector privado importante como el resultado de la primera reforma de salud. Encuentran así un opositor poderoso a su proyecto en los aseguradores y prestadores empresariales que, en no pocas ocasiones, están apoyados por sectores medios de la sociedad. Otra oposición al sistema público único tiende a provenir de el o los sistemas de seguridad social con frecuencia controlados por burocracias, corruptas o no, que ven en la reforma una amenaza a sus intereses particulares. Otro problema de difícil solución es cómo construir un sistema único de salud cuando la prestación de los servicios está descentralizada. Por último se erige como obstáculo la falta de infraestructura y personal en el sistema público y una ética deteriorada del servicio público.

No obstante, las reformas progresistas están prosperando con resultados muy superiores a las reformas hegemónicas. Los ejemplos de mayor maduración son la reforma sanitaria brasileña y la reforma de Venezuela concretada en Barrio Adentro. En ambos casos se ha ampliado el acceso

Lo que está en juego es otra cosa. Es la lucha entre valores y visiones y de allí que la descalificación de los proyectos progresistas esconde intereses particulares que se oponen al interés general, que en este caso es la salud y el bienestar de las mayorías.

Las reformas progresistas o contrahegemónicas se cifran en la realización del derecho a la salud como derecho ciudadano exigible y garantizado por el Estado.

a millones de personas anteriormente excluidas de los servicios. Gracias a la planeación estratégica de servicios públicos integrales, basados en la promoción y prevención, no sólo se han fortalecido los centros de salud o clínicas de baja complejidad sino que la población también accede a los servicios hospitalarios más complejos sin costo en caso de necesidad. El SUS brasileño es una realidad patente pero carece todavía de suficientes servicios propios y convive con un sistema poderoso. El reto de Venezuela es fusionar Barrio Adentro y sus servicios con los del Ministerio de Salud en un sistema único e incorporar a la seguridad social. En ambos países el control social y la participación popular son soportes importantes de los logros y fuentes de innovación institucional.

Los gobiernos de Ecuador y Bolivia, donde se aprobaron las nuevas constituciones hace poco, han incrementado el gasto público en salud considerablemente, al igual que Venezuela, demostrando su decisión política de privilegiar a la salud como responsabilidad del Estado. Falta recorrer un cami-

no dificultoso para arribar al sistema único y la universalidad en el acceso a los servicios en vista de que sufren la impronta destructiva de las reformas neoliberales antecedentes. Sin embargo, les favorece su consonancia con las políticas económicas y sociales globales encaminadas a construir naciones soberanas de florecimiento humano.

El discurso hegemónico y mediáticamente arrollador descalifica a estas políticas de salud, llamándolas “populistas”, por ser financieramente inviables, por arriesgar el equilibrio presupuestal, por carecer de fundamentos técnicos, por restablecer el “monopolio” estatal de prestación de servicios, por ser inequitativas, etcétera. Este discurso sólo tiene soporte ideológico y está perdiendo credibilidad. El argumento de que no existe una propuesta alternativa, estructurada y fundamentada, sino sólo un descontento social desbordado y aprovechado por políticos irresponsables, no se sostiene frente a los hechos. Los avances de las reformas progresistas demuestran que es falso.

Lo que está en juego es otra cosa. Es la lucha entre valores y visiones y de allí que la descalificación de los proyectos progresistas esconde intereses particulares que se oponen al interés general, que en este caso es la salud y el bienestar de las mayorías.